

# Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses

Propositions  
de l'Assurance Maladie  
pour 2018

---

**7 juillet 2017**

---

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur  
l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre  
de 2018 (loi du 13 août 2004)

# Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018

## Propositions sur le virage ambulatoire

**Proposition 1** \_ Poursuivre et développer les mesures valorisant la coordination dans le champ des conventions monoprofessionnelles

86

**Proposition 2** \_ Soutenir et accompagner le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé

86

**Proposition 3** \_ Favoriser et encourager la coordination au travers du travail en équipe pluriprofessionnelle pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux

86

**Proposition 4** \_ Généraliser l'utilisation des outils et systèmes d'information pour la coordination et la prise en charge des patients

87

**Proposition 5** \_ Déployer l'usage et le recours de la télémédecine sur tout le territoire et pour une majorité de professionnels de santé

87

**Proposition 6** \_ Favoriser les transferts de compétences et les pratiques avancées entre les professionnels de santé

87

**Proposition 7** \_ Expérimenter de nouveaux modèles organisationnels et de financement pour renforcer la structuration des soins de ville

87

**Proposition 8** \_ Étendre le domaine d'application des seuils pour l'activité de chirurgie

87

**Proposition 9** \_ Développer des outils permettant de réguler les flux entrant aux urgences

88

## Propositions sur l'observance

**Proposition 10** \_ Réaliser des études pharmaco-épidémiologiques pour mieux appréhender le phénomène de la mauvaise observance

104

**Proposition 11** \_ Favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient en ville

104

**Proposition 12** \_ Promouvoir les services pharmaceutiques en santé

104

**Propositions sur la prise en charge de l'épilepsie pour favoriser l'accès des patients à une expertise neurologique**

**Proposition 13** \_ Élaborer des recommandations sur le parcours de soins du malade épileptique

111

**Proposition 14** \_ Faire évoluer les conditions permettant l'accès à une expertise neurologique pour le diagnostic de l'épilepsie

111

**Proposition 15** \_ Promouvoir des organisations territoriales répondant mieux aux besoins des patients épileptiques

111

## Propositions sur la chirurgie bariatrique

**Proposition 16** \_ Renforcer le rôle des centres spécialisés de l'obésité dans le suivi des patients et créer un forfait pour le suivi postopératoire

115

**Proposition 17** \_ Mettre en place, en lien avec les sociétés savantes, un registre « chirurgie bariatrique »

116

**Proposition 18** \_ Instaurer un seuil d'activité minimum pour les centres de chirurgie de l'obésité

116

### Propositions sur les Ehpad

**Proposition 19** \_ Réaliser une campagne de sensibilisation sur la maîtrise de la résistance aux antibiotiques en Ehpad

119

**Proposition 20** \_ Mesurer le recours aux urgences des résidents en Ehpad

119

### Proposition sur la prévention

**Proposition 21** \_ Amplifier les actions de l'Assurance Maladie sur les inégalités sociales de santé, la santé des enfants et des jeunes, et les addictions (tabac et alcool)

125

### Proposition sur le prix du médicament

**Proposition 22** \_ Adapter les modalités de fixation des prix à la dynamique des médicaments innovants

131

### Propositions sur les modes de paiement en chirurgie

**Proposition 23** \_ Mettre en œuvre, dans des régions pilotes, un financement forfaitaire à l'épisode de soins pour l'arthroplastie de la hanche

139

**Proposition 24** \_ Modéliser un forfait à l'épisode de soins sur d'autres types de chirurgie ou de prise en charge en médecine

139

### Propositions sur l'innovation organisationnelle

**Proposition 25** \_ Créer un fonds national de soutien à la diffusion de l'innovation organisationnelle en santé

150

**Proposition 26** \_ Définir un cadre juridique générique pour les innovations organisationnelles

150

**Proposition 27** \_ Mettre en place un dispositif d'appui aux innovations organisationnelles

150

**Proposition 28** \_ Mettre en place un dispositif d'évaluation des innovations organisationnelles

150

### Propositions sur la recherche en services de santé

**Proposition 29** \_ Identifier et sanctuariser le montant consacré à la recherche en services de santé

156

**Proposition 30** \_ Définir des objectifs de recherche nationaux prioritaires avec l'ensemble des financeurs et aligner les appels à projets de recherche sur ces objectifs

156

**Proposition 31** \_ Stimuler et contribuer à l'enrichissement de la capacité de recherche sur les services de santé

156

# Sommaire

## CHAPITRE 1

### Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée..... 3

1.1	Quelles sont les pathologies prises en charge en 2015 et à quel coût ? .....	5
1.2	Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ? .....	10
1.2.1	Des dynamiques contrastées selon les pathologies et les périodes considérées .....	10
1.2.2	Les dynamiques de croissance de quelques pathologies.....	17
1.3	Les hospitalisations ponctuelles .....	26
1.3.1	Principales caractéristiques.....	26
1.3.2	Hospitalisations ponctuelles et maladies chroniques .....	27
1.3.3	Répartition des séjours selon les domaines d'activité.....	28
1.3.4	Hospitalisations ponctuelles et type d'hospitalisation .....	29
1.4	Projections des effectifs par pathologie 2016-2020.....	33
1.4.1	Pourquoi des projections ? .....	33
1.4.2	Les résultats marquants .....	33
1.4.3	Quels enseignements ? .....	38

## CHAPITRE 2

### Propositions pour l'Ondam 2018 et le respect des objectifs : les engagements de la Cnamts pour 2018..... 39

Introduction .....	40	
2.1	Poursuivre le virage ambulatoire et l'adaptation des prises en charge en établissement .....	41
2.1.1	Une orientation des patients mieux adaptée .....	42
2.1.2	L'adaptation des modes de recours à l'hôpital .....	45
2.2	Renforcer les actions de pertinence de prescription des produits de santé et favoriser une adoption plus large des médicaments génériques et biosimilaires .....	49
2.2.1	La gestion de la liste en sus .....	49
2.2.2	La maîtrise médicalisée des prescriptions de produits de santé en ville et à l'hôpital .....	50
2.2.3	Adoption des génériques et des biosimilaires .....	53
2.3	Améliorer la pertinence et le bon usage des soins .....	56
2.3.1	Transports en ville et à l'hôpital .....	56
2.3.2	Indemnités journalières .....	57
2.3.3	Actes.....	58
2.3.4	Autres prescriptions.....	59
2.4	Lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital .....	60

## CHAPITRE 3

### Propositions complémentaires pour accroître la qualité et l'efficacité du système de soins à court et moyen terme .... 63

3.1	La transition épidémiologique et le virage ambulatoire .....	64
3.1.1	Le virage ambulatoire : pourquoi et de quoi s'agit-il ?.....	64
3.1.2	Optimiser le recours à l'hospitalisation : améliorer l'efficacité des organisations pour les patients hospitalisés.....	66
3.1.3	Promouvoir les prises en charge en ambulatoire et réduire le recours à l'hospitalisation .....	74
3.1.4	Améliorer la pertinence du recours à l'hôpital .....	80
3.1.5	Renforcer la structuration des soins primaires .....	84
3.2	Maîtrise médicalisée .....	88
3.2.1	Fondement et bilan.....	88
3.2.2	Nouvelles formes d'actions plus partenariales avec les professionnels de santé .....	93
3.2.3	Nouvelles formes d'action vis-à-vis des assurés.....	94
3.2.4	Processus de soins.....	105
3.3	Prévention.....	120
3.3.1	Rosp et convention .....	120

3.2.2	La prévention bucco-dentaire, le dispositif de l'examen bucco-dentaire EBD .....	122
3.3.3	Les actions de prévention du tabagisme.....	123
3.3.4	Des expérimentations de prévention pour des publics à risque .....	124
3.4	Prix du médicament.....	125
3.4.1	Contexte .....	125
3.4.2	Méthodologie.....	126
3.4.3	Résultats de l'analyse.....	126
3.4.4	Conclusion .....	131
3.5	Promouvoir des modes de paiement favorisant la valeur créée par les soins .....	132
3.5.1	Le financement à l'épisode de soins .....	132
3.5.2	Grands principes de construction du forfait global incluant reprises et complications .....	132
3.5.3	Évaluation du poids des reprises et des complications .....	134
3.5.4	Modélisation économique d'un forfait prospectif pour les reprises et complications .....	135
3.5.5	Impact économique potentiel de la mise en place d'un forfait pour les reprises et les complications .....	137
3.6	Pour un dispositif d'appui à l'expérimentation et à la diffusion d'innovations organisationnelles.....	139
3.6.1	Contexte .....	139
3.6.2	Qu'est-ce que l'innovation organisationnelle et qu'en attendre ? .....	140
3.6.3	Le « système national d'innovation » français en santé : forces et faiblesses .....	141
3.6.4	Exemples internationaux.....	145
3.6.5	Les contours d'un dispositif d'appui aux innovations ...	147
3.7	Soutenir le développement de la recherche et de l'évaluation sur les services de santé.....	150
3.7.1	Définition et contexte.....	150
3.7.2	Un domaine où la France est en retard par rapport aux autres pays .....	151
3.7.3	Le paysage de la recherche sur les services de santé en France.....	151
3.7.4	Des particularités françaises dans les thématiques abordées .....	152
3.7.5	Un financement éclaté dont l'effet de levier réel semble limité.....	153
3.7.6	Un financement très centré sur des équipes hospitalières .....	154
3.7.7	L'absence de priorités définies au niveau national.....	155
3.7.8	Développer et structurer la recherche sur les services de santé .....	155

## ANNEXES

### Annexe 1

Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2017 .....	158
--	-----

### Annexe 2

Bilan des négociations entre l'Uncam et les professionnels de santé.....	162
--	-----

### Annexe 3

La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) cinq ans après .....	170
---	-----

### Annexe 4

Méthodologie de la cartographie médicalisée des dépenses pour les années 2012, 2013, 2014 et 2015 .....	184
---	-----

## INDEX DES FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRÉS 191

## GLOSSAIRE 197

# Introduction

La protection qu'offre le système d'assurance maladie français est l'une des meilleures au monde. Elle permet un accès large et universel à des soins de qualité et contribue à ce que l'espérance de vie à 65 ans soit en France à un niveau très élevé. Alors que la maladie constitue une charge financière potentiellement très lourde pour celles et ceux qui en sont atteints, la France est l'un des pays où les dépenses restant à la charge directe des ménages sont parmi les plus faibles.

La comparaison avec la situation d'autres pays, qui ne disposent pas d'un tel système, ou qui s'en sont dotés plus récemment, permet de prendre conscience de son importance : la mise en place d'un système de protection maladie dans des états américains, comme le Massachusetts, a entraîné une augmentation de l'espérance de vie de la population générale, tandis que certains pays, qui ont fait le choix de réduire l'effort consacré à la santé, ont vu l'état de santé de leur population se dégrader, parfois durablement.

Notre système de santé est donc un bien commun précieux, fruit d'une histoire de plus de soixante-dix ans, qu'il nous appartient de préserver et de pérenniser. Cela suppose d'en assurer la soutenabilité économique dans la durée. Car ce système a un coût : la France consacre plus d'un dixième de sa richesse nationale à ses dépenses de santé, qu'elles soient ou non socialisées.

Si, à l'inverse d'autres pays, nous avons fait le choix d'accompagner la croissance des dépenses de santé, celle-ci ne peut se concevoir que dans la mesure où elle reste compatible avec celle de la richesse nationale, et permet de restaurer les conditions d'un équilibre financier des régimes d'assurance maladie.

Cela conduit à ce que le rythme de progression des dépenses prises en charge ait respecté strictement, au cours des sept dernières années, les objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie de plus en plus contraints, votés par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), sans en reporter la charge sur les autres financeurs.

Notre système a su relever ce défi. Cela résulte des efforts de l'ensemble des acteurs, qui ont eu la capacité à faire évoluer leurs pratiques et leurs organisations dans le cadre existant et cela témoigne de la résilience d'ensemble de notre système qui continue, en dépit de contraintes très fortes, à remplir ses missions au service de la population française. Ces capacités seront encore mises à contribution en 2018 pour réaliser les économies qui seront nécessaires à la maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie.

La soutenabilité financière, pour fondamentale qu'elle soit, n'est cependant qu'une condition et non une finalité pour

notre système de santé. Derrière ces dépenses se trouvent les soins prodigués aux 20 millions de patients qui souffrent d'une maladie chronique, aux plus de 30 millions de personnes qui consomment des soins courants, grâce aux efforts de plus d'un million de professionnels de santé que compte notre pays. Le système de santé est avant tout une aventure humaine que l'effort financier collectivement consenti rend possible et accessible au plus grand nombre.

Comme la plupart des pays du monde, la France fait face à une évolution majeure qui transforme profondément les contraintes pesant sur son système de santé : la transition épidémiologique. Un nombre croissant de personnes vit en effet aujourd'hui avec une ou plusieurs pathologies chroniques, parfois en situation de dépendance ou de handicap. Notre système de santé doit évoluer pour mieux accompagner ces personnes dans leur lieu de vie et leur fournir des soins de qualité, coordonnés et continus dans le temps.

Il s'agit d'un défi organisationnel majeur, qui appelle en réponse une restructuration profonde de l'organisation des soins. Renforcer la capacité des acteurs des soins de ville, du domicile et du médico-social à prendre en charge des patients aux besoins plus importants et aux profils pathologiques plus lourds doit constituer une priorité de l'action de l'Assurance Maladie dans les années à venir. En parallèle, les efforts d'amélioration de l'efficacité des établissements de santé doivent être poursuivis, à travers l'évolution des prises en charge en hospitalisation partielle, la réduction des durées de séjour et l'adaptation de l'offre d'hospitalisation complète qui en découle.

Il faut insister ici sur le fait que le virage ambulatoire, qui est au cœur de cet objectif, appelle un effort accru de structuration des soins de ville, qu'il nous reste à favoriser pour pouvoir aller plus loin, les établissements de santé ayant déjà largement amorcé leur propre évolution même si elle doit être encore approfondie.

De nombreuses barrières se dressent aujourd'hui entre les acteurs de l'offre de soins, professionnels ou non : réglementation, tarification, cultures organisationnelles, pratiques professionnelles... Faire tomber ces barrières est une tâche ardue, mais fondamentale pour améliorer ce qui compte finalement le plus : améliorer la qualité du service rendu à la population et l'efficacité des parcours. L'atteinte de cet objectif suppose au préalable de considérer les patients et plus largement leurs aidants non pas comme des sujets, mais comme des acteurs de ces parcours, à part entière.

Les expériences de terrain, menées en France comme à l'étranger, montrent qu'il ne s'agit pas là d'une chimère mais d'une

perspective parfaitement réaliste, déjà en partie à l'œuvre, rendue possible par la volonté des acteurs de terrain conjuguée aux possibilités offertes par les technologies de l'information et de la communication. Grâce au fonds d'intervention régional mobilisé par les agences régionales de santé (ARS), on assiste à un foisonnement d'initiatives répondant à des besoins et des contraintes locales et susceptibles d'être généralisées, pour certaines d'entre elles.

Il manque cependant un élément majeur : la capacité à pouvoir expérimenter et évaluer de façon robuste ces initiatives organisationnelles et à intégrer rapidement dans le droit commun du système celles qui ont fait la preuve de leur intérêt. Cette absence pèse cruellement sur la capacité d'innovation du système de santé français. L'innovation organisationnelle y est ainsi considérée *de facto* comme exceptionnelle et ne dispose d'aucun cadre de routine pour assurer sa diffusion.

La reconnaissance de l'innovation organisationnelle en tant que levier majeur de transformation du système et d'amélioration de sa qualité et de son efficacité doit aujourd'hui devenir une priorité. Les moyens doivent en être donnés aux acteurs, aussi bien financiers, avec la création d'un fonds national pour la diffusion de ces innovations, que juridiques, avec la création d'un statut juridique générique, ou encore techniques, avec la mise en place de dispositifs d'appui et d'évaluation à la hauteur des enjeux.

En parallèle, les efforts de gestion du risque maladie et de maîtrise médicalisée des dépenses seront poursuivis. Favoriser la prévention en agissant sur les facteurs de risque des maladies et en s'attaquant aux inégalités sociales de santé demeure pour l'Assurance Maladie une priorité absolue, aux côtés des autres acteurs qui y contribuent également. Si par définition les résultats n'en sont souvent visibles que plusieurs années après la réalisation des actions, c'est le seul levier susceptible d'influer directement sur le poids des maladies chroniques, en maîtrisant ou diminuant l'incidence de certaines pathologies ou en limitant l'évolution.

L'action de l'Assurance Maladie devra également évoluer pour tenir compte de l'expérience des actions passées de maîtrise médicalisée. Lorsque ces actions sont construites en partenariat avec les professionnels ou avec les assurés et diffusées avec eux,

voire par eux, elles permettent d'atteindre des résultats plus importants. Des exemples de ce type existent, comme l'action menée avec la Société française d'anesthésie et de réanimation sur les examens pré-anesthésiques, qui montrent la voie à suivre. L'Assurance Maladie poursuivra et amplifiera ses actions dans ce sens, en utilisant des outils comme l'information, la formation, le partage des données ou encore l'évolution des modalités de paiement des professionnels.

La raison d'être de la maîtrise médicalisée, qui est de conjuguer l'amélioration du service rendu à l'efficacité économique garante de la soutenabilité du système, ne doit pas en effet être un objectif pour la seule Assurance Maladie. Cet objectif doit être partagé par les professionnels de santé et les assurés, dont le comportement et les pratiques sont bien souvent la clé des résultats recherchés.

Enfin, les enjeux autour de l'innovation thérapeutique doivent être abordés avec lucidité et détermination, tant ce facteur pèse aujourd'hui sur les dépenses d'assurance maladie et est appelé à peser encore plus dans les années à venir. Il est évidemment nécessaire que les patients français puissent avoir un accès large à ces innovations dès lors qu'elles apportent un réel bénéfice thérapeutique. Cet accès ne peut cependant se faire que dans le cadre des ressources du système, et donc à des prix compatibles avec ce cadre. L'analyse faite par l'Assurance Maladie, qui rejoint celles faites par de nombreux autres acteurs, est que l'évolution récente des niveaux de prix des produits de santé innovants devient difficilement soutenable et appelle une révision des modalités selon lesquelles ces prix sont fixés. Un juste équilibre doit être trouvé sur cette question.

Relever l'ensemble de ces défis ne sera pas une tâche aisée. La conviction que porte l'Assurance Maladie est que cela est non seulement indispensable – sauf à devoir recourir à des mécanismes de régulation financière déconnectés des besoins de santé et des enjeux de pertinence médicale –, mais également possible. Notre système de santé et ses acteurs ont par le passé démontré une réelle capacité de changement, pour peu que la volonté en soit partagée et les moyens d'action accessibles. C'est dans cet esprit que les analyses et les propositions présentées dans ce rapport ont été construites.

CHAPITRE

# 1

## Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée

---

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

C'est pour répondre à ces questions, et pour aller au-delà de la grille de lecture habituelle par offreur de soins, que la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a développé depuis plusieurs années une cartographie médicalisée des dépenses. 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, appréhender les enjeux médico-économiques liés aux pathologies et aux facteurs de risque et comprendre les dynamiques médicales qui sous-tendent l'évolution tendancielle du coût des soins constituent un véritable enjeu.

Au fil des ans, la cartographie médicalisée des dépenses est ainsi devenue un 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<sup>1</sup>.

Cette année, les résultats de la cartographie présentés ci-après comportent deux nouveautés :

- une analyse consolidée sur la période 2012 à 2015 qui permet ainsi une lecture rétrospective sur une période de quatre années, au lieu de trois années dans les rapports précédents ;
- la réalisation de projections à cinq ans du nombre de personnes concernées par les différentes pathologies, traitements ou recours aux soins spécifiques identifiés.

Par ailleurs, comme l'année dernière, sont également présentés :

- une analyse des facteurs explicatifs des évolutions observées ;
- des éclairages sur certaines pathologies, qui se distinguent par une dynamique particulière.

#### ► ENCADRÉ 1

## Mises en garde préalables

### Comparaison des résultats avec ceux des précédents rapports

En raison des évolutions et améliorations apportées dans la méthodologie, avec en particulier l'affectation directe des dépenses des séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR) aux pathologies sur la base des motifs (*versus* proratisation avant), il n'est pas possible de comparer directement les résultats présentés dans ce rapport avec ceux des précédents. Toutefois, pour pouvoir disposer d'évolutions, les dépenses réaffectées aux groupes de population ont été mises à jour pour 2012, 2013, 2014, en intégrant les modifications de méthodologie et de champ apportées

dans cette nouvelle version, ce qui permet de disposer au final de résultats sur quatre années.

### Présentation des résultats

Sauf mention contraire, les résultats en termes d'effectifs et de dépenses ainsi que l'analyse des évolutions sont présentés sur le champ « régime général (y compris les sections locales mutualistes) ». Il s'agit ainsi de faciliter la lecture des résultats afin d'éviter au lecteur de devoir passer d'un champ « tous régimes » pour la présentation des résultats en termes de dépenses (extrapolations) à un champ « régime général (y compris les sections locales mutualistes) » pour la présentation des résultats en termes d'effectifs et de

ceux sur l'analyse des évolutions, comme c'était le cas les années précédentes. En effet, la cartographie (effectifs et dépenses) est réalisée uniquement sur la population du régime général (y compris les sections locales mutualistes), les dépenses observées sur cette population sont ensuite extrapolées à l'ensemble des régimes ([annexe 4](#)), ce qui n'est pas le cas des effectifs, qui ne sont disponibles que pour le régime général (pas d'extrapolation). Pour les lecteurs qui souhaiteraient retrouver les dépenses extrapolées « tous régimes », il convient de se reporter au [tableau 1, page 6](#). Sur certains graphiques, les montants extrapolés « tous régimes » figurent entre parenthèses, à côté des montants « régime général (y compris les sections locales mutualistes) ».

1 Cf. les comptes de la Santé publique publiés chaque année par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le suivi épidémiologique réalisé par Santé publique France ou celui de l'INCa pour les cancers.

## 1.1 Quelles sont les pathologies prises en charge en 2015 et à quel coût ?

En 2015, les grandes tendances observées les années précédentes sur la part des groupes de pathologies dans les dépenses<sup>2</sup> d'assurance maladie<sup>3</sup> restent globalement les mêmes. On retrouve ainsi (figure 1 et figure 2) :

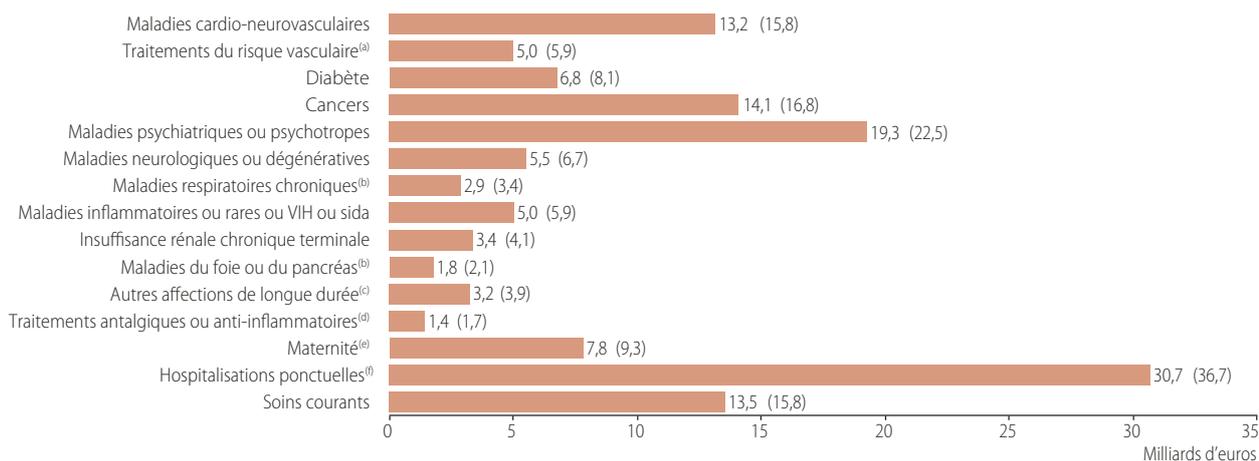
- le poids important de la santé mentale : 19 milliards d'euros (22,5 milliards d'euros) ;
- le coût lié à la prise en charge des cancers : 14 milliards d'euros (17 milliards d'euros) ;

– le coût lié à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires : 13 milliards d'euros (16 milliards d'euros), mais 25 milliards d'euros (30 milliards d'euros) si l'on regroupe maladies cardio-neurovasculaires, diabète et traitements du risque vasculaire ;

– la part des épisodes hospitaliers que l'on peut qualifier de « ponctuels », au sens où l'hospitalisation n'est pas en lien avec l'une des pathologies chroniques ici repérées : 31 milliards d'euros (37 milliards d'euros).

### ► FIGURE 1

**Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2015 entre les différents groupes de population considérés : 134 milliards d'euros pour le régime général (158 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes)**



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(e) Avec ou sans pathologies

(f) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

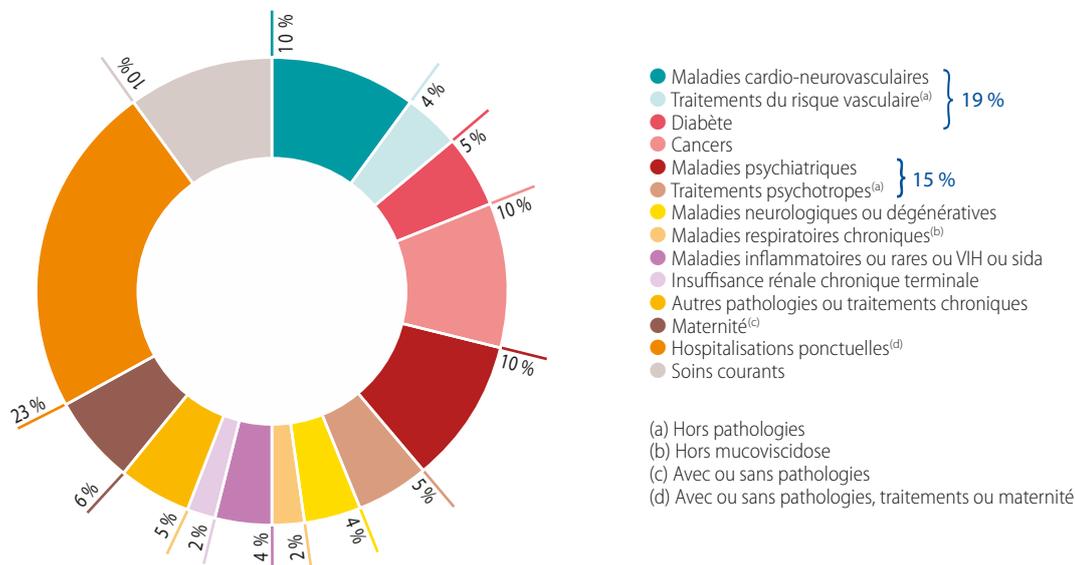
Champ : régime général avec, entre parenthèses, les montants extrapolés à l'ensemble des régimes – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

2 Sont présentés les montants pour le régime général et, entre parenthèses, le montant correspondant extrapolé « tous régimes ».

3 133,6 milliards d'euros ont pu être répartis pour le régime général (158,4 milliards d'euros par extrapolation « tous régimes »). Les dépenses suivantes, relevant du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), n'ont pas été incluses : pour les soins de ville : permanence des soins, contrats et accords, interruption volontaire de grossesse (IVG), remises conventionnelles, cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM), fonds d'actions conventionnelles (FAC) et aides à la télétransmission ; pour les établissements de santé : forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG...), missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ; pour les établissements et services médico-sociaux : ensemble des dépenses ; pour le Fonds d'intervention régional (FIR) : ensemble des dépenses ; et pour les autres prises en charge : le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (MESPP) et le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs). Les dépenses suivantes, hors champ Ondam, ont en revanche été incluses : indemnités journalières (IJ) maternité et invalidité.

► FIGURE 2

Répartition des dépenses d'assurance maladie du régime général, en 2015  
entre les différents groupes de population considérés

Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► TABLEAU 1

Répartition des dépenses extrapolées à l'ensemble des régimes en 2015 (158 milliards d'euros)  
entre les différents groupes de population considérés (en millions d'euros)

	Ensemble des dépenses remboursées	Ensemble des soins de ville	dont soins de médecins	dont médica- ments	Ensemble des hospi- talisations	Ensemble des prestations en espèces
Maladies cardio-neurovasculaires dont	15 786	6 804	1 050	395	7 910	1 072
• Maladies cardio-neurovasculaires aiguës	3 929	596	63	28	3 239	94
• Maladies cardio-neurovasculaires chroniques	11 856	6 207	987	368	4 671	978
Traitements du risque vasculaire <sup>(a)</sup>	5 893	4 650	1 196	235	333	910
Diabète	8 068	6 738	701	120	810	521
Cancers dont	16 770	6 373	1 149	148	9 344	1 053
• Cancers actifs	14 950	5 172	834	71	9 111	667
• Cancers sous surveillance	1 821	1 201	315	77	234	386
Maladies psychiatriques ou psychotropes dont	22 476	6 709	1 653	432	10 881	4 886
• Maladies psychiatriques	15 416	2 897	498	102	10 373	2 147
• Traitements psychotropes <sup>(a)</sup>	7 060	3 812	1 155	330	508	2 739
Maladies neurologiques ou dégénératives	6 665	4 249	182	501	1 885	532
Maladies respiratoires chroniques <sup>(b)</sup>	3 400	2 116	463	82	978	305
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	5 900	4 074	192	86	1 361	464
Insuffisance rénale chronique terminale	4 055	1 227	19	4	2 748	80
Maladies du foie ou du pancréas <sup>(b)</sup>	2 099	1 360	60	9	578	161

Suite tableau 1

	Ensemble des dépenses remboursées	Ensemble des soins de ville	dont soins de médecins	dont médicaments	Ensemble des hospitalisations	Ensemble des prestations en espèces
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	3 870	2 705	220	193	792	373
Maternité <sup>(c)</sup>	9 296	1 239	349	34	4 237	3 821
Hospitalisations ponctuelles <sup>(d)</sup>	36 700	4 854	1 515	366	28 838	3 008
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires <sup>(e)</sup>	1 657	931	404	73	133	593
Soins courants	15 762	11 873	4 851	954	1 116	2 773
<b>Total</b>	<b>158 397</b>	<b>65 900</b>	<b>14 004</b>	<b>3 633</b>	<b>71 944</b>	<b>20 553</b>

- (a) Hors pathologies
- (b) Hors mucoviscidose
- (c) Avec ou sans pathologies
- (d) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
- (e) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

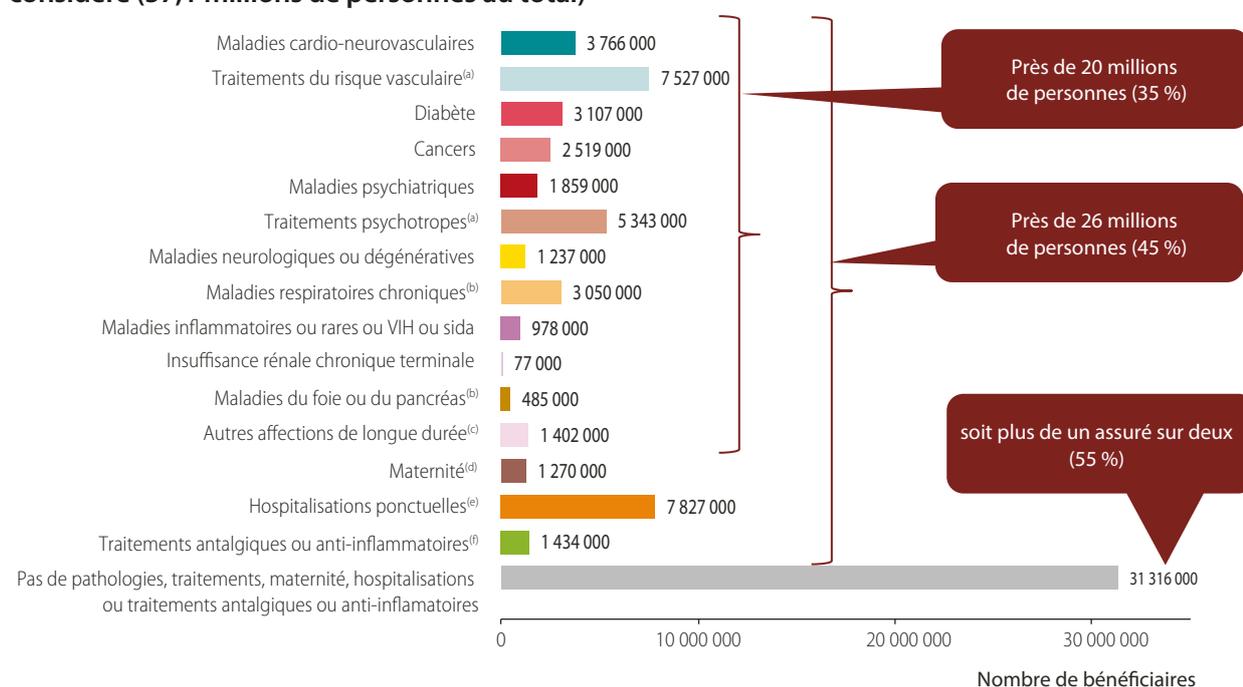
Champ : tous régimes – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

Les dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques, qui représentent 60 % de la dépense, concernent 35 % de la population (soit près de 20 millions de personnes pour le

régime général) ; à l’opposé, 55 % (un peu plus de 31 millions de personnes) ont reçu uniquement des soins qualifiés de courants (figure 3).

► FIGURE 3

Nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2015 pour chaque groupe de population considéré (57,1 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, traitements, événements de santé au cours de l’année.

Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

Les dépenses totales induites par les différentes catégories de pathologies ou traitements dépendent à la fois du nombre de personnes traitées et du coût moyen de traitement (**tableau 2**). Les situations sont contrastées de ce point de vue (**figure 4**) :

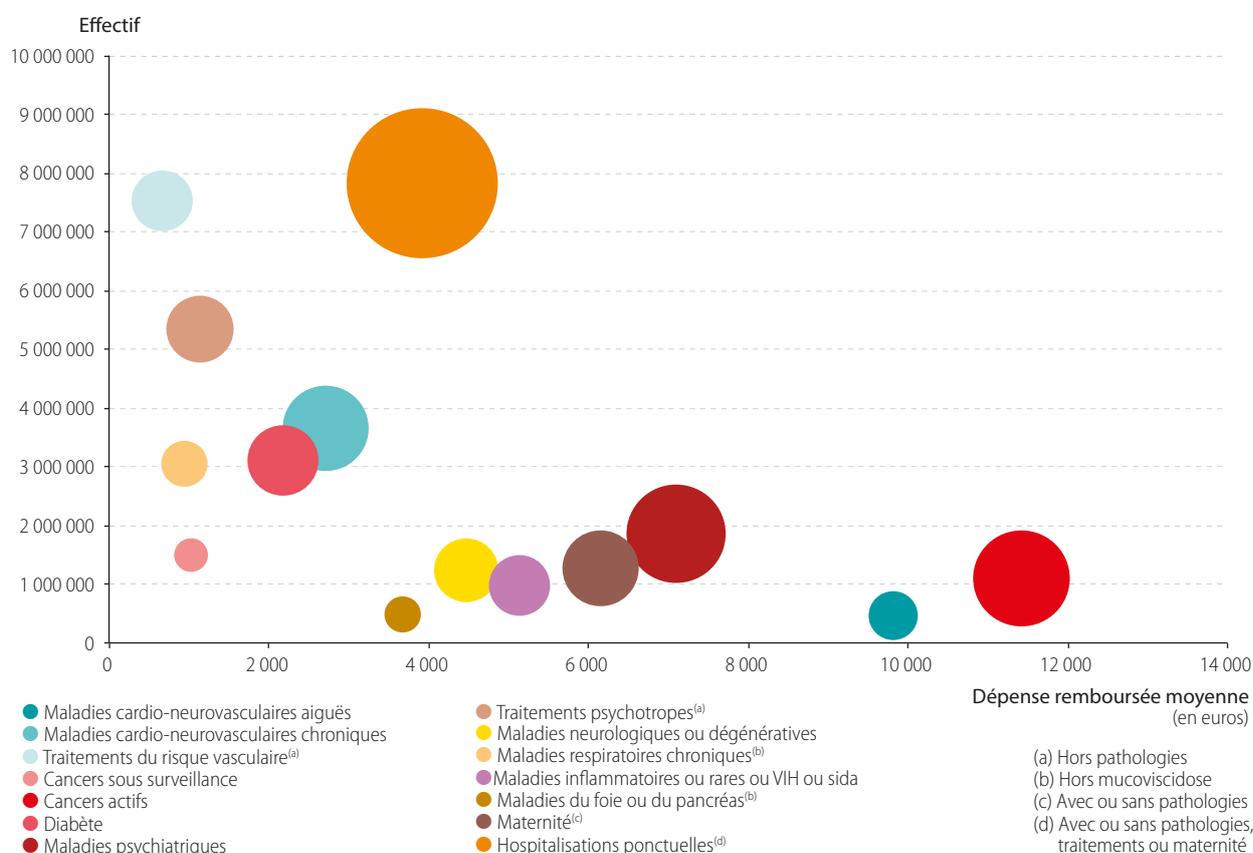
– le traitement du risque vasculaire (hypertension artérielle, cholestérol) concerne une population très nombreuse, mais avec un coût unitaire faible (et ce, d'autant plus maintenant que la plupart des médicaments concernés sont génériques) ;

– pour les épisodes aigus de maladies cardiovasculaires (infarctus, AVC, décompensation d'insuffisance cardiaque...) ou des cancers, la dépense totale est beaucoup plus liée au coût des soins (environ 10 000 euros par an et par patient en moyenne) ;

– le poids économique important des dépenses relatives aux épisodes hospitaliers dits « ponctuels » résulte non seulement d'un nombre élevé de personnes concernées (près de 8 millions), mais également d'une dépense moyenne élevée (près de 4 000 euros par an et par patient).

► **FIGURE 4**

**Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales pour chaque groupe de population considéré, en 2015**



*Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées totales. Seuls ont été représentés les principaux groupes de population afin de ne pas alourdir le graphique. Bien que le poids de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) soit important malgré les faibles effectifs, cette pathologie n'a pas été représentée en raison d'une dépense moyenne (de l'ordre de 44 000 euros par patient par an) très supérieure à celle des autres pathologies. 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 affection de longue durée (ALD) ou ayant été hospitalisées pour ce motif, des personnes traitées par psychotropes sans autre indication dans les remboursements de soins.*

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

Pour les cancers actifs, les maladies cardio-neurovasculaires aiguës et les maladies psychiatriques, les dépenses moyennes élevées observées pour ces pathologies (par an et par patient)

s'expliquent essentiellement par le poids important des soins hospitaliers (**tableau 2**) mobilisés pour leur prise en charge : respectivement 61 %, 83 % et 68 %.

► TABLEAU 2

Effectifs et dépenses remboursées moyennes par patient en 2015 pour chaque groupe de population considéré

	Effectifs	Dépense moyenne totale	dont soins de ville	dont hospitalisation	dont prestations en espèces
Maladies cardio-neurovasculaires	3 766 400	3 493 €	1 509 €	1 737 €	246 €
dont :					
• Maladies cardio-neurovasculaires aiguës	331 000	9 815 €	1 489 €	8 068 €	257 €
• Maladies cardio-neurovasculaires chroniques	3 653 700	2 711 €	1 421 €	1 060 €	230 €
Traitements du risque vasculaire <sup>(a)</sup>	7 527 200	665 €	522 €	37 €	106 €
Diabète	3 106 700	2 177 €	1 816 €	216 €	145 €
Cancers	2 519 500	5 588 €	2 134 €	3 085 €	369 €
dont :					
• Cancers actifs	1 098 400	11 420 €	3 973 €	6 900 €	546 €
• Cancers sous surveillance	1 495 700	1 026 €	676 €	130 €	220 €
Maladies psychiatriques ou psychotropes	7 201 500	2 676 €	785 €	1 297 €	594 €
dont :					
• Maladies psychiatriques	1 858 600	7 097 €	1 306 €	4 793 €	998 €
• Traitements psychotropes <sup>(a)</sup>	5 342 900	1 138 €	603 €	81 €	454 €
Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	703 200	3 695 €	2 558 €	1 073 €	64 €
Maladies neurologiques	563 900	5 200 €	3 069 €	1 410 €	721 €
Maladies respiratoires chroniques <sup>(b)</sup>	3 049 700	943 €	590 €	265 €	88 €
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	978 200	5 137 €	3 558 €	1 170 €	410 €
Insuffisance rénale chronique terminale	77 300	43 549 €	13 100 €	29 566 €	883 €
dont :					
• Dialyse chronique	42 800	63 218 €	17 341 €	45 301 €	576 €
• Transplantation rénale	3 000	71 891 €	17 620 €	52 068 €	2 204 €
• Suivi de transplantation rénale	31 400	14 060 €	6 895 €	5 993 €	1 173 €
Maladies du foie ou du pancréas <sup>(b)</sup>	484 800	3 675 €	2 400 €	987 €	182 €
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires <sup>(c)</sup>	1 433 700	1 002 €	551 €	77 €	373 €
Maternité <sup>(d)</sup>	1 270 300	6 152 €	842 €	2 766 €	2 544 €
Hospitalisations ponctuelles <sup>(e)</sup>	7 827 000	3 920 €	523 €	3 047 €	350 €

(a) Hors pathologies  
(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations  
(d) Avec ou sans pathologies  
(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► ENCADRÉ 2

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

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

**Traitements du risque vasculaire :** il s'agit de personnes prenant des traitements antihypertenseurs et/ou hypolipémiant (en dehors de celles qui ont certaines maladies cardiovasculaires, un diabète ou une IRCT).

**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 dans une seule catégorie. On distingue les cancers en phase active et les cancers surveillés.

**Pathologies psychiatriques :** ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans

l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

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

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

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

**Maladies inflammatoires, maladies rares et VIH** : sont distinguées les

maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici), la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, les autres maladies inflammatoires chroniques ; pour les maladies rares, les maladies métaboliques héréditaires, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves. L'infection au VIH et le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) font l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

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

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

**Autres affections de longue durée** (regroupées).

**Maternité** : femmes de 15 à 49 ans prises en charge pour le risque maternité à partir

du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse jusqu'au 12<sup>e</sup> jour après l'accouchement.

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

**Séjours hospitaliers ponctuels** : séjours 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 la hanche) ou non (appendicectomie), exploratoires (coloscopie), ou de symptômes ou pathologies mal définis.

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

## 1.2 Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?

Entre 2012 et 2015, les dépenses d'assurance maladie<sup>4</sup> pour le régime général ont augmenté de 10,2 milliards d'euros, soit une augmentation de 2,7 % par an en moyenne sur la période, sur le périmètre couvert par la cartographie (133,6 milliards d'euros).

Quelles sont les dynamiques médicales à l'œuvre derrière ces évolutions ? Sont-elles liées à l'évolution du nombre de patients soigné, à un renchérissement des traitements prodigués ou une évolution dans l'organisation des processus de soins ?

### 1.2.1 / Des dynamiques contrastées selon les pathologies et les périodes considérées

Le fait de pouvoir cette année disposer des résultats de la cartographie médicalisée des dépenses sur une période plus longue (quatre années au lieu de trois) permet une analyse plus fine des évolutions, avec notamment une mise en perspective des évolutions observées à court terme (2014-2015) avec celles observées sur le moyen terme (2012-2015).

#### Évolutions à court terme : entre 2014 et 2015

Entre 2014 et 2015, les dépenses d'assurance maladie<sup>5</sup> pour le régime général ont augmenté de 2,7 milliards d'euros soit une croissance de 2 %, taux plus faible que celui observé sur l'ensemble de la période 2012 à 2015 (2,7 % par an en moyenne) ce qui traduit un léger ralentissement de la croissance des dépenses en fin de période.

Sur la période 2014-2015, si l'on met de côté l'évolution très atypique des maladies du foie et du pancréas (- 8,8 %) qui font l'objet d'une analyse spécifique (partie 1.1.2), les dynamiques de dépenses les plus soutenues (supérieures à 3,5 %) s'observent pour : les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida (+ 4,9 %), les autres affections de longue durée (+ 4 %), les cancers (+ 3,9 %), les maladies respiratoires (+ 3,7 %) et les maladies neurodégénératives (+ 3,5 %) (figure 5 et tableau 3).

La dynamique de la dépense globale résulte de deux évolutions : celle des effectifs de patients traités et celle des dépenses moyennes par patient (figure 5). Pour toutes les pathologies précédemment citées, la hausse des dépenses s'explique princi-

4 Sur le périmètre faisant l'objet d'une décomposition par pathologie, c'est-à-dire 133,6 milliards d'euros pour le régime général en 2015 (158,4 milliards d'euros par extrapolation à l'ensemble des régimes).

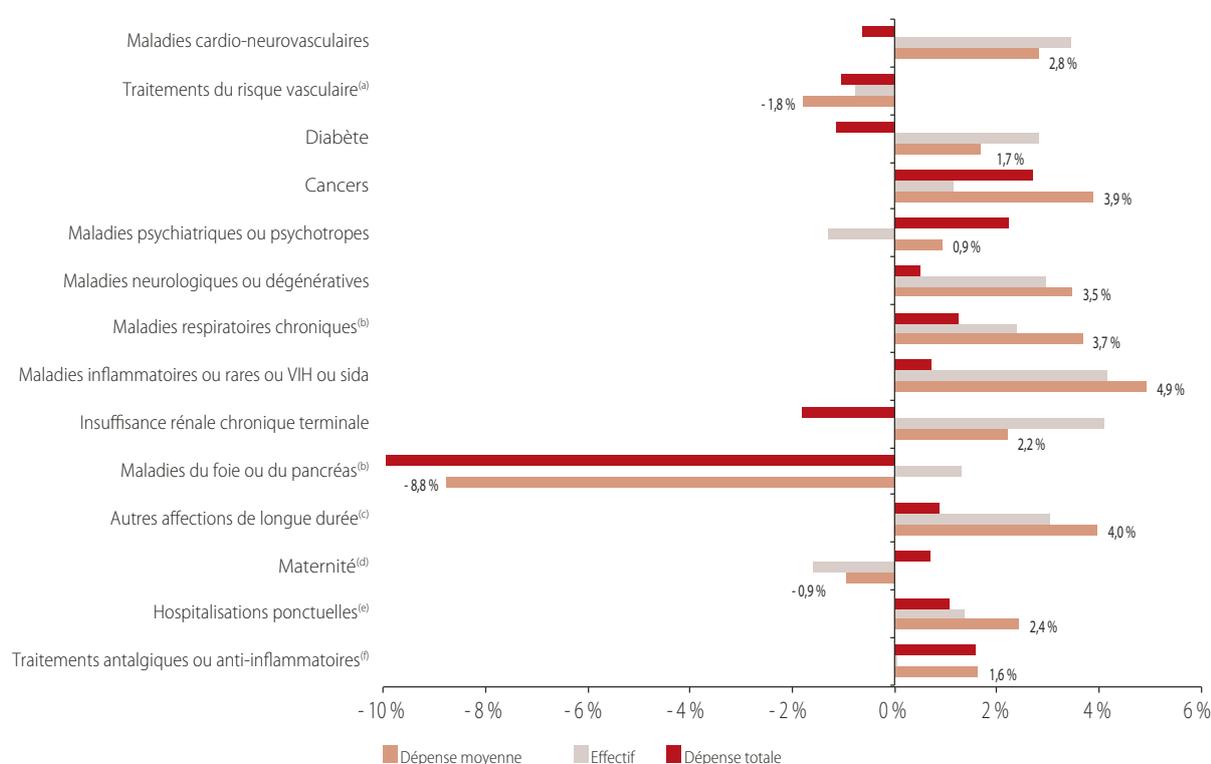
5 Idem ci-dessus.

galement par une hausse des effectifs avec des taux supérieurs à 2 %, sauf pour les cancers (1,1 %). Pour ces derniers, c'est en effet la hausse de la dépense annuelle moyenne par patient (+ 2,7 %) qui explique l'essentiel de la croissance des dépenses. À l'inverse, pour l'IRCT, le diabète et dans une moindre mesure les maladies cardio-neurovasculaires, la baisse de la dépense annuelle moyenne par patient a permis de limiter la hausse observée des dépenses pour ces pathologies.

Enfin, les dépenses relatives à la maternité et aux traitements du risque vasculaire sont en baisse en raison d'une baisse des effectifs ainsi que de la dépense annuelle moyenne par patient pour les traitements du risque vasculaire en raison de la tombée de brevets et de la diffusion des génériques pour les anti-hypertenseurs et les statines.

► FIGURE 5

### Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales entre 2014 et 2015, pour chaque groupe de population considéré



(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 – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

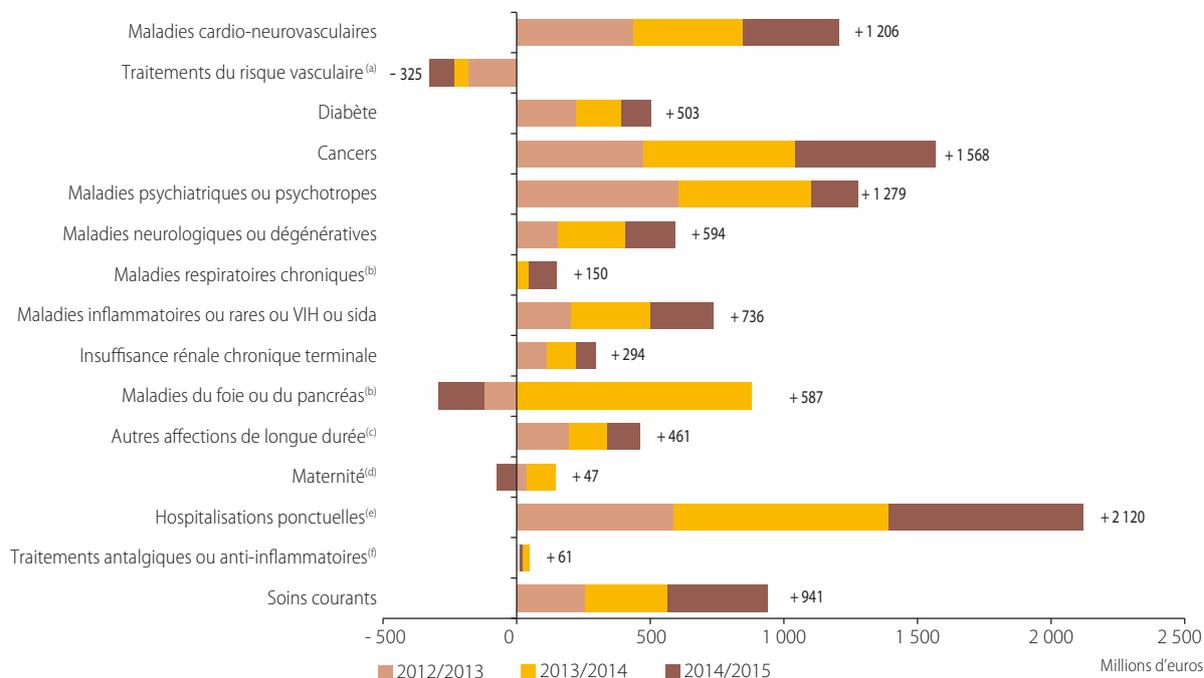
### Évolution à moyen terme : entre 2012 et 2015

Si l'on regarde l'évolution des dépenses sur une plus longue période, on retrouve une augmentation de plus de 10 milliards d'euros entre 2012 et 2015, soit + 8,3 % sur la période (+ 2,7 % par an en moyenne).

Cette hausse des dépenses concerne tous les groupes à l'exception du groupe Traitements du risque vasculaire (hors pathologies) pour lequel on observe une baisse des dépenses de 325 millions d'euros sur l'ensemble de la période (figure 6).

Cette hausse est supérieure à 1 milliard d'euros pour quatre groupes, principaux contributeurs : les hospitalisations ponctuelles (+ 2,1 milliards d'euros), les cancers (+ 1,6 milliard d'euros), les maladies/traitements en lien avec la santé mentale (+ 1,3 milliard d'euros), et les maladies cardio-neurovasculaires (+ 1,2 milliard d'euros). Elle est plus ou moins importante selon les années et les groupes de pathologies considérés, l'exemple le plus marquant étant celui des maladies du foie ou du pancréas.

► FIGURE 6

**Évolution des dépenses totales remboursées, entre 2012 et 2015,  
pour chaque groupe de population considéré**

(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 – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

En dehors des maladies du foie ou du pancréas, sur la période 2012-2015, les dynamiques de dépenses les plus soutenues (supérieures à 3,5 %) s'observent pour : les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida (+ 5,4 %), les autres affections de longue durée (+ 5,2 %), les cancers (+ 4 %) et les maladies neurodégénératives (+ 3,9 %) (figure 8 et tableau 3). Des taux de croissance des dépenses également soutenus sont observés pour les maladies cardio-neurovasculaires (+ 3,3 %), l'IRCT (+ 3,1 %) et le diabète (+ 2,6 %).

Côté effectifs, on observe entre 2012 et 2015 plus de 332 000 personnes supplémentaires avec une maladie cardio-neurovasculaire et plus de 254 000 avec un diabète (figure 7). Pour ces pathologies qui touchent un grand nombre de personnes, le taux de croissance annuel moyen observé sur la période est de l'ordre de 3 % par an (figure 8). Pour d'autres pathologies, telles que les maladies inflammatoires rares ou VIH ou sida et l'IRCT, le nombre de personnes traitées a augmenté à un rythme plus soutenu, avec un taux de croissance moyen proche de 4 % par an dans les deux cas.

À l'inverse, le nombre de personnes prises en charge a diminué pour certains groupes de populations, comme la maternité,

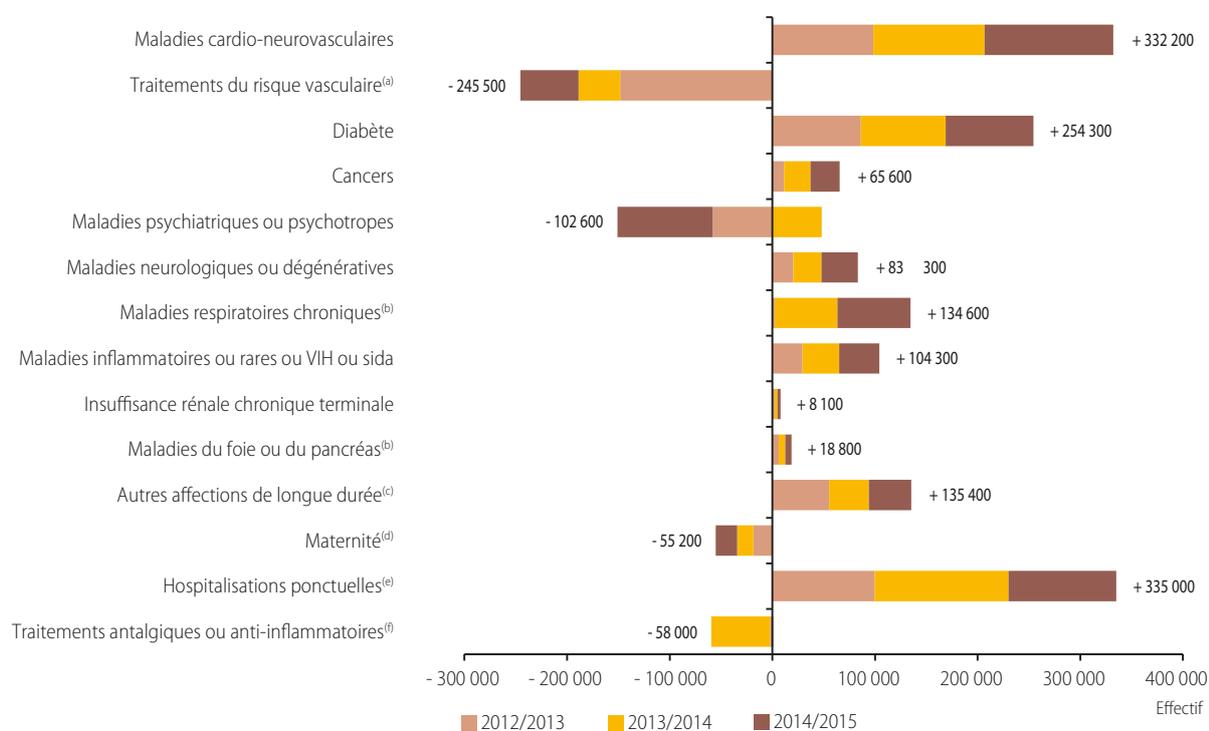
en raison d'une baisse des naissances. Pour les traitements du risque vasculaire, les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires ainsi que pour le groupe « maladies ou traitements psychiatriques », il convient d'être prudent dans les interprétations. En effet, il est possible qu'au moins une partie de ces évolutions 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 (amélioration du codage).

Néanmoins, la baisse du nombre de personnes traitées de façon chronique par psychotropes<sup>6</sup> (- 3,9 % entre 2012 et 2015) est cohérente avec celle observée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans son récent rapport (juin 2017) qui indique que la proportion de consommateurs de benzodiazépines est en baisse de 5,7 % en 2015 par rapport à 2012. Cette baisse est plus prononcée pour les hypnotiques (- 12,8 %) que pour les anxiolytiques (- 3,8 %).

6 Hors maladies psychiatriques repérables à partir des données (ALD et/ou motifs d'hospitalisation) présentes dans les bases de l'Assurance Maladie.

► FIGURE 7

## Évolution des effectifs entre 2012 et 2015 pour chaque groupe de population considéré



(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 – France entière

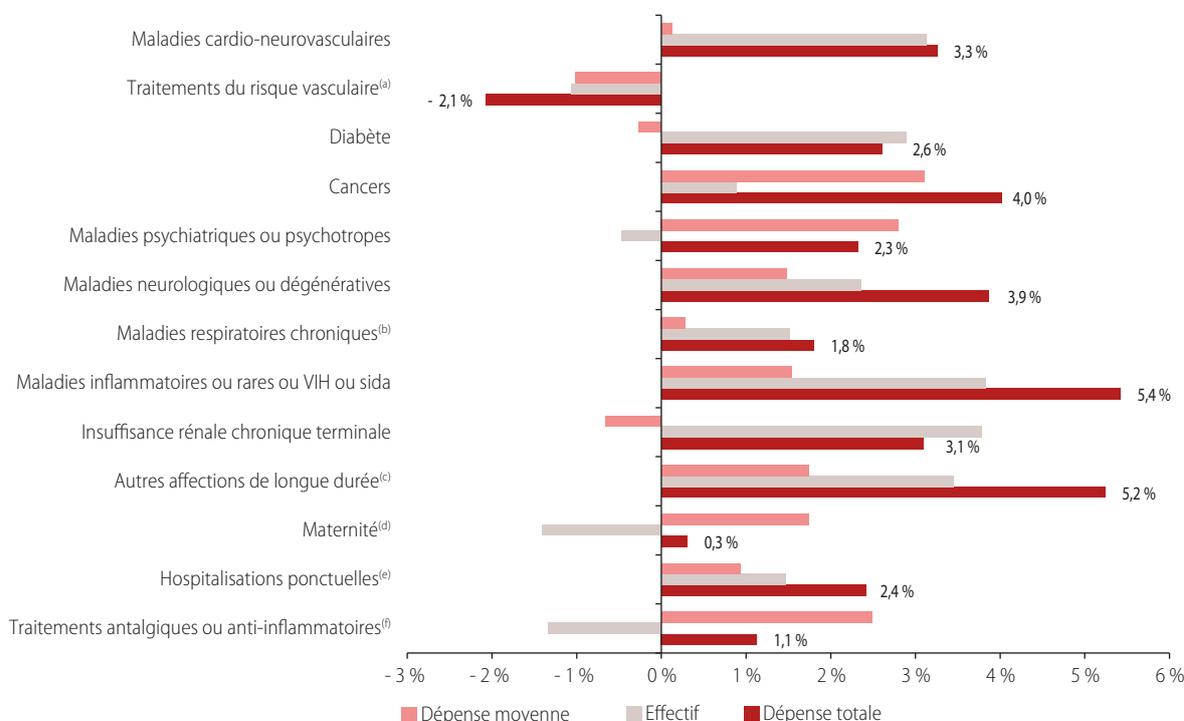
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

Au global, pour les différents groupes de pathologies considérés, les deux facteurs, effectifs et dépenses moyennes par patient, jouent dans des proportions très variables (figure 7 et tableau 3). Pour les cancers et la santé mentale, ce sont les coûts moyens de traitement qui expliquent la croissance de la dépense totale. Pour les autres groupes de pathologies, au contraire, l'évolution des dépenses est principalement liée à celle des effectifs de patients.

Dans certains cas, la hausse des dépenses a été plus modérée en raison d'évolutions contraires de ces facteurs : ainsi l'augmentation du coût moyen de la maternité est en grande partie compensée par la baisse du nombre de naissances. Il en est de même, dans une moindre mesure, pour les traitements par antalgiques ou anti-inflammatoires : augmentation de la dépense moyenne de 2,5 % et baisse des effectifs de 1,3 %, soit une hausse de la dépense de 1,1 %.

► FIGURE 8

### Taux de croissance annuel moyen des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales entre 2012 et 2015, pour chaque groupe de population considéré (hors maladies du foie ou du pancréas)



(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 – France entière

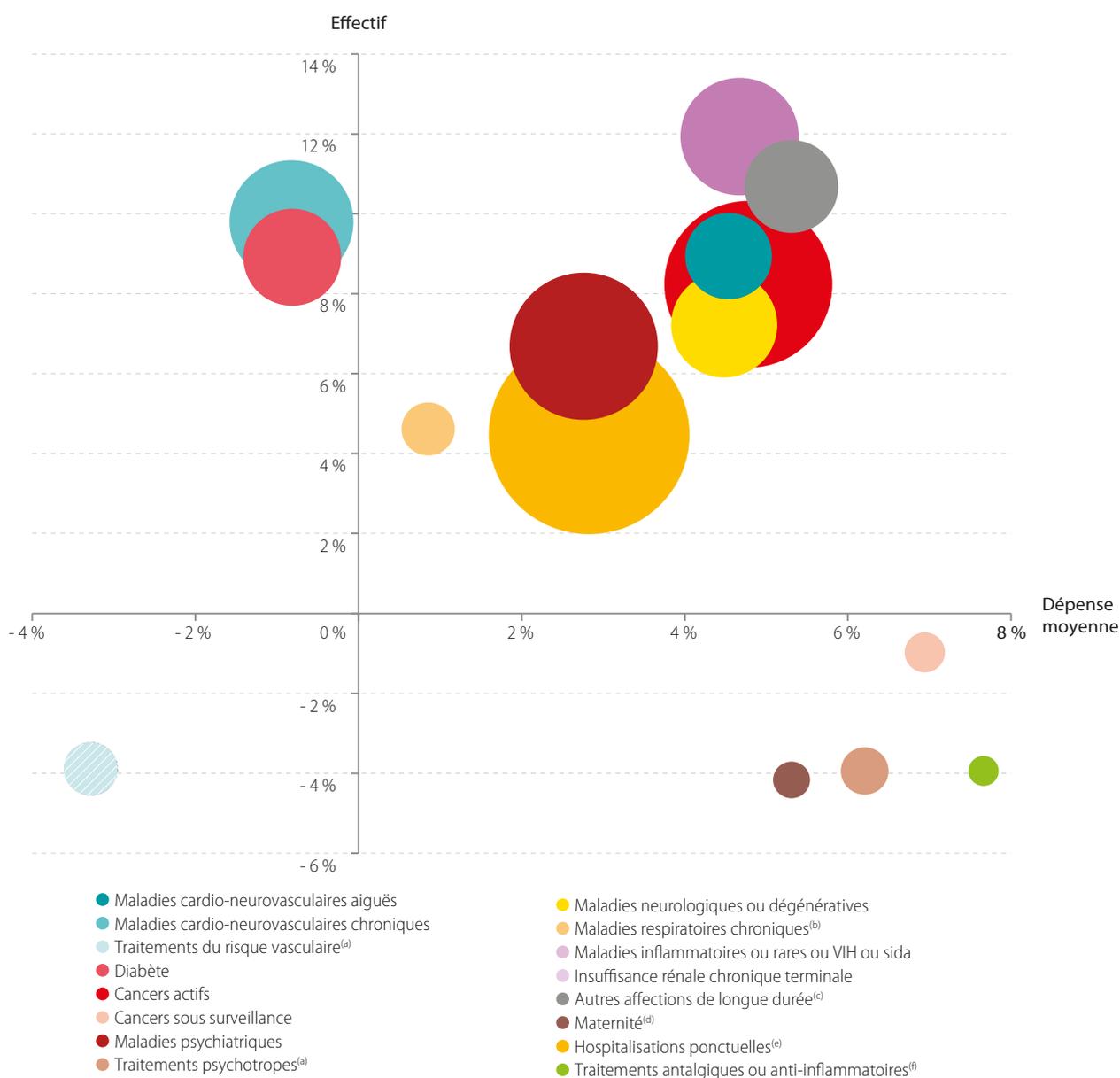
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

La mise en perspective des évolutions annuelles moyennes montre, pour la plupart des groupes de populations considérés, un ralentissement de la croissance annuelle des dépenses entre 2014 et 2015 (figure 5) par rapport à la période 2012 à 2015 (figure 8 et tableau 3), à l'exception des maladies respiratoires chroniques. En effet, pour ces dernières, les dépenses totales remboursées ont augmenté plus vite entre 2014 et 2015 (+ 3,7 %) que sur la période 2012 à 2015 (+ 1,8 % par an), cette croissance plus forte concerne les effectifs (+ 2,4 % versus 1,5 % par an) et dans une moindre mesure la dépense moyenne par an et par patient (+ 1,3 % versus 0,3 % par an).

La figure 9 permet de visualiser de manière synthétique les contributions de l'évolution des effectifs et des dépenses moyennes par an par patient à l'évolution de la croissance totale des dépenses sur la période 2012 à 2015, tout en montrant 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 2015.

► FIGURE 9

Taux de croissance annuel moyen des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par an et par patient et des dépenses totales entre 2012 et 2015, pour chaque groupe de population considéré (hors maladies du foie ou du pancréas)



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au différentiel de dépenses remboursées entre 2012 et 2015, avec des bulles hachurées pour marquer une baisse des dépenses remboursées sur la période (traitements du risque vasculaire), des bulles pleines lorsqu'il s'agit d'une augmentation des dépenses. Les taux d'évolution des effectifs sont ceux observés sur l'ensemble de la période 2012 à 2015 (il ne s'agit pas de taux de croissance annuel). Seuls ont été représentés les principaux groupes de populations 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.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► TABLEAU 3

**Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales  
entre 2012 et 2015, pour chaque groupe de population considérée**

	Évolution 2012-2013			Évolution 2013-2014			Évolution 2014-2015			Taux de croissance annuel moyen 2012-2015		
	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne
Maladies cardio-neurovasculaires	3,7 %	2,9 %	0,8 %	3,3 %	3,1 %	0,2 %	2,8 %	3,4 %	-0,6 %	3,3 %	3,1 %	0,1 %
Traitements du risque vasculaire <sup>(a)</sup>	-3,4 %	-1,9 %	-1,6 %	-1,0 %	-0,5 %	-0,4 %	-1,8 %	-0,7 %	-1,0 %	-2,1 %	-1,1 %	-1,0 %
Diabète	3,6 %	3,0 %	0,5 %	2,6 %	2,8 %	-0,2 %	1,7 %	2,8 %	-1,1 %	2,6 %	2,9 %	-0,3 %
Cancers	3,8 %	0,5 %	3,3 %	4,4 %	1,0 %	3,3 %	3,9 %	1,1 %	2,7 %	4,0 %	0,9 %	3,1 %
Maladies psychiatriques ou psychotropes	3,4 %	-0,8 %	4,2 %	2,7 %	0,7 %	2,0 %	0,9 %	-1,3 %	2,2 %	2,3 %	-0,5 %	2,8 %
Maladies neurologiques ou dégénératives	3,1 %	1,8 %	1,3 %	5,0 %	2,3 %	2,6 %	3,5 %	3,0 %	0,5 %	3,9 %	2,4 %	1,5 %
Maladies respiratoires chroniques <sup>(b)</sup>	0,0 %	0,1 %	0,0 %	1,7 %	2,1 %	-0,4 %	3,7 %	2,4 %	1,3 %	1,8 %	1,5 %	0,3 %
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	4,8 %	3,4 %	1,4 %	6,6 %	4,0 %	2,5 %	4,9 %	4,2 %	0,7 %	5,4 %	3,8 %	1,5 %
Insuffisance rénale chronique terminale	3,7 %	3,3 %	0,4 %	3,4 %	4,0 %	-0,6 %	2,2 %	4,1 %	-1,8 %	3,1 %	3,8 %	-0,7 %
Maladies du foie ou du pancréas <sup>(b)</sup>	-10,2 %	1,3 %	-11,4 %	82,0 %	1,3 %	79,6 %	-8,8 %	1,3 %	-9,9 %	14,2 %	1,3 %	12,7 %
Autres affections de longue durée <sup>(c)</sup>	7,1 %	4,4 %	2,6 %	4,7 %	2,9 %	1,7 %	4,0 %	3,0 %	0,9 %	5,2 %	3,4 %	1,7 %
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires <sup>(f)</sup>	0,8 %	-0,1 %	1,0 %	0,9 %	-3,8 %	5,0 %	1,6 %	0,0 %	1,6 %	1,1 %	-1,3 %	2,5 %
Maternité <sup>(e)</sup>	0,5 %	-1,4 %	1,9 %	1,4 %	-1,2 %	2,6 %	-0,9 %	-1,6 %	0,7 %	0,3 %	-1,4 %	1,7 %
Hospitalisations ponctuelles <sup>(f)</sup>	2,1 %	1,3 %	0,7 %	2,8 %	1,7 %	1,0 %	2,4 %	1,4 %	1,1 %	2,4 %	1,5 %	0,9 %

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(e) Avec ou sans pathologies

(f) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

**1.2.2 / Les dynamiques de croissance de quelques pathologies**

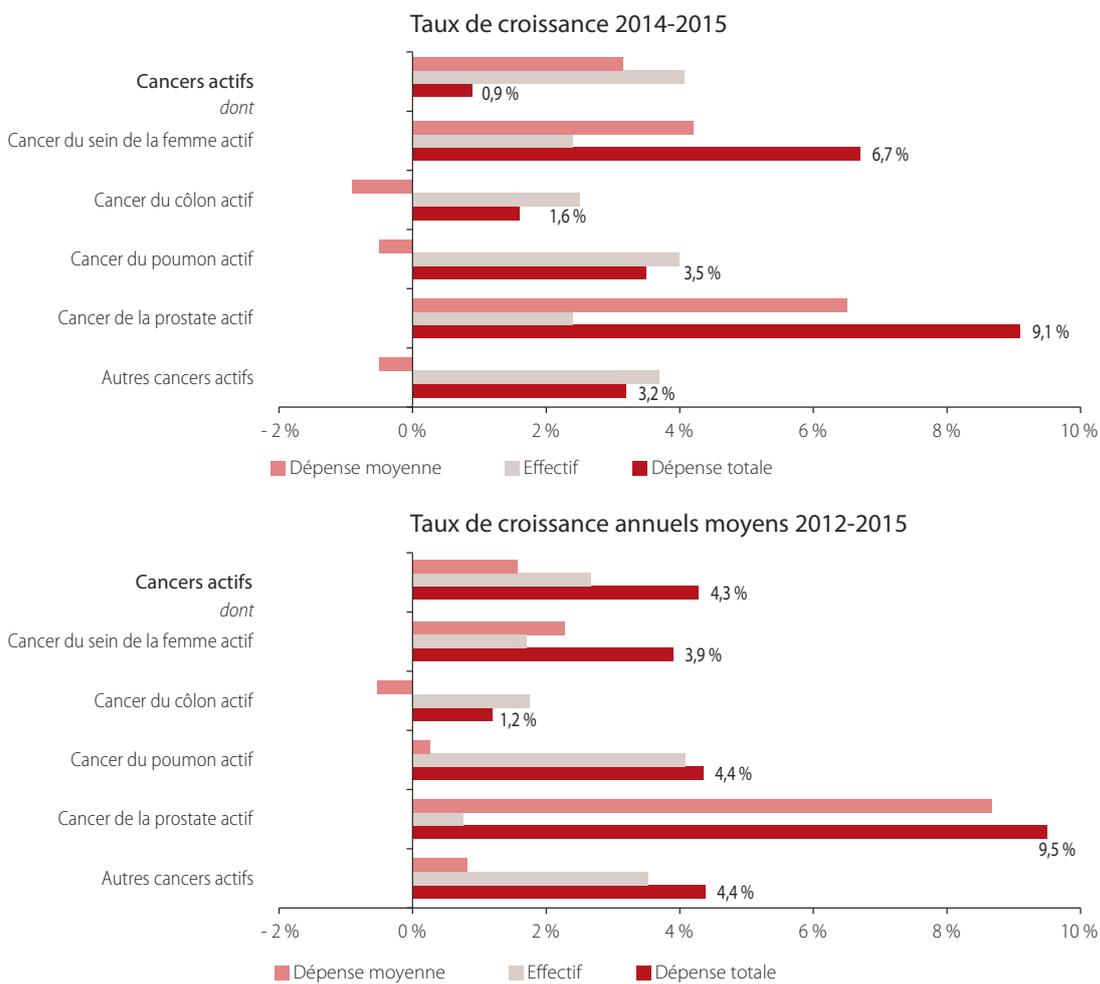
**Cancer du sein actif : une croissance des effectifs modérée, mais un coût moyen en forte progression en 2015**

Les dépenses d'assurance maladie pour le cancer du sein actif sont en forte progression en 2015 avec une hausse de 6,7 % par rapport

à 2014, un taux d'évolution très supérieur à celui observé sur la période 2012 à 2015 (+ 3,9 % en moyenne annuelle) (figure 10). Cette évolution est principalement due à l'augmentation des coûts moyens de traitement en hausse de 4,2 % par rapport à 2014, près de deux fois supérieure à celle observée entre 2012 et 2015 (+ 2,2 %). L'évolution des effectifs est également un peu plus dynamique entre 2014 et 2015 (+ 2,4 %) qu'entre celle observée entre 2012 et 2015 (+ 1,7 % en moyenne annuelle).

► FIGURE 10

**Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales entre 2012 et 2015, par catégorie de cancers actifs**



Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

L'analyse de la décomposition de la dépense moyenne (figure 11) et de son évolution entre 2012 et 2015 montre que pour le cancer du sein actif, ce sont essentiellement les médicaments pris en charge sur la liste en sus qui tirent la croissance entre 2014 et 2015 (soit + 22 %), ceux délivrés en ville étant en légère diminution (- 6 %). Ces évolutions s'expliquent principalement par l'arrivée en 2014 de deux molécules qui ont modifié la stratégie

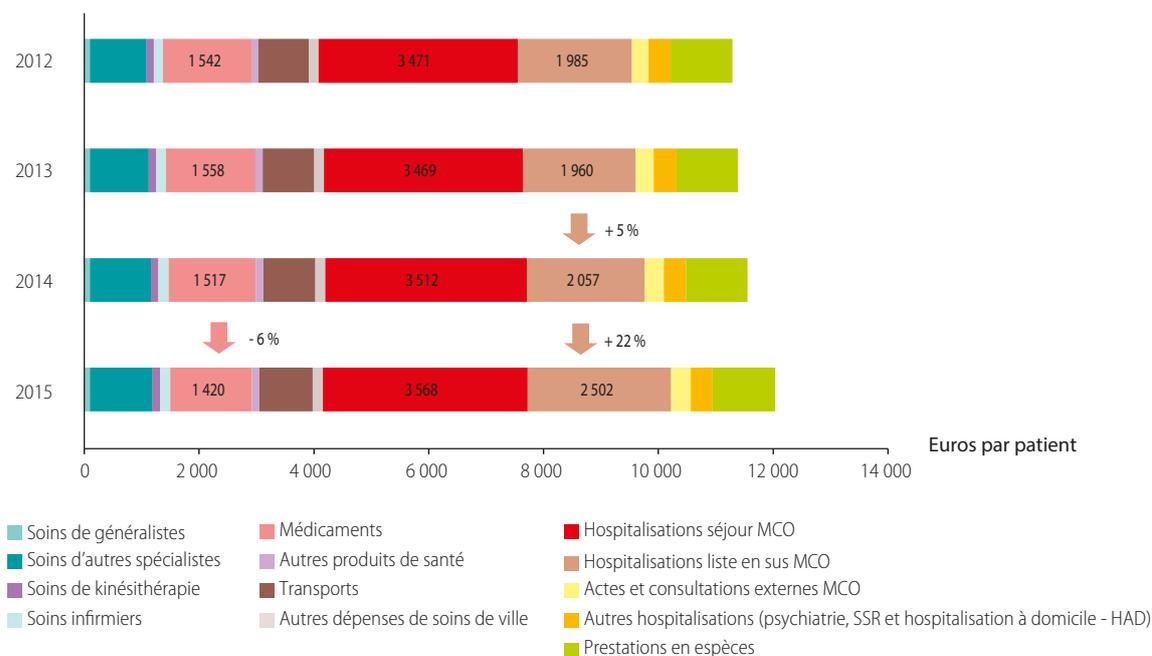
thérapeutique dans certains types de cancer du sein dits « HER 2+ » :  
 – Perjeta (commercialisé début 2014) : est désormais le traitement de référence en association avec Herceptin (et un taxane) en 1<sup>re</sup> ligne du cancer du sein HER 2+ métastasé ;  
 – Kadcylla (commercialisé fin 2014) : est désormais le traitement de référence en monothérapie en 2<sup>e</sup> ligne du cancer du sein HER 2+ métastasé.

Ces deux nouveaux médicaments sont délivrés et administrés en établissement de santé (séjours de séances de chimiothérapie), ce qui explique également la très légère hausse observée des

dépenses des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

► FIGURE 11

**Cancers du sein actifs - Évolution des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2015, par poste**



Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

Par ailleurs, si le cancer de la prostate actif reste celui pour lequel les dépenses d'assurance maladie augmentent le plus rapidement entre 2014 et 2015, cette croissance semble cependant ralentir très légèrement par rapport à celle observée sur une plus longue période (9,1 % versus 9,5 % en moyenne annuelle entre 2012-2015) (figure 10). L'analyse de la décomposition de cette dépense moyenne montre que comme l'année dernière (rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2017), ce sont essentiellement les médicaments qui tirent la croissance. On retrouve là l'impact des nouveaux traitements indiqués dans les cancers métastasés, première ligne<sup>7</sup> (Zytiga et Xtandi), mais aussi de Jevtana (cancers métastasés, deuxième ligne), dont la diffusion se poursuit.

**Maladie coronaire chronique : un coût moyen en baisse, qui compense la hausse des effectifs**

En 2015, 3,8 millions de personnes<sup>8</sup> ont été prises en charge pour au moins une maladie cardio-neurovasculaire, avec une dépense remboursée d'environ 13 milliards d'euros, dont

10 milliards pour les maladies en phase chronique et 3 milliards pour celles en phase aiguë. Les pathologies cardio-vasculaires (figure 12 et tableau 2) ont un coût annuel de traitement modéré, de l'ordre de 3 500 euros par an et par patient, mais concernent près de 3,7 millions de personnes, d'où leur poids important en termes de dépenses.

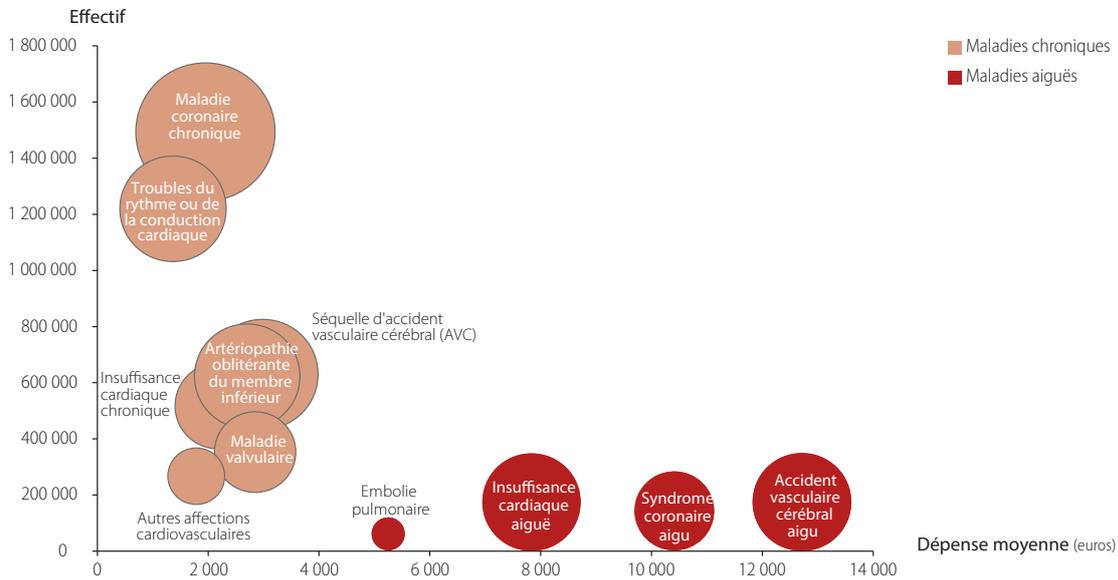
Parmi les maladies cardio-neurovasculaires, la maladie coronaire chronique (figure 12) est la plus importante en termes d'effectifs (1,5 million de personnes prises en charge en 2015) aussi bien que de dépenses (2,77 milliards d'euros en 2015). C'est aussi celle qui a connu, parmi les maladies cardio-neurovasculaires chroniques, les évolutions les plus atypiques sur la période 2012 à 2015 (figure 13) : une croissance soutenue des effectifs (+ 2,5 % en moyenne par an), totalement compensée par une baisse de la dépense moyenne par an et par patient (- 2,7 % en moyenne par an), ce qui a permis de maîtriser les dépenses remboursées pour cette maladie (- 0,3 % en moyenne par an).

7 Il s'agit du premier traitement administré aux patients atteints d'un cancer.

8 Une même personne peut avoir plusieurs maladies cardio-neurovasculaires à différentes phases dans l'année (ex : artériopathie des membres inférieur et AVC aiguë), les effectifs ne sont donc pas sommables.

► FIGURE 12

**Maladies cardio-neurovasculaires - Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales, en 2015**

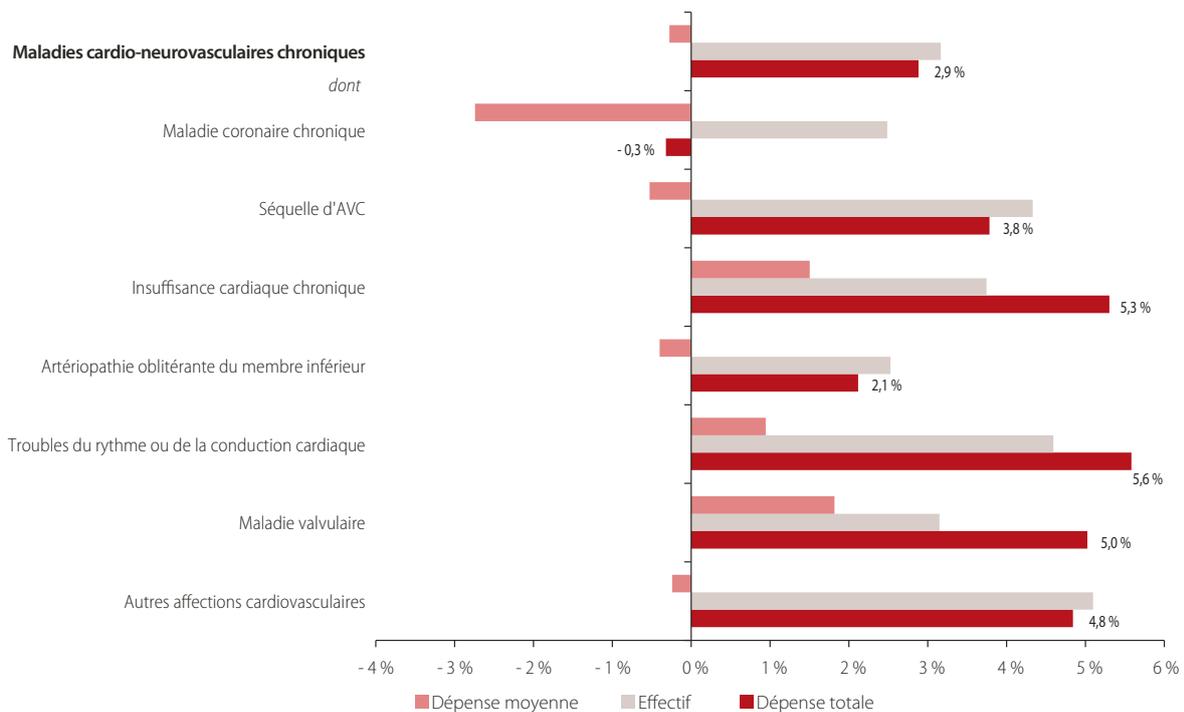


Note de lecture : la taille de la bulle est proportionnelle au montant des dépenses totales remboursées affecté à chaque pathologie, traitement ou événement de santé représenté sur le graphique.

Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 13

**Maladies cardio-neurovasculaires chroniques - Taux de croissance annuel moyen des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2015**



Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

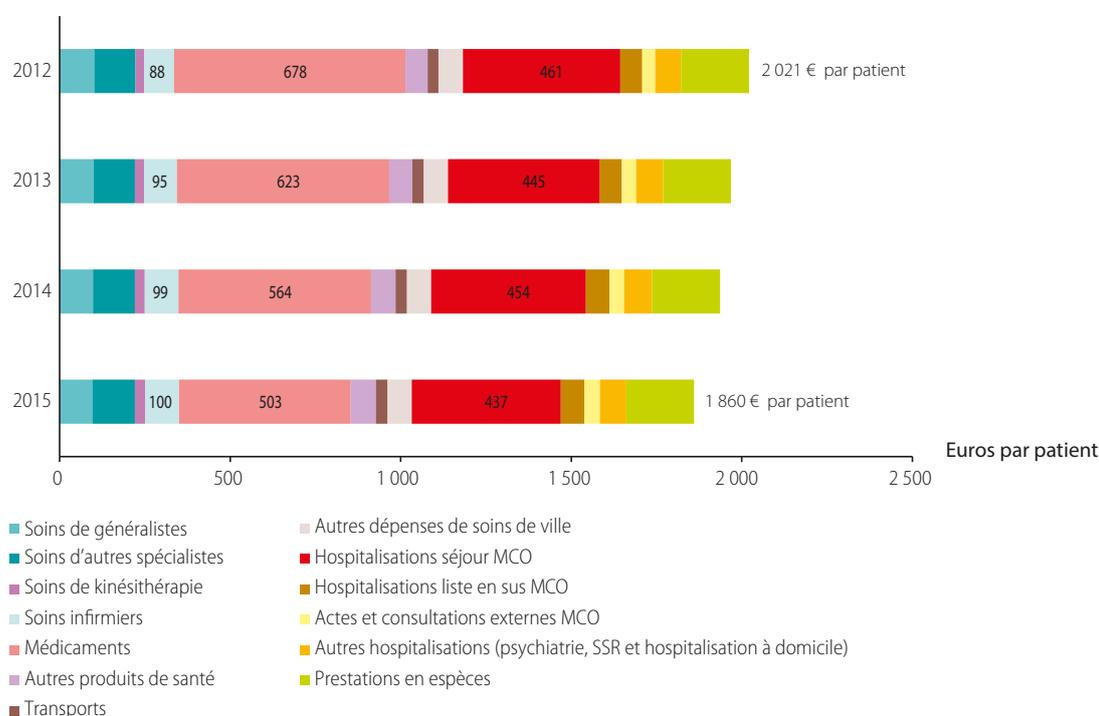
C'est essentiellement la baisse des dépenses de médicaments (- 26 % entre 2012 et 2015) qui explique la diminution observée de la dépense moyenne par an et par patient sur la période (figure 14). Elle traduit l'impact des baisses de prix réalisées sur les antiagrégants plaquettaires (AAP) et notamment sur Plavix. Celui-ci avait un prix hors taxes de 24,79 euros en 2013 et est passé à 22,03 euros en avril 2014, puis à 18,28 euros en janvier 2015. À cela s'ajoute aussi l'impact possible de l'action de maîtrise médicalisée menée par la Cnamts (2013 et 2014) sur

le bon usage des antiagrégants plaquettaires dans le traitement d'entretien de la maladie coronaire.

Par ailleurs, la baisse des dépenses moyennes de séjours hospitaliers MCO (- 5 %) couplée à l'augmentation des dépenses de soins infirmiers (+ 14 %) peut être le signe d'un virage ambulatoire dans la prise en charge de cette pathologie, avec une prise en charge davantage tournée vers la ville et moins hospitalière.

► FIGURE 14

### Maladies coronaires chroniques - Évolution des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2015, par poste



Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

### Les maladies du foie et du pancréas<sup>9</sup> : une évolution très contrastée des dépenses remboursées entre 2012 et 2015

Pour les maladies du foie ou du pancréas, la dépense totale a en effet évolué de façon très contrastée (figure 15 et tableau 3) selon les années :

– 2012-2013 : baisse (- 122 millions d'euros, soit - 10,2 %), avant l'arrivée des nouveaux antiviraux d'action directe (AAD) ;

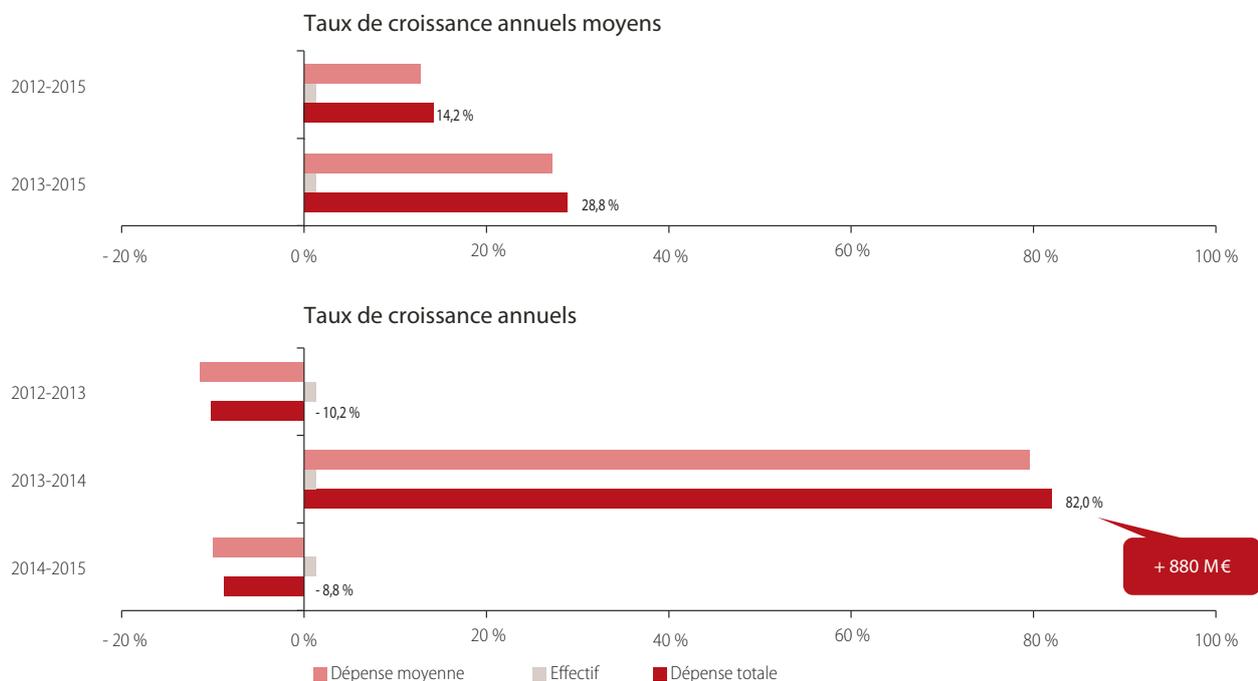
– 2013-2014 : forte hausse des dépenses (+ 880 millions d'euros, soit + 82 %) suite à l'arrivée des nouveaux antiviraux d'action directe, très onéreux, indiqués dans la prise en charge de l'hépatite C ;

– 2014-2015 : baisse (- 171 millions d'euros, soit - 8,8 %) en lien avec les baisses de prix intervenues sur la période pour ces mêmes médicaments.

9 Hors mucoviscidose, incluse dans le groupe des maladies rares.

► FIGURE 15

**Maladies du foie ou du pancréas - Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2015**



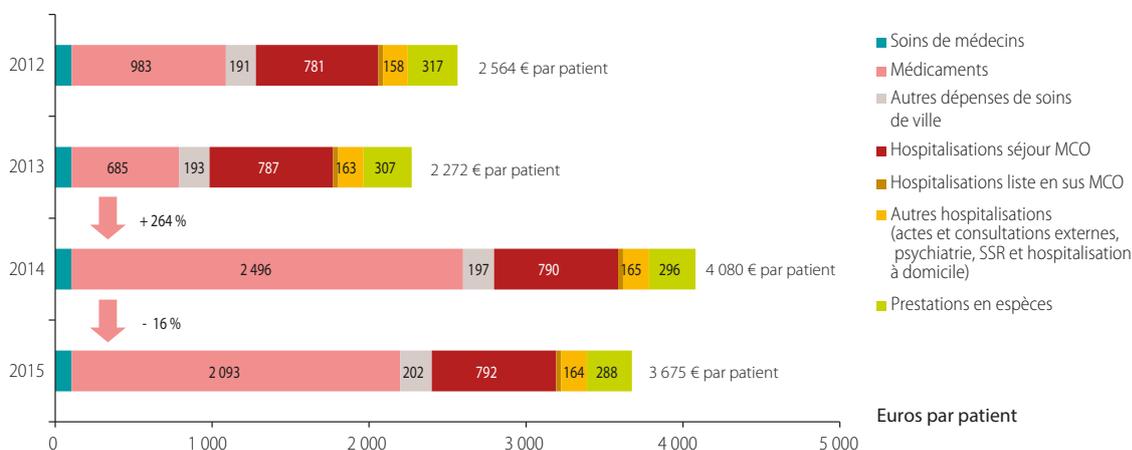
Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

Dans la mesure où le nombre de personnes avec une maladie du foie ou du pancréas est resté globalement constant sur la période, ces évolutions contrastées résultent directement des évolutions de la dépense annuelle moyenne qui a fluctué sur la période 2012 à 2015 entre 2 272 euros par an et par patient

(2013) et 4 080 euros par an et par patient (2014), en fonction des évolutions du poste « médicaments » (figure 16). En 2015, la dépense moyenne pour les maladies du foie ou du pancréas est de 3 675 euros par patient et par an.

► FIGURE 16

**Maladies du foie ou du pancréas - Évolution des dépenses moyennes par patient, entre 2012 et 2015, par poste**



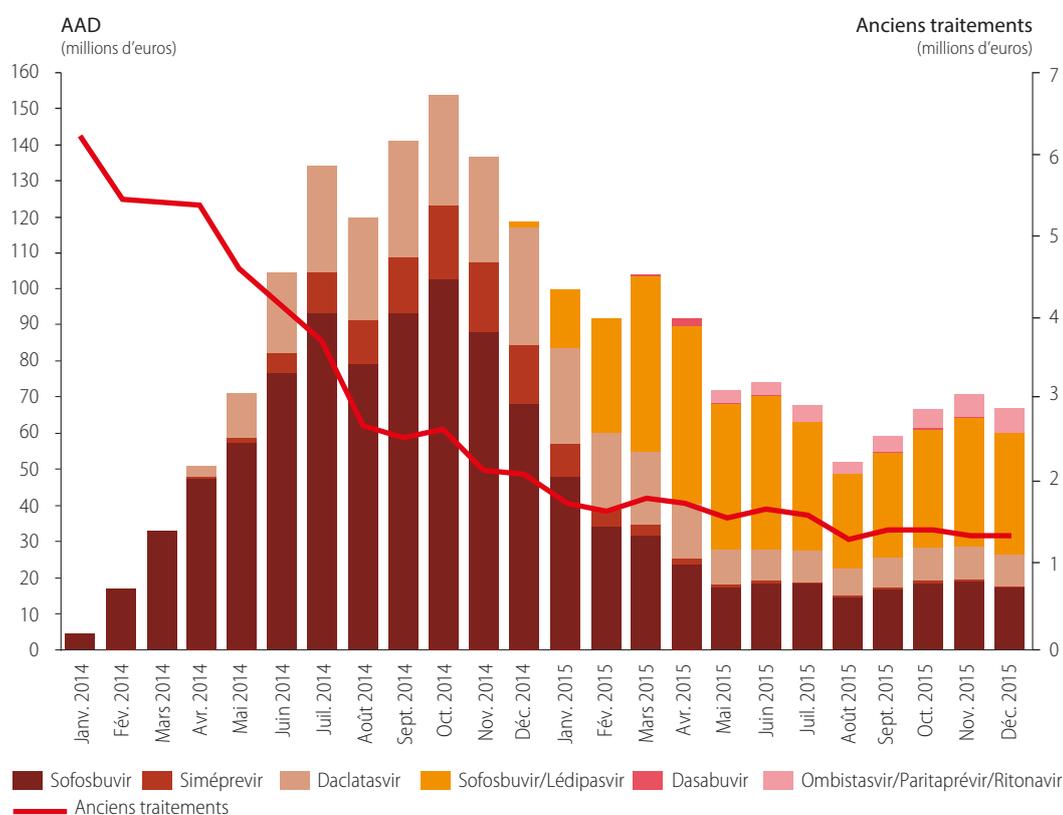
Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

La baisse du coût moyen observée entre 2012 et 2013, avant l'arrivée des AAD, reflète sans doute l'attitude des praticiens soignant les patients atteints d'hépatite C, qui ont préféré éviter de les traiter dans l'attente d'un traitement (le sofosbuvir, introduit fin 2013 et début 2014) dont l'efficacité était réputée meilleure sur des patients naïfs de traitement.

La baisse observée de la dépense moyenne entre 2014 et 2015 est de nature différente (figure 17). Elle résulte de l'évolution des profils de prescription (la plupart des patients débutant par une bithérapie associant le sofosbuvir avec un autre AAD) et des schémas thérapeutiques (diminution de la durée de traitement), mais aussi des baisses de prix des AAD par rapport aux prix en autorisation temporaire d'utilisation (ATU), permises notamment par l'arrivée de nouveaux médicaments concurrents du sofosbuvir.

► FIGURE 17

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



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

Ce sont au total 587 millions d'euros supplémentaires (figure 6) qui ont été mobilisés pour la prise en charge des maladies du foie ou du pancréas sur la période 2012-2015, soit plus que pour le diabète (+ 503 millions d'euros), qui concerne pourtant beaucoup plus de personnes (3,1 millions *versus* moins de 500 000 pour les maladies du foie ou du pancréas).

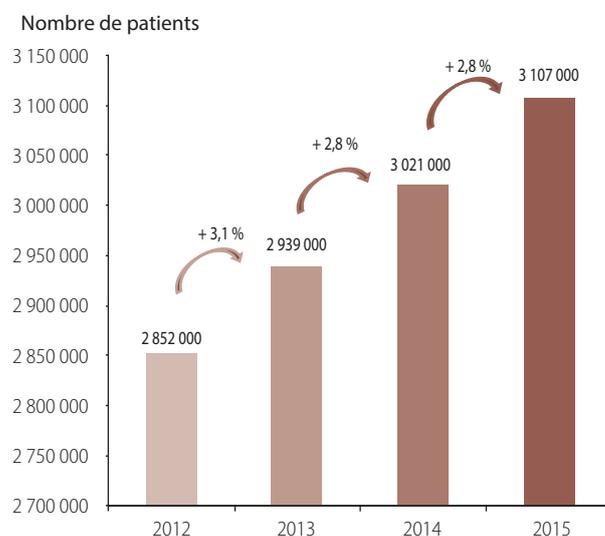
**Le diabète : un coût moyen en baisse pour la deuxième année**

En 2015, 3,1 millions de personnes étaient traitées pour diabète, pour le seul régime général (soit environ 3,7 millions si on extrapole à la population française dans son ensemble), soit 5,4 % de la population. La progression des effectifs reste

soutenue (+ 2,8 % par rapport à 2014), en lien avec l'évolution des principaux facteurs de risque (obésité, sédentarité) et le vieillissement de la population, même si on observe un ralentissement sur les quatre dernières années (figure 18). C'est cette croissance des effectifs qui tire la dépense totale (6,8 milliards d'euros en 2015), car les dépenses moyennes par personne sont en baisse pour la deuxième année (figure 19), essentiellement en raison de la baisse observée sur le poste médicament (baisses de prix des gliptines et des antidiabétiques plus anciens tels que les sulfamides). La hausse observée sur les postes de soins infirmiers et les autres produits de santé (LPP) (figure 20) s'explique par le recours accru à l'insulinothérapie, en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques.

► FIGURE 18

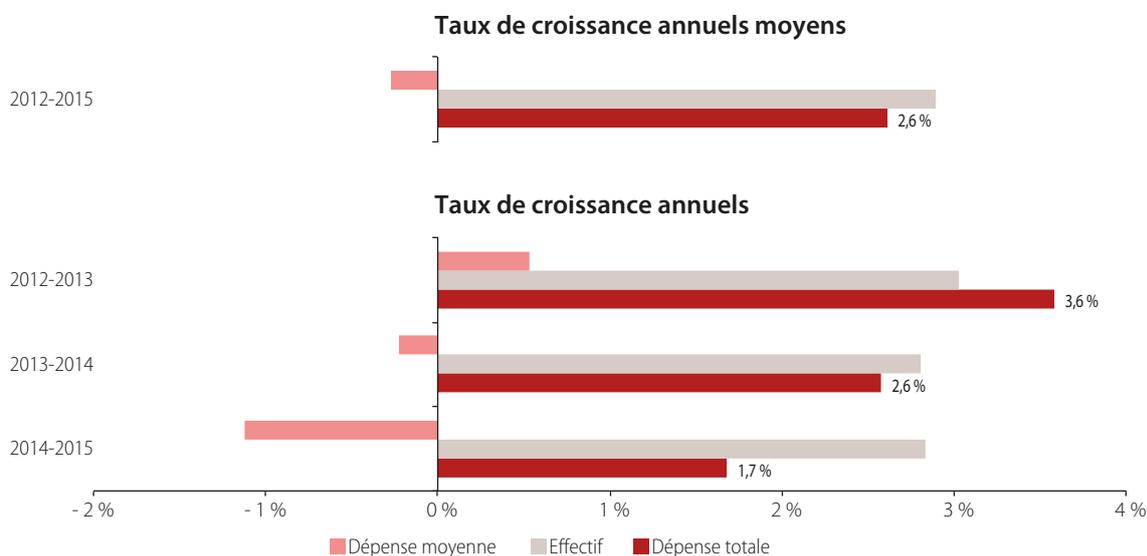
Évolution du nombre de patients traités pour diabète, de 2012 à 2015



Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 19

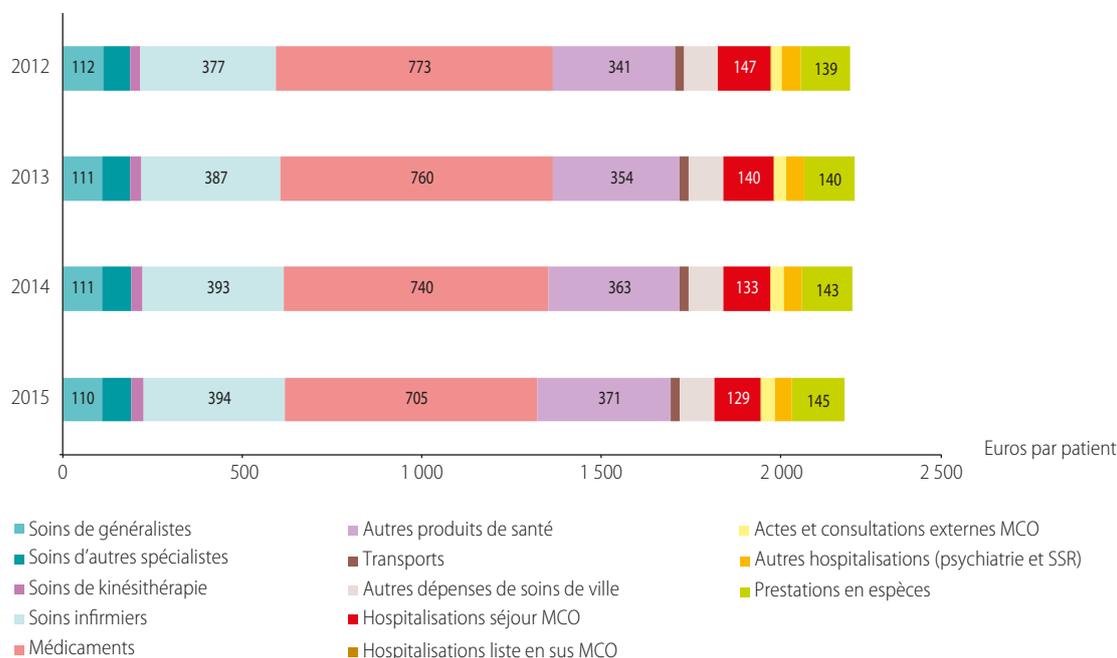
Diabète - Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2015



Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 20

## Diabète - Évolution des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2015, par poste



Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

Néanmoins, les années prochaines pourraient se traduire par une dynamique de croissance très forte sur les traitements du diabète, avec une diffusion assez rapide de la dernière classe arrivée sur le marché, les agonistes du glucagon-like peptide1 (GLP1) (rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2017).

### L'IRCT : augmentation du nombre de transplantations rénales et baisse des coûts moyens de prise en charge

En 2015, environ 77 000 personnes étaient prises en charge pour IRCT, pour une dépense remboursée de 3,4 milliards d'euros (2,5 % du total des dépenses remboursées), dont 2,7 milliards pour la dialyse chronique et 660 millions pour la greffe rénale et son suivi. Le poids économique important de cette pathologie s'explique par une dépense moyenne très élevée (tableau 2). Entre 2012 et 2015 (figure 21), la croissance des dépenses a été soutenue (près de 300 millions d'euros supplémentaires, soit une augmentation de 3,2 % en moyenne par an), essentiellement induite par la hausse des effectifs (+ 3,9 % en moyenne par an).

Cette hausse des effectifs est particulièrement marquée pour la transplantation rénale puisque le nombre de personnes transplantées est passé d'environ 2 500 personnes greffées en 2012 à plus de 3 000 en 2015 (+ 6,2 % en moyenne par an), avec une accélération entre 2014 et 2015 (+ 10,4 %). Cette augmentation du nombre de personnes ayant bénéficié d'une

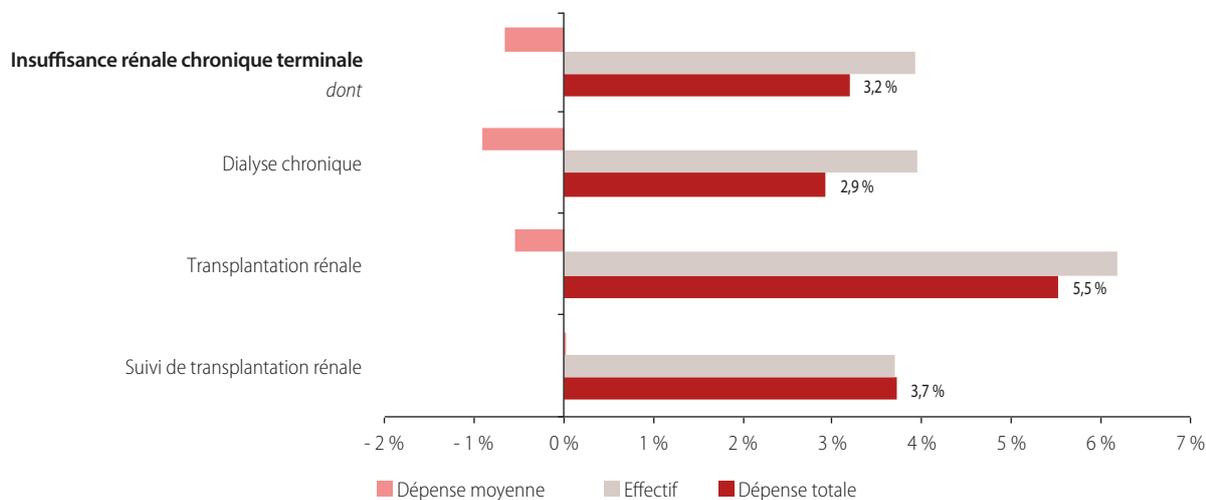
greffe rénale est à mettre en relation avec la proposition n° 17 « Améliorer l'accès à la greffe rénale » faite par l'Assurance Maladie dans son rapport de propositions pour l'année 2015 et les actions mises en place par la suite. La Haute Autorité de santé (HAS) a également publié en octobre 2015 une recommandation<sup>10</sup> de bonne pratique visant notamment à favoriser l'accès à la transplantation rénale et à réduire les disparités d'accès.

À noter également entre 2012 et 2015 une baisse des dépenses moyennes par an et par patient (figure 21 et figure 22) pour l'IRCT (- 0,7 % en moyenne par an) qui concerne principalement les postes médicaments (en ville) et celui des produits facturés en sus des séjours MCO. Cette baisse des dépenses des produits de la liste en sus peut notamment s'expliquer par la réintégration dans les tarifs des séjours MCO des spécialités pharmaceutiques à base d'agents stimulants de l'érythropoïèse (EPO) à partir du 1<sup>er</sup> mars 2014. Cette réintégration a permis de maîtriser les dépenses hospitalières MCO pour l'IRCT, les dépenses des séjours MCO restant globalement stables sur la période. De même, la croissance du poste « transports », ralentit à partir de 2014, passant de + 3,5 % entre 2012 et 2013 à + 0,6 % entre 2013 et 2014 et + 0,7 % entre 2014 et 2015, montrant ainsi un possible impact des actions mises en place par l'Assurance Maladie sur les transports.

<sup>10</sup> « HAS-Transplantation rénale : accès à la liste d'attente nationale. Du repérage à l'inscription : critères d'orientation et indications », disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rbp\\_greffe\\_renal\\_fiche\\_synthese\\_criteres\\_v1\\_pao.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rbp_greffe_renal_fiche_synthese_criteres_v1_pao.pdf)

► FIGURE 21

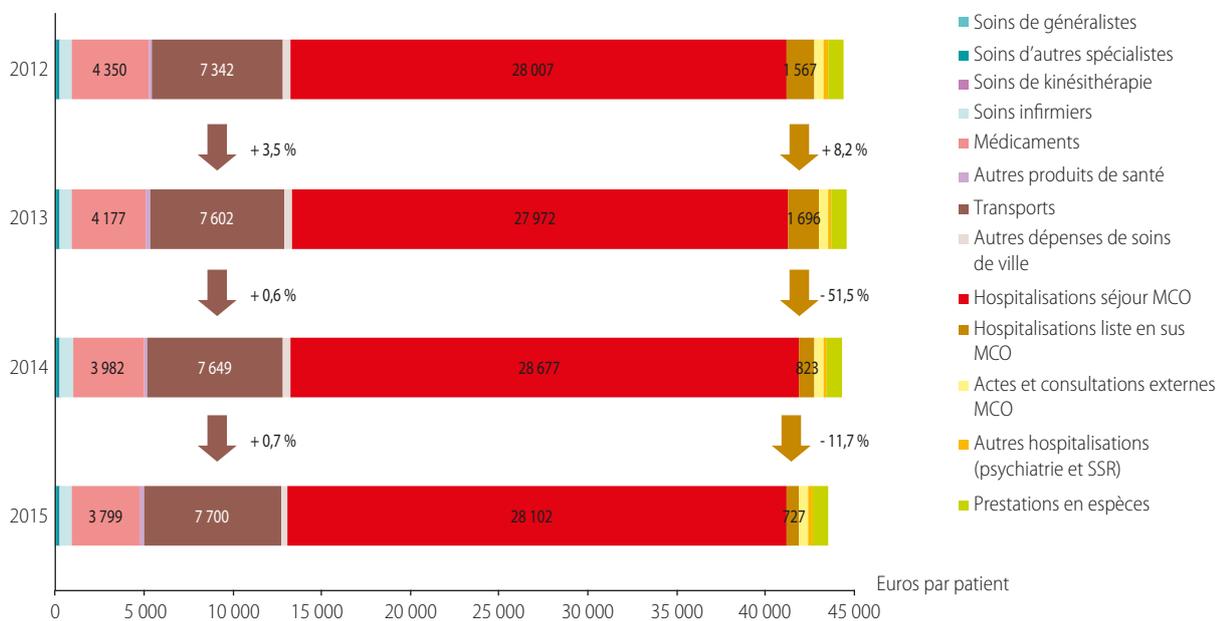
**Insuffisance rénale chronique terminale - Taux de croissance annuel moyen des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2015**



Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 22

**Insuffisance rénale chronique terminale - Évolution des dépenses moyennes par patient, entre 2012 et 2015, par poste**



Champ : régime général – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

### Quelques réflexions issues de ces analyses par pathologie

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

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

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

## 1.3 Les hospitalisations ponctuelles

### 1.3.1 / Principales caractéristiques

Les hospitalisations ponctuelles sont des hospitalisations de court séjour en MCO dont le motif n'a pas été mis en rapport avec l'une des pathologies reconnues par les algorithmes de la cartographie médicalisée. Cette catégorie couvre donc une population très diverse par son âge et concerne des motifs d'hospitalisation très variés.

Une hospitalisation ponctuelle peut survenir chez une personne porteuse par ailleurs d'une pathologie chronique (par exemple, une intervention pour cataracte chez un patient ayant une maladie coronaire chronique). Les dépenses relatives aux hospitalisations ponctuelles comprennent, outre les coûts de l'hospitalisation MCO, les coûts des séjours en soins de suite et réadaptation et en ville en lien avec l'épisode hospitalier.

Pour le régime général, les hospitalisations ponctuelles ont concerné 7,8 millions de personnes et généré 30,7 milliards d'euros de dépenses en 2015, dont 21 milliards de frais hospitaliers. Il s'agit d'un groupe dont l'évolution est dynamique, tant sur le plan des dépenses (croissance annuelle moyenne de 2,4 % entre 2013 et 2015) que sur celui des effectifs (1,5 %). Entre 2013 et 2015, le nombre de patients a crû de 3 %, le nombre de séjours de 4 % et le montant total remboursé en frais hospitaliers de 4,7 %.

Si l'on exclut les séances et les séjours en lien avec la maternité et les nouveau-nés, les hospitalisations ponctuelles du régime général, étudiées ici, représentaient en 2015 63 % de l'ensemble de l'activité MCO totale ([tableau 4](#)).

#### ► TABLEAU 4

### Principales caractéristiques des hospitalisations ponctuelles, en 2013 et 2015

	2013		2015
7 131 155 patients	55 % de femmes Âge moyen de 50 ans 56,9 % de patients avec maladie(s) chronique(s)	7 348 185 patients	54 % de femmes Âge moyen de 51 ans 57,4 % de patients avec maladie(s) chronique(s)
9 583 309 séjours	56,4 % en établissement public DMS <sup>(a)</sup> de 5 jours 26 % en urgence	9 962 917 séjours	57,2 % en établissement public DMS de 5 jours 26 % en urgence
18 784 838 € de frais d'hospitalisation remboursés	5,1 % des remboursements liés aux médicaments et DMI <sup>(b)</sup> en sus	19 677 009 € de frais d'hospitalisation remboursés	5,2 % des remboursements liés aux médicaments et DMI en sus

(a) DMS : durée moyenne de séjour

(b) DMI : dispositifs médicaux implantables

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie de juillet 2017)

### 1.3.2 / Hospitalisations ponctuelles et maladies chroniques

Bien que les motifs des séjours ne soient pas en lien direct avec une pathologie chronique, la majorité des hospitalisations ponctuelles (57 %) survient chez des patients porteurs par ailleurs d'une de ces pathologies. Ces patients sont en moyenne plus âgés, plus souvent hospitalisés dans des établissements publics que les autres et occasionnent, du fait des pathologies dont ils sont porteurs, des dépenses en moyenne deux fois plus élevées (tableau 5). Ils concentrent ainsi 74,3 % du montant total des dépenses des hospitalisations ponctuelles. Le fait d'être porteur d'une pathologie chronique s'accompagne d'un taux d'hospitalisations ponctuelles plus élevé (21,4 %, contre

8,4 % pour les patients sans pathologies chroniques), quel que soit l'âge des patients (figure 23).

Ce taux augmente avec le nombre de pathologies : 15,9 % pour une pathologie chronique, 21,1 % pour deux pathologies et 33,1 % pour trois pathologies ou plus.

La prévalence des maladies chroniques s'accroissant avec l'âge, il est difficile de faire la part du poids relatif de ces deux facteurs sur les dépenses, surtout chez les patients les plus âgés. Il semble tout de même qu'à âge identique, le fait d'être porteur d'une ou de plusieurs maladies chroniques soit un facteur de renchérissement du coût du séjour, notamment du fait de dépenses de la liste en sus plus importantes.

#### ► TABLEAU 5

### Caractéristiques des hospitalisations ponctuelles selon l'existence ou non d'une maladie chronique et principales évolutions, entre 2013 et 2015

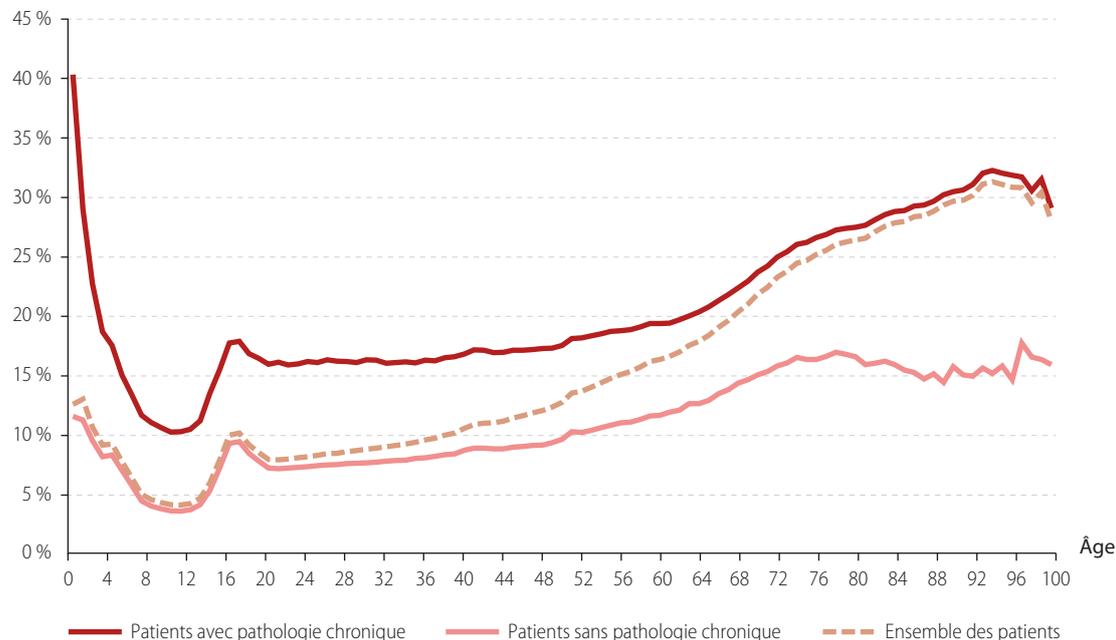
#### Patients avec hospitalisation(s) ponctuelle(s) en 2015

	• 7,348 millions de personnes	(+ 3 % par rapport à 2013)
	• Âge moyen : 51,0 ans	(50,3 ans en 2013)
	• 57,2 % des séjours dans des établissements publics	(56,4 % en 2013)
	• 26 % des séjours avec entrée par les urgences	(26 % en 2013)
Caractéristiques	Sans maladie chronique, en 2015	Avec maladie(s) chronique(s), en 2015
Nombre de patients	3,128 millions (+ 1,8 % / 2013)	4,220 millions (+ 4 % / 2013)
Âge moyen	34,6 ans (33,9 ans en 2013)	63,2 ans (62,7 ans en 2013)
Part de femmes	53,2 %	55,8 %
Taux de décès dans l'année	0,2 %	5,4 %
Taux de couverture maladie universelle européenne (CMU-C)	10,2 %	4,8 %
Remboursement moyen par patient	1 618 euros (1 586 euros en 2013 : + 2 %)	3 464 euros (3 428 euros en 2013 : + 1 %)
Nombre moyen de séjours par patient	1,18 (1,18 en 2013)	1,48 (1,47 en 2013)
Séjours dans des établissements publics	50,7 %	61,0 %
Séjours avec entrée par les urgences	24 %	28 %

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 23

**Taux d'hospitalisation ponctuelle en fonction de l'âge des patients et de l'existence d'une maladie chronique**

Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

**1.3.3 / Répartition des séjours selon les domaines d'activité<sup>11</sup>**

Les domaines d'activité « digestif », « orthopédie traumatologie » et « ophtalmologie » regroupent à eux seuls 46 % des

hospitalisations ponctuelles. Leur poids relatif varie cependant selon l'âge des patients. On voit ainsi par exemple sur la [figure 24](#) que l'activité d'ORL se concentre surtout chez les patients les plus jeunes (âgés de moins de 25 ans), alors que le poids de l'ophtalmologie croît à partir de 55 ans, âge où les indications pour chirurgie de la cataracte commencent à être posées.

► TABLEAU 6

**Effectifs et dépenses pour les principaux domaines d'activité occasionnant des hospitalisations ponctuelles, en 2015**

Domaines d'activité	Nombre de patients	Nombre de séjours	Montant remboursé pour les séjours	Montant remboursé en sus	Montant remboursé total
Digestif	2 070 034	2 407 957	3 670 194 415	37 260 247	3 707 454 663
Orthopédie traumatologie	1 234 100	1 380 950	3 384 625 926	564 433 194	3 949 059 120
Ophtalmologie	573 512	801 536	1 024 907 497	1 640 346	1 026 547 843
Uro-néphrologie et génital	620 755	779 493	1 329 019 062	36 771 344	1 365 790 406
ORL, stomatologie	715 064	744 176	793 537 840	39 840 002	833 377 841
Activités interspécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	590 029	686 242	912 748 629	49 715 989	962 464 618

Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

11 Définition de l'Atih.

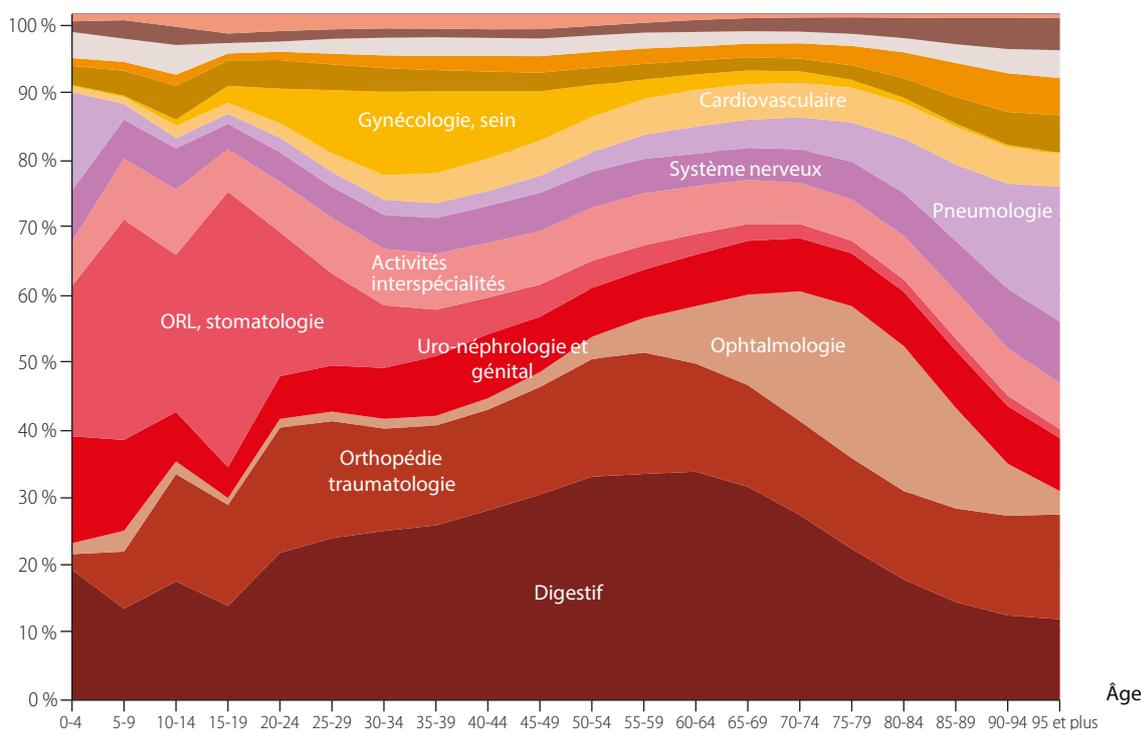
Les six domaines présentés sur le **tableau 6** représentent 68 % des séjours pour hospitalisation ponctuelle en 2015.

Tous âges confondus, les endoscopies digestives et biliaires sont les motifs de séjour les plus fréquents (12 % des séjours et 16 % des patients), traduisant notamment l'importance des actions de dépistage des cancers colorectaux. La majorité de

cette activité étant réalisée en hôpital de jour, elle ne représente cependant que 4 % des dépenses. Ce sont les séjours liés à des interventions majeures en orthopédie et notamment les prothèses, qui sont les plus onéreux (10 % des dépenses pour seulement 4 % des patients), du fait du coût élevé du matériel prothétique, facturé en sus des groupes homogènes de séjour (GHS).

► **FIGURE 24**

**Répartition des séjours pour hospitalisation ponctuelle selon les principaux domaines d'activité, en fonction de l'âge du patient, en 2015**



Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

**1.3.4 / Hospitalisations ponctuelles et type d'hospitalisation**

On peut classer les hospitalisations ponctuelles en cinq grandes catégories en fonction du type d'hospitalisation : chirurgie avec et sans nuitée, médecine avec et sans nuitée et techniques peu invasives<sup>12</sup>.

Les séjours de chirurgie concernent 49 % des patients et 52 % des montants remboursés totaux (**figure 25**). Alors qu'elle ne représente que 25 % des patients, la chirurgie avec nuitée(s)

correspond à 40 % du total des dépenses, en particulier 76 % des remboursements de médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) en sus concernant ce type d'hospitalisation.

Les séjours de médecine concernent 37 % des patients pour hospitalisation ponctuelle et 39 % des montants remboursés totaux, dont plus de 90 % correspondant à des séjours de médecine avec nuitée(s). La répartition du type d'hospitalisation varie fortement selon l'âge, avec une augmentation très forte du poids de la médecine avec nuitée(s) à partir de 70 ans (**figure 26**).

12. Correspondant en grande partie à l'activité d'endoscopie.

► FIGURE 25

## Répartition des hospitalisations ponctuelles de 2015 par catégorie d'activité de soins



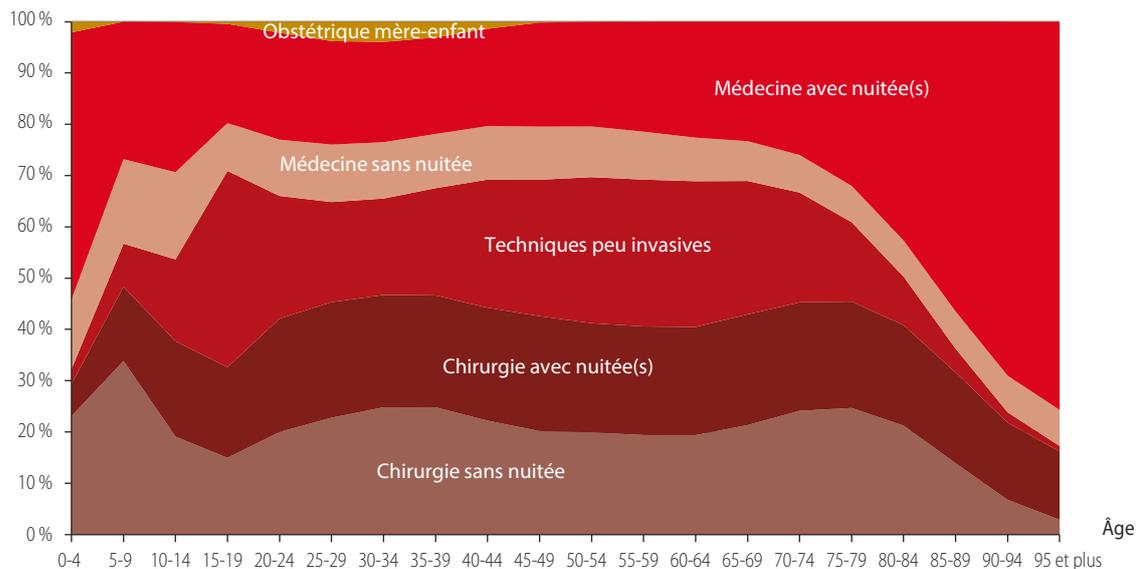
(a) Les patients peuvent avoir été hospitalisés sur plusieurs catégories de soins dans l'année

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 26

## Répartition des séjours pour hospitalisation ponctuelle selon les catégories d'activité de soins, en fonction de l'âge du patient, en 2015



Champ : régime général – France entière

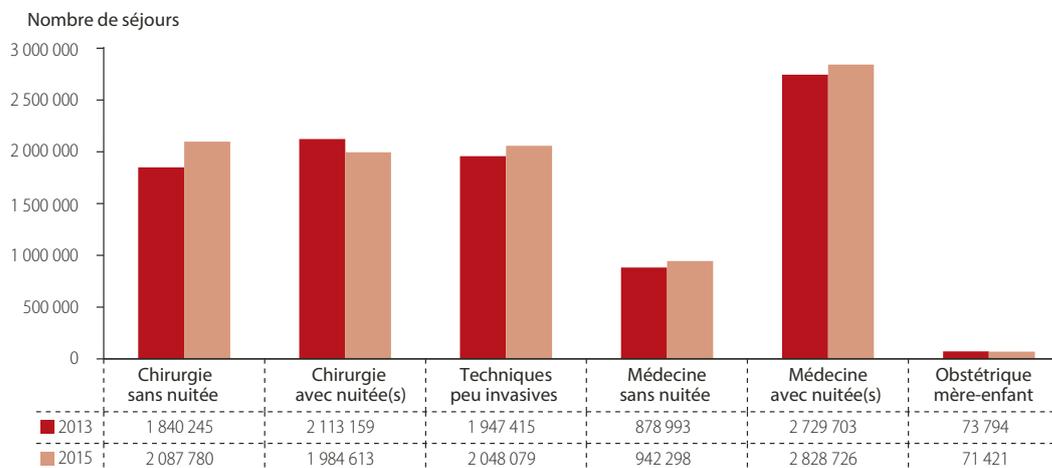
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

Entre 2013 et 2015, les hospitalisations ponctuelles ont suivi les évolutions plus générales de l'activité d'hospitalisation, avec une augmentation globale des séjours pour l'ensemble des

types d'hospitalisation, à l'exception des séjours de chirurgie avec nuitée(s) qui ont diminué de 6 % (figure 27), séjours dont la durée moyenne est passée de 4,9 jours en 2013 à 4,7 en 2015.

► FIGURE 27

### Nombre de séjours pour hospitalisation ponctuelle par catégorie d'activité de soins, en 2013 et 2015



Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

Les caractéristiques des patients différaient sensiblement selon le type d'hospitalisation (tableaux 8 à 11).

► TABLEAU 7

### Chirurgie avec nuitée(s) : 21 % des séjours Des patients plus âgés et davantage porteurs de maladies chroniques, avec une facturation de dispositifs médicaux en sus des GHS importante

#### Séjours pour chirurgie avec nuitée(s)

1,815 million de patients	Âge moyen de 54,1 ans 60 % de patients avec maladie(s) chronique(s)	Les deux spécialités les plus fréquentes sont l'orthopédie, et notamment les interventions sur les membres et la pose de prothèses (près de 600 000 séjours), et la chirurgie viscérale : appendicectomie, chirurgie de l'obésité et hernies (près de 267 000 séjours).
1,985 million de séjours	51,5 % en établissement public DMS <sup>(a)</sup> de 4,7 jours 20 % avec passage par les urgences	
7,772 milliards d'euros de frais d'hospitalisation remboursés	9,9 % des remboursements liés aux médicaments et DMI <sup>(b)</sup> en sus	

(a) DMS : durée moyenne de séjour  
(b) DMI : dispositifs médicaux implantables

Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► TABLEAU 8

### Chirurgie sans nuitée : 20 % des séjours Des patients plus jeunes avec des séjours principalement dans le privé sans passage par les urgences

#### Séjours pour chirurgie sans nuitée

1,792 million de patients	Âge moyen de 49,2 ans 49 % de patients avec maladie(s) chronique(s)	Cette catégorie correspondant à la chirurgie ambulatoire, on y retrouve les gestes fréquemment réalisés dans ce contexte.
2,088 millions de séjours	33 % en établissement public 2 % avec passage par les urgences	Deux spécialités concentrent plus de la moitié de cette activité : la chirurgie du cristallin (664 000 séjours) et la chirurgie orthopédique (437 000 séjours), avec en particulier la chirurgie du canal carpien et des interventions légères, notamment sur la main.
2,466 milliards d'euros de frais d'hospitalisation remboursés	1,5 % des remboursements liés aux médicaments et DMI en sus	

Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

## ► TABLEAU 9

### Médecine avec nuitée(s) : 28 % des séjours

#### Des patients plus âgés, porteurs de maladies chroniques, des séjours plus fréquents dans le public, souvent avec une entrée par les urgences

## Séjours de médecine avec nuitée(s)

2,176 millions de patients	Âge moyen de 54,6 ans 71 % de patients avec maladie(s) chronique(s)	Cette activité est moins concentrée que celle de chirurgie, cinq spécialités regroupant 53 % des séjours. La spécialité la plus fréquente est l'hépatogastro-entérologie (544 000 séjours), qui concerne tous les âges avec les gastro-entérites, les douleurs abdominales et les affections des voies biliaires.
2,829 millions de séjours	86 % en établissement public DMS de 5,4 jours 64 % avec passage par les urgences	La pneumologie est la seconde spécialité (387 000 séjours) avec des motifs infectieux (pneumonies, pleurésies) ou inflammatoires. Elle concerne des patients plus âgés que la moyenne.
7,085 milliards d'euros de frais d'hospitalisation remboursés	1,9 % des remboursements liés aux médicaments et DMI en sus	Viennent ensuite l'urologie-néphrologie médicales (210 000 séjours), la neurologie (192 000 séjours) et la rhumatologie (179 000 séjours).

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

## ► TABLEAU 10

### Médecine sans nuitée : 9 % des séjours

#### Des patients moins âgés, porteurs de maladies chroniques, forts consommateurs de médicaments en sus du GHS, des séjours essentiellement publics

## Séjours de médecine sans nuitée

0,737 million de patients	Âge moyen de 46,4 ans 63 % de patients avec maladie(s) chronique(s)	L'activité d'hospitalisation de jour pour la prise en charge des pathologies chroniques (comme les bilans de greffe ou l'éducation thérapeutique) n'est pas présente dans cette catégorie.
0,942 million de séjours	85 % en établissement public 34 % avec passage par les urgences	L'activité apparaît très éclatée : huit spécialités concentrent 65 % des séjours. L'activité d'hépatogastro-entérologie est la seule qui a plus de 100 000 séjours. Les autres spécialités sont : médecine interspécialités, cardiovasculaire, suivi thérapeutique d'affections connues, allergologie, rééducation, convalescence, ORL, urologie-néphrologie et neurologie.
0,545 milliard d'euros de frais d'hospitalisation remboursés	7 % des remboursements liés aux médicaments et DMI en sus	Le fait que 34 % des patients sont admis après passage aux urgences pose question au regard du caractère théoriquement programmé de l'activité d'hospitalisation de jour. Si l'on ne peut exclure que certaines erreurs de codage puissent exister, il apparaît nécessaire à l'avenir de mieux décrire et explorer cette activité.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

## ► TABLEAU 11

### Actes interventionnels non opératoires : 21 % des séjours

#### Des patients moins porteurs de maladies chroniques, une activité concentrée dans le privé

## Actes interventionnels non opératoires

1,899 million de patients	Âge moyen de 51,3 ans 55 % de patients avec maladie(s) chronique(s)	L'activité est très concentrée sur deux spécialités : les activités digestives et biliaires (1 180 000 séjours) et l'ORL-stomatologie (281 000 séjours), qui représentent 71 % des séjours.
2,048 millions de séjours	34 % en établissement public 2 % avec passage par les urgences	Dans les deux cas, aucun séjour ne se fait après passage aux urgences.
1,676 milliard d'euros de frais d'hospitalisation remboursés	2 % des remboursements liés aux médicaments et DMI en sus	Ces séjours sont faits quasi exclusivement en hospitalisation de jour.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

## 1.4 Projections des effectifs par pathologie 2016-2020

### 1.4.1 / Pourquoi des projections ?

La croissance des effectifs de patients pris en charge pour des pathologies chroniques a été l'un des facteurs de l'évolution des dépenses de santé entre 2012 et 2015. Cette croissance est tirée par des facteurs démographiques (augmentation et vieillissement de la population), mais aussi par des facteurs propres à chaque pathologie, épidémiologie, meilleur accès aux soins...

Ces facteurs peuvent être modélisés et constituer une base robuste pour des projections à moyen terme. Si l'exercice de projections ne constitue pas un exercice de prédiction, il permet de donner une idée assez précise des évolutions attendues. Il s'agit donc d'un outil précieux pour orienter les actions de gestion du risque et en déterminer l'intensité.

#### ► ENCADRÉ 3

### Projections, méthodes et limites

#### Méthodes

Le travail de projection en statistiques consiste à modéliser l'évolution future d'un ou de plusieurs indicateurs en se basant sur un certain nombre d'hypothèses.

Les projections d'effectifs ont été faites en partant des effectifs constatés sur la population du régime général, France entière, en 2015, extrapolés à l'ensemble des régimes. Il s'agit donc d'effectifs « tous régimes », à la différence des chiffres présentés ci-avant.

Deux facteurs d'évolution des effectifs ont été pris en compte dans cette projection. Le premier est un effet démographique, qui prend en compte l'augmentation des effectifs de la population française et la déformation de la structure d'âge de cette population (que l'on appelle communément le vieillissement de la population). En se basant sur les projections démographiques de l'Institut national des statistiques (Insee) en population

générale, il est ainsi possible de projeter pathologie par pathologie l'effectif en supplément ou en retrait pour chaque classe d'âge.

Le second facteur pris en compte est l'évolution de la fréquence des pathologies pour chaque classe d'âge. Dans un premier temps, ce facteur a été estimé rétrospectivement sur la période 2012-2015 à partir de l'évolution constatée des effectifs, en en retranchant les évolutions démographiques calculées par l'Insee. Les projections ont été faites en posant l'hypothèse que cet effet allait rester stable et constant sur la période de projection. Cet effet est appelé ici effet « épidémiologique ».

Les projections ont été faites sur la période 2016-2020. Les effectifs totaux projetés en 2020 sont calculés en sommant les effectifs de 2015, les variations d'effectifs liées à l'effet démographiques et celles liées à l'effet « épidémiologique ».

#### Limites

Tout travail de projection repose par définition sur des hypothèses et les résultats doivent en être interprétés en tenant compte des limites de ces hypothèses. Ainsi, il est possible que si les hypothèses posées ne se réalisent pas ou partiellement, les évolutions réelles des effectifs soient en écart avec les effectifs projetés.

Les données utilisées étant des données de consommation de soins, l'effet « épidémiologique » modélisé ici ne traduit pas seulement des variations dans l'épidémiologie des maladies mais peut résulter d'une amélioration de l'accès aux soins pour certaines pathologies, ou parfois de l'amélioration de la traçabilité du diagnostic dans les bases de données.

L'hypothèse de stabilité de l'effet épidémiologique sur la période de projection est une hypothèse forte. Il est probable qu'elle ne soit pas totalement vérifiée dans la pratique et que certains écarts puissent être constatés.

### 1.4.2 / Les résultats marquants

#### Une poursuite de l'augmentation des effectifs de patients ayant une consommation de soins significative, particulièrement pour les pathologies chroniques

Les projections montrent que l'augmentation du nombre de patients qui consomment des soins en lien avec des pathologies ou traitements spécifiques va se poursuivre entre 2016 et 2020.

En 2015, 26 millions de personnes avaient une consommation significative de soins rattachable à au moins une pathologie ou un traitement spécifique, une maternité ou une hospitalisation ponctuelle. En 2020, cet effectif comptera 580 000 personnes supplémentaires.

Ces évolutions sont variables selon les pathologies, en fonction des effectifs en 2015, de la structure d'âge de la population malade et des tendances d'évolution constatées en 2012 et 2015.

Les cinq pathologies pour lesquelles les projections montrent la croissance d'effectifs la plus importante sont les maladies cardio-neurovasculaires, avec un peu plus de 600 000 malades supplémentaires, le diabète, avec 461 000 malades supplémentaires, puis les maladies respiratoires chroniques, les maladies psychiatriques et le groupe « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida » (tableau 12 et figures 28 à 32). Dans ce dernier groupe, ce sont les maladies inflam-

matoires, comme les Mici<sup>13</sup> ou la polyarthrite rhumatoïde, qui concentrent l'essentiel des augmentations.

L'effet démographique représente près des deux tiers de l'évolution attendue pour le diabète et les maladies cardio-neurovasculaires, dont la population est plutôt âgée. Cet effet est beaucoup moins important (entre 20 % et 45 %) pour les autres pathologies, qui touchent des populations comparativement plus jeunes.

► TABLEAU 12

Résultats des projections d'effectifs à 2020 pour chaque groupe de pathologies

	Effectifs 2015	Effectifs 2020 projetés	Évolution 2015-2020		
			Évolution totale	dont effet démographique	dont effet épidémiologique
Maladies cardio-neurovasculaires	4 510 000	5 128 700	+ 618 700	+ 400 000	+ 218 700
Hospitalisations ponctuelles <sup>(a)</sup>	9 132 500	9 702 100	+ 569 600	+ 345 800	+ 223 800
Diabète	3 695 500	4 156 600	+ 461 100	+ 285 800	+ 175 300
Maladies respiratoires chroniques <sup>(b)</sup>	3 563 300	3 904 200	+ 340 900	+ 153 300	+ 187 600
Maladies psychiatriques	2 188 100	2 431 500	+ 243 300	+ 63 400	+ 179 900
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	1 147 800	1 381 100	+ 233 400	+ 44 500	+ 188 900
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 644 000	1 860 700	+ 216 700	+ 95 400	+ 121 200
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 462 000	1 610 300	+ 148 300	+ 100 600	+ 47 600
Cancers	2 974 400	3 063 400	+ 89 000	+ 236 700	- 147 600
Maladies du foie ou du pancréas <sup>(b)</sup>	578 100	615 000	+ 36 900	+ 28 700	+ 8 200
Insuffisance rénale chronique terminale	92 500	111 200	+ 18 700	+ 6 000	+ 12 700
Maternité <sup>(c)</sup>	1 348 500	1 255 900	- 92 600	- 18 000	- 74 600
Traitements du risque vasculaire <sup>(d)</sup>	8 871 500	8 392 500	- 479 000	+ 570 500	- 1 049 500
Traitements psychotropes <sup>(d)</sup>	6 246 900	5 736 400	- 510 500	+ 318 100	- 828 600

(a) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(b) Hors mucoviscidose

(c) Avec ou sans pathologies

(d) Hors pathologies

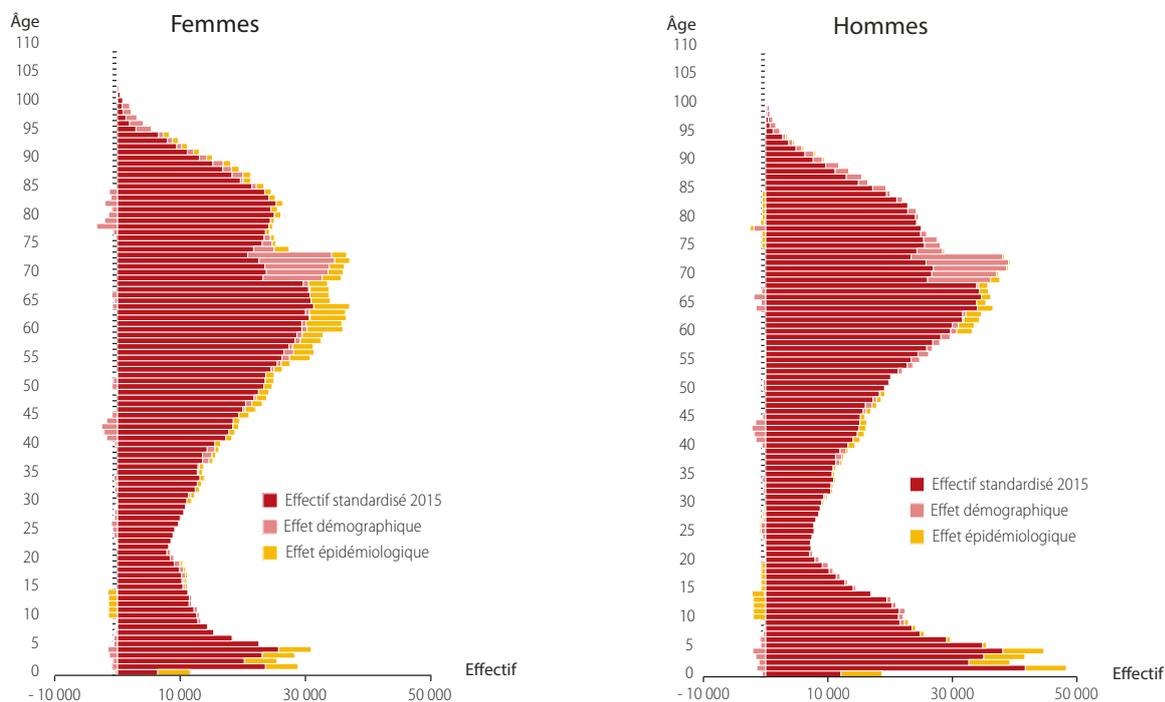
Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

13 Maladies inflammatoires chroniques intestinales, comme la maladie de Crohn ou la recto-colite hémorragique.

► FIGURE 28

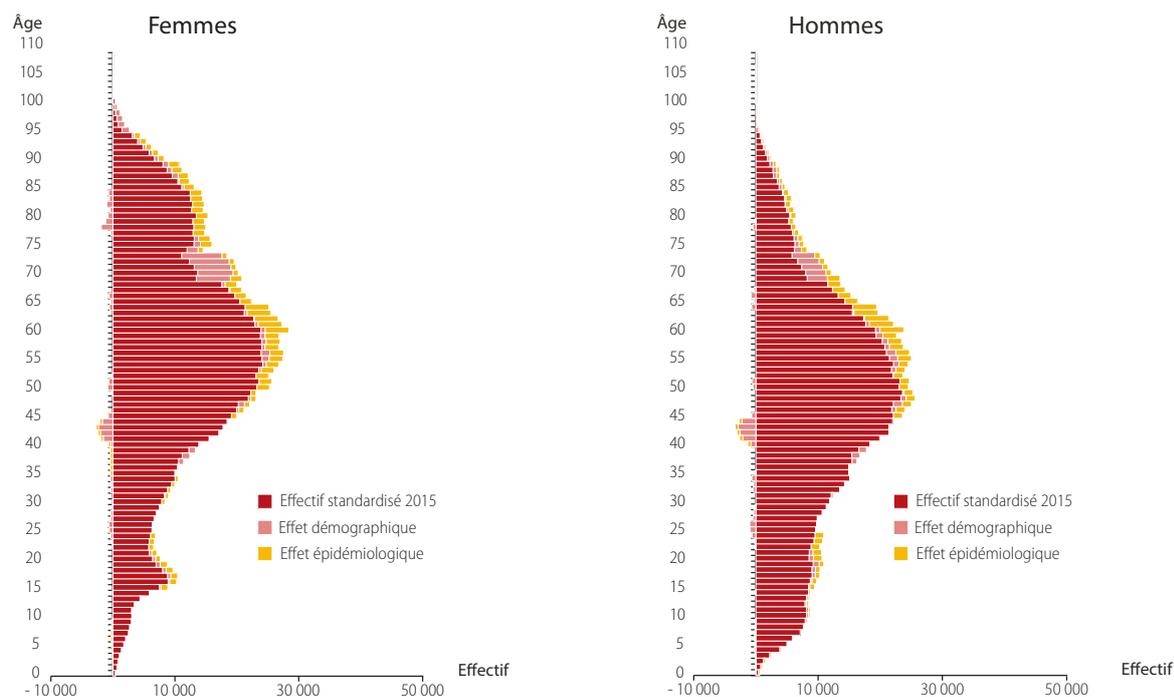
Projections de l'évolution des effectifs pour les maladies respiratoires chroniques



Champ : tous régimes – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 29

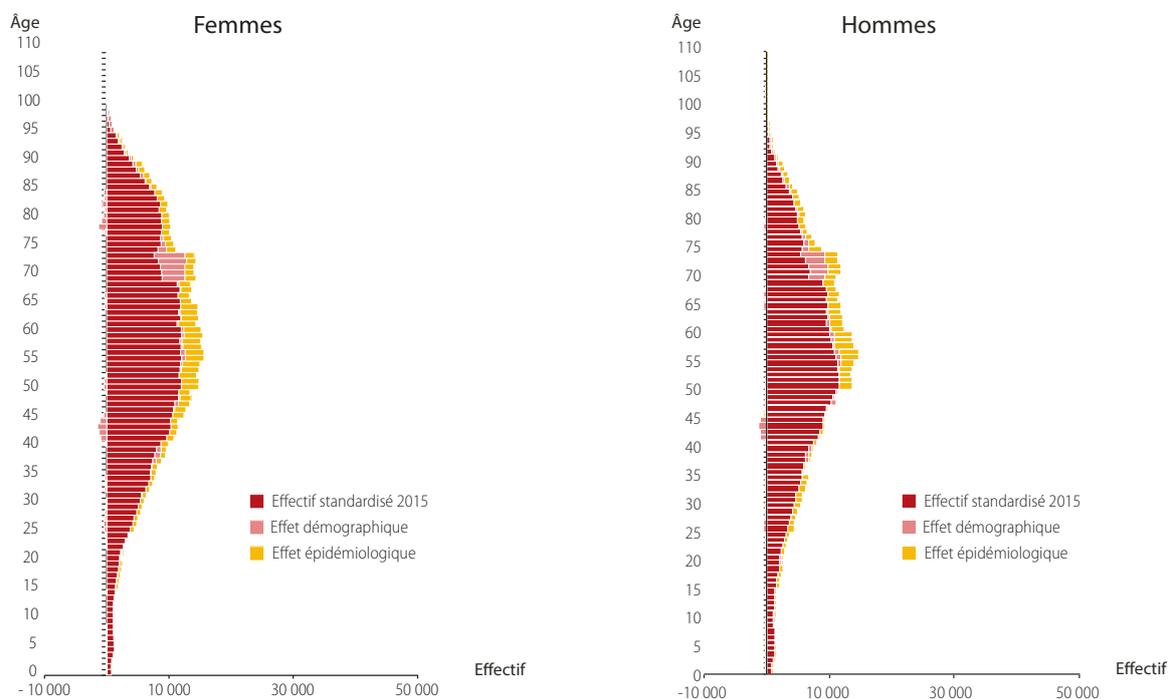
Projections de l'évolution des effectifs pour les maladies psychiatriques



Champ : tous régimes – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 30

## Projections de l'évolution des effectifs pour les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida

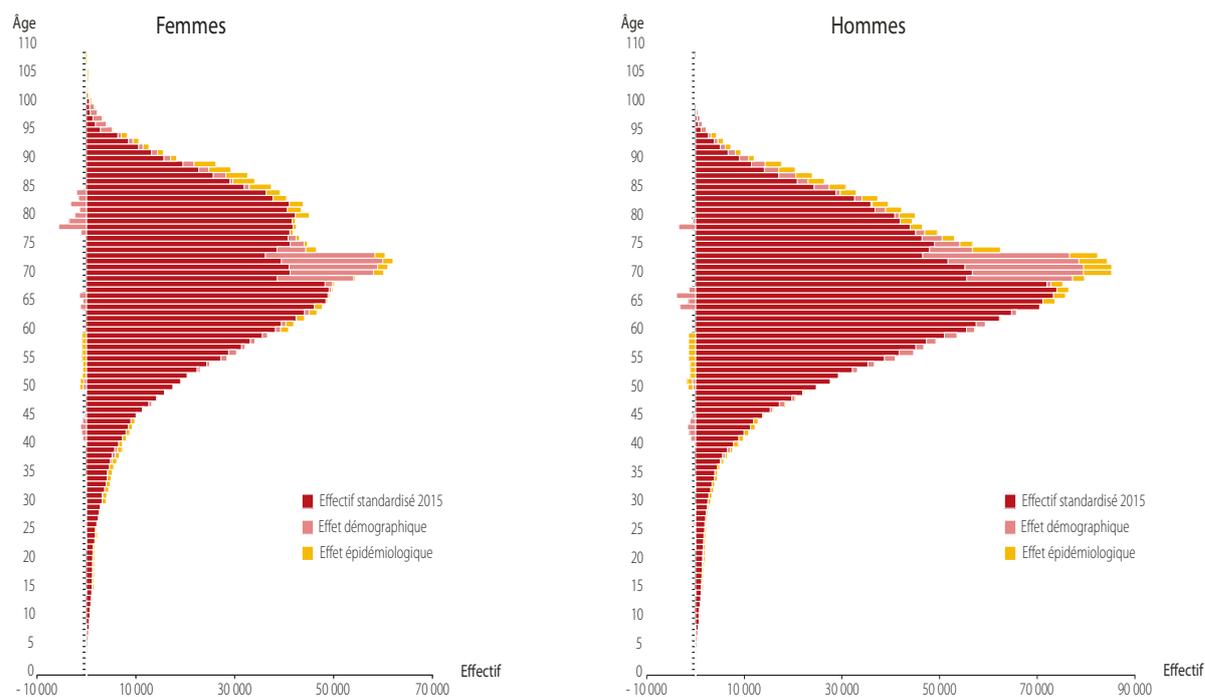


Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 31

## Projections de l'évolution des effectifs pour le diabète

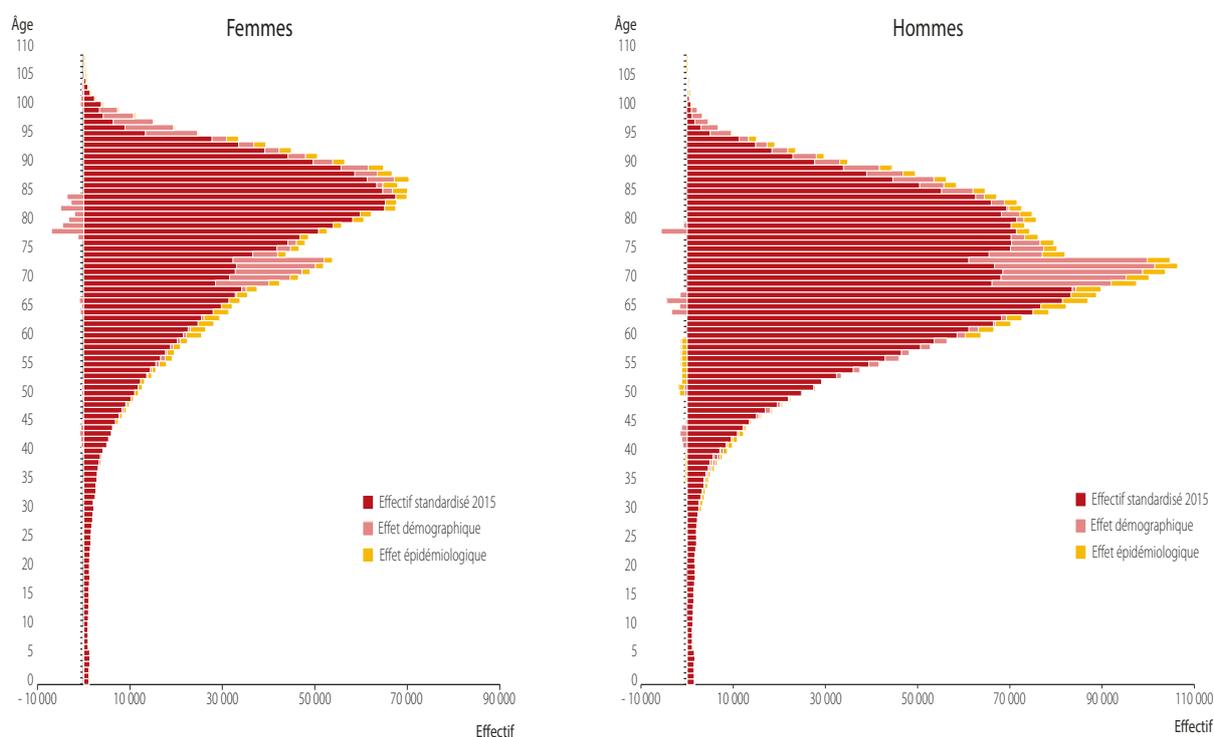


Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► FIGURE 32

## Projections de l'évolution des effectifs pour les maladies cardio-vasculaires



Champ : tous régimes – France entière  
 Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

### La croissance des effectifs entre 2016 et 2020 devrait être moins élevée qu'entre 2013 et 2015, du fait d'un effet démographique moins important

L'évolution totale des effectifs sur la période de projection correspond à une augmentation de plus de 10 % pour la plupart des groupes de pathologies, allant même jusqu'à 20 % pour le groupe de « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida » (tableau 13). Elle est inférieure à 10 % pour les hospitalisations ponctuelles, les cancers et les maladies du foie et du pancréas. Elle est négative pour la maternité et les traitements chroniques.

Les évolutions d'effectifs projetées correspondent à des taux de croissance annuels moyens majoritairement compris entre 2 % et 4 %. S'il s'agit de taux importants, ils sont cependant systématiquement inférieurs à ceux observés entre 2013 et 2015. Signe d'un ralentissement prévisible de la croissance des effectifs pour ces pathologies.

L'effet « épidémiologique » projeté étant par construction identique sur les deux périodes, cet écart s'explique donc par le seul effet démographique, qui produira des effets moins importants en projection.

► TABLEAU 13

**Comparaison des taux de croissance annuels moyens, entre les périodes 2013-2015 et 2016-2020 pour chaque groupe de pathologies**

Pathologie	Évolution 2015-2020	Taux de croissance annuel moyen 2016-2020	Taux de croissance annuel moyen 2013-2015
Maladies cardio-neurovasculaires	14 %	2,7 %	3,3 %
Hospitalisations ponctuelles <sup>(a)</sup>	6 %	1,3 %	1,5 %
Diabète	12 %	2,4 %	2,8 %
Maladies respiratoires chroniques <sup>(b)</sup>	10 %	1,9 %	2,2 %
Maladies psychiatriques	11 %	2,1 %	2,4 %
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	20 %	3,8 %	4,1 %
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	13 %	2,5 %	3,0 %
Maladies neurologiques ou dégénératives	10 %	2,0 %	2,6 %
Cancers	3 %	0,6 %	1,1 %
Maladies du foie ou du pancréas <sup>(b)</sup>	6 %	1,3 %	1,3 %
Insuffisance rénale chronique terminale	20 %	3,8 %	4,0 %
Maternité <sup>(c)</sup>	-7 %	-1,4 %	-1,4 %
Traitements du risque vasculaire <sup>(d)</sup>	-5 %	-1,1 %	-0,6 %
Traitements psychotropes <sup>(d)</sup>	-8 %	-1,7 %	-1,2 %

(a) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(b) Hors mucoviscidose

(c) Avec ou sans pathologies

(d) Hors pathologies

Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

**1.4.3 / Quels enseignements ?**

Ces projections montrent que les effectifs de personnes ayant une consommation significative de soins en lien avec une pathologie, un traitement ou une hospitalisation vont continuer à croître entre 2015 et 2020. Ainsi, d'ici 2020, près de 580 000 personnes supplémentaires vont rejoindre les rangs des 26 millions d'individus qui rentrent aujourd'hui dans cette catégorie.

L'augmentation du poids des maladies chroniques et de la polypathologie continuera dans les années à venir à constituer

un défi important pour notre système de santé et à motiver la nécessité d'une politique active de gestion du risque et de maîtrise médicalisée afin d'offrir à ces nouveaux patients un accès à des soins de qualité tout en assurant la pérennité financière du système.

Du fait d'évolutions démographiques moins lourdes entre 2015 et 2020, cette croissance se fera sur un rythme plus modéré qu'entre 2013 et 2015, allégeant ainsi un facteur de pression sur les dépenses de santé. Même s'il existe d'autres facteurs de croissance, c'est une information positive en termes de maîtrise des dépenses pour les années à venir.

CHAPITRE  
**2**

**Propositions  
pour l'Ondam  
2018 et le respect  
des objectifs :  
les engagements  
de la Cnamts pour 2018**

---

L'amélioration de l'efficacité du système de santé qui vise à assurer un accès équitable à des services adaptés et de qualité, en veillant à la soutenabilité financière de l'Assurance Maladie dans un contexte de tension sur les comptes publics, reste un enjeu majeur pour l'année 2018.

Le maintien de notre système de santé solidaire implique une maîtrise des dépenses d'assurance maladie pour rendre leur évolution compatible avec celle de la richesse nationale.

Le plan triennal 2015-2017 a décliné un ensemble d'actions permettant de contenir la progression des dépenses dans la limite de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté par le Parlement. Au total, l'ensemble des actions mises en place a permis de maîtriser la progression des dépenses conformément aux objectifs votés par le Parlement (+ 2 % en 2015, + 1,75 % en 2016) et ce en réalisant près de 4 milliards d'euros d'économies sur les trois années 2015, 2016 et 2017.

La présentation par le Gouvernement d'une nouvelle trajectoire pluriannuelle d'évolution des dépenses d'assurance maladie permettra de construire une programmation des économies nécessaires au respect des objectifs nationaux ainsi fixés, por-

tant à la fois sur leur montant total et sur leur répartition en fonction des différents postes et types de dépense.

Le plan de maîtrise des dépenses qui sera arrêté d'ici la fin de l'année, une fois connu le cadrage des prochains Ondam, sera ensuite décliné et mis en œuvre dans le cadre du plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins 2018-2019 introduit par l'article 162 de la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, contractualisé entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

D'ores et déjà, et sans préjudice du niveau de l'Ondam qui sera retenu par le Gouvernement pour 2018, l'Assurance Maladie mènera des actions relevant des missions leviers qui lui sont propres. 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 représenter un montant d'environ 1,94 milliard d'euros en 2018.

Le **tableau 14** indique la manière dont ces économies se répartissent.

#### ► TABLEAU 14

### Récapitulatif des économies attendues des actions de l'Assurance Maladie en 2018

	Actions de l'Assurance Maladie	Impact sur l'Ondam (millions d'euros)
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement <b>470 M€</b>	<b>Une orientation des patients mieux adaptée</b>	
	Améliorer la pertinence du recours aux SSR	110
	Favoriser les prises en charge adaptées aux besoins des patients	40
	<b>L'adaptation des modes de recours à l'hôpital</b>	
	Le développement de la chirurgie ambulatoire	200
	Le développement des programmes d'accompagnement du retour à domicile (Prado)	70
	Les autres prises en charge	50
Produits de santé et promotion des génériques <b>750 M€</b>	<b>La gestion de la liste en sus</b>	100
	<b>La maîtrise médicalisée des prescriptions de produits de santé en ville et à l'hôpital</b>	
	Médicaments de médecine générale	200
	Médicaments de spécialité	100
	iatrogénie	100
	Dispositifs médicaux	100
<b>Adoption des génériques et des biosimilaires</b>	150	
Pertinence et bon usage des soins (hors produits de santé) <b>510 M€</b>	<b>Transports en ville et à l'hôpital</b>	160
	<b>Indemnités journalières</b>	100
	<b>Actes en ville et à l'hôpital</b>	120
	<b>Autres prescriptions</b>	
	Biologie	30
Paramédicaux	100	
<b>210 M€</b>	<b>Lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital</b>	210
<b>1 940 M€</b>	<b>TOTAL</b>	<b>1 940</b>

Source : Cnamts

Au niveau régional, l'articulation entre l'Assurance Maladie et les ARS est essentielle pour la mise en œuvre de la plupart de ces mesures de gestion du risque. La définition d'objectifs partagés Assurance Maladie/ARS constitue un facteur clé de succès des

politiques de gestion du risque, en particulier pour les sujets relatifs au virage ambulatoire et à l'adaptation des capacités hospitalières, aux médicaments et transports prescrits à l'hôpital et à la pertinence des actes hospitaliers.

## 2.1 Poursuivre le virage ambulatoire et l'adaptation des prises en charge en établissement

La poursuite du virage ambulatoire a constitué un des enjeux majeurs du plan triennal 2015-2017. Les mesures engagées dans le cadre d'un pilotage partagé entre l'Assurance Maladie et les ARS visaient une réorganisation de l'offre de soins des établissements de santé ainsi qu'une structuration renforcée et mieux coordonnée de l'offre de soins à l'hôpital et en ville.

L'ensemble des mesures d'accompagnement des établissements visant l'optimisation des prises en charge, la diminution

des modalités de prise en charge non pertinentes (chirurgie ambulatoire) ou inutilement prolongées (programme d'accompagnement du retour à domicile – Prado –, réhabilitation améliorée après chirurgie – Raac) mais aussi le développement des prises en charge les plus adéquates (hospitalisation de jour – HDJ –, insuffisance rénale chronique – IRC –, SSR, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad –, etc.) seront renforcées en 2018.

### ► ENCADRÉ 4

## Zoom sur les programmes Prado

Lancés depuis 2010, les programmes Prado ont permis d'accompagner près de deux millions de patients, dont plus d'un million de mères pour le volet maternité (figure 33).

Les programmes Prado, en structurant la prise en charge en ville, contribuent notamment ainsi :

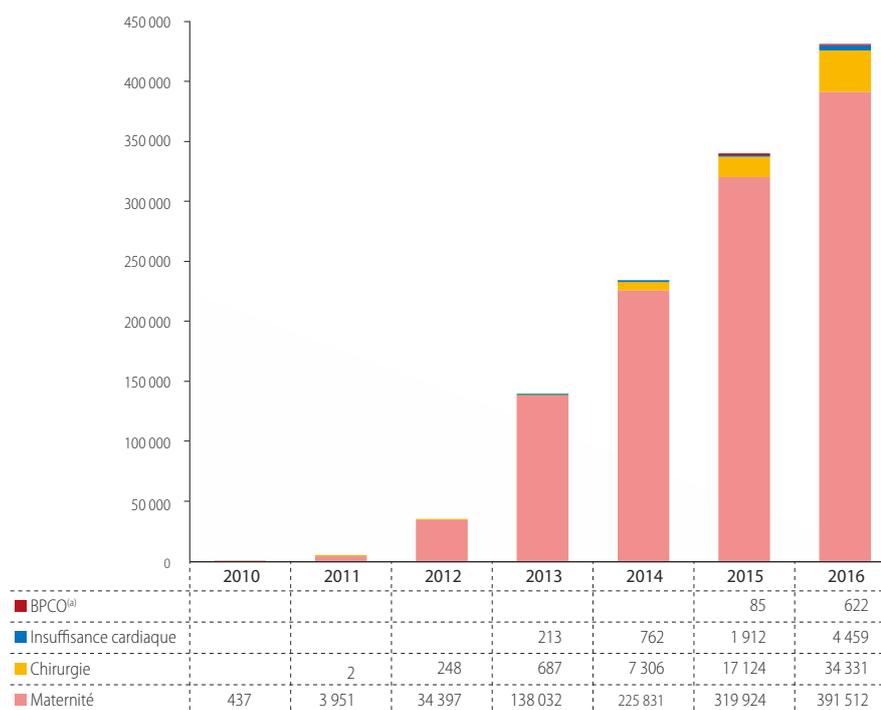
- à la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) en établissement;
- à une meilleure orientation des patients après hospitalisation;
- à la réduction des réhospitalisations en améliorant la qualité de la prise en charge en ville par une meilleure coordination des professionnels de santé pour la prise en charge des pathologies chroniques.

(a) BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

Source : Cnamts (application Outil multi-volets - OMT)

► FIGURE 33

Nombre d'adhésions aux programmes Prado, selon le volet, entre 2010 et 2016



### 2.1.1 / Une orientation des patients mieux adaptée

#### Améliorer la pertinence du recours aux SSR

L'Assurance Maladie poursuivra ses actions en vue d'améliorer le parcours de soins des patients, de favoriser les prises en charge les plus pertinentes et d'encourager les retours à domicile lorsqu'ils sont justifiés médicalement et possibles au regard de l'environnement social et familial du patient.

L'amélioration des techniques chirurgicales et le développement des prestations à domicile concourent à la mise en place de parcours de soins renouvelés, permettant, y compris pour des personnes d'un âge élevé, un retour plus précoce à domicile. L'hospitalisation en service de SSR peut et même doit dans certains cas être évitée, après évaluation médicale, afin de favoriser une réhabilitation rapide.

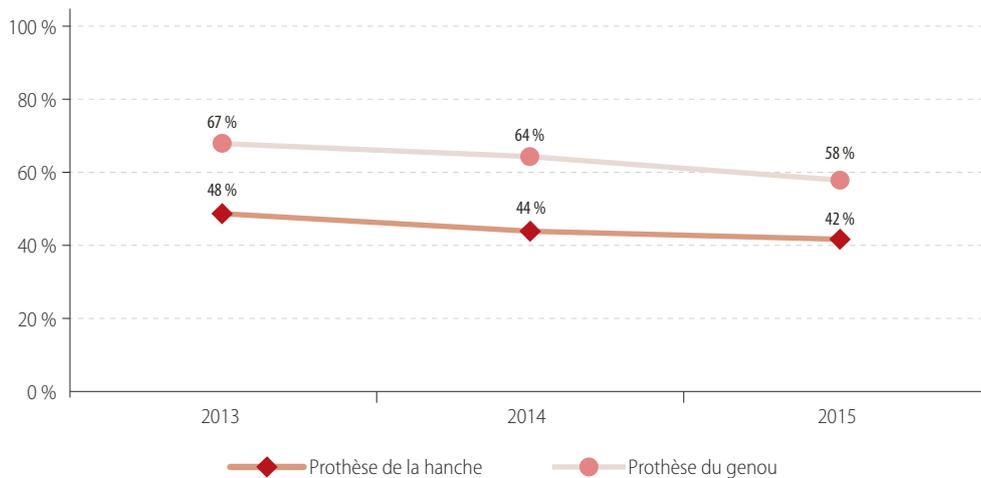
L'Assurance Maladie a mis en place une politique volontariste d'accompagnement de ces changements au travers de deux leviers :  
– le service d'accompagnement du retour à domicile qui vise à faciliter la transition entre l'hospitalisation et la reprise de la vie sociale et professionnelle du patient (Prado) ;  
– la mise sous accord préalable des décisions d'orientation en service de soins de suite et de réadaptation (MSAP SSR) dont l'objectif est une évolution des pratiques dans les établissements qui ont un taux de recours aux SSR significativement plus élevé que la moyenne nationale.

#### Le programme Prado

Entre 2013 et 2015, le taux de recours aux SSR en France entière a diminué de 28 % à 26,8 % (- 1,2 point), alors que pour les établissements qui proposent le service Prado, ce taux de recours aux SSR a baissé plus significativement de 30 % à 27,8 % (- 2,2 points), par exemple dans le cas de pose de prothèses du genou ou de la hanche (figure 34).

► FIGURE 34

#### Évolution du taux de passage en SSR pour la chirurgie orthopédique (hanche et genou), entre 2013 et 2015



Champ : tous régimes – France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

Au vu de la montée en charge du programme Prado chirurgie orthopédique, 60 000 adhésions peuvent être estimées en 2018. Le programme poursuivra également son extension aux autres types d'interventions chirurgicales pour améliorer la qualité de la prise en charge et accompagner le développement de l'ambulatoire.

➔ En faisant l'hypothèse qu'un séjour en SSR sur trois peut être évité (ce qui correspond à 18 000 séjours évités) et compte tenu du coût d'un parcours en SSR de 5 108 euros et d'un parcours en ville après chirurgie de 889 euros, l'économie potentielle pour l'année 2018 liée à la meilleure orientation des patients du fait du programme Prado est estimée à 76 millions d'euros.

#### La MSAP des décisions d'orientation en service de SSR

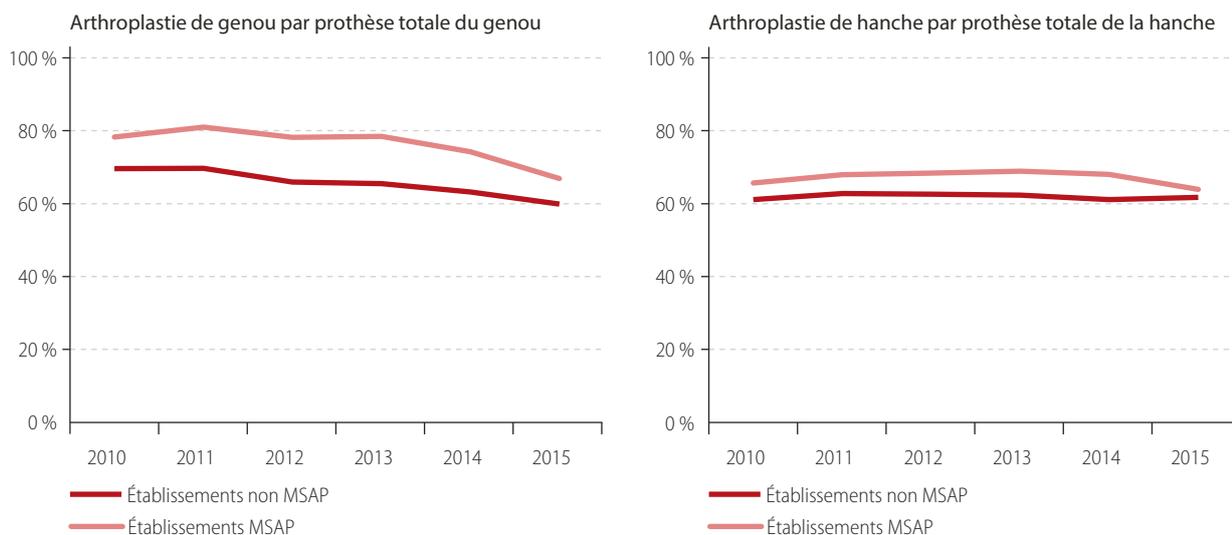
La procédure de MSAP dans les établissements de SSR (MSAP SSR) concerne depuis 2014 la rééducation de six gestes chirurgicaux orthopédiques réalisés en établissements de MCO. Ces gestes chirurgicaux (chirurgie de la prothèse du genou, chirurgie de la prothèse de la hanche, traumatique et non traumatique, chirurgie de la fracture du trochanter, chirurgie des ligaments croisés du genou) ont été choisis en fonction des recommandations de la HAS sur les critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en établissements SSR pour certains actes et du taux de recours élevé, au niveau national, aux établissements SSR pour la rééducation de ces mêmes actes.

Près de 300 MSAP ont été prononcées, donnant lieu en 2014 à 3 083 demandes auprès des médecins-conseils de l'Assurance Maladie.

Une diminution supérieure des taux de recours aux SSR pour les établissements sous MSAP est notamment constatée pour les patients opérés de la chirurgie de la hanche et du genou (figure 35).

► FIGURE 35

**Évolution des taux de recours aux SSR pour les établissements MCO sous MSAP SSR et les autres établissements, pour l'arthroplastie du genou et de la hanche, entre 2010 et 2015**



Champ : tous régimes – France entière  
Source : Cnamts (PMSI)

En 2018, la procédure de MSAP sera poursuivie auprès des établissements dont le taux de prescription de séjours en SSR s'avère significativement supérieur aux autres établissements de la région tout en s'articulant avec le déploiement du programme Prado orthopédie. Elle concernera près de 150 établissements de santé.

➔ Avec le maintien des tendances observées sur la période 2010-2015 (méthode de régression linéaire), l'impact propre de la procédure MSAP SSR à l'année 2018 sur les séjours SSR peut être estimé à 6 445 séjours, soit 27 millions d'euros d'économies.

Par ailleurs, le développement de la dotation modulée à l'activité permettra d'intégrer cette baisse d'activité dans l'ensemble des dotations.

**Favoriser les prises en charge adaptées aux besoins des patients**

L'enjeu est de favoriser des prises en charge pertinentes, adaptées aux besoins des patients, notamment avec le déploiement de modes de prise en charge plus légère. Ainsi, les travaux engagés autour du développement de l'hospitalisation à domicile, de l'évolution des modes de prise en charge pour l'insuffisance rénale chronique, du développement de nouvelles prises en charge en Ehpad et du déploiement du programme Prado pathologies chroniques seront menés en 2018.

➔ L'ensemble de ces mesures permettra de générer près de 40 millions d'euros d'économies en 2018.

► **ENCADRÉ 5**

## Zoom sur l'évolution des modes de prise en charge pour l'insuffisance rénale chronique

Afin d'améliorer l'efficacité ainsi que le confort qu'offrent les prises en charge de proximité aux patients, l'objectif est d'augmenter la part des modalités alternatives à la dialyse en centre, et notamment l'autodialyse. Pour cela, il importe d'informer les patients sur les différents choix ainsi que de former les professionnels de santé à ces techniques.

Les expérimentations, mises en œuvre dans six régions (Auvergne-Rhône-Alpes,

Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire, Océan Indien) à compter de septembre 2017 destinées à améliorer le parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (IRC) tel que prévu par l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013, visent à :  
– agir sur le parcours en amont du stade terminal de l'IRC avec pour objectifs de baisser le nombre de patients arrivant au stade de suppléance et de diminuer de

moitié des dialyses évitables réalisées en urgence ;  
– développer la greffe avec un objectif de greffe majoritaire sur la dialyse ;  
– améliorer l'efficacité et la qualité des soins de la dialyse, et privilégier les prises en charge hors centre en favorisant, dès que cela est possible, l'autonomie et la proximité des soins, dans le cadre de parcours structurés et articulés avec l'accès à la greffe.

► **TABLEAU 15**

### Dépenses par bénéficiaire selon la modalité de dialyse, en 2012

	Soins de ville	Transports	Prestations hospitalières	Total
Hémodialyse en centre	22 686 €	15 096 €	58 059 €	80 745 €
Autodialyse	15 175 €	8 835 €	40 703 €	56 418 €

Source : Cnamts

➔ Compte tenu de l'ensemble des actions d'accompagnement mises en œuvre par l'Assurance Maladie, une diminution de 5 % au niveau national de la part des patients pris en charge en hémodialyse en centre au profit de l'autodialyse peut être attendue, générant près de 20 millions d'euros d'économies en 2018.

► **ENCADRÉ 6**

## Zoom sur l'évolution des modes de prise en charge en Ehpad

L'avenant n° 2 à la Convention médicale 2016-2021 signé le 2 mars 2017 introduit des actes de télé-médecine (télé-expertise et téléconsultation) pour les patients résidant en Ehpad.

L'acte de téléconsultation vise à éviter des déplacements délicats ou des hospitalisations inutiles pour des personnes fragiles en réalisant des consultations à distance entre le médecin traitant et le patient de l'Ehpad, à la demande d'un professionnel de santé de l'établissement. En cas d'aggravation soudaine, rapide et non prévue de l'état

de santé du patient ne nécessitant pas pour autant l'intervention du centre 15, le médecin traitant pourra, avec l'accord du patient, réaliser dans des conditions sécurisées un interrogatoire, le recueil d'éléments cliniques avec l'aide du professionnel de santé aux côtés du patient ou l'analyse de mesures utiles pour apprécier la situation (température, pouls) et, si besoin, une prescription médicale, alors transmise au professionnel de santé de l'établissement.

L'acte, valorisé à hauteur d'une consultation C ou CS, autorise les

majorations déjà prévues par la convention pour certains généralistes (maisons médicales de garde – MMG) et médecins traitants d'une autre spécialité (MPC).

Le déploiement du recours au médecin traitant par téléconsultation en substitution aux passages aux urgences pourrait permettre une diminution de 10 % des passages aux urgences (en provenance des 700 000 patients en Ehpad), générant près de 3,9 millions d'euros d'économies sur l'année 2018.

► **ENCADRÉ 7**

## Zoom sur la diminution des réhospitalisations

Le volet Prado pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, BPCO, AVC) vise à prévenir les réhospitalisations et aggravations liées à l'insuffisance de suivi posthospitalisation.

Ce volet qui concerne de plus en plus les personnes âgées nécessite le développement d'une prise en charge polypathologique pour ce type de patients.

En 2018, on estime que si on obtient les mêmes résultats que les évaluations internationales réalisées pour des programmes du même type (- 30 % de réhospitalisations), l'économie serait de 7 millions d'euros.

### 2.1.2 / L'adaptation des modes de recours à l'hôpital

#### Le développement de la chirurgie ambulatoire

Le développement des prises en charge chirurgicales en ambulatoire est un des volets prioritaires en 2018, dans la continuité des orientations mises en œuvre depuis 2010. L'objectif de taux de chirurgie ambulatoire est fixé en 2017 à 57,6 % dans le cadre du plan triennal.

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'appuie notamment sur :

- des mesures réglementaires modifiant des conditions techniques alternatives à l'hospitalisation (décret n° 2012-969 du 20 août 2012);
- des mesures tarifaires consistant à aligner les tarifs entre les séjours pris en charge en ambulatoire et les séjours en niveau 1 de sévérité;
- des outils et des recommandations mis à disposition par la HAS et l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) des établissements de santé et médico-sociaux.

L'Assurance Maladie a accompagné et soutenu fortement ces évolutions de pratiques et de prise en charge qui sont à l'origine d'un moindre recours à l'hébergement hospitalier. Les leviers utilisés à cet effet sont l'identification de gestes pour lesquels la chirurgie ambulatoire doit être la pratique de référence et la mise en œuvre de la procédure de MSAP vis-à-vis des établissements responsables de pratiques éloignées des objectifs attendus.

La procédure MSAP, créée en 2008, vise les établissements dont les taux de réalisation en chirurgie ambulatoire sont en dessous de la moyenne régionale ou nationale pour la réalisation d'un certain nombre de gestes chirurgicaux. Elle consiste à subordonner à l'avis du service médical l'accueil d'un patient en hospitalisation complète pour un acte couramment pratiqué en chirurgie ambulatoire.

La procédure de MSAP, qui a montré ses effets positifs dans le développement de la chirurgie ambulatoire avec une progression plus rapide pour les établissements sous MSAP

(**tableau 16**), sera poursuivie en 2018 auprès des établissements les plus éloignés des objectifs.

Les données de 2014 montrent que 90 % des demandes sont concentrées sur cinq gestes chirurgicaux : la chirurgie du cristallin, la cholécystectomie, la chirurgie des hernies inguinales, la chirurgie du nez et la chirurgie des varices.

La procédure s'est étendue progressivement depuis 2008 pour s'appliquer désormais à 55 gestes chirurgicaux. Le taux de chirurgie ambulatoire progresse, mais des marges de manœuvre existent encore.

Au total, en 2015, 175 établissements ont fait l'objet de cette procédure.

► **TABLEAU 16**

#### Taux d'évolution entre 2010 et 2015 des taux de chirurgie ambulatoire des établissements soumis à MSAP et des autres établissements, pour différents gestes chirurgicaux

	Établissements soumis à MSAP	Établissements non soumis à MSAP
Avulsion dentaire	18 %	1 %
Chirurgie de l'utérus	7 %	1 %
Chirurgie des hernies abdominales	11 %	5 %
Chirurgie des hernies inguinales	19 %	5 %
Chirurgie des varices	18 %	3 %
Chirurgie du cristallin	7 %	2 %
Chirurgie du nez	27 %	4 %
Cholécystectomie	29 %	7 %

Source : Cnamts

L'enjeu en 2018 est de poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire sans chercher à élargir le nombre de gestes marqueurs mais en concentrant les efforts sur l'information et sur des actions visant à augmenter les taux, en particulier sur des thématiques offrant les potentiels de substitution les

plus élevés (comme la cholécystectomie et la chirurgie des hernies inguinales).

Pour cela, l'accompagnement par des professionnels en collaboration avec l'Association française de chirurgie ambulatoire sera expérimenté en complément des actions récurrentes menées par l'Assurance Maladie et l'Anap auprès des établissements de santé.

➔ Grâce à la poursuite de la procédure de MSAP, 300 000 nouveaux actes pourront être transférés en ambulatoire, générant 200 millions d'euros d'économies et portant le taux de chirurgie ambulatoire à 59,2 %.

### Le développement des programmes Prado

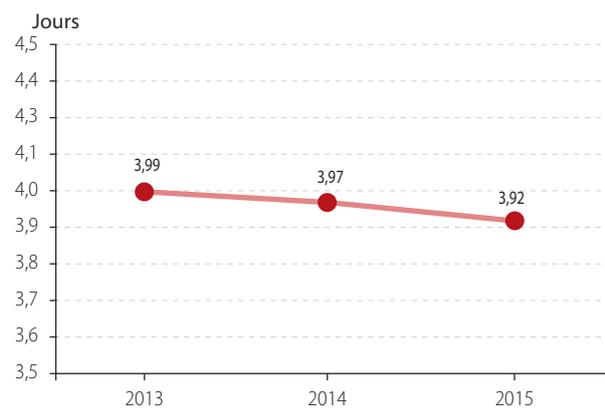
#### Prado maternité

Le programme Prado maternité a permis une légère diminution des durées moyennes de séjour, comme l'illustre la **figure 36**.

Afin d'améliorer l'impact du programme sur la DMS et conformément aux recommandations de la HAS, le volet sorties précoces a été mis en place en 2015. Il permet au couple mère-enfant de rentrer à leur domicile avant les 72 heures de vie du nouveau-né tout en bénéficiant d'un suivi attentionné d'une sage-femme qui intervient dans les 48 heures après la sortie de la maternité. Le **tableau 17** ci-après illustre la montée en charge de ce volet.

► **FIGURE 36**

#### Évolution de la DMS pour les accouchements physiologiques, entre 2013 et 2015 (en jours)



Source : Cnamts (PMSI)

► **TABLEAU 17**

#### Évolution du nombre d'adhésions aux sorties précoces

	Nombre d'adhérentes aux sorties précoces	Nombre de maternités concernées
2015	2 500	78
2016	15 000	300
2017	Objectif : 35 000	320

Source : Cnamts (PMSI)

En 2018, le déploiement du volet maternité reposera sur une montée en charge pour les sorties précoces (voie basse et césarienne) selon les recommandations de la HAS ce qui permettra d'accompagner la baisse de la DMS.

➔ On estime qu'en 2018, 28 000 accouchements physiologiques et 7 000 césariennes pourront faire l'objet de sorties précoces, ce qui représente 47 600 journées d'hospitalisations évitées (baisse de la DMS de 3,92 jours à 3 jours pour les accouchements physiologiques et de 6 jours à 4 jours pour les césariennes sans complication et donc un potentiel d'économies de 23,5 millions d'euros en termes de coûts pour les maternités.

#### Prado chirurgie

Depuis le déploiement du programme Prado chirurgie en 2012 et des évolutions de modes de prise en charge de type Raac (**encadré 8**), les données montrent que les durées moyennes de séjours diminuent pour les prothèses du genou et de la hanche (**tableau 18**).

► **TABLEAU 18**

#### Évolution de la DMS entre 2012 et 2014 pour les poses de prothèses de la hanche et du genou (en jours)

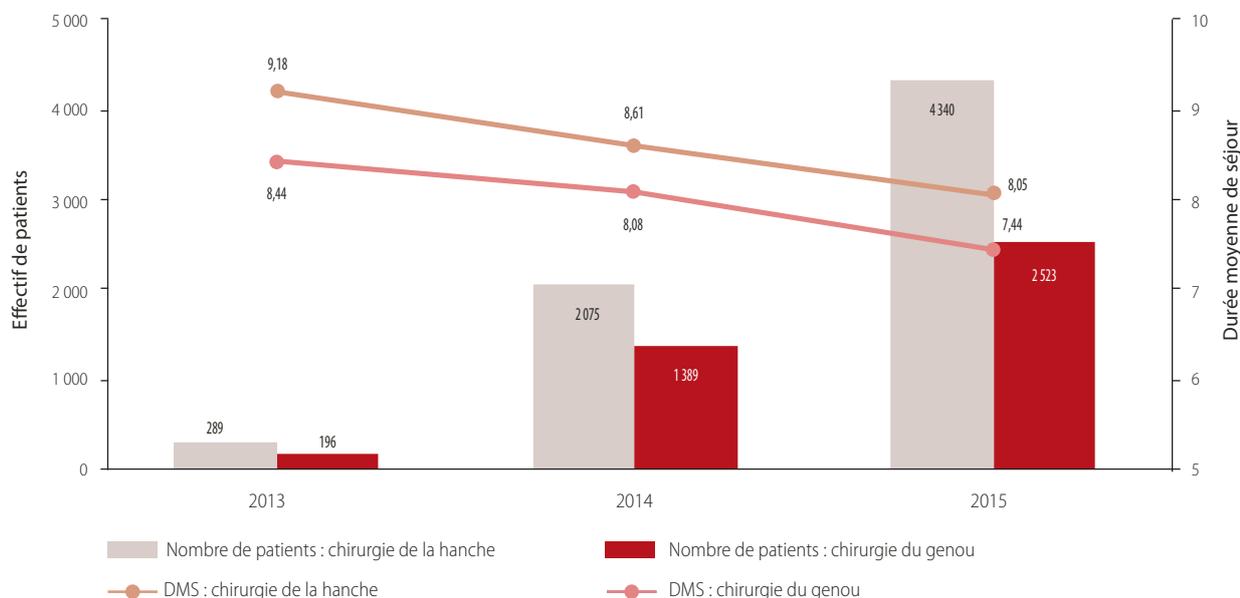
	2012	2013	2014	2015
Prothèse du genou	9,1	8,9	8,4	7,7
Prothèse de la hanche	10,0	9,7	9,2	8,5

Champ : tous régimes – France entière  
Source : Cnamts (PMSI)

La **figure 37** illustre la baisse de la DMS au regard du nombre d'adhésions pour les prothèses totales de la hanche et du genou.

► **FIGURE 37**

**Évolution des effectifs de patients et des durées moyennes de séjour (DMS) pour la chirurgie de la hanche et du genou dans les établissements Prado, entre 2013 et 2015**



Champ : établissements Prado uniquement  
Source : Cnamts (PMSI)

➔ Dans la continuité des évolutions constatées et compte tenu de l'ensemble des actions mises en œuvre par l'Assurance Maladie, une diminution de 1,5 jour de la DMS peut être attendue pour les prothèses du genou et de la hanche, générant 45 millions d'euros d'économies en 2018.

**Les autres prises en charge**

Les travaux engagés autour de la réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac) et de la médecine ambulatoire dans les suites

du rapport des inspections générales de février 2016 seront poursuivis en 2018. Par ailleurs, des expérimentations seront déployées, comme les hébergements non médicalisés.

➔ Au total, l'ensemble de ces mesures permettra de générer 50 millions d'euros d'économies en 2018. Une partie de ces économies est documentée dans les exemples ci-dessous (encadrés 8, 9 et 10).

► **ENCADRÉ 8**

## Zoom sur le développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac)

Élément clé du virage ambulatoire pour la chirurgie orthopédique, la réhabilitation améliorée après chirurgie poursuivra son développement en 2018 compte tenu des résultats probants de son évaluation médico-économique (présentée dans le

rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2017).

La réhabilitation améliorée après chirurgie permet notamment de diminuer la DMS, mais également d'améliorer la qualité de

la prise en charge (moins de complications, plus de confort, meilleure qualité de vie à domicile).

► **FIGURE 38**

### Impact de la Raac

Les résultats obtenus sur un échantillon de 30 services mettant en œuvre la Raac, sont cohérents avec la littérature internationale	
Durée moyenne de séjour	- 12 % toutes spécialités confondues soit un gain moyen de 1,1 jour et 600 € d'économie potentielle par séjour
Soins de suite et de réadaptation	Jusqu'à 2 % de réduction des taux d'orientation SSR
Consultations externes	Peu d'impact (- 1 %)
Médicaments	La consommation de médicaments est de 13 % inférieure pour les patients pris en charge selon les protocoles Raac

Source : Cnamts

► **ENCADRÉ 9**

## Zoom sur le développement des hébergements non médicalisés pour patients

Le développement de la chirurgie ambulatoire pourra également s'appuyer sur celui des hébergements non médicalisés pour patients introduits par l'article 53 de la LFSS pour 2015. Il vise à substituer des journées d'hospitalisation en établissements de MCO vers ces hébergements non médicalisés en offrant une sortie plus rapide des patients hospitalisés, dans un environnement proche

des professionnels et des lieux de soins. Comme le précise le décret du 12 décembre 2016, les établissements de santé sélectionnés dans le cadre de l'expérimentation peuvent proposer à leurs patients une prestation d'hébergement en amont ou en aval de leur prise en charge hospitalière, notamment en cas de soins itératifs et lorsque la situation justifie qu'ils soient hébergés à proximité de l'établissement alors que la localisation

de leur domicile ne satisfait pas cette exigence de proximité. Les frais de transport s'en trouveront également diminués.

Les économies qui peuvent être estimées sur les nuitées hospitalières et les transports évités grâce au développement des hébergements non médicalisés sont estimées à 7,5 millions d'euros par an dans le cadre de l'expérimentation.

► ENCADRÉ 10

## Zoom sur le développement de la médecine ambulatoire

La médecine ambulatoire sera soutenue en 2018 par :

- le développement de l'hôpital de jour en médecine (guide méthodologique de l'Anap attendu pour fin 2017 et accompagnement des établissements de santé);
- la mise en œuvre de la prestation intermédiaire. En effet, l'article 79 de la LFSS pour 2017 a introduit dans le Code de la Sécurité sociale le principe

- d'une rémunération spécifique des consultations pluridisciplinaires et/ou pluriprofessionnelles. Cette disposition vise à introduire dans le modèle de financement des établissements de santé un niveau intermédiaire de tarification entre prises en charge externes et hospitalisation de jour afin d'orienter vers une prise en charge plus légère;
- la possibilité d'administration

des médicaments de la réserve hospitalière (RH) en « environnement hospitalier », et donc pas seulement lors d'un séjour hospitalier (décret d'application de l'article 79 de la LFSS pour 2017).

L'ensemble de ces actions permettra de générer, en 2018, 11 millions d'euros d'économies sur le champ de la médecine ambulatoire.

## 2.2 Renforcer les actions de pertinence de prescription des produits de santé et favoriser une adoption plus large des médicaments génériques et biosimilaires

La maîtrise des dépenses passe également par un recours pertinent aux produits de santé, qui représentent plus de 20 milliards d'euros en 2016 pour les prises en charge en ville et à l'hôpital.

Les données montrent en effet que l'usage des produits de santé peut être optimisé, les pratiques étant variables entre les différents prescripteurs. Des gains d'efficacité restent à faire dans la prescription de médicaments courants et doivent se renforcer sur les médicaments de spécialités coûteux. L'accompagnement des prescripteurs est un levier mis en place depuis plusieurs années et qui se renouvelle dans ses messages, ses formes d'accompagnement et ses thèmes, même si l'expérience montre qu'il est nécessaire d'inscrire les actions sur un thème, dans une perspective pluriannuelle.

Les économies induites par les baisses de prix relatives aux médicaments et aux dispositifs ne sont pas présentées dans ce rapport (mais sont incluses dans les économies entrant dans la construction de l'Ondam).

### 2.2.1 / La gestion de la liste en sus

Le coût des médicaments administrés au patient lors d'un séjour en établissement de santé est intégré 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 HAS juge l'amélioration du service médical rendu du médicament supérieur (ASMR I à IV) 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 ». Celle-ci représente en 2016 une dépense de plus de 3 milliards d'euros, soit une évolution de 0,84 % par rapport à 2015, ce qui correspond à un infléchissement par rapport aux années précédentes. Les volumes progressent à nouveau de 1,54 % alors qu'une diminution importante était constatée entre 2013 et 2014 (- 3,2 %).

Pour faire perdurer cet accès facilité aux produits innovants et coûteux à travers un financement dérogatoire, il est impératif que la prescription de ces médicaments soit faite à bon escient, et donc réservée à des médicaments qui apportent véritablement une amélioration significative par rapport à ceux qui peuvent être pris en charge par les tarifs GHS.

Ainsi, si la HAS estime que ces produits ne font pas mieux que ceux qui sont dans les tarifs des séjours (ASMR V), il n'y a donc plus de raison de les rembourser en plus des tarifs et il est préférable d'inciter les établissements de santé à utiliser les molécules les moins coûteuses.

Les pratiques de prescription sont également très hétérogènes dans les établissements au sein même des régions, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques, encadré 11) qui comporte un volet sur l'évolution des dépenses de la liste en sus (et dont l'entrée en vigueur est prévue en 2018) constitue un levier supplémentaire pour la régulation de ce poste.

➔ *L'extension des radiations partielles ainsi que le renforcement des contrôles permettront d'engendrer 100 millions d'euros d'économies sur ce poste en 2018.*

### 2.2.2 / La maîtrise médicalisée des prescriptions de produits de santé en ville et à l'hôpital

L'Assurance Maladie poursuivra en 2018 son travail de sensibilisation des prescripteurs sur le respect des recommandations scientifiques et la prescription dans le répertoire afin de soutenir une diminution des traitements inutiles ou de favoriser la prescription de traitements moins coûteux, et donc l'optimisation de la dépense mise en place depuis plus de dix ans.

Les prescriptions hospitalières de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et

prestations – LPP) exécutées en ville (PHEV) représentent un enjeu financier de 7 milliards d'euros. Deux tiers de la croissance des dépenses de produits de santé délivrés en officine de ville sont directement liés aux prescriptions hospitalières, entraînant ainsi une progression très rapide des dépenses.

Plusieurs facteurs expliquent cette évolution : classes de médicaments prescrits associées à des pathologies lourdes, au virus de l'immunodéficience humaine (VIH), au cancer, aux hépatites et nouvelles modalités de prise en charge en ambulatoire (chimiothérapie orale). Les prescriptions faites par les médecins hospitaliers représentent 25 % du total des prescriptions remboursées sur l'Ondam de ville et peuvent donc influencer les pratiques de ville.

Les actions d'accompagnement des PHEV s'appuieront sur le dispositif Caques et les dialogues de gestion et s'organiseront ainsi en étroite collaboration entre l'Assurance Maladie et les ARS en région à travers un diagnostic partagé. L'Assurance Maladie continuera l'accompagnement des établissements avec des messages de bonnes pratiques de prescription à partir de l'analyse partagée de profils de prescriptions réguliers.

La généralisation de l'utilisation du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) par les médecins et sages-femmes constitue un levier pour le ciblage des actions de maîtrise des dépenses PHEV.

#### ► ENCADRÉ 11

## Zoom sur le Caques

L'article 81 de la LFSS pour 2016 introduit le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) visant à améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions au sein des établissements de santé, notamment pour les produits de santé, les transports et les actes dont l'entrée en vigueur est attendue pour 2018. Le principal enjeu du Caques (ou « contrat simplifié ») est d'offrir un dialogue de gestion unique avec les établissements,

reposant sur un même support et un même calendrier pour l'ensemble des volets afin de simplifier les procédures, d'améliorer l'appropriation des outils et d'amplifier la capacité de contractualisation.

Ce nouveau support juridique doit permettre de développer les intérêts, levier incontournable pour engager les établissements dans une modification de leurs pratiques de prescription.

Ce nouvel outil de contractualisation permettra de soutenir les efforts menés par l'Assurance Maladie pour la maîtrise des prescriptions hospitalières des produits de santé, des prescriptions des médicaments inscrits sur la liste en sus, des prescriptions des transports réalisées par les établissements de santé, ainsi que pour la pertinence des actes hospitaliers.

► ENCADRÉ 12

## Zoom sur l'action d'accompagnement hypolipémiants

La structure de la prescription des statines en France reste atypique en dépit d'évolutions positives (diminution du coût des prescriptions et augmentation de 2 % du taux de prescription dans le répertoire des génériques entre 2015 et 2016). Ainsi, 800 millions d'euros ont été remboursés en 2016 pour les hypocholestérolémiants, dont 510 millions d'euros pour Crestor, Ezetrol, Inegy et Liptruzet. La générication du Crestor depuis

le 1<sup>er</sup> avril 2017 représente une source d'économies potentielles de près de 40 millions d'euros par an.

Aussi, une action d'accompagnement des généralistes sur leur prescription des statines est engagée en 2017. L'objectif est d'améliorer l'efficacité des prescriptions de statines et de faire la promotion de l'actualisation des recommandations de bonne pratique de la HAS éditée en février 2017.

Cette campagne d'échanges s'inscrit dans la continuité des autres actions mises en œuvre, en particulier la Rosp et la demande d'accord préalable (DAP) sur la Rosuvastatine et les molécules à base d'Ezetimibe.

Parallèlement à cette action, un courrier est adressé aux cardiologues pour porter à leur connaissance le lancement de cette campagne et les informer de la publication des nouvelles recommandations de la HAS.

► ENCADRÉ 13

## Zoom sur l'action d'accompagnement sur les antidiabétiques

Le diabète de type II représente un enjeu de santé publique important du fait de sa prévalence élevée, en constante augmentation, et des complications micro et macrovasculaires associées.

Malgré les sommes croissantes consacrées par l'Assurance Maladie aux traitements des patients diabétiques, un certain nombre de patients ne bénéficient pas d'un équilibre glycémique satisfaisant. Ainsi, on estime que 17,5 % des patients diabétiques de type II ont un taux d'HbA1C supérieur à 7,5 % (indicateur déclaratif de la Rosp fin décembre 2016). Ce pourcentage est en décroissance, puisqu'il était de 20,3 % fin décembre 2014.

Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2017 avait souligné une perte de marché des médicaments

les moins onéreux (sulfamides, inhibiteurs de l' $\alpha$ -glucosidase) et une croissance des produits les plus chers (notamment AGLP1). Dans un des scénarios d'impact proposés, il avait été estimé qu'une large diffusion des AGLP1 pourrait en 2020 avoir une augmentation des dépenses de 562 millions d'euros.

L'objectif de ce nouveau programme d'échanges confraternels est de promouvoir le bon usage des antidiabétiques et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients diabétiques en se fondant sur les recommandations, mais également de sensibiliser les professionnels de santé à un recours aux traitements plus efficaces. Les échanges seront réalisés auprès des endocrinologues dans un premier temps puis auprès des médecins généralistes.

L'économie générée par l'arrêt des prescriptions de gliptines en monothérapie (et la prise en charge de ces patients par la metformine, monothérapie de référence) est estimée à 25 millions d'euros. Pour les AGLP1, cette économie est estimée à 3 millions d'euros.

Enfin, une pratique systématique de l'interchangeabilité entre insuline glargine princeps (Lantus) et son biosimilaire (Abasaglar) générerait une économie totale estimée à 32 millions d'euros (avec un taux d'interchangeabilité de 100 %). Un taux de pénétration de 40 % d'Abasaglar générerait une économie évaluée à 6,36 millions d'euros.

L'objectif d'économie de maîtrise médicalisée sur les antidiabétiques oraux est fixé pour 2017 à 60 millions d'euros.

### Les actions sur les médicaments de médecine générale

En 2016, 220 millions d'euros d'économies de maîtrise médicalisée, distinctes des actions de régulation des prix, ont été réalisées sur les médicaments de médecine générale et 220 millions d'euros d'économies sont attendues en 2017.

En 2018, les actions s'appuyant sur le volet de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) seront renouvelées et renforcées et porteront notamment sur les antibiotiques (en articulation avec les nouveaux indicateurs de la Rosp 2016), les hypolipémiants, les antihypertenseurs et les AAP. Le dispositif de demande d'accord

préalable pour la Rosuvastatine sera poursuivi en 2018 compte tenu des résultats sur les prescriptions.

Étant donné les enjeux liés au traitement du diabète, les actions relatives aux médicaments antidiabétiques seront reconduites.

Le programme sur le bon usage du médicament, notamment sur le volet hors AMM (autorisation de mise sur le marché), s'étendra à de nouvelles thématiques sur des enjeux prioritaires de santé publique (en sus des actions portant sur les médicaments de l'insuffisance pancréatique exocrine et les messages portant sur

Versatis). Ainsi, une action d'accompagnement des traitements de l'asthme sévère visant à promouvoir le recours aux anti-IL5 et anti-IdE conformément aux référentiels sera conduite.

➔ *Au total, l'ensemble des actions qui seront déployées en 2018 permettra de générer 200 millions d'euros d'économies.*

### Un programme renforcé sur la qualité de la prescription chez la personne âgée

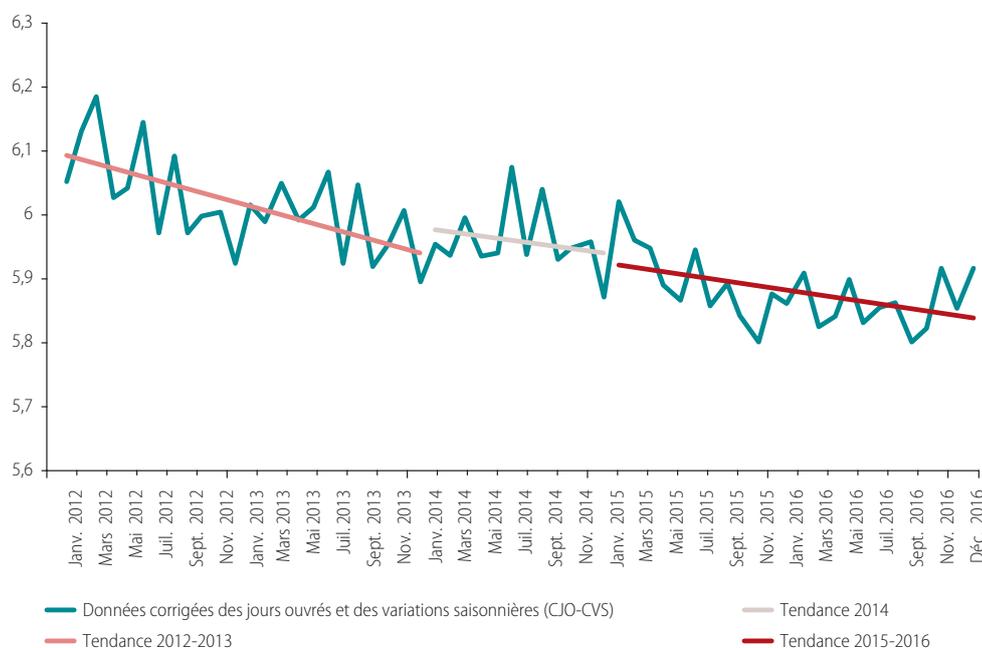
La iatrogénie médicamenteuse de la personne âgée représente un enjeu de santé publique, responsable d'environ 7 500 décès par an et de 3,4 % des hospitalisations chez les patients de 65 ans et plus<sup>14</sup> en 2013.

Le programme d'accompagnement initié fin 2014 et poursuivi en 2015, 2016 et 2017 a permis un infléchissement du nombre de molécules prescrites par patient. La **figure 39** montre, depuis 2012, une diminution globale du nombre moyen de molécules par patient.

Les effets incitatifs de la Rosp contribuent également à cette diminution. Ainsi, l'intégration de la Rosp dans la convention médicale de 2011 et l'ensemble des actions d'accompagnement menées par l'Assurance Maladie (deux vagues en 2015 et 2016) ont permis d'améliorer la pertinence des prescriptions de benzodiazépines (BZD) : une prescription a été évitée pour 381 000 patients et un traitement long (durée supérieure à 12 semaines) a été évité pour 36 000 patients.

#### ► FIGURE 39

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



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

Cependant, l'augmentation constatée sur la fin 2016 montre que les efforts doivent être poursuivis et maintenus dans la durée. Un plan à trois ans prévoit l'ensemble des actions multicanal visant à maîtriser ce poste (nouveaux volets : statines, antalgiques, anti-HTA, AAP, BPCO ; associations contre-indiquées ; nouveaux indicateurs Rosp ; diffusion de l'outil Stopp/Start, de listes préférentielles ; complémentarité avec des actions déployées en Ehpad, etc.).

En 2018, la mise en œuvre des actions d'accompagnement sera complétée par les trois indicateurs Rosp de la convention médicale de 2016 portant sur la iatrogénie médicamenteuse.

➔ *Les actions d'accompagnement mises en œuvre en 2018 permettront une diminution de 1 % du nombre d'unités galéniques chez les patients de plus de 65 ans, ainsi que de 1 % des hospitalisations pour cause de iatrogénie. Elles permettront une économie totale de près de 100 millions d'euros en 2018.*

### Les actions sur les médicaments de spécialité

En 2016, 70 millions d'euros d'économies de maîtrise médicalisée ont été réalisés sur les médicaments de médecine de spécialité.

14 Source : Cnamts (Sniiram)

► **ENCADRÉ 14**

## Zoom sur l'action d'accompagnement des facteurs de croissance

La Cnamts a débuté en 2017 une action sur les prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville (PHMEV) des facteurs de croissance de la lignée blanche Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF) dans leur indication en prophylaxie des neutropénies chimio-induites.

L'objectif global de cette action est de favoriser une prescription plus

efficace des G-CSF. En effet, l'analyse des données de consommation fait apparaître, en plus d'un montant remboursé important pour l'année 2016 (supérieur à 313 millions d'euros), de grandes disparités de consommation aussi bien entre les différentes régions françaises qu'en comparant la France aux autres pays européens de référence (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni).

Cette action vise dans un premier temps à sensibiliser les prescripteurs hospitaliers à la dimension médico-économique de leur prescription. Une seconde campagne d'accompagnement permettra ensuite de diffuser une fiche de bon usage des G-CSF en cancérologie élaborée en partenariat avec l'INCa et l'ANSM.

Les objectifs d'économies pour l'année 2017 s'élevaient à 10 millions d'euros.

De nouvelles actions portant notamment sur la cancérologie, les listes préférentielles, les antalgiques, la sclérose en plaques seront menées au cours de l'année 2018.

Par ailleurs, les thèmes récurrents présentant de forts enjeux d'efficacité seront également poursuivis (EPO, biothérapies, médicaments onéreux, hormones de croissance, hépatite C, traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), asthme sévère et léger, etc.).

➔ Grâce à l'accompagnement des professionnels de santé déployé par l'Assurance Maladie, 100 millions d'euros d'économies de maîtrise médicalisée peuvent être attendues en 2018 sur ce poste.

### Les actions sur la LPP

En 2016, 75 millions d'euros d'économies ont été réalisées sur le poste des dispositifs médicaux inscrits à la LPP et 50 millions d'euros sont attendues en 2017.

En 2018, des actions d'accompagnement relatives aux sièges coquilles (mise en place d'une demande d'accord préalable à la suite de la parution de l'arrêté de nomenclature), aux lecteurs de glycémie, à la pression positive continue et aux pansements seront notamment mises en place.

La mise à disposition de modèles d'ordonnances (oxygénothérapie, perfusion...) visant à aider les professionnels de santé dans leur pratique complétera ces actions d'accompagnement.

Les contrôles *a priori* des forfaits respiratoires (notamment la ventilation assistée forfait 6) seront également poursuivis.

Ces actions seront complétées par les accords prix/volumes conclus lors des négociations tarifaires ainsi que par la tarification différenciée introduite par l'article 92 de la LFSS pour l'année 2017.

➔ Les nouvelles actions mises en œuvre pour la maîtrise des dispositifs médicaux permettront de générer 100 millions d'euros d'économies en 2018.

### 2.2.3 / Adoption des génériques et des biosimilaires

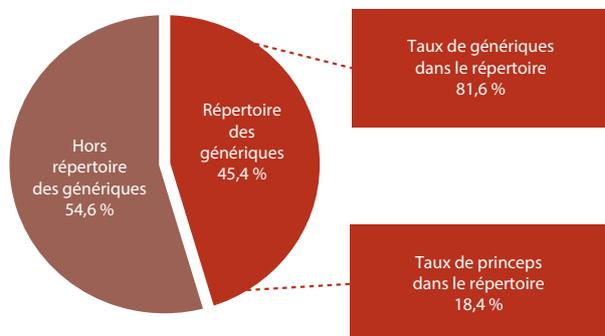
#### Adoption des génériques

L'adoption des médicaments génériques constitue un levier efficace au service de l'efficacité des soins. Au regard des comparaisons internationales, des marges de manœuvre peuvent être encore mobilisées afin d'accélérer la progression du taux de pénétration des génériques.

En 2016, le répertoire des génériques représente près de 45,4 % des dépenses de médicaments (figure 40).

► **FIGURE 40**

#### Poids du répertoire des génériques dans le marché remboursable, en volume, en 2016



Champ : régime général hors sections locales mutualistes – France entière  
Source : Cnamts

## ► ENCADRÉ 15

Zoom sur la campagne d'information  
sur les génériques 2016-2017

Depuis septembre 2016, l'Assurance Maladie mène une campagne d'information sur les médicaments génériques, en partenariat avec le ministère en charge de la Santé et l'ANSM. Portée par le slogan « Devenir générique, ça se mérite », cette campagne vise à consolider la confiance autour de ces médicaments à part entière, en apportant les preuves de leur qualité, de leur efficacité et de leur sécurité auprès de l'opinion publique. Ce changement de regard proposé au travers d'un univers décalé a été déployé fin 2016 et début 2017 à la télévision, à la radio, dans la presse magazine et quotidienne régionale ainsi que sur le web.

Selon les derniers résultats du baromètre d'image et de connaissances des Français, des médecins et des pharmaciens, les connaissances progressent sur plusieurs volets : les Français sont ainsi plus nombreux à déclarer savoir que les médicaments génériques sont fabriqués selon les mêmes réglementations que les princeps à travers le monde (58 % « Oui » versus 52 % en 2016, + 6 points). De plus, le grand public se déclare mieux renseigné sur le montant des économies réalisées grâce aux médicaments génériques (43 % versus 34 % en 2016, + 9 points). Par ailleurs, le niveau moyen de confiance des médecins envers les médicaments génériques est en progression depuis plusieurs années et atteint actuellement

7/10 (versus 6,6/10 en 2016), rejoignant ainsi le niveau du grand public à 6,9/10, stable dans le temps. Les freins à l'utilisation des médicaments génériques régressent tant vis-à-vis de la consommation (28 % de réticents chez les Français versus 38 % en 2016, - 10 points) que de la prescription (26 % de réticents chez les généralistes versus 39 % en 2016, - 13 points).

Afin de consolider cette dynamique et expliquer pourquoi et comment utiliser les médicaments génériques dans tel ou tel contexte, la campagne d'information se poursuit en 2017 dans les médias et évolue au travers de messages plus contextualisés et affinitaires : vidéos témoignages et informations sur le bon usage.

Grâce à l'ensemble des actions mises en œuvre par l'Assurance Maladie, la progression des génériques s'accélère.

À la fin 2016, le taux de substitution est de 84,3 % (83,4 % en moyenne sur l'année 2016, avec des taux très élevés pour certaines classes : antibiotiques et antihypertenseurs).

La fréquence de la mention « non substituable » (NS) sur les ordonnances était en moyenne de 8,3 % sur l'année 2016. En complément des actions de communication et d'accompagnement des différents acteurs et des Rosp médecins et pharmaciens, une action d'accompagnement ciblée sur l'utilisation de la mention NS est engagée sur 2017. Elle vise à limiter le recours à cette mention aux seules situations médicales qui le justifient.

Au-delà du taux de substitution, le levier principal d'efficience sur les génériques est la part des prescriptions dans le répertoire. Les actions déployées en établissements seront donc renouvelées. En effet, les taux moyens de prescription dans le répertoire se sont rapprochés entre l'hôpital et la ville, mais des écarts importants entre les établissements subsistent. Le taux de prescription dans le répertoire sur l'année 2016 est en moyenne de 45,4 %.

En 2018, afin de renforcer l'usage des médicaments génériques, l'Assurance Maladie :

- reconduira des actions d'accompagnement auprès des médecins et des pharmaciens en s'appuyant notamment sur le volet conventionnel ;
- poursuivra la mise en œuvre du tiers payant généralisé en incluant les prescriptions comportant la mention « non substituable », notamment pour les prescriptions hospitalières ;
- incitera à la prescription des génériques en établissements via la contractualisation Caqes ;

- poursuivra ses actions pour la diminution de l'utilisation de la mention « non substituable » ;
- mènera des actions en partenariat avec les agences régionales de santé (ARS) et les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (Omedit) : achats, contrat sur la prescription délivrée en ville, nouveau contrat simplifié en 2018 ;
- engagera une nouvelle campagne de communication compte tenu des résultats de celle déployée en 2017.

➔ *On estime que les actions menées par l'Assurance Maladie permettront non seulement de diminuer le taux d'occurrence de la mention « non substituable » mais surtout de faire progresser significativement le taux de la prescription dans le répertoire des génériques en 2018 générant ainsi plus de 100 millions d'euros d'économies.*

### Adoption des biosimilaires

L'adoption des biosimilaires constitue un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie au regard des économies potentielles qu'ils peuvent apporter sur le marché des médicaments remboursables. Le marché des biomédicaments pour lesquels il existe des biosimilaires représente en effet aujourd'hui 1 milliard d'euros.

À noter que dès 2017-2018, les prochaines tombées de brevets dans le domaine public devraient concerner des produits qui sont prescrits à l'hôpital et délivrés en ville (chiffre d'affaires annuel Neulasta, Xolair et Humira : 697 millions d'euros).

Le concept de biosimilarité repose sur le principe essentiel de la comparaison de deux médicaments issus de la biotechnologie, l'un étant le médicament de référence, autorisé depuis plus de

huit ans dans l'Union européenne, et l'autre étant le médicament qui souhaite être déclaré biosimilaire au médicament de référence.

La position de l'ANSM relative à l'interchangeabilité des médicaments biologiques a évolué en 2016 :

*Si tout échange non contrôlé entre médicaments biologiques (médicaments biosimilaires ou médicaments de référence) doit être évité, une interchangeabilité peut toutefois être envisagée à condition de respecter les conditions suivantes :*

1. un patient traité par un médicament biologique doit être informé d'une possible interchangeabilité entre deux médicaments biologiques (médicament de référence et/ou médicament biosimilaire) et donner son accord ;
2. il doit recevoir une surveillance clinique appropriée lors du traitement ;
3. une traçabilité sur les produits concernés doit être assurée.

Par ailleurs, l'article 96 de la LFSS pour 2017 supprime la mention qui imposait au prescripteur de renouveler un traitement avec le même produit que celui prescrit en initiation de traitement. Ainsi, le prescripteur peut désormais prescrire au cours du traitement un médicament biologique différent de celui prescrit initialement, y compris un biosimilaire.

En Europe, le différentiel de prix entre biosimilaires et princeps varie de 20 % à 30 % suivant les pays. En France, la baisse de prix pratiquée pour les biosimilaires est d'environ 15 %.

Le développement des biosimilaires est plus avancé dans les pays européens de comparaison présents dans le panel IMS<sup>15</sup> International (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni). Ainsi, le taux de pénétration moyen en France (en volume) de 6,2 % est le plus faible parmi les pays comparés (tableau 19). Le taux de pénétration en valeur est, lui, de moins de 0,1 % en France.

En prenant l'exemple de l'Etanercept, on constate que le taux de pénétration du biosimilaire en France est de 0,2 %, alors qu'il est en Allemagne et au Royaume-Uni respectivement de 7 % et 8,3 %.

Face à ces constats, il ressort que des marges de progression existent encore pour l'adoption des biosimilaires en France. Pour favoriser l'adoption des biosimilaires, l'Assurance Maladie s'appuiera en 2018 sur :

- l'indicateur Rosp médecins issu de la nouvelle convention médicale (prescription des biosimilaires parmi les prescriptions d'insuline glargine) ;
- des actions d'accompagnement auprès des médecins généralistes visant à soutenir à la fois l'initiation et le switch des traitements par biosimilaires ;
- la nouvelle contractualisation avec les établissements de santé (Caques) qui prévoit des engagements sur le taux de prescription de biosimilaires intrahospitalière et exécutée en ville.

➔ Grâce au plan d'actions mis en œuvre par l'Assurance Maladie, 45 millions d'euros d'économies sont attendues en 2018 sur ce poste.

► TABLEAU 19

Taux de pénétration moyen des biosimilaires par pays en 2016

	France	Allemagne	Italie	Espagne	Royaume-Uni
Taux moyen par pays	6,2 %	13,5 %	42,5 %	13,5 %	9,1 %

► ENCADRÉ 16

Zoom sur la classe des anti-TNF

Les anti-TNF alpha (anti-TNFa) sont des médicaments issus de la biothérapie (aussi appelés biomédicaments ou des biosimilaires par rapport à un anti-TNFa de référence) qui ont révolutionné la prise en charge et l'évolution de maladies inflammatoires chroniques, graves et invalidantes comme la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, le psoriasis sévère et sa forme rhumatismale, l'arthrite juvénile idiopathique ainsi que certaines

Mici comme la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn.

Exemple du biosimilaire Etanercept

Le coût mensuel de traitement par le biosimilaire Etanercept est 22 % inférieur au coût de traitement par le princeps Enbrel (632 euros par mois *versus* 815 euros par mois).

Deux hypothèses ont été réalisées quant à l'impact potentiel de l'arrivée du biosimilaire :

- si 50 % des nouveaux patients naïfs sont traités par le biosimilaire, 6,7 millions d'euros d'économies peuvent être générées sur une année ;
- si le taux de pénétration du biosimilaire est de 30 % sur l'ensemble des patients (naïfs et switch), l'économie générée pourrait être de 35 millions d'euros sur deux ans.

15 Il s'agit d'un bureau international d'études dans le secteur de la santé.

## 2.3 Améliorer la pertinence et le bon usage des soins

Les politiques de gestion du risque (GDR) menées par les régimes d'Assurance Maladie pour améliorer l'état de santé de la population et accroître l'efficacité du système de soins se sont renforcées ces dernières années à la fois en ville et à l'hôpital autour de la pertinence et du bon usage des soins sur les thématiques transports, IJ, biologie, actes, paramédicaux, ainsi que par le biais des contrôles de facturation.

L'objectif est de promouvoir l'accès pour tous à un soin juste et de qualité, d'éviter les traitements ou actes inutiles et d'allouer les ressources à des soins qui présentent un réel bénéfice pour la population.

Pour cela, différents leviers sont mobilisés : accompagnement, visites, échanges ou procédures d'accord préalable auprès de professionnels de santé en ville et établissements de santé et information/sensibilisation des assurés.

### 2.3.1 / Transports en ville et à l'hôpital

En 2015, les dépenses de transport de patients atteignaient plus de 4 milliards d'euros. Elles représentaient 5,2 % de l'Ondam soins de ville et 2,4 % de l'Ondam total. Elles augmentent plus vite que l'Ondam : augmentation de 3,7 % des dépenses de transports entre 2014 et 2015, contre 2,5 % pour l'Ondam soins de ville. L'hôpital représente la majeure partie des prescriptions de transports (63,1 %).

En 2018, l'Assurance Maladie continuera l'ensemble des actions engagées visant à renforcer la pertinence médicale de transport en :

- diffusant des fiches repères ayant pour objet de faciliter la prescription du mode de transport le moins onéreux, en fonction de l'état de santé et selon les pathologies ;
- rappelant les règles, parfois complexes, de prise en charge aux prescripteurs et aux assurés grâce à la diffusion de supports communs de communication ;
- accompagnant les établissements de santé via le nouveau dispositif de contractualisation Caques (**encadré 11**) qui a pour objectif de les inciter par un intéressement financier à mieux organiser la prescription des transports dans l'établissement via notamment le développement de plateformes de centralisation et de régulation.

Par ailleurs, à la suite de l'article 80 de la LFSS pour 2017 qui prévoit le financement des transports interhospitaliers (hors Smur) au sein du financement des hôpitaux, l'enveloppe des dépenses de transports interétablissements, aujourd'hui directement à la charge de l'Assurance Maladie (évaluée à 125 millions d'euros), sera intégralement réintégrée aux tarifs hospitaliers dès la

campagne tarifaire de 2018. Cette mesure a pour objectif de responsabiliser le prescripteur sur la pertinence de ces prescriptions de transports interétablissements.

C'est une première étape, qui fait suite à la revue de dépenses de transports sanitaires par les inspections générales en 2016. Les inspections générales y recommandent d'y transférer l'ensemble des dépenses de transport dans le budget des établissements et évaluent cette mesure à une économie de 320 millions d'euros par an les deux premières années de mise en œuvre.

L'ensemble de ces actions visent à une diminution du taux de recours global des transports (ville et hôpital) ainsi que du taux de recours à l'ambulance au profit des transports assis professionnalisés (TAP c'est-à-dire véhicules sanitaires légers (VSL) et taxis) et un développement du transport partagé compte tenu des écarts de coûts entre les différentes modalités de transport (**tableau 20**).

► TABLEAU 20

#### Coût moyen d'un trajet selon le mode de transport choisi

Mode de transport	Coût moyen d'un trajet (montant remboursé en euros) [distance moyenne correspondante]
Ambulance	98 euros [16 km]
Véhicule sanitaire léger (VSL)	34 euros [22 km]
Taxi	51 euros [nombre de km inconnu]
TAP (en remplacement d'un trajet en ambulance équivalant à 16 km)	39,80 euros [16 km]

*Note de lecture : un trajet en VSL, équivalant à un trajet moyen d'ambulance, coûte 24,70 euros pour 16 km. Un trajet moyen facturé en taxi coûte 51 euros (distance non connue). En 2015, les trajets en TAP (taxis et VSL) sont composés à 57 % de trajets en taxis et à 43 % de trajets en VSL. Sous ces hypothèses, un trajet en TAP équivalant à un trajet moyen en ambulance coûte donc en moyenne 39,80 euros pour 16 km.*

Source : Cnamts

Les actions d'accompagnement auprès des professionnels de santé en ville, d'une part, et en établissements, d'autre part, complétées par la montée en charge des Caques et le développement des plateformes, permettent d'envisager pour l'année 2018 les économies présentées dans le **tableau 21**.

➔ Au total, grâce à l'ensemble des actions déployées, notamment le Caqes et le développement des plateformes de transports, près de 160 millions d'euros d'économies sont

attendues sur les transports en 2018, dont 100 millions d'euros sur les prescriptions émanant des établissements de santé.

► **TABLEAU 21**

**Hypothèses d'économies sur les transports sanitaires**

Thèmes	Hypothèses	Économies en ville (millions d'euros)	Économies en établissements (millions d'euros)
Ambulance	1 % des trajets en ambulance évités	6,2	10,6
	10 % des trajets en ambulance substitués par des trajets en VSL et taxis	18,4	31,4
TAP (VSL et taxis)	2,5 % des trajets TAP évités ou substitués par le véhicule personnel	28,0	47,5
Transport partagé	10 % des trajets en VSL prescrits par des établissements de santé réalisés en transport partagé		12,0
<b>Total</b>		<b>52,6</b>	<b>101,5</b>

Source : Cnamts

► **ENCADRÉ 17**

## Zoom sur les transports de patients dialysés

Des disparités de modes de recours aux transports existent concernant les patients dialysés. En faisant l'hypothèse d'un

alignement des établissements fortement prescripteurs d'ambulance sur le taux standardisé par âge,

on obtient une prévision de 22 millions d'euros d'économies pour 2018.

### 2.3.2 / Indemnités journalières

La hausse des dépenses de l'IJ constatée depuis fin 2014 implique un renforcement des actions pour tenter de maîtriser ce poste. En 2015, 7,9 millions d'arrêts de travail ont été remboursés, dont 6,9 millions pour maladie, pour un montant total de près de 9 milliards d'euros. Les actions de la Cnamts visent à adapter les arrêts aux situations médicales des patients pour favoriser la reprise d'activité et prévenir la désinsertion professionnelle.

En 2016, le service médical a convoqué 800 000 assurés pour vérifier la compatibilité de leur état de santé avec la reprise d'une activité professionnelle. Dans la stratégie de contrôle, l'accent a été davantage mis sur la lutte contre la désinsertion professionnelle et la prévention de l'invalidité. En effet, la chronicisation de l'arrêt de travail présente un risque majeur pour les patients avec des conséquences en matière de désinsertion professionnelle et sociale, sachant qu'une personne sur deux en arrêt de travail de plus de 6 mois ne reprendra pas le travail. Dans ce cadre, l'expérimentation d'une fonction de facilitation lancée en 2015, étendue en 2016 à quinze nouveaux départe-

tements, qui vise à aider les assurés<sup>16</sup> et leur médecin traitant dans des démarches complexes pour leurs patients, a donné des résultats encourageants en matière de reprise du travail (50 % des cas suivis) et de satisfaction des intéressés, justifiant une extension progressive du dispositif sur le territoire.

Depuis 2010, la Cnamts accompagne les médecins prescripteurs de manière graduée selon une stratégie renouvelée en 2015. Cette stratégie d'accompagnement s'appuie sur un ensemble d'actions complémentaires : la graduation de l'accompagnement en fonction du profil du prescripteur, un appui sur les référentiels de la HAS (67 fiches de suivi de l'application des fiches repères par pathologie) et la diffusion de profils de prescription leur permettant de comparer leur pratique à celles de leurs confrères. Pour les médecins prescrivants des arrêts plus fréquemment et/ou des arrêts plus longs que les prescripteurs comparables s'ajoute un entretien avec un médecin-conseil qui permet d'échanger à partir de « cas patients » issus de leur propre patientèle afin d'apporter des solutions. Au total, 16 600 médecins généralistes ont fait l'objet de cet accompagnement depuis 2015 (en France métropolitaine).

<sup>16</sup> Étude portant sur 1 027 assurés d'âge moyen : 46 ans dont 73 % avaient un risque de désinsertion professionnelle identifié.

Ce mode d'accompagnement a démontré un impact positif sur la prescription des arrêts de travail. Dans les trois mois qui suivent l'entretien, la part de leurs prescriptions d'arrêts de travail à des patients actifs diminue sensiblement, ainsi que le nombre moyen de jours prescrits (différence significative entre les médecins visités au cours de la campagne et les témoins). Toutefois, les prescripteurs ciblés ont des comportements qui sont souvent ancrés dans leur pratique et il est nécessaire de réitérer les messages pour inscrire ce changement dans la durée.

Les médecins les plus atypiques en matière de prescriptions d'arrêts de travail sont ciblés chaque année. Après un entretien préalable permettant d'échanger sur la situation, les médecins n'ayant pas fait évoluer les niveaux de leurs prescriptions sont alors mis sous procédure de MSO-MSAP (mise sous objectif - mise sous accord préalable). Instauré en 2016, l'entretien préalable systématique de sensibilisation avant le lancement de la procédure a eu un impact globalement positif avec une baisse des prescriptions d'arrêts de travail de plus de 20 % pour plus de la moitié de ces médecins. La mise en œuvre de la procédure de MSO-MSAP ne concerne donc plus que les médecins qui n'ont pas modifié leur pratique, voire l'ont aggravée.

Enfin, la Cnamts développe des campagnes d'information thématiques ciblées pour favoriser la diffusion et le respect des bonnes pratiques dans les parcours de soins des malades. Ces campagnes sont conçues avec les sociétés savantes et mobilisent plusieurs canaux d'information. La lombalgie, troisième cause d'invalidité en France, est un exemple des thématiques abordées sous ce format.

Présenté dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2017, le programme national sur la lombalgie sera lancé à l'automne 2017. Son objectif est de limiter le risque de chronicisation dans la lombalgie commune en élaborant un parcours de soins des patients lombalgiques qui intègre la problématique de l'arrêt de travail. Le programme vise à faciliter les relations entre les différents acteurs, à élaborer des outils pour aider le médecin traitant et à éviter la désinsertion socioprofessionnelle. Les messages seront diffusés aux professionnels de santé ainsi qu'au travers d'une campagne grand public.

➔ *Au total, les actions déployées par l'Assurance Maladie permettent d'envisager 100 millions d'euros d'économies sur les prescriptions d'arrêts de travail en 2018 (tableau 22).*

► **TABLEAU 22**

**Ensemble des économies attendues sur les indemnités journalières**

Type de professionnels de santé	Levier	Impact attendu	Économies (millions d'euros)
Plus forts prescripteurs	MSO-MSAP	Diminution de 20 % du nombre d'IJ prescrites	40
Forts prescripteurs	Accompagnement renforcé	Diminution de 1 jour de la durée des IJ par patient	40
Autres	Accompagnement classique	Pour 1 arrêt sur 5, diminution de 1 jour de la durée de l'arrêt	20

Source : Cnamts

**2.3.3 / Actes**

La pertinence des actes est un enjeu majeur pour lequel des actions sont mises en place par l'Assurance Maladie depuis de nombreuses années à la fois pour la ville et en établissements.

**Actes en ville**

Les actions de maîtrise médicalisée récurrentes sur le poste « actes » seront poursuivies en 2018 pour les thèmes à forts enjeux économiques. Pour mémoire, 15 millions d'euros d'économies sont attendues en 2017.

Pour l'année 2018, deux leviers principaux sont identifiés pour générer des économies sur ce poste : les travaux en faveur de l'efficacité du parc d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ostéoarticulaire et la forfaitisation du nombre d'examen de radiographie conventionnelle.

L'Assurance Maladie souhaite à cette fin conclure un nouveau protocole pluriannuel avec les radiologues.

**L'efficacité du parc IRM ostéoarticulaire**

La progression du nombre de nouveaux appareils IRM spécialisés en imagerie ostéoarticulaire (OA) mis en service (installation supplémentaire ou remplacement d'appareils IRM existants) va permettre d'agir en faveur de l'efficacité du parc d'IRM ostéoarticulaire. En effet, l'écart de tarifs sur le forfait technique IRM entre les nouveaux et les anciens appareils permet de générer 50 euros d'économies par acte.

Les travaux seront menés en lien avec la Direction générale de l'offre de soins et les agences régionales de santé, la mise en service des appareils IRM étant soumise à autorisation.

En 2016, 20 % des examens IRM éligibles (soit 500 000 actes en libéral) sont réalisés sur 89 appareils IRM spécialisés en ostéoarticulaire mis en service.

➔ *La progression du nombre de nouveaux appareils permet d'envisager 200 000 actes IRM ostéoarticulaires (soit 35 nouveaux appareils IRM spécialisés ostéoarticulaires mis en service) générant 10 millions d'euros d'économies en 2018.*

### La forfaitisation d'examen de radiographie dans une séance de soins

La perspective d'un nouveau protocole pluriannuel d'accord avec la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) permet d'envisager une redescription et une tarification forfaitaire des actes de radiographie, actuellement pris en charge selon le nombre d'incidences réalisées. Cette évolution de la classification commune des actes médicaux (CCAM) serait complétée par une modification des règles d'association de

ces actes et suivie d'un accompagnement des professionnels. Il convient que cette action de maintenance de la CCAM s'inscrive dans le cadre d'un avenant à la convention nationale des médecins.

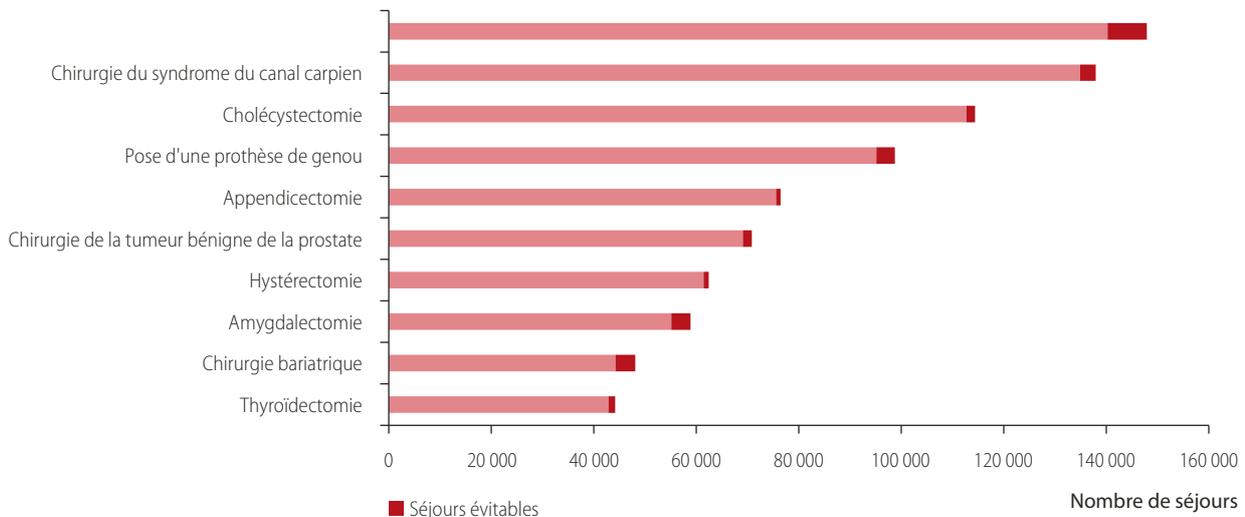
➔ *La mise en œuvre de cette mesure de maîtrise médicalisée pouvant être effective au plus tôt au cours du dernier trimestre 2018, 5 millions d'euros d'économies peuvent être attendus en 2018 (et 40 millions d'euros en année pleine).*

### Pertinence des actes hospitaliers

La réduction des disparités des taux de recours pour les dix actes ciblés par l'Atlas des variations des pratiques médicales (amygdalectomie, appendicectomie, césarienne, chirurgie bariatrique, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate, chirurgie du canal carpien, cholécystectomie, hystérectomie, pose d'une prothèse de genou, thyroïdectomie) constitue un enjeu majeur pour la pertinence des actes. En effet, la part des séjours évitables pour l'ensemble des dix activités varie entre 1 % et 18 % selon les activités en 2015 (figure 41).

#### ► FIGURE 41

### Nombre total de séjours par activité pour l'année 2015 avec estimation du nombre de séjours évitables (taux cible correspondant au troisième quartile des taux départementaux)



Champ : tous régimes – France entière  
Source : PMSI (2010-2015)

Les actions pour améliorer la pertinence des actes seront principalement portées par le nouveau dispositif de contractualisation avec les établissements de santé et les actions d'accompagnement menées par l'Assurance Maladie.

➔ *Selon l'hypothèse de réduction des taux de recours des départements ayant des taux standardisés supérieurs au taux cible (correspondant au troisième quartile de la distribution des taux départementaux), le nombre de séjours évitables est estimé à 34 000, générant une économie potentielle de 101 millions d'euros en 2018.*

Il est à noter que les séjours évitables pour les dix activités étudiées se reporteront nécessairement sur d'autres types de prises en charge plus adaptées dans l'objectif d'une amélioration de la qualité des soins, limitant les économies potentielles, par transfert sur ces autres prises en charge.

### 2.3.4 / Autres prescriptions

#### Biologie

Les actions de maîtrise médicalisée de l'Assurance Maladie se concentreront sur les actes pour lesquels la prescription n'est

pas toujours pertinente, à l'instar de l'action menée en 2015 et 2017 sur les dosages thyroïdiens, le dosage de la vitamine D et les groupes sanguins.

De nouveaux thèmes seront portés en 2017 : la vitesse de sédimentation, la prévention de la maladie rénale et les biomarqueurs cardiaques (en fonction des recommandations disponibles de la HAS).

Le suivi du protocole national relatif aux accords prix/volumes ainsi que la réforme de la nomenclature permettront également de soutenir cet objectif.

➔ *Aussi, l'objectif de 30 millions d'euros d'économies de maîtrise médicalisée fixé en 2017 concernant les actes de biologie est reconduit en 2018.*

### Paramédicaux

Les actions nationales auprès des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmier(e)s seront construites en lien avec les nouvelles conventions conclues en 2017.

➔ *Les économies de maîtrise médicalisée attendues pour le poste paramédicaux – notamment masseurs-kinésithérapeutes et infirmier(e)s – en 2018 sont de 100 millions d'euros.*

Par ailleurs, à la suite de contrôles de facturation mis en place en 2015 auprès de 1 000 pharmaciens et 1 000 infirmier(e)s, et étendus en 2017 aux transporteurs et aux masseurs-kinésithérapeutes, de nouveaux contrôles seront mis en place en 2018 compte tenu des résultats de ces actions.

Les données du contrôle de 2015 montrent que 19 % des factures contrôlées présentaient une anomalie avec incidence financière, avec un montant moyen de 39 euros par facture contrôlée.

Ainsi, une augmentation du nombre de factures contrôlées ainsi que la diffusion de messages d'accompagnement à la bonne facturation permettront une réduction à 10 % du nombre de factures présentant une anomalie.

## 2.4 Lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital

Pour l'Assurance Maladie comme pour les pouvoirs publics, la lutte contre la fraude reste une priorité. Elle vise à dissuader les acteurs du système de santé (offreurs de soins, assurés, employeurs) de transgresser les règles. Elle contribue ainsi à la pérennité de notre protection sociale dans l'intérêt de tous.

En 2016, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé un montant total de fraudes et activités fautives de 244,8 millions d'euros, soit une augmentation de plus de 5 % par rapport à 2015 ([tableau 23](#)).

### ► TABLEAU 23

#### Évolution du montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées

	2016	2015	Évolution 2016 - 2015
Prestations en espèces	31 M€	27,5 M€	+ 13 %
Obtention des droits	9 M€	7,8 M€	+ 12 %
Prestations en nature/soins de ville (hors médicaments)	90 M€	82,7 M€	+ 9 %
Prestations en nature/soins de ville (médicaments)	16 M€	17,5 M€	- 6 %
Établissements	84 M€	88,5 M€	- 5 %
Autres fraudes des professionnels de santé et des assurés	14 M€	7,5 M€	+ 91 %
<b>Total</b>	<b>244 M€</b>	<b>231,5 M€</b>	<b>+ 5 %</b>

Source : Cnamts

On peut notamment constater dans ce bilan 2016 une amélioration du rendement des contrôles relatifs aux prestations hors médicaments prises en charge sur l'enveloppe soins de ville (+ 9 %) et aux prestations en espèces (+ 13 %).

De nouveaux programmes nationaux de contrôle sur des spécialités médicales (chirurgie orthopédique libérale, pneumologies), sur l'investigation d'atypismes ou encore les actes

infirmiers inclus dans la dotation globale de soins du service de soins infirmiers à domicile ont été mis en œuvre et seront poursuivis en 2017 et 2018.

Ces résultats en augmentation depuis plusieurs années ([figure 42](#)) reposent sur :

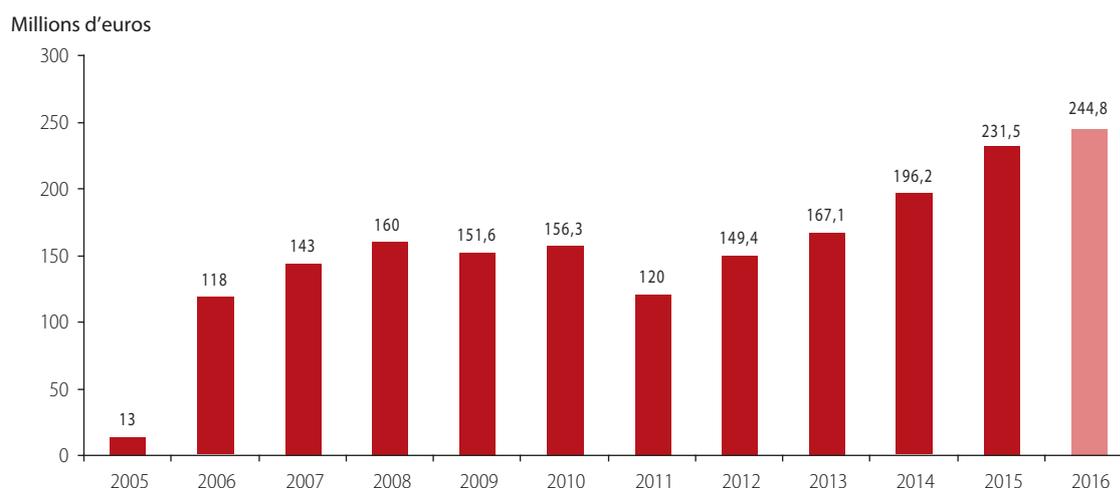
– l'amélioration des techniques de détection, d'investigation et des modes de sanction des fraudes ;

- la poursuite de la professionnalisation des acteurs du contrôle contentieux et de la répression des fraudes;
- l'engagement de nouvelles actions sur des thématiques émergentes (nouvelles spécialités médicales ou nouveau type d'atypismes) et la consolidation des actions partenariales

- (régime social des indépendants – RSI, mutualité sociale agricole – MSA, Caisse nationale d'assurance vieillesse – Cnav, etc.);
- l'optimisation du pilotage du contrôle-contentieux et de la lutte contre la fraude (séminaires régionaux, renforcement du rôle de la coordination régionale en matière de lutte contre la fraude).

► FIGURE 42

### Évolution du montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées, entre 2005 et 2016



Source : Cnamts

Conçue comme une des composantes du plan plus global de gestion du risque maladie, la lutte contre la fraude complète les mesures de maîtrise médicalisée de la dépense, les mesures d'accompagnement et d'information des patients, les contrôles individuels de prestations ou sur la gestion des droits.

Le programme national est désormais complété par un plan d'actions locorégional permettant aux directions de coordination de la gestion du risque de développer des programmes adaptés aux spécificités de leur territoire.



CHAPITRE  
**3**

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

---

## 3.1 La transition épidémiologique et le virage ambulatoire

### 3.1.1 / Le virage ambulatoire : pourquoi et de quoi s'agit-il ?

#### Un virage ambulatoire en réponse à la transition épidémiologique

Les progrès de la médecine ainsi qu'un meilleur contrôle des facteurs de risque ont permis une amélioration très significative de la santé des populations depuis les années 50. Dans une étude publiée en 2013 à partir des données du *Center for disease control* américain, il était ainsi estimé que le taux de mortalité lié aux maladies cardiaques, ajusté sur l'âge, avait diminué de près de 60 % entre 1950 et 2010 aux États-Unis, le taux pour l'ensemble des maladies « non communicables »<sup>17</sup> chutant, lui, de 50 %. Dans le même temps, la mortalité liée aux principales maladies infectieuses a connu un recul très important, notamment grâce à de meilleures conditions de vie, aux traitements antibiotiques et à la vaccination. Ainsi, de nombreuses maladies, auparavant rapidement mortelles, sont devenues chroniques, c'est-à-dire des maladies dont l'évolution s'inscrit dans la longue durée, parfois pendant tout le reste de l'existence des personnes qui en sont atteintes. Conjugué au vieillissement de la population, lui-même en partie lié aux progrès médicaux, cette évolution a pour conséquence que le nombre de personnes vivant avec une pathologie invalidante ou des séquelles chroniques d'une maladie aiguë augmente de façon constante.

Ce phénomène, que l'on désigne habituellement sous le terme de « transition épidémiologique » (Omran, 1971), a un impact considérable sur le fonctionnement, le financement et l'organisation des systèmes de santé. L'augmentation des effectifs de personnes porteuses de ces pathologies induit un coût financier croissant, comme le montrent les données de la cartographie médicalisée des dépenses. Ce facteur continuera à peser dans les années à venir. Du côté de l'organisation du système de soins, la transition épidémiologique a un impact plus important encore. En effet, ces pathologies chroniques nécessitent des modes de prises en charge plus complexes, avec l'intervention récurrente de nombreux professionnels de façon coordonnée sur le long terme, alors que l'organisation historique des systèmes de santé est centrée sur un modèle de prise en charge aiguë et ponctuelle, largement hospitalier en France. Cet écart entre l'évolution des besoins et l'organisation du système aboutit à des prises en charge moins adaptées et à des coûts non pertinents. À mesure que les effectifs de patients concernés augmentent, ce décalage devient de plus en plus problématique et coûteux.

#### Qu'est-ce que le virage ambulatoire et quels en sont les objectifs ?

Au fil des années, il est ainsi devenu évident que les évolutions requises pour le système de santé ne sauraient se limiter à des modifications à la marge des organisations existantes, mais nécessitaient une transformation plus profonde et structurante. La première de ces transformations consiste à mettre en avant la prévention de manière à limiter la croissance des effectifs de patients en influant sur les facteurs de risque des maladies ou de leurs complications. Rappelons qu'on peut attribuer entre la moitié et les trois quarts de la baisse de la mortalité par maladies coronaires dans les pays développés entre 1950 et 2010 à la prévention et à la maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaires (Hunter, 2013). Il s'agit donc certainement d'une stratégie utile et efficace.

La seconde évolution consiste à redéfinir la façon dont les soins sont consommés par les patients et produits par les organisations et les professionnels de santé. C'est dans cette logique que s'inscrit ce que l'on appelle le « virage ambulatoire ». L'objectif de celui-ci est double. D'une part, il s'agit de promouvoir des modes de prise en charge plus adaptés aux pathologies chroniques, de façon à mieux répondre aux besoins des patients sur le long terme. D'autre part, il s'agit d'assurer une maîtrise, voire une diminution, des coûts moyens de prise en charge de manière à pouvoir absorber l'augmentation des effectifs de patients chroniques tout en maîtrisant l'évolution des dépenses de santé.

Le terme de « virage ambulatoire » en tant que tel, récemment importé en France, a été utilisé pour la première fois au Québec dans les années 1990. Il désigne une politique qui vise à promouvoir l'organisation de la prise en charge en ville ou au domicile de situations complexes et lourdes, auparavant prises en charge en milieu hospitalier. Le corollaire de cette évolution est de réduire le recours à l'hôpital en évitant la survenue de certains séjours et en réduisant la durée lorsqu'ils ne peuvent être évités, et lorsque cela est possible.

D'un point de vue économique, l'effet du virage ambulatoire sur l'hôpital repose sur deux hypothèses :

- à qualité de prise en charge médicale identique, l'organisation ambulatoire permet une réduction des coûts qui rend possible la baisse des tarifs des séjours et, donc, celle des charges pour l'Assurance Maladie ;
- ces baisses des tarifs constituent une diminution des recettes pour les établissements de santé qui doit s'accompagner d'une transformation des organisations hospitalières permettant à

<sup>17</sup> Ensemble des maladies non liées à une cause infectieuse ou des causes externes, comme les accidents ou les suicides. Ce groupe recoupe largement la notion de maladies chroniques, plus fréquemment employée en France.

### 3.1 LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LE VIRAGE AMBULATOIRE

celles-ci de réduire à leur tour leurs charges afin de conserver, voire améliorer, leur équilibre financier.

Le développement de l'activité d'hospitalisation partielle, de jour ou ambulatoire constitue une base indispensable au virage ambulatoire. Ce dernier nécessite cependant en complément une refonte profonde des organisations, à l'hôpital comme en ville.

#### Quels sont les mécanismes du virage ambulatoire ?

Pour atteindre les objectifs qui sont attendus, le virage ambulatoire s'appuie sur trois grands mécanismes, distincts mais complémentaires.

Le premier mécanisme concerne l'amélioration de l'efficacité et de la productivité des organisations hospitalières pour les patients hospitalisés, et ce, en mobilisant deux leviers : d'une part la réduction des durées moyennes de séjours pour des situations identiques avec la même qualité de prise en charge, d'autre part la promotion d'alternatives se substituant à l'hospitalisation complète, sous la forme d'hospitalisations partielles en hôpital de jour, comme la chirurgie ambulatoire.

Le deuxième mécanisme consiste à favoriser, à qualité au moins identique, des prises en charge « ambulatoires », en ville ou à domicile, en lieu et place de prises en charge hospitalières plus

coûteuses. La structure des coûts de prise en charge est ainsi modifiée vers les prises en charge les moins coûteuses.

Le troisième mécanisme vise à éviter la survenue d'hospitalisations non pertinentes, évitables ou potentiellement évitables. Cela peut résulter soit de l'impact d'organisations ambulatoires favorisant un meilleur équilibre de l'évolution des pathologies chroniques et une réduction des complications, et donc des hospitalisations qui en découlent, soit d'une amélioration de la pertinence du recours à l'hospitalisation.

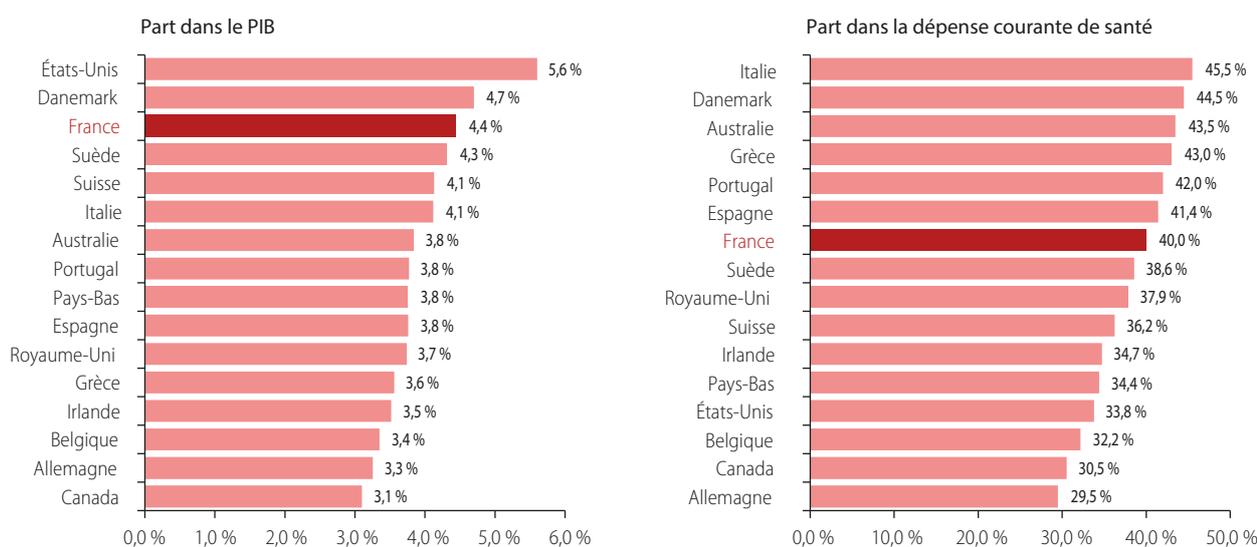
La structuration des soins de ville et le renforcement de la capacité des acteurs à prendre en charge des patients plus lourds sont une condition fondamentale pour que ces trois mécanismes soient en mesure de produire les effets attendus.

#### Quels sont les questionnements actuels ?

L'hôpital, en matière de dépenses, occupe une place importante en France, qui se situe dans la moyenne haute des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), les dépenses hospitalières correspondant à 40 % de la dépense courante de santé (DCS) en 2014 (figure 43). Étant donné le niveau élevé des dépenses de santé en France, le poids de l'hôpital sur le PIB est plus lourd que dans la plupart des pays de l'OCDE et s'élevait à 4,4 % en 2014.

► FIGURE 43

#### Part des dépenses hospitalières dans le PIB et dans la dépense courante de santé, en 2014 (ou année la plus proche), pour une sélection de pays de l'OCDE



Source : OCDE

Cette place de l'hôpital se traduit par un taux d'équipement en lits de court séjour parmi les plus élevés, près de deux fois celui du Canada (tableau 24). L'effectif infirmier par lit est en revanche plus faible en France que dans beaucoup de pays de l'OCDE, une fois et demie inférieur à celui du Canada. Enfin, le taux d'occupation des lits de court séjour est plutôt bas, à peine

plus de 75 %. De tels chiffres reflètent une capacité d'hospitalisation importante si on la compare aux autres pays de l'OCDE. Ce d'autant plus que la France est plutôt en bonne position en matière de durée de séjour, plutôt courte par rapport aux autres pays.

► **TABEAU 24**

**Indicateurs sur les lits de court séjour en 2014 (ou année la plus proche), pour une sélection de pays de l'OCDE**

Pays	Nombre de lits pour 1 000 habitants	Effectif IDE <sup>(a)</sup> par lit	Taux d'occupation des lits	Durée moyenne de séjour (jours)
Allemagne	8,23	1,45	79,7 %	7,6
Australie	3,74	3,99	-	4,7
Belgique	6,19	2,09	79,6 %	6,9
Canada	2,72	4,78	91,2 %	7,5
Danemark	2,54	6,14	-	-
Espagne	2,97	-	75,9 %	6,0
France	6,20	2,81	75,8 %	5,8
Grèce	4,24	-	-	-
Irlande	2,60	4,15	93,3 %	5,6
Italie	3,31	-	77,3 %	6,8
Nouvelle-Zélande	2,71	-	-	5,2
Portugal	3,32	-	76,2 %	7,2
Suède	2,54	-	-	5,4
Suisse	4,58	4,06	82,6 %	5,8
Royaume-Uni	2,73	-	-	6,0
États-Unis	2,89	5,93	62,9 %	5,4

(a) IDE : infirmier(e)s diplômés d'État

Source : OCDE

Ces données très macroscopiques illustrent l'enjeu du virage ambulatoire pour sa composante hospitalière. Il s'agit d'un axe structurant des politiques de santé en France, dans l'esprit de la stratégie nationale de santé, et inscrit notamment dans les objectifs du plan triennal Ondam qui s'achève en 2017. L'idée de réduire le recours à l'hospitalisation et de favoriser les prises en charge ambulatoires et notamment au domicile n'est cependant pas nouvelle et a conduit à des évolutions très importantes depuis le début des années 80.

Les différents leviers du virage ambulatoire ayant été mobilisés par ces politiques (efficacité hospitalière, favorisation de prises en charge en ville et réduction des hospitalisations évitables), il est utile de poser un regard global sur les avancées qu'elles ont permises et les limites qu'elles ont rencontrées.

### 3.1.2 / Optimiser le recours à l'hospitalisation : améliorer l'efficacité des organisations pour les patients hospitalisés

Des évolutions très importantes depuis les années 1980 avec des effets mesurables

Une évolution capacitaire et une réduction des durées de séjour très importantes

Les chiffres de l'OCDE mentionnés *supra* ne doivent pas masquer les évolutions très importantes de l'offre hospitalière survenues ces dernières décennies.

Entre 1980 et 2000, les capacités d'hospitalisation ont diminué de manière extrêmement importante dans l'ensemble des secteurs d'hospitalisation (**tableau 25**). Le nombre de lits d'hospitalisation en MCO a ainsi diminué de près de 30 %, en psychiatrie de plus de 50 %, alors que le nombre de lits en SSR diminuait, lui, de 5 %. Rapportées à l'augmentation de la population, ces évolutions sont encore plus spectaculaires. Elles résultent principalement d'une politique active de réduction capacitaire, en particulier en psychiatrie, avec dans les années 80 une politique de désinstitutionnalisation ambiguë visant à sortir de la psychiatrie « asilaire » historique et à promouvoir le suivi ambulatoire des patients.

Ces évolutions ont été contemporaines d'une diminution tout aussi spectaculaire des durées de séjour en hospitalisation. En MCO, elle a presque diminué de moitié, passant de 10 jours en 1980 à 5,6 jours en 2000. En psychiatrie, elle a chuté de 70 %, passant de plus de 100 jours à 31 jours. En SSR, elle diminue de 20 jours, passant de 52 à 32 jours. S'il est difficile rétrospectivement d'attribuer finement ces évolutions à tel ou tel facteur, le progrès médical, comme le développement de la coelioscopie ou de nouveaux modes d'anesthésie et l'évolution des pratiques d'hospitalisation ont indéniablement joué un rôle très important, avec par exemple le développement de la chirurgie ambulatoire à partir de 1995.

► **TABLEAU 25**

**Évolution du nombre et de la densité de lits ainsi que de la durée de séjour en MCO, psychiatrie et SSR, entre 1980 et 2000**

	Années	MCO	Psychiatrie	SSR
<b>Données</b>				
Nombre de lits	1980	334 678	128 155	94 184
	2000	246 884	62 818	89 967
	2015	213 398	57 503	105 593
Densité de lits pour 10 000 habitants	1980	60	23	17
	2000	41	10	15
	2015	32	9	16
Durée moyenne de séjour (jours)	1980	10,2	105,7	51,9
	2000	5,6	31,0	32,2
<b>Évolutions</b>				
Nombre de lits	1980-2000	- 26,2 %	- 51,0 %	- 4,5 %
	2000-2015	- 13,6 %	- 8,5 %	17,4 %
Densité de lits	1980-2000	- 32,2 %	- 55,0 %	- 12,3 %
	2000-2015	- 21,2 %	- 16,6 %	7,0 %
<b>Taux de croissance annuels moyens</b>				
Nombre de lits	1980-2000	- 1,5 %	- 3,5 %	- 0,2 %
	2000-2015	- 1,0 %	- 0,6 %	1,1 %
Densité de lits	1980-2000	- 1,9 %	- 3,9 %	- 0,7 %
	2000-2015	- 1,6 %	- 1,2 %	0,5 %

Champ : France entière

Source : Drees (Écosanté - données 1980, statistique annuelle des établissements - SAE)

Plus récemment, des réformes structurelles ont modifié le cadre de fonctionnement de l'hôpital, avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), de la nouvelle gouvernance hospitalière et d'investissements très significatifs, en particulier immobiliers. Alors que ces différentes mesures sont fréquemment tenues pour responsables d'une diminution des capacités hospitalières, l'évolution constatée sur la période postérieure à 2000 vient nuancer fortement ces constats. En effet, si l'évolution à la baisse se poursuit, elle se fait de manière plus modérée. En SSR, on constate même une augmentation du nombre de lits (compensée en grande partie par celle de la population), conduisant à

une stabilité de la densité de lits, fruit d'une politique active de développement du secteur, en particulier de la part des acteurs privés. Les DMS ont par ailleurs continué sur leur tendance à la baisse tous secteurs confondus.

Ainsi, il n'est pas injustifié de considérer que le secteur hospitalier a fait l'objet d'une restructuration importante depuis le début des années 80, marquée par une diminution significative de ses capacités d'hébergement, rendue possible par une baisse conséquente des durées d'hospitalisation. La plus grosse

part de cette évolution a cependant eu lieu avant le début des années 2000.

### Le développement de la chirurgie ambulatoire et des hospitalisations de jour en médecine

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, au premier rang desquelles la chirurgie ambulatoire, est un autre fait majeur des années 2000 et 2010. Reconnue en tant que telle en 1995, l'activité d'hospitalisation de jour a fait l'objet de nombreuses politiques incitatives : taux de change conditionnant les autorisations de place à la fermeture de lits, tarification favorable, alignement des tarifs, décrets chirurgie posant la chirurgie ambulatoire comme la prise en charge par

défaut... Si la France demeure en deçà de beaucoup de pays de l'OCDE en termes de chirurgie ambulatoire, il est indéniable que d'importants progrès ont été faits en la matière depuis le début des années 2000.

Ainsi, on constate un développement très important des prises en charge en hospitalisation partielle, aussi bien en MCO qu'en SSR, tant en termes de capacité (nombre de places) qu'en termes d'activité (nombre de lits) (tableau 26). En MCO, il est frappant de constater que les taux de croissance sont aussi importants dans les trois secteurs d'activité, médecine, chirurgie et obstétrique. Encore limitée au début des années 2000, la place de l'hospitalisation partielle est aujourd'hui très importante dans le secteur hospitalier.

#### ► TABLEAU 26

### Évolution du nombre de places et de séjours en hospitalisation complète et partielle en MCO et SSR, entre 2008 et 2014

		Médecine	Chirurgie	Obstétrique	SSR <sup>(a)</sup>
<b>Hospitalisation partielle</b>					
Places	2008	10 683	11 522	1 075	7 510
	2014	14 277	16 334	1 377	11 303
	Évolution	33,6 %	41,8 %	28,1 %	50,5 %
	TCAM <sup>(b)</sup>	5,0 %	6,0 %	4,2 %	7,1 %
Séjours	2008	3 560 512	2 114 819	318 903	-
	2014	4 098 601	2 475 171	287 456	3 398 549
	Évolution	15,1 %	17,0 %	- 9,9 %	-
	TCAM	2,4 %	2,7 %	- 1,7 %	-
<b>Hospitalisation complète</b>					
Lits	2008	115 068	86 057	22 218	98 152
	2014	122 938	73 335	20 326	104 820
	Évolution	6,8 %	- 14,8 %	- 8,5 %	6,8 %
	TCAM	1,1 %	- 2,6 %	- 1,5 %	1,1 %
Séjours	2008	5 649 890	3 689 623	1 012 850	-
	2014	6 368 580	3 035 520	1 006 342	1 063 106
	Évolution	12,7 %	- 17,7 %	- 0,6 %	-
	TCAM	2,0 %	- 3,2 %	- 0,1 %	-

(a) Les données de la Drees pour 2008 proposent des valeurs en journées d'hospitalisation et ne permettent pas de faire une comparaison sur le nombre de séjours

(b) Taux de croissance annuel moyen

Champ : France entière

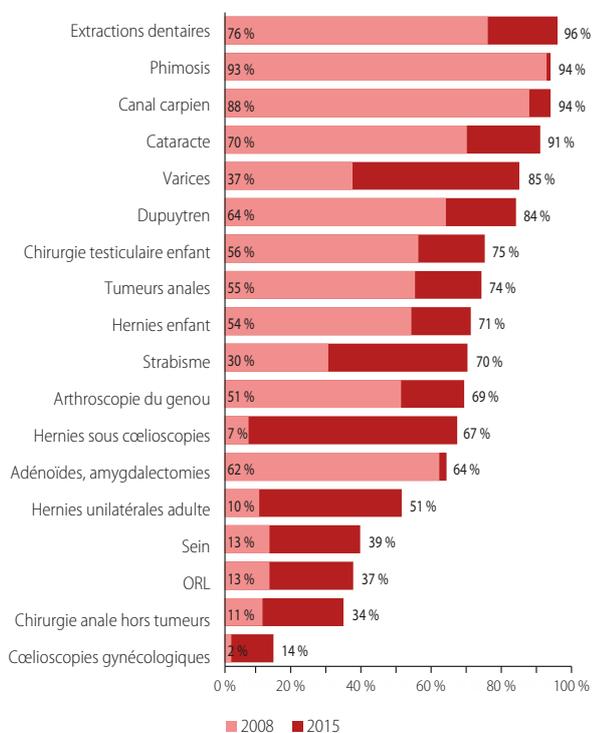
Source : Drees (statistique annuelle des établissements - SAE)

Sur le périmètre préférentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, défini par dix-huit gestes marqueurs, le taux de chirurgie ambulatoire a plus que doublé depuis 1999, passant de 33 % à 79 % en 2015. Cette évolution a concerné la quasi-totalité de ces gestes : pour quatorze d'entre eux, la chirurgie ambulatoire est désormais majoritaire (figure 44).

Elle représente même plus des trois quarts de l'activité pour six d'entre eux. Des progressions très importantes ont été réalisées sur certains gestes, les hernies sous coelioscopies voyant leur taux de chirurgie ambulatoire passer de 7 % à 67 % entre 2008 et 2015.

► FIGURE 44

**Évolution du taux de chirurgie ambulatoire pour chacun des 18 gestes marqueurs, entre 2008 et 2015**



Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

Dans le même temps, le champ des interventions réalisées en ambulatoire n'a pas cessé de s'étendre à des interventions d'une lourdeur et d'une complexité croissantes. Conjuguée à

l'évolution récente des règles de tarification, avec la suppression des bornes basses et l'alignement des tarifs ambulatoires et d'hospitalisation complète pour certains groupes homogènes de malades (GHM), cette extension a renforcé la dynamique de l'ambulatoire. Le taux global de chirurgie ambulatoire a ainsi augmenté de près de 15 % entre 2008 et 2015, passant de 32,4 % à 46 %. Le périmètre de calcul de ce taux a récemment été revu pour prendre en compte les innovations de pratique. En se basant sur ce nouveau périmètre, on peut considérer que l'ambulatoire est désormais le mode organisationnel majoritaire en chirurgie (figure 45). Cette évolution est cependant probablement loin d'être achevée.

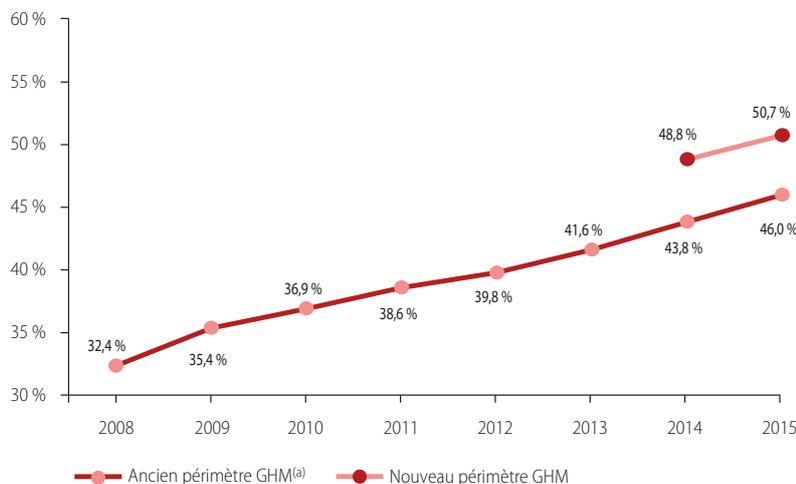
**Un virage ambulatoire en chirurgie**

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète ne représente toutefois qu'une partie de l'équation du virage ambulatoire. La seconde partie concerne les effets sur les capacités d'hospitalisation complète, à laquelle la chirurgie ambulatoire doit au moins en grande partie se substituer. Plusieurs signaux concourent à montrer qu'un virage ambulatoire est effectivement en cours en chirurgie.

En premier lieu, le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire s'accompagne d'une diminution de l'activité d'hospitalisation complète : alors que la première a augmenté de 40 % entre 2008 et 2015, la seconde a diminué de 13 %. Il est indéniable que ces deux évolutions sont en lien, montrant un phénomène de bascule entre les deux types de prise en charge. Le cas des hospitalisations ponctuelles identifiées par la cartographie médicalisée des dépenses est ici illustratif. Entre 2013 et 2015, le nombre de séjours de chirurgie sans nuitée a augmenté de 13 % pendant que le nombre de séjours avec nuitée diminuait de 6 % (chapitre 1).

► FIGURE 45

**Évolution du taux global de chirurgie ambulatoire entre 2008 et 2015, ancien et nouveau périmètre**



(a) Groupe homogène de malade  
 Champ : France entière  
 Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

L'évolution des capacités d'hospitalisation constitue un autre marqueur du virage ambulatoire. Ainsi, entre 2008 et 2014, le nombre de lits d'hospitalisation complète en chirurgie a diminué de presque 15 %, pendant que celui des places en chirurgie ambulatoire croissait de 42 % (tableau 26). Sur cette période, pour chaque place d'ambulatoire créée, on a enregistré une diminution de près de quatre lits en hospitalisation complète. Enfin, les durées moyennes de séjour ont continué à décroître en chirurgie, aussi bien dans le public (de 7,4 jours en 2008 à 6,8 en 2015) que dans le privé (4,7 jours en 2009 à 4,3 en 2015). Cette diminution, modeste en valeur absolue, reflète tout de même une réduction des durées de séjour pour l'ensemble des prises en charge, au-delà du développement de l'ambulatoire, y compris pour des patients et des prises en charge qui n'y sont pas éligibles<sup>18</sup>.

### **Le développement de la chirurgie ambulatoire ne s'accompagne pas d'un renchérissement des soins de ville : l'exemple de la cholécystectomie**

L'intérêt de la chirurgie ambulatoire est aujourd'hui clairement établi. La qualité et la sécurité de cette prise en charge sont identiques à celles de l'hospitalisation complète, dès lors qu'elle s'adresse aux patients répondant aux critères d'éligibilité dans un cadre organisationnel adapté. D'un point de vue économique, il est démontré que la chirurgie ambulatoire, qui ne nécessite pas de présence de personnel la nuit et le week-end, génère des coûts hospitaliers très minorés par rapport à l'hospitalisation complète. Concernant les dépenses de ville, les éléments de preuve sont en revanche moins nombreux. En effet, certains ont pu craindre que la sortie plus précoce des patients puisse s'accompagner d'un déport sur les soins de ville et que l'équation économique globale ne soit en réalité pas favorable à l'ambulatoire. Si la question ne se pose pas pour les actes aujourd'hui en ambulatoire quasi exclusif (plus de 84 % en ambulatoire : phimosis, cataracte, extractions dentaires, canal carpien, varices, Dupuytren), elle reste d'actualité pour des prises en charge moins fréquentes en ambulatoire.

La cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire) est une bonne candidate pour étudier ce phénomène. Cette intervention présente en effet un niveau de complexité et de lourdeur plus important que la plupart des gestes marqueurs et un taux

de prise en charge ambulatoire proche de 40 %, qui permet de faire des comparaisons ayant une signification statistique.

Afin d'assurer une comparabilité maximale, on ne considère que les séjours réalisés hors de toute affection aiguë ou d'un contexte d'urgence, avec des niveaux de sévérité faibles, chez des patients non institutionnalisés<sup>19</sup>. Comme les tarifs d'ambulatoire et d'hospitalisation complète sont, à ce jour, identiques pour cette prise en charge, les dépenses de ville dans le mois précédent et dans le mois suivant le séjour ont été incluses.

Plus de 72 000 séjours pour cholécystectomie ont eu lieu en 2015, dont près de 27 000 (37,2 %) en ambulatoire. La population prise en charge en ambulatoire est significativement plus jeune et plus féminine que celle prise en charge en hospitalisation complète. Afin d'éviter des biais liés à l'âge qui pourraient fausser l'interprétation des coûts (comme sur les montants d'IJ par exemple), les comparaisons ont été faites en séparant deux classes d'âge, avant et après 60 ans.

Cette comparaison permet de montrer que lorsque les prises en charge ambulatoires s'accompagnent d'un niveau de dépense moyen par patient moins élevé que l'hospitalisation complète, poste par poste, les dépenses sont systématiquement plus faibles pour la chirurgie ambulatoire, à l'exception des dépenses de biologie avant le séjour, ce qui pourrait s'expliquer par la réalisation d'un bilan préopératoire en ville possiblement fait lors de l'hospitalisation pour l'hospitalisation complète. En particulier, les dépenses de soins infirmiers et de la LPP sont plus élevées après une hospitalisation complète qu'après une hospitalisation ambulatoire (figure 46 et tableau 27).

La moitié de la dépense correspond aux IJ, qui sont plus élevées en hospitalisation complète qu'en ambulatoire. Il faut noter que la population prise en charge en hospitalisation complète a une consommation de médicaments plus importante, ce qui pourrait traduire un état de santé moins bon et expliquer une partie des écarts de dépenses.

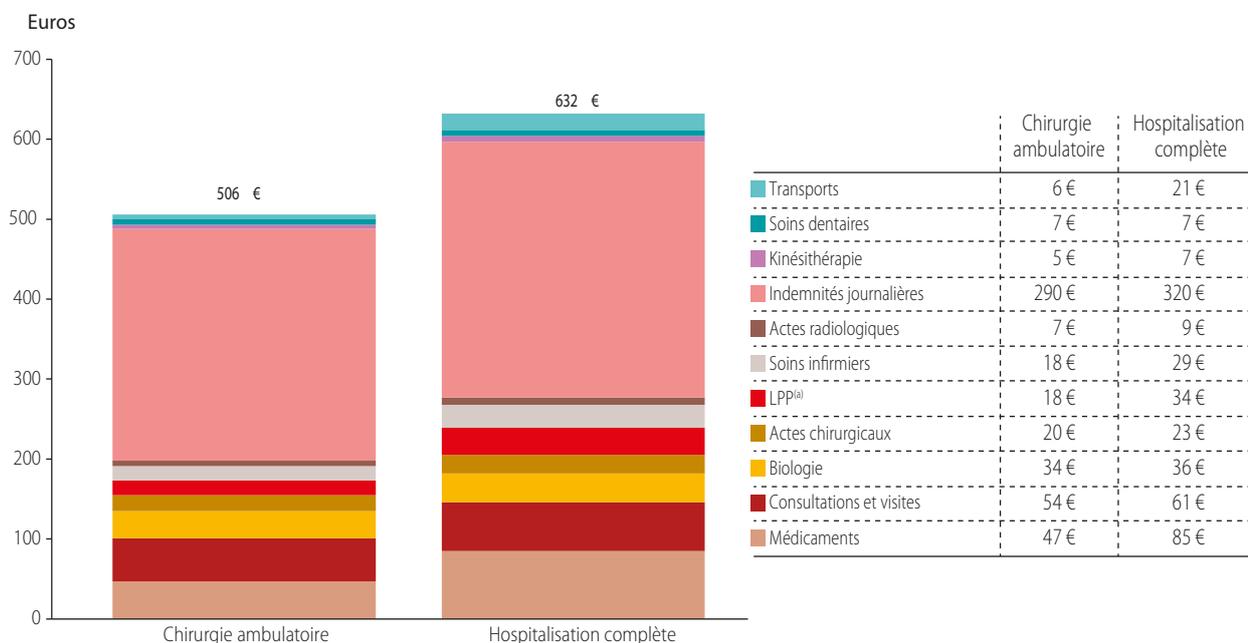
Cette comparaison montre que pour la cholécystectomie, une prise en charge en chirurgie ambulatoire ne renchérit pas les coûts de prise en charge en ville et que la chirurgie ambulatoire constitue bien une prise en charge plus efficiente que l'hospitalisation complète.

<sup>18</sup> Par construction, les séjours en ambulatoire dont la durée est de 0 jour sont exclus du calcul de la DMS. Le développement de la chirurgie ambulatoire se faisant par bascule de séjours courts (1 à 2 jours pour la plupart), cela revient, toutes choses égales par ailleurs, à retirer les séjours les plus courts et donc à augmenter la DMS.

<sup>19</sup> Séjours avec racine de GHM 07C14 : cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, exclusion de niveaux de sévérité 3 et 4, entrée et/ou sortie par les urgences, transfert, mutation et patients en structures médico-sociales.

► FIGURE 46

**Décomposition des dépenses moyennes de soins de ville remboursées (dans le mois qui précède et le mois qui suit) aux patients opérés pour cholécystectomie et âgés de moins de 60 ans, par poste de soins et selon le groupe (chirurgie ambulatoire versus hospitalisation complète), en 2015**



(a) Dispositifs médicaux inscrits à la LPP

Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

► TABLEAU 27

**Dépenses moyennes de soins de ville remboursées aux patients opérés pour cholécystectomie et âgés de moins de 60 ans, par poste de soins et selon le groupe (chirurgie ambulatoire versus hospitalisation complète), en 2015**

	Chirurgie ambulatoire Effectif : 20 098			Hospitalisation complète Effectif : 25 216		
	Avant le séjour	Après le séjour	Écart	Avant le séjour	Après le séjour	Écart
Transports	4 €	2 €	- 1 €	11 €	10 €	- 1 €
Soins dentaires	4 €	3 €	- 1 €	4 €	3 €	0 €
Kinésithérapie	3 €	2 €	- 1 €	4 €	3 €	- 2 €
Biologie	27 €	7 €	- 21 €	26 €	10 €	- 17 €
Actes chirurgicaux	15 €	5 €	- 10 €	17 €	6 €	- 11 €
LPP <sup>(a)</sup>	7 €	11 €	3 €	12 €	22 €	11 €
Soins infirmiers	2 €	16 €	14 €	5 €	24 €	20 €
Actes radiologiques	5 €	2 €	- 3 €	6 €	3 €	- 3 €
Indemnités journalières	50 €	240 €	189 €	61 €	259 €	197 €
Consultations et visites	37 €	17 €	- 19 €	40 €	21 €	- 19 €
Médicaments	24 €	23 €	- 2 €	36 €	49 €	13 €
<b>Ensemble des soins de ville</b>	<b>211 €</b>	<b>359 €</b>	<b>147 €</b>	<b>266 €</b>	<b>457 €</b>	<b>191 €</b>

(a) Dispositifs médicaux inscrits à la LPP

Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnamts (Sniiram)

### Il reste cependant des marges d'amélioration encore importantes

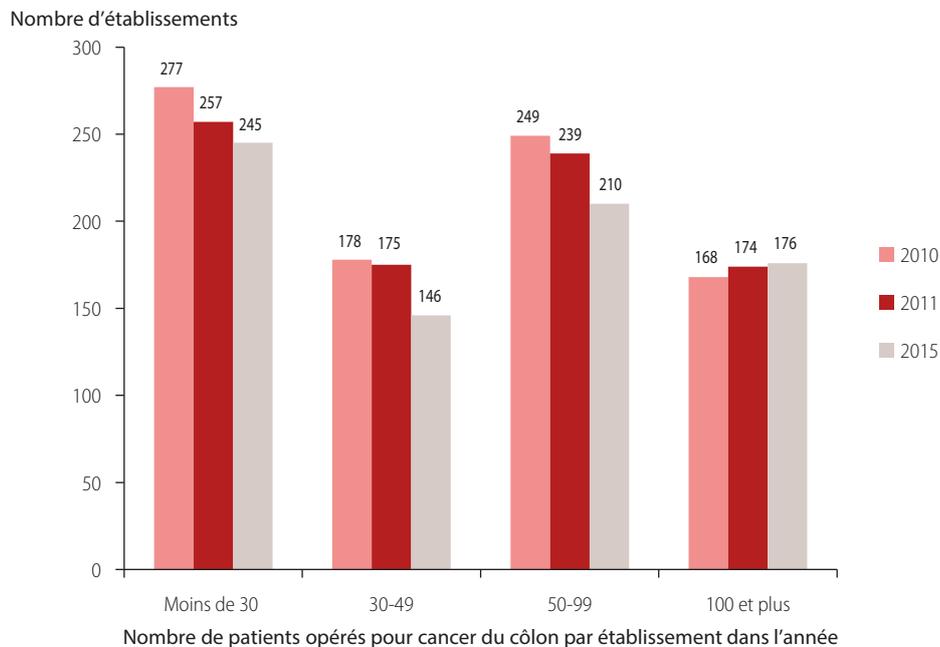
#### La restructuration de l'activité de chirurgie pourrait être amplifiée : l'exemple des seuils

Afin de favoriser la qualité et la sécurité de la chirurgie du cancer, des seuils d'activité, préconisés par les différents plans cancer, ont été mis en place. En effet, la revue de la littérature tend à démontrer qu'il existe une réelle possibilité d'améliorer la qualité et la sécurité lorsque le volume d'activité, à la fois des établissements et des chirurgiens, augmente, en particulier pour la chirurgie lourde. Ainsi, plus l'intervention est complexe, plus la corrélation entre volume, qualité et sécurité est affirmée. Il apparaît donc important de mesurer dans le temps les effets de cette politique.

Celle-ci a conduit à une concentration de l'activité au sein de centres spécialisés et a contribué à redéfinir le contour de l'offre chirurgicale. Le nombre d'établissements qui avaient réalisé au moins un séjour pour chirurgie du cancer du côlon est ainsi passé de 872 à 777 entre 2010 et 2015, soit une baisse de 11 % (figure 47). Cette baisse s'est principalement concentrée sur les établissements qui avaient l'activité la plus faible (moins de 100 patients par an). En 2015, on enregistrait un peu plus de 58 000 séjours pour cancer du côlon.

#### ► FIGURE 47

### Évolution du nombre d'établissements entre 2010 et 2015, selon leur activité pour chirurgie du cancer du côlon



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

On retrouve une évolution comparable sur l'activité de chirurgie pour cancer du sein. Le nombre d'établissements ayant réalisé au moins un séjour pour cette chirurgie est passé de 658 en

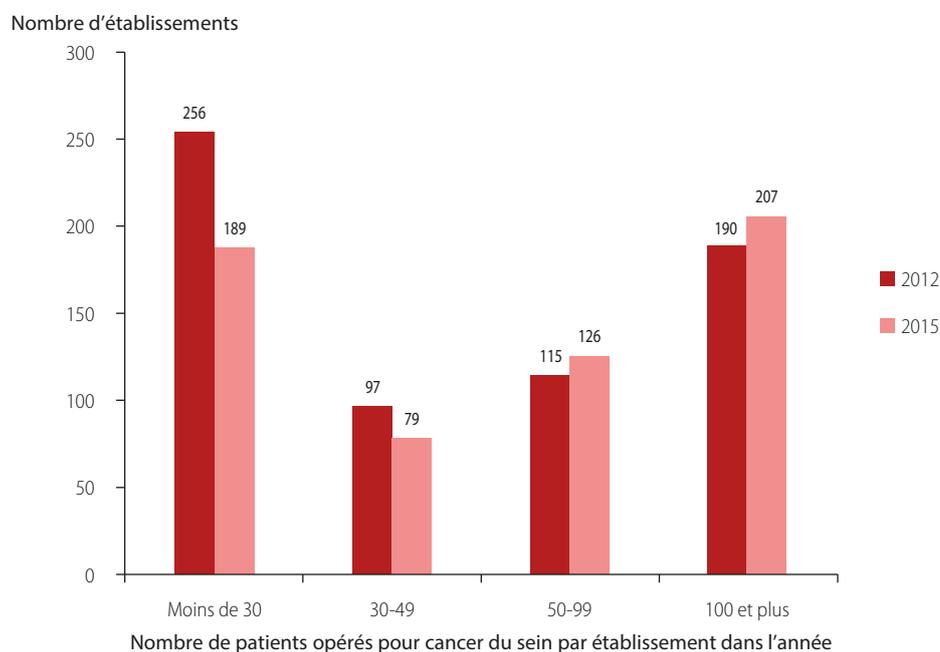
2010 à 601 en 2015. Le nombre d'établissements ayant une activité inférieure au seuil de 30 séjours passant, lui, de 256 (39 % des établissements) à 189 (31 %) (figure 48).

L'efficacité bien réelle de cette politique de seuils sur la chirurgie du côlon reste cependant incomplète. En effet, 32 % des établissements qui avaient réalisé au moins un séjour chirurgical pour cancer du côlon avaient en 2015 une activité inférieure au seuil fixé à 30 séjours par an minimum, pourcentage identique à 2010. Si l'on adoptait en France le même seuil qu'en Allemagne, 51 % des établissements passeraient sous le seuil de 50 séjours, contre 52 % en 2010.

L'activité de ces établissements est très minoritaire, 5 % des séjours en 2010 et 2015 pour un seuil à 30 séjours, 17 % en 2010 et 15 % en 2015 pour un seuil à 50 séjours. S'agissant d'une chirurgie majoritairement programmée, pour laquelle l'enjeu de proximité est différent de celui des chirurgies réalisées dans un contexte d'urgence, ces chiffres interrogent tout de même. Ces derniers montrent également que les autorisations ne coïncident pas nécessairement avec les seuils d'activité, 11 % des établissements autorisés ayant une activité inférieure au seuil en 2015, 19 d'entre eux n'ayant même aucune activité pour cette chirurgie. Il faut cependant interpréter ces chiffres avec prudence, ce constat pouvant résulter d'évolutions d'activité qui n'ont pas encore pu être prises en compte dans la révision des autorisations ou de choix réalisés localement pour assurer un accès à certaines populations particulièrement isolées ou enclavées.

► FIGURE 48

### Évolution du nombre d'établissements entre 2012 et 2015, selon leur activité pour chirurgie du cancer du sein



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

L'activité de chirurgie du cancer du sein, supérieure à 71 000 séjours en 2015, semble cependant beaucoup plus concentrée que pour la chirurgie du côlon, puisque 80 % des séjours se font dans des établissements avec plus de 100 séjours, contre 60 % pour le côlon. Par ailleurs, seuls 2 % des séjours pour cancer du sein se font dans des établissements en dessous du seuil de 30 séjours, contre 5 % pour le cancer du côlon. Ces pourcentages sont en baisse depuis 2012.

Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) publiée en mars 2017 sur les variations des pratiques en chirurgie montre que la prise en charge chirurgicale des cancers du sein s'est améliorée à la suite d'évolutions diagnostiques et thérapeutiques, mais également d'une recomposition de l'offre de soins en cancérologie. Cette étude montre également que les pratiques chirurgicales varient entre les établissements et en fonction du volume d'activité. Ainsi, les femmes atteintes d'un cancer du sein ont une probabilité deux fois plus élevée de bénéficier d'une reconstruction mammaire immédiate ou de la technique du ganglion sentinelle dans les établissements qui réalisent plus de 110 chirurgies du cancer du sein par an plutôt que dans ceux qui en réalisent entre 50 et 110.

La persistance d'établissements dont l'activité chirurgicale est inférieure aux seuils réglementaires pose un enjeu réel en termes de qualité des soins. Une réflexion nationale pour faire appliquer les seuils existants et le cas échéant les relever doit être lancée pour assurer à chaque Français l'accès à des soins chirurgicaux de qualité.

#### Le virage ambulatoire semble plus limité en médecine et en SSR

Les cas de la médecine et des SSR sont différents de celui de la chirurgie. En médecine, les taux de croissance du nombre de places et de séjours en hospitalisation partielle, respectivement de 34 % et 15 %, sont comparables à ceux de la chirurgie. En SSR, le nombre de places a augmenté de plus de 50 % entre 2008 et 2014. Même si les effectifs sont plus faibles en médecine et SSR qu'en chirurgie, cela témoigne d'une réelle dynamique de développement de l'ambulatoire.

Les conséquences sur l'hospitalisation complète sont en revanche très différentes. En effet, au contraire de la chirurgie, on constate en médecine une augmentation du nombre de lits de près de 7 % et du nombre de séjours d'hospitalisation complète de près de 13 % (tableau 26). Ces deux valeurs sont supérieures à la seule croissance de la taille de la population (+ 3,3 % sur la période).

Les données disponibles sur les hospitalisations ponctuelles dans la cartographie des dépenses illustrent ce phénomène pour la médecine, avec une augmentation aussi bien des séjours de médecine en hospitalisation partielle, complète ou pour techniques invasives (chapitre 1).

La croissance de l'activité indique que de nouveaux besoins ou de nouvelles activités sont venus occuper les ressources d'hospitalisation rendues disponibles par le développement de l'ambulatoire, qui ne s'est donc pas traduit par un redéploiement

ou une suppression de ces ressources comme en chirurgie. Cette croissance a conduit à l'inverse à une augmentation capacitaire en médecine et en SSR, preuve que le développement de l'hospitalisation partielle ne peut constituer à lui seul un facteur de virage ambulatoire en médecine et en SSR.

L'activité de médecine n'étant pas systématiquement structurée autour de la réalisation d'actes techniques, il peut être complexe de définir avec précision le contenu des soins réalisés et d'évaluer la pertinence du recours à l'hospitalisation. L'hospitalisation en médecine sans nuitée demeure aujourd'hui un domaine mal défini, sur lequel une réflexion plus fine est à mener, dans la lignée de celles du rapport Véran.

### 3.1.3 / Promouvoir les prises en charge en ambulatoire et réduire le recours à l'hospitalisation

**Il existe des signes objectifs qu'un virage ambulatoire est en cours**

**Une amorce de virage ambulatoire pour certaines pathologies chroniques**

Le virage ambulatoire repose aujourd'hui en France sur le développement de la chirurgie ambulatoire. S'il s'agit d'un réel

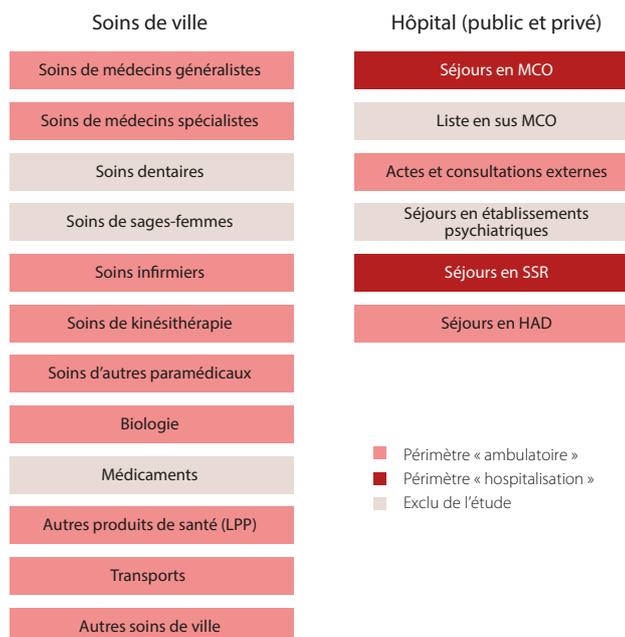
progrès dans l'organisation des hôpitaux, ce développement ne porte que très peu sur la prise en charge des maladies chroniques en tant que telles. Or c'est là que se situe le cœur des problématiques auxquelles le virage ambulatoire est supposé apporter des réponses. Il est donc important de déterminer si l'on observe pour les maladies chroniques une bascule entre les dépenses ambulatoires et d'hospitalisation.

Le suivi de l'Ondam par enveloppes de ville et hospitalière ne permet pas d'apprécier véritablement la réalité du virage ambulatoire. En effet, des soins concernant des patients ambulatoires (comme les consultations externes) peuvent être classés dans l'enveloppe hospitalière et, inversement, des soins concernant des patients hospitalisés (comme certains honoraires de spécialistes exerçant en établissement privé) dans l'enveloppe de ville.

La cartographie médicalisée des dépenses est un outil qui permet de dépasser ces limites. On peut ainsi reconstruire, pathologie par pathologie, un contour de dépenses « ambulatoires », au sens des soins consacrés à des patients en dehors d'un épisode d'hospitalisation complète ou partielle et le comparer aux dépenses « hospitalières ». La ventilation des différents postes est présentée dans la **figure 49**. L'exclusion des postes médicaments et listes en sus de l'étude vise à éviter que les effets de prix ne viennent perturber les résultats de l'analyse.

► FIGURE 49

#### Périmètre des enveloppes « ambulatoire » et « hospitalisation » étudiées à partir des données de la cartographie



Source : Cnamts

### 3.1 LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LE VIRAGE AMBULATOIRE

Sept groupes de pathologies, traitements ou prises en charge peuvent être étudiés : le diabète, le groupe maladies inflammatoires/rares/VIH, les maladies du foie et du pancréas, les maladies cardio-neurovasculaires aiguës, les maladies neurologiques et dégénératives, les cancers actifs et les hospitalisations ponctuelles<sup>20</sup>. Le périmètre « ambulatoire » représentait en 2012 plus de 50 % des dépenses des trois premiers groupes, pour les quatre autres il s'agissait du périmètre « hospitalisation ».

En retenant ces périmètres de dépenses, on constate qu'entre 2012 et 2015 la dépense moyenne « hospitalière » par patient diminue alors que la dépense moyenne « ambulatoire » augmente pour quatre groupes de pathologies : diabète, maladies inflammatoires/rares/VIH, maladies neurologiques et dégénératives et cancers actifs (figure 50). Pour les trois autres groupes étudiés, dépenses moyennes hospitalière et ambulatoire croissent simultanément. Pour l'ensemble des groupes de pathologies, la croissance des dépenses « ambulatoires » est supérieure, parfois de beaucoup, à 2 % (approximation de l'Ondam moyen sur la période), témoignant d'une dynamique réelle d'augmentation.

Cinq postes contribuent fortement à la croissance des dépenses « ambulatoires » : les actes et consultations externes, la LPP, les soins infirmiers à domicile et, dans une moindre mesure, les

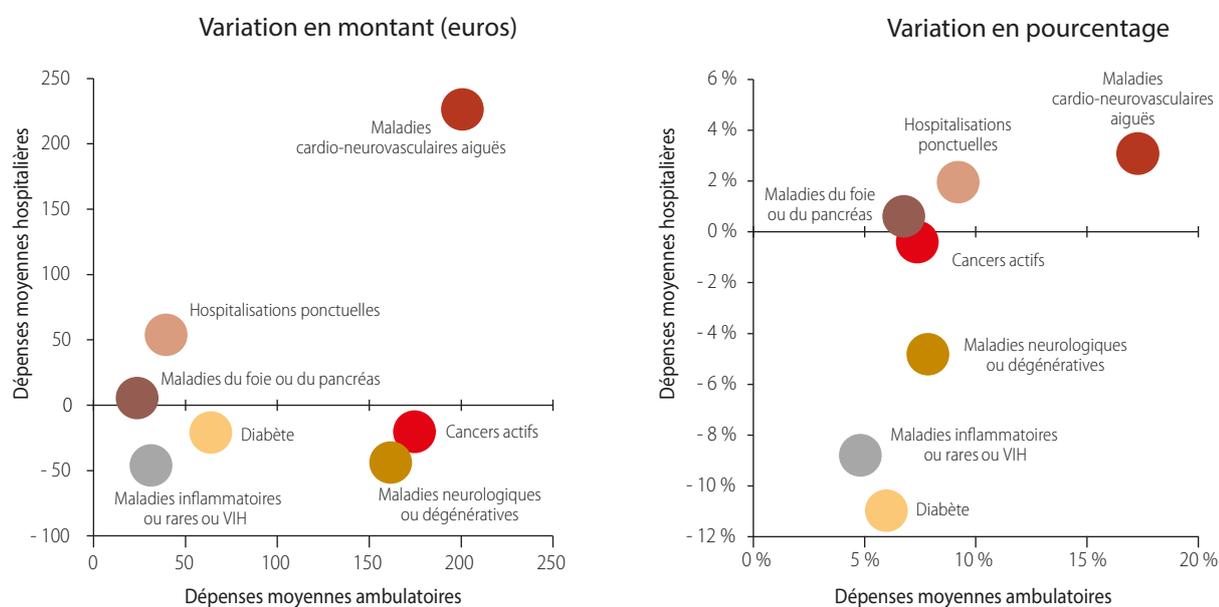
transports sanitaires et les soins de spécialistes, ce dernier poste principalement pour les cancers actifs (figure 51). On note que les dépenses de soins de généralistes ont plutôt tendance à baisser pour l'ensemble des groupes de pathologies étudiés.

L'intensité des évolutions peut être estimée en calculant l'évolution de la différence entre les dépenses moyennes « ambulatoires » et « hospitalières » par groupe de pathologies entre 2012 et 2015. Lorsque cette évolution est positive, cela signifie que les dépenses moyennes « ambulatoires » ont progressé plus vite que les dépenses « hospitalières ». Ce sont sur les groupes de pathologies dont les dépenses moyennes sont les plus élevées que l'on constate les évolutions les plus importantes, principalement tirées par la croissance des dépenses de ville (tableau 28).

Ces résultats témoignent d'une bascule des dépenses de prise en charge hospitalières vers l'ambulatoire pour des groupes de pathologies chroniques aux effectifs importants. Étant donné les très faibles variations de tarifs enregistrées entre 2012 et 2015 sur les postes étudiés en ambulatoire, il est raisonnable d'attribuer ces évolutions à des évolutions de volume. Cette bascule concerne par ailleurs des postes qui témoignent d'une prise en charge en ambulatoire plus intensive, compatible avec l'idée d'un virage ambulatoire.

#### ► FIGURE 50

#### Évolution des dépenses moyennes par patient, dépenses ambulatoires et hospitalières, entre 2012 et 2015



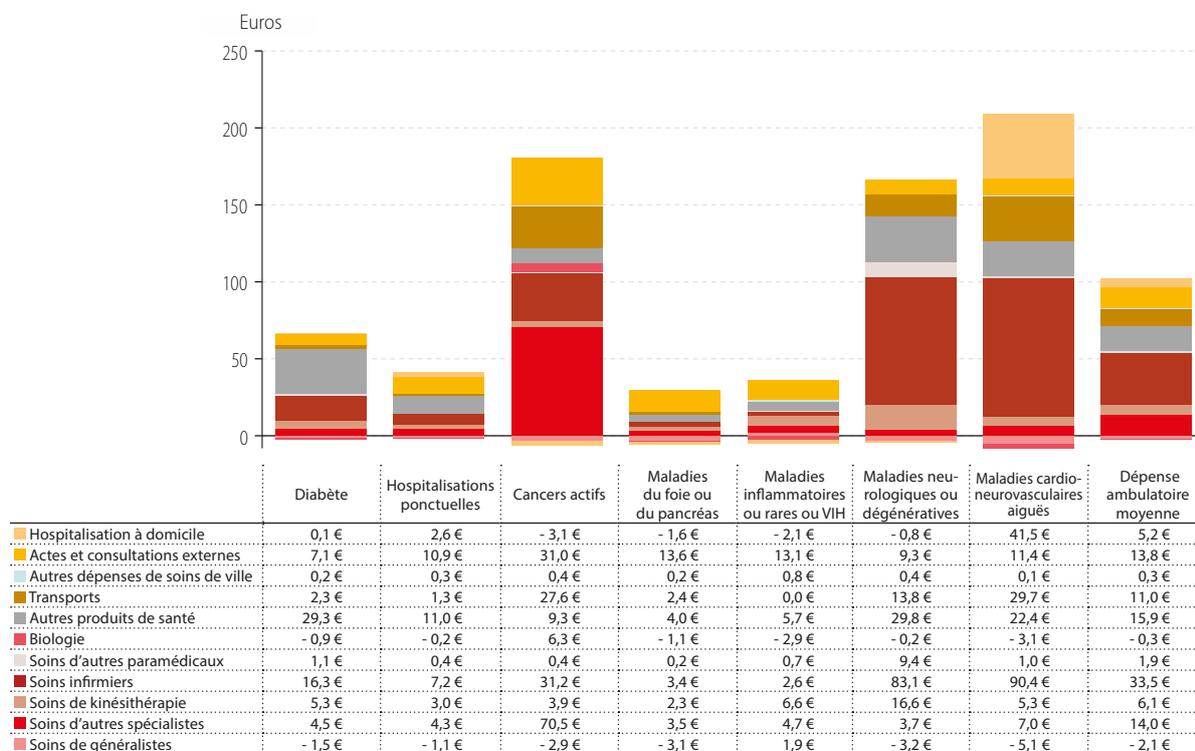
Note de lecture : par exemple pour le VIH, entre 2012 et 2015, les dépenses moyennes par patient ont diminué de 50 € à l'hôpital et augmenté d'environ 40 € en ville.

Champ : régime général – France

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

20 La définition précise de chacun de ces groupes est présentée dans la méthodologie de la cartographie (encadré 2).

► FIGURE 51

Évolution 2012-2015 des dépenses moyennes ambulatoires<sup>(a)</sup> par patient, par poste, pour sept groupes de pathologies

(a) Selon le périmètre défini dans la figure 49

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

► TABLEAU 28

## Évolution des dépenses moyennes par patient, ambulatoires et hospitalières, entre 2012 et 2015, pour sept groupes de pathologies

	Dépense moyenne par patient en 2012			Dépense moyenne par patient en 2015			Différence des différences 2015-2012
	Ambulatoire <sup>(a)</sup>	Hospitalière <sup>(a)</sup>	Différence	Ambulatoire	Hospitalière	Différence	
Diabète	1 064,8 €	193,1 €	871,8 €	1 128,7 €	171,9 €	956,9 €	85,1 €
Hospitalisations ponctuelles	430,3 €	2 761,0 €	-2 330,7 €	470,0 €	2 814,6 €	-2 344,7 €	-13,9 €
Cancers actifs	2 369,5 €	5 081,2 €	-2 711,8 €	2 544,0 €	5 060,9 €	-2 516,9 €	194,9 €
Maladies du foie ou du pancréas	352,8 €	859,3 €	-506,5 €	376,7 €	864,4 €	-487,7 €	18,8 €
Maladies inflammatoires/rares/MH	648,9 €	524,0 €	124,8 €	680,1 €	478,0 €	202,1 €	77,3 €
Maladies neurologiques ou dégénératives	2 059,8 €	915,5 €	1 144,3 €	2 221,6 €	871,3 €	1 350,3 €	206,0 €
Maladies cardio-neurovasculaires aiguës	1 160,8 €	7 339,2 €	-6 178,4 €	1 361,5 €	7 565,6 €	-6 204,1 €	-25,7 €

(a) Selon le périmètre défini dans la figure 49

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

**Un virage insuffisamment développé pour absorber totalement l'évolution des effectifs de patients et l'innovation thérapeutique**

**Pour les maladies chroniques concernées, le virage ambulatoire ne s'accompagne pas d'une diminution des dépenses**

L'impact économique attendu du virage ambulatoire repose sur l'hypothèse que la bascule de l'hospitalisation vers l'ambulatoire a pour conséquence une diminution du coût moyen de prise en charge : les marges ainsi dégagées sont mobilisables pour « absorber » l'évolution des effectifs, d'une part, et les innovations thérapeutiques, d'autre part.

Seul le groupe « maladies inflammatoires/rares/VIH » a vu la somme des dépenses moyennes « ambulatoires » et « hospita-

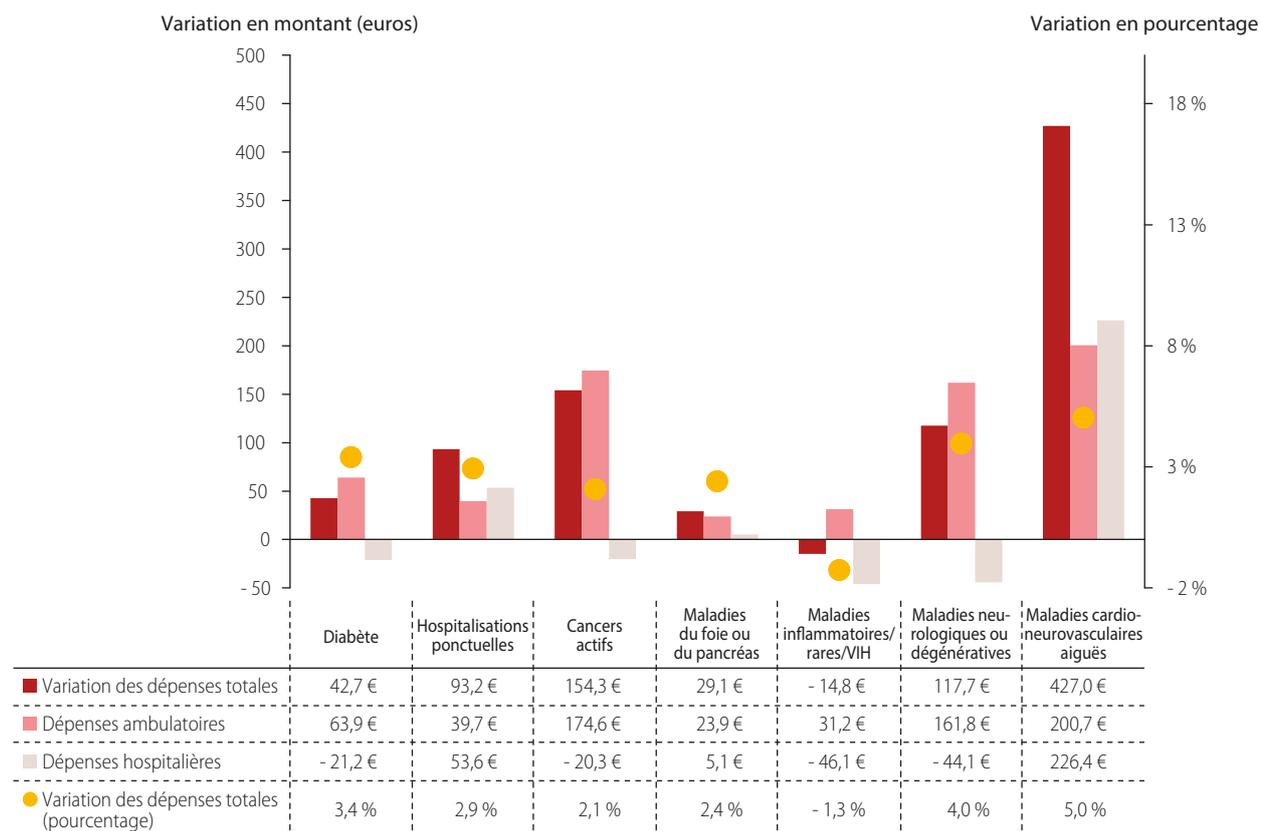
lières » diminuer entre 2012 et 2015, de manière toutefois très modérée (figure 52). Pour l'ensemble des autres groupes, cette somme a augmenté, parfois de manière importante.

La dépense de l'ensemble des patients sur le périmètre ambulatoire + hospitalisation a également augmenté pour l'ensemble des groupes de pathologies, y compris lorsque la dépense moyenne par patient avait diminué (tableau 29).

Les effets du virage ambulatoire apparaissent donc encore insuffisants pour contrebalancer l'augmentation des effectifs de patients. Le périmètre étudié excluant les médicaments délivrés en ville et la liste en sus, il apparaît également que le virage ambulatoire ne permet pas aujourd'hui de générer les marges de manœuvre nécessaires au financement de l'innovation thérapeutique.

► FIGURE 52

**Évolution de la somme des dépenses moyennes ambulatoires et hospitalières<sup>(a)</sup>, entre 2012 et 2015**



(a) Selon le périmètre défini dans la figure 49

Note de lecture : ce graphique représente la variation en montant des dépenses moyennes sur les périmètres « ambulatoire », « hospitalisation » et total (somme des deux premiers) et la variation en % sur le périmètre total entre 2012 et 2015. Ainsi, pour le diabète, la dépense moyenne totale a augmenté de 42,70 euros (+ 63,90 euros pour le périmètre « ambulatoire », - 21,20 euros pour le périmètre « hospitalisation »), ce qui correspond à une augmentation de 3,4 % par rapport à 2012.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

## ► TABLEAU 29

**Évolution des dépenses ambulatoires et hospitalières<sup>(a)</sup> de l'ensemble des patients du régime général, entre 2012 et 2015**

	Évolution des dépenses (milliards d'euros)	Évolution 2012-2015	Taux de croissance annuel moyen 2012-2015
Diabète	0,45	12,6 %	4,0 %
Hospitalisations ponctuelles	1,80	7,5 %	2,4 %
Cancers actifs	0,79	10,5 %	3,4 %
Maladies du foie ou du pancréas	0,04	6,5 %	2,1 %
Maladies inflammatoires/rares/VIH	0,11	10,5 %	3,4 %
Maladies neurologiques ou dégénératives	0,39	11,5 %	3,7 %
Maladies cardio-neurovasculaires aiguës	0,37	14,4 %	4,6 %

(a) Selon le périmètre défini dans la figure 49

Champ : régime général – France entière

Source : Cnamts (cartographie – version de juillet 2017)

**Pour tirer pleinement parti du virage ambulatoire, il faut également maîtriser davantage l'augmentation des dépenses de ville : l'exemple des soins infirmiers (cf. figure 53, page 79).**

Si l'augmentation des dépenses sur certains postes ambulatoires traduit une augmentation des prises en charge en ville, cela ne signifie pas pour autant que la totalité de cette augmentation est pertinente et correspond à une réponse à un besoin réel.

Les soins infirmiers en ville font partie des postes de dépenses qui traduisent cette intensification des prises en charge ambulatoires. La Cnamts avait mis en évidence en 2013 que l'évolution de ce poste de dépenses avait été portée entre 2006 et 2011 par la démographie très dynamique de cette profession, générant une augmentation importante du recours aux soins, mais également par le vieillissement de la population.

L'évolution constatée entre 2012 et 2016 reste très dynamique, avec une croissance moyenne annuelle du nombre d'actes entre 4 et 5 %, sur une pente tout de même moins forte que précédemment. Par rapport à l'évolution 2006-2011, on constate un effet démographique (taille de la population et vieillissement) moins important. L'effet de recours aux soins demeure conséquent mais plus modéré entre 2012 et 2016, que ce soit pour les actes médicaux infirmiers (AMI)<sup>21</sup> ou les actes infirmiers spécialisés (AIS)<sup>22</sup> et de manière plus marquée pour ces derniers.

Les AIS concernaient en 2015 une population beaucoup moins nombreuse que les AMI (0,7 million de personnes contre 10 millions), plus âgée (79,5 ans contre 60 ans en moyenne) et quasi systématiquement atteinte d'au moins une pathologie (91 % des patients), principalement une maladie cardio-neurovascu-

laire chronique ou une maladie neurologique ou dégénérative. La croissance de ces actes était principalement portée par un effet taux de recours, c'est-à-dire par l'augmentation du nombre de patients (figure 53). On peut donc penser qu'une part de cette augmentation correspond à la réponse à un besoin réel et à une augmentation du nombre de personnes prises en charge à domicile.

Le nombre d'actes AIS réalisés par un infirmier(e) diplômé(e) d'État (IDE) est cependant fortement corrélé à la densité d'offres sur le territoire (figure 54) : plus la densité est forte, plus le nombre d'actes AIS réalisés par les IDE est important, alors que le nombre d'actes AMI réalisés diminue. Ce constat, identique à celui porté en 2013 et qui avait conduit à la mise en place de mesures de régulations démographiques, illustre le fait qu'une partie de l'évolution de l'activité semble davantage liée à un effet d'offre qu'à la réponse à des besoins nouveaux.

Pour les AMI, le profil pathologique est plus éclaté, seuls 51 % des patients ayant au moins une pathologie. Ceci est dû notamment à ce que de nombreux soins de ce type sont consommés suite à une hospitalisation ponctuelle. Les actes étaient en revanche plus concentrés que pour les AIS, puisque les 5 % des patients les plus consommateurs concentraient 80 % des actes AMI, alors qu'ils ne regroupaient que 20 % des actes AIS. Les pathologies ou traitements qui concentraient le plus les actes sont les hospitalisations ponctuelles, les traitements psychotropes, les pathologies cardio-neurovasculaires et, surtout, le diabète insulino-traité.

Cette concentration explique que la croissance du nombre d'AMI entre 2012 et 2016 a été beaucoup plus portée par l'intensification du recours (11,1 %) que par le taux de recours (3,7 %).

21 Actes techniques relatifs aux traitements des plaies (chroniques ou aiguës), aux injections, aux prélèvements ou encore aux soins nécessitant la pose d'un cathéter.

22 Soins techniques associés à des actes d'aide pour des personnes dépendantes, en termes de prévention, d'hygiène, de mobilisation et de bonne observance.

En d'autres termes, plus que le nombre de patients suivis, c'est le nombre d'actes par patient qui a augmenté. La nomenclature ne permettant pas de juger de la pertinence des actes réalisés, on ne peut exclure qu'une partie de cette évolution réponde à un besoin objectif. Il est cependant très probable qu'une autre partie de cette intensification soit induite par l'offre.

On voit sur cet exemple que si l'évolution des soins de ville correspond en partie à une réponse aux besoins de la population dans le cadre du virage ambulatoire, elle répond également à des effets liés à l'offre de soins et à sa structuration, indépendamment des besoins. La mise en place de mécanismes et d'organisations qui favorisent la réponse aux besoins et limitent les effets liés à l'offre constitue donc un enjeu de premier ordre pour assurer une croissance raisonnée de l'offre de ville dans le cadre du virage ambulatoire.

Il faut également tenir compte du fait que si comptablement les différents postes de dépenses « ambulatoires » peuvent se sommer et croître de concert, cela ne signifie pas pour autant que l'intervention des différents acteurs se fasse de manière coordonnée autour du patient à son domicile.

► FIGURE 53

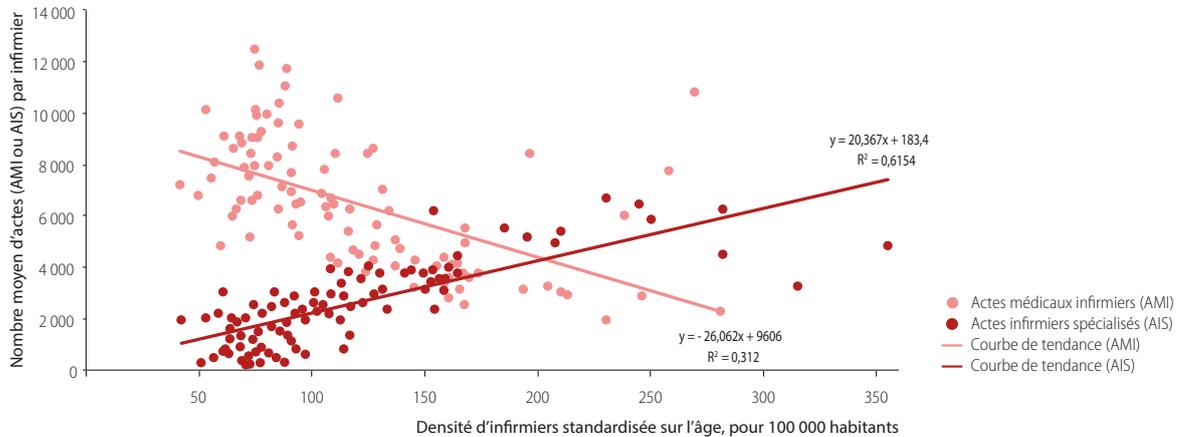
**Décomposition des effets expliquant la croissance du nombre d'actes infirmiers en ville, sur les périodes 2006-2011 et 2012-2016**



Source : Cnamts (Sniiram)

► FIGURE 54

### Densité départementale d'infirmier(e)s, standardisée sur l'âge, et nombre moyen d'actes (AMI ou AIS) par infirmier(e), en 2015



Note de lecture : plus la densité d'infirmiers est faible, plus le nombre d'actes médicaux infirmiers est important.

Champ : soins réalisés en 2015, libéraux exclusifs actifs à part entière (APE), tous régimes – France métropolitaine  
Source : Cnamts (Sniiram)

#### 3.1.4 / Améliorer la pertinence du recours à l'hôpital

##### Une amélioration de la pertinence sous l'effet des politiques publiques, notamment en chirurgie

Les modes de paiement des acteurs du soin liés au volume d'activité produite ont un effet incitatif à la production qui permet d'améliorer la réponse aux besoins de santé. Cet effet peut également conduire à des volumes d'activité qui vont au-delà de la seule réponse au besoin sanitaire des patients, qu'on qualifie d'activités non pertinentes.

La pertinence d'un séjour, d'un acte ou d'un parcours de soins se juge sur des critères médicaux, au regard de recommandations médicales scientifiquement établies. Cette évaluation nécessite donc de disposer d'informations de nature médicale et se fait au cas par cas.

L'analyse statistique permet cependant de repérer des situations ou des zones géographiques dont le volume d'activité apparaît en écart par rapport à l'activité attendue et qui peuvent correspondre à des situations de non-pertinence. Les travaux de l'Irdes sur la variation des soins en chirurgie en donnent un bon exemple. Les analyses de parcours de soins réalisées par la Cnamts et présentées dans ses rapports de propositions successifs ont permis de documenter cette question et d'identifier des marges de progrès en termes de pertinence.

Ainsi, le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2014 présentait des analyses sur deux parcours de soins pour lesquels la question de la pertinence d'une intervention chirurgicale était posée. Dans le cas de la chirurgie des nodules thyroïdiens, plus des deux tiers des patients opérés en 2010 n'avaient pas bénéficié d'un parcours préopératoire conforme aux recommandations, soit en ayant eu des examens non nécessaires, soit en n'ayant

pas eu certains examens nécessaires. Dans un grand nombre de cas, cela conduisait à la réalisation d'un acte chirurgical *a priori* non pertinent. D'une région à l'autre, le ratio entre le nombre d'interventions retrouvant un nodule bénin (interventions non pertinentes) et celles retrouvant un nodule malin (interventions pertinentes) variant d'un facteur 40, le taux d'intervention régional variait, lui, du simple au double. Les actions menées par l'Assurance Maladie auprès des praticiens ont permis d'accompagner une évolution des pratiques médicales puisqu'en 2015, le nombre d'interventions pour la thyroïde a baissé de 6,7 % sur le territoire national, 60 % des patients ayant bénéficié d'un parcours préopératoire conforme aux recommandations.

Dans le cas de la chirurgie du canal carpien, les analyses de la Cnamts montraient que 30 % des patients opérés avaient eu un électromyogramme (examen recommandé avant la chirurgie), et que seuls 24 % des patients avaient bénéficié d'une infiltration ou d'une attelle avant l'intervention chirurgicale, options thérapeutiques conservatrices susceptibles d'apaiser les symptômes et d'éviter la chirurgie. Une campagne d'échanges confraternels avec des supports d'information à l'attention des professionnels de santé et des patients a été mise en œuvre dans les suites du rapport. L'effet de ces visites a été une augmentation du recours aux attelles et aux infiltrations chez les chirurgiens visités par rapport aux « non visités » et une diminution plus importante du nombre d'interventions pour canal carpien (- 3,6 %, *versus* - 0,6 % chez les chirurgiens non visités).

##### Mais des potentiels importants demeurent

##### L'effet du vieillissement n'explique pas la totalité de l'augmentation du recours à l'hospitalisation ou aux urgences

L'augmentation de l'activité hospitalière est couramment attribuée au seul vieillissement de la population. S'agissant d'un phénomène démographique sur lequel les politiques publiques

ont peu de prise, la régulation des flux vers l'hôpital apparaît alors comme un objectif peu réaliste.

Une analyse fine des données d'activité hospitalière renvoie une image plus nuancée. Dans son rapport de propositions pour l'année 2014, l'Assurance Maladie avait montré que si le vieillissement de la population avait joué un rôle certain dans l'augmentation du nombre de séjours hospitaliers entre 2009 et 2011, d'autres facteurs étaient également impliqués. Ainsi, l'augmentation de 1,8 % du nombre de courts séjours se décomposait entre un effet croissance de la population (1,1 %), un effet structure d'âge (1,3 %) et un effet modification des taux d'hospitalisation (- 0,5 %). Ces effets jouaient de manière variable selon le type de séjour considéré.

Parmi les flux entrants à l'hôpital, ce sont ceux en provenance des urgences qui questionnent le plus l'organisation du système de soins. Le recours aux urgences a connu une augmentation très importante depuis le début des années 2000. Ce phénomène ne se limite pas à la France, puisque le nombre de passages aux urgences a crû en moyenne de 2,4 % par an entre 2001 et 2011 dans les pays de l'OCDE, contre 2,5 % en France (Berchet, 2015). Cette évolution très dynamique est fréquemment mise en lien avec, d'une part, le vieillissement de la population qui induirait une augmentation des besoins et, d'autre part, des problématiques d'organisation des soins de ville et notamment de la permanence des soins (Berchet C., 2016 ; Steg A., 1993 ; Grall J.-Y., 2015), qui ont rarement été documentées par des études quantitatives.

L'étude de l'évolution des passages aux urgences entre 2010 et 2015, à travers les données du codage des ATU et les données du

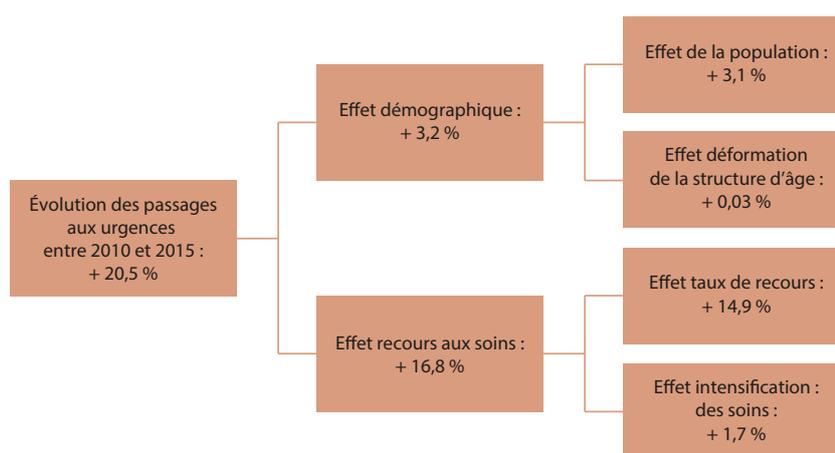
PMSI France entière<sup>23</sup> renvoie une image différente. On observe en effet une croissance de 20,5 % du nombre de passages entre 2010 et 2015, soit un taux de croissance annuel moyen de 3,8 %. De manière intéressante, l'essentiel de cette croissance était dû à un effet «taux de recours», alors que le vieillissement de la population, mesuré par l'effet déformation de la structure d'âge de la population, avait un effet quasi nul (figure 55). L'augmentation du passage aux urgences ne s'explique donc pas par le vieillissement de la population, mais par une augmentation globale du recours qui touche de la même façon toutes les catégories d'âge (figure 56), ce que confirme le fait que la proportion de passages aux urgences conduisant à une hospitalisation est restée globalement stable (22,7 % en 2010 et 22,3 % en 2015).

Le rôle de l'organisation des soins de ville et de la permanence des soins n'apparaît pas clairement comme un facteur de croissance de l'activité des urgences. Ainsi, on ne retrouve à l'échelle du département aucune corrélation entre l'évolution du nombre de passages aux urgences et celle du nombre et de l'activité des médecins généralistes ou des médecins spécialistes en secteur 1 ou non. De même, on ne retrouve aucun lien entre l'évolution de l'activité de permanence des soins ambulatoires (PDSA), régulée ou non, et le recours aux urgences.

La pertinence du recours aux urgences est régulièrement mise en question : d'après l'OCDE, entre 15 et 56 % de l'activité des urgences peut être considérée comme non pertinente<sup>24</sup>. La Cour des comptes estimait en 2014, sur la base des résultats d'une enquête de la Drees, qu'environ 20 % des passages aux urgences étaient potentiellement évitables, tout en attirant l'attention sur la fragilité des données sur ce sujet.

#### ► FIGURE 55

### Décomposition de la croissance du nombre de passages aux urgences, entre 2010 et 2015



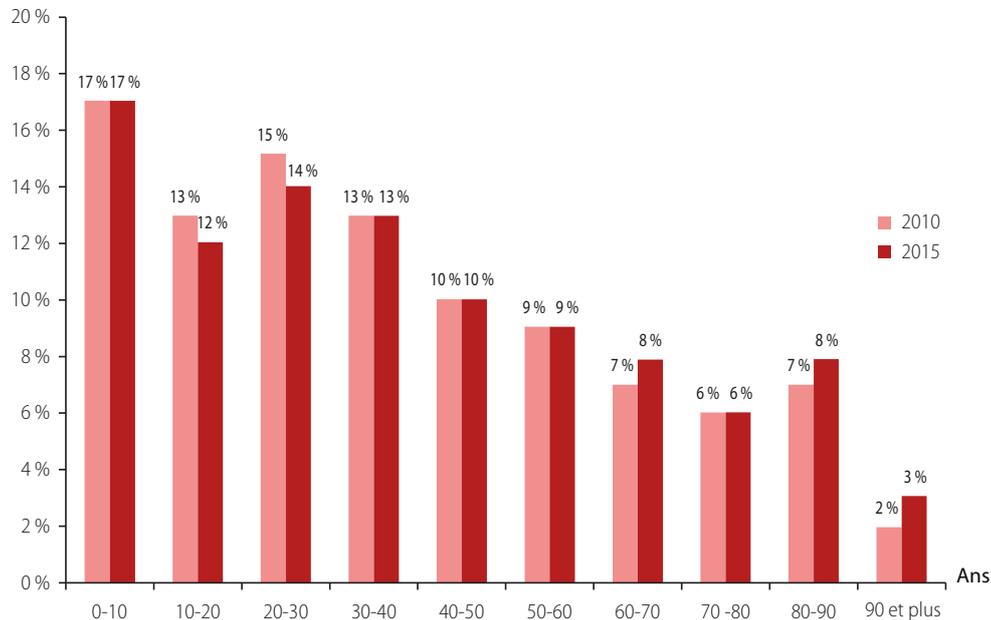
Note de lecture : le taux de l'effet démographique et celui de l'effet recours aux soins ne s'additionnent pas, ce qui explique que leur somme n'est pas égale aux 20,5 % d'évolution des passages aux urgences.

Champ : exclusion de 51 établissements, tous régimes (données 2010 extrapolées) – France entière  
Source : Cnamts (Sniiram), Atih (PMSI), Insee

<sup>23</sup> Les données de 51 établissements qui avaient codé des ATU en 2010, mais qui n'étaient pas exploitables ont été exclues pour éviter un effet codage qui viendrait fausser les résultats.

<sup>24</sup> Les écarts entre les chiffres reflètent la diversité des définitions adoptées par les différents pays.

► FIGURE 56

**Répartition du nombre de passages aux urgences par tranche d'âge, en 2010 et 2015**

Champ : exclusion de 51 établissements tous régimes (données 2010 extrapolées) – France entière  
 Source : Cnamts (données de consommation interrégimes – DCIR), Atih (PMSI), Insee

La comparaison internationale réalisée par l'OCDE met en avant deux explications potentielles à cette augmentation (Berchet, 2015). Le premier est la précarité, les urgences étant souvent un lieu d'accueil sans conditions de ressources ou sans avance de frais, y compris aux États-Unis (Morganti, 2013). On retrouve en effet historiquement aux urgences une population plus précaire. En 2013, le risque relatif d'avoir un recours fréquent aux urgences (au moins trois fois dans une période de 12 mois) par rapport à la population générale était de 1,19 pour les patients résidant dans les communes les plus défavorisées et de 1,50 pour les patients bénéficiant de la CMU-C ou de l'aide complémentaire santé (ACS), soit un risque majoré de respectivement 19 % et de 50 %. La précarité semble bien être un facteur de recours aux urgences, même s'il n'est pas possible d'inférer de ces seules données les mécanismes précis conduisant à ce recours<sup>25</sup>.

Le second facteur, plus difficile à mettre en évidence, est celui d'une évolution des habitudes de consommation de soins. En effet, au-delà du facteur financier, les urgences proposent une offre intégrée, avec un accès aux différentes spécialités médicales et à un plateau technique adapté, avec des horaires extensifs. L'enquête Drees de 2013 apporte des éléments qui vont dans ce sens. L'accessibilité des urgences, leur proximité, le sentiment de pouvoir obtenir une réponse rapide et le besoin ressenti d'accéder à un plateau technique complet étaient des facteurs de choix volontaire des urgences pour 60 % des personnes enquêtées (Mauro, 2014).

Si l'attente d'une partie de la population est d'accéder à des structures disposant d'un plateau technique et capables de

mobiliser rapidement des avis spécialisés avec des amplitudes horaires larges, la simple augmentation de l'amplitude horaire de l'accès aux soins de ville ne suffira pas à constituer une alternative suffisante aux urgences. Les résultats limités obtenus dans de nombreux pays par des expérimentations de ce type confirment ce point (Berchet C. et Nader C., 2016). Il apparaît dès lors pertinent d'améliorer la compréhension des attentes de la population et de développer une alternative en ville qui soit conçue pour y répondre spécifiquement.

#### **Certains patients ont des profils de recours aux soins particuliers et pourraient faire l'objet d'actions ciblées : l'exemple des personnes âgées**

Le fait que le vieillissement de la population n'explique pas l'évolution du nombre de passages aux urgences entre 2010 et 2015 ne doit pas masquer les besoins spécifiques des personnes âgées aux urgences. L'enquête de la Drees montre ainsi que leur prise en charge est plus longue, plus complexe et aboutit plus souvent à une hospitalisation après 75 ans (Boisguerin B. et Mauro L., 2017).

Le recours fréquent aux urgences constitue une problématique importante pour les patients âgés. Parmi les assurés du régime général âgés de 60 ans et plus ayant consommé au moins un soin en 2014, soit 11 millions de personnes, 2 millions ont eu recours au moins une fois aux urgences en 2014. Si 60 % n'auraient plus de recours aux urgences dans les douze mois suivant leur première admission, 356 000 (soit 17,8 %) ont eu au moins deux passages supplémentaires aux urgences dans ce laps de

25 Dans l'enquête Drees de 2013, la gratuité n'expliquait le choix des urgences que pour 2 % des patients seulement.

### 3.1 LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET LE VIRAGE AMBULATOIRE

temps et peuvent être considérés comme des usagers fréquents (**figure 57**). La récurrence du recours aux urgences peut survenir très rapidement, un peu moins de 10 % des usagers fréquents ont deux passages supplémentaires dans le mois, près d'un tiers dans le trimestre qui suit ce premier passage. Cette concentration de plusieurs passages dans un laps de temps court témoigne de problématiques de santé récurrentes et questionne la pertinence des recours et la possibilité de les prévenir par des actions spécifiques.

Certaines caractéristiques des personnes les exposent à un risque plus élevé de devenir un usager fréquent : l'âge, le sexe masculin et la situation sociale (**tableau 30**). Le fait d'être hébergé en Ehpad double le risque d'être un usager fréquent des urgences, ce qui correspond aux résultats retrouvés dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2017 par l'analyse des données du système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) et de la base Resid-Ehpad. Il s'agit d'un point qui pose d'autant plus question que l'Ehpad est supposé fournir un environnement soignant et médicalisé aux patients hébergés et qu'un nombre croissant d'organisations visant à éviter le passage aux urgences

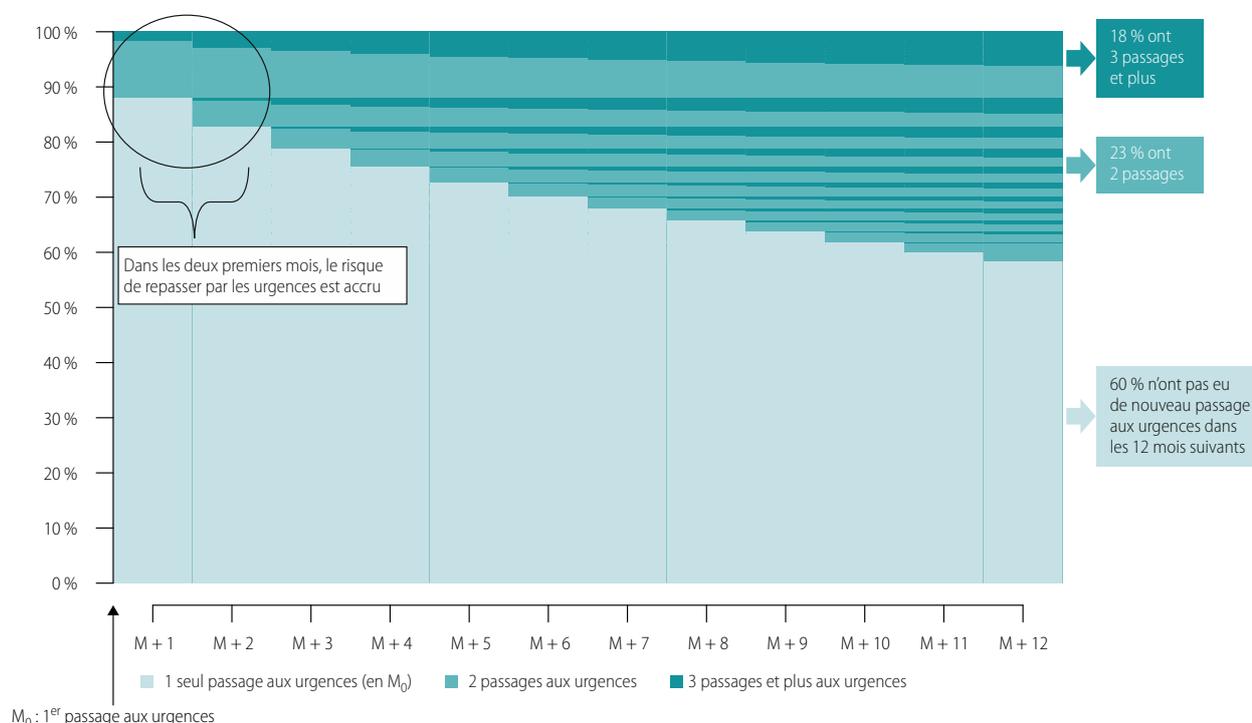
des résidents, comme l'accès direct aux services de gériatrie, sont développées.

Enfin, la polyopathie (au moins deux pathologies) est également un facteur de risque important de devenir un usager fréquent des urgences après 60 ans. Si ce résultat n'est pas en soi très surprenant, il souligne l'importance de la fragilité des personnes âgées et questionne la pertinence du recours aux urgences dans cette population ainsi que la possibilité de le prévenir.

Ces données montrent de manière claire que le recours fréquent aux urgences des personnes âgées est une source de charge importante pour les services d'urgence. À travers l'analyse des caractéristiques des personnes concernées, on voit qu'il est possible d'identifier une population à risque et de cibler des actions spécifiques pour prévenir ce recours fréquent. Si, comme on l'a vu *supra*, de telles mesures peuvent n'avoir qu'un effet limité sur le nombre total de passages aux urgences, elles sont tout de même de nature à alléger significativement la charge en soins des équipes soignantes des urgences.

#### ► FIGURE 57

#### Chronologie des passages aux urgences mois par mois pour les patients âgés de 60 ans et plus, en 2014



Note de lecture : ce graphique « en tapis » permet de suivre le cumul des passages aux urgences des patients au cours de chaque mois à partir de leur premier passage aux urgences en M<sub>0</sub>. Ainsi à M+1, on observe trois catégories : 88 % des patients ne sont pas repassés par les urgences durant le mois (bleu clair), tandis que 10 % des patients sont passés aux urgences une fois de plus (bleu médium) et 2 % au moins deux fois de plus (bleu foncé). Puis, le mois suivant (M+2), on répète cette opération pour chacune des sous-parties créées au mois précédent.

Champ : régime général hors sections locales mutualistes – France entière  
Source : Cnamts (Sniiram), Atih (PMSI MCO), traitements Cnamts

► TABLEAU 30

**Caractéristiques des usagers fréquents des urgences ayant plus de 60 ans, en 2014**

		Au moins une admission	Trois admissions et plus	Fréquence	Risque relatif
Population totale		1 966 677	356 262	0,18	1,00
Âge	60-74 ans	953 739	138 934	0,15	0,68
	75-84 ans	589 482	119 838	0,20	1,18
	85 ans et plus	389 762	92 170	0,24	1,41
Sexe	Hommes	841 301	161 276	0,19	1,11
	Femmes	1 091 682	189 666	0,17	0,91
Quintile de défavorisation sociale 2013	Plus favorisé	337 533	57 232	0,17	0,92
	2 <sup>e</sup> quintile	325 157	54 958	0,17	0,92
	3 <sup>e</sup> quintile	383 112	68 061	0,18	0,98
	4 <sup>e</sup> quintile	399 584	73 679	0,18	1,02
	Plus défavorisé	435 901	87 630	0,20	1,15
CMU-C ou ACS	Non	1 861 455	332 625	0,18	0,80
	Oui	105 222	23 637	0,22	1,26
Résident en Ehpad	Non	1 786 669	308 402	0,17	0,65
	En Ehpad	180 008	47 860	0,27	1,54
Nombre de pathologies chroniques	0	596 438	62 199	0,10	0,49
	1	643 071	110 775	0,17	0,93
	2	434 230	100 817	0,23	1,39
	3 et plus	259 244	77 151	0,30	1,82

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

**Quelles pistes d'action ?**

Le recours aux urgences hospitalières est un phénomène complexe. Les résultats présentés ici doivent sans doute être approfondis sur certains points. Ils apportent néanmoins un éclairage nouveau sur ce recours. Trois axes de travail peuvent être ainsi identifiés.

Le premier porte sur la maîtrise du recours non pertinent aux urgences en population générale. Des alternatives de ville aux urgences hospitalières, ne se limitant pas à la seule augmentation des plages horaires, doivent être développées et expérimentées pour apporter à la population une réponse adaptée à ses besoins et ses attentes. Il pourrait également être utile de mener une réflexion nationale sur les messages envoyés à la population en matière de recours pertinent aux urgences.

Le deuxième s'adresse aux usagers fréquents des urgences afin d'éviter un recours inapproprié en développant des scores prédictifs pour identifier ces populations et leur proposer des solutions adaptées en s'inspirant des expériences étrangères.

Le troisième consiste à poursuivre l'analyse des parcours des patients se présentant aux urgences pour mieux en comprendre

les déterminants. Un travail conjoint avec Santé publique France autour des données du réseau Oscour Sursaud apparaît à ce titre une perspective utile.

**3.1.5 / Renforcer la structuration des soins primaires**

Les éléments de constat présentés dans ce chapitre montrent que le virage ambulatoire est une réalité pour le système de santé français, dont il est d'ores et déjà possible de mesurer les premiers effets. La situation est cependant contrastée. Si dans le domaine de la chirurgie, une recomposition profonde est à l'œuvre sous l'effet conjugué du développement de la chirurgie ambulatoire et de la restructuration de l'activité d'hospitalisation complète, cette évolution ne concerne en réalité que très peu le cœur de la problématique des pathologies chroniques. L'activité de médecine pose des questions beaucoup plus complexes. On ne retrouve ainsi pas le même schéma qu'en chirurgie, le développement de l'activité d'hospitalisation partielle se faisant sans diminution d'une activité d'hospitalisation complète qui, au contraire, augmente, en dépit d'une baisse des durées de séjour.

Le vieillissement de la population et la croissance des effectifs de malades chroniques n'expliquent pas tout de ces évolutions, comme le montrent les données présentées dans ce rapport. Qu'il s'agisse de l'hospitalisation en médecine ou du recours aux urgences, les modalités de recours aux soins, générées par le système ou souhaitées par les patients, jouent un rôle primordial dans l'évolution de l'activité. On voit bien ici que les évolutions portées par le seul hôpital (réduction des durées de séjour, développement de l'hôpital de jour) ne constituent qu'une partie de la réponse : le développement de la capacité des acteurs des soins de ville à prendre en charge de manière coordonnée des patients présentant des problématiques lourdes et complexes est un enjeu fondamental pour la réussite du virage ambulatoire et doit constituer une priorité dans ce champ.

L'atteinte de cet objectif nécessite des évolutions très importantes. En effet, en dépit du développement récent de regroupements professionnels, l'organisation des soins de ville reste aujourd'hui trop fragmentée et insuffisamment coordonnée au regard des besoins liés à la prise en charge à domicile de patients atteints de pathologies aussi bien lourdes que chroniques. Cela vaut également pour les systèmes d'information et les outils de communication qui sont encore insuffisamment déployés et partagés. Les fonctions d'appui, notamment administratif et social, sont par ailleurs trop peu développées. Ce constat dessine en creux les objectifs de développement à venir : favoriser le regroupement des professionnels de ville, améliorer les outils et les moyens dédiés à la coordination entre eux, mais aussi avec l'hôpital, penser de nouvelles organisations autour des parcours des patients, favoriser davantage les délégations de compétences, développer des systèmes d'information permettant de partager les données cliniques des patients, promouvoir le déploiement de la télémédecine... Toutes ces pistes d'évolution ont en commun de constituer une réponse cohérente aux principaux défis auxquels notre système de santé est confronté : meilleur suivi et efficience

renforcée dans la prise en charge des patients en évitant des hospitalisations inutiles, mais également réponse aux tensions territoriales en termes d'accès aux soins, réponse aux tensions sur les conditions d'exercice en libérant du temps médical.

Cela exige la définition d'une stratégie structurée et la mobilisation de l'ensemble des leviers disponibles.

Le premier levier est l'utilisation du cadre conventionnel pour porter ces évolutions à grande échelle. Ces priorités sont déjà inscrites dans le champ des négociations, qu'elles soient conduites avec chacune ou avec l'ensemble des professions de santé. La Cnamts a ainsi porté ces enjeux lors des dernières conventions (médecins, pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes), mais aussi dans le cadre des accords pluriprofessionnels. De véritables avancées ont été proposées.

Cet effort doit être poursuivi et amplifié. Cela supposera d'assumer des choix budgétaires au regard de l'ensemble des sujets de valorisation de la pratique. La priorité, y compris financière, doit être donnée aux mécanismes qui vont dans le sens d'une plus grande structuration de la ville. En particulier, la mise en cohérence et la diffusion large des outils liés aux systèmes d'information et des moyens dédiés à la coordination et à la qualité des soins devront être activement recherchés.

Le second levier est celui de l'innovation. En s'inspirant de l'exemple d'autres pays, la diversification des modes de rémunération, entamée avec la Rosp, doit être poursuivie. Deux objectifs majeurs doivent présider à ces évolutions : utiliser le levier du financement pour favoriser la coordination des acteurs et favoriser la qualité des soins plutôt que la quantité. Par ailleurs, une démarche prospective d'identification et d'expérimentation de nouveaux modes d'organisation allant au-delà des frontières existantes (ville-hôpital, sanitaire-médico-social) doit être menée pour inventer les organisations de demain.

## Bibliographie

Abir M., Bauhoff S., Blanchard J.-C., Iyer N. Morganti K.G., « The Evolving Role of Emergency Departments in the United States » (Internet), Rand Corporation, 2013. 119 p. Disponible sur : [http://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR280.html](http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR280.html)

Berchet C., « Emergency Care Services » (Internet), *Organisation for Economic Cooperation and Development*, août 2015 (cité le 5 octobre 2016). Disponible sur : <http://www.oecd-ilibrary.org/content/workingpaper/5jrts344crns-en>

Berchet C., Nader C., « The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries » (Internet), *OECD Health Working Papers*, Rapport n° 89, OECD 2016. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1787/5jlr3czbqw23-en>

Boisguerin B., Mauro L., « Les personnes âgées aux urgences ? : une patientèle au profil particulier » (Internet), *Études et résultats*, Rapport n° 1007, Drees, mars 2017 (cité le 18 avril 2017). Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1007.pdf>

Boisguerin B., Mauro L., « Les personnes âgées aux urgences ? : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue » (Internet), *Études et résultats*, Rapport N° 1008, Drees, mars 2017 (cité le 18 avril 2017). Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1008.pdf>

Cnamts, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ? : propositions de l'Assurance Maladie pour 2014 » (Internet), juillet 2013. Disponible

sur : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2014.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf)

Cour des comptes, « La Sécurité sociale - rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale » (Internet), septembre 2014 (cité le 10 août 2016). Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-securite-sociale2>

Feigin V. and others, « Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived With Disability for 310 Acute and Chronic Diseases and Injuries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 ». *The Lancet*. 2016, 388(10053):1545-1602.

Grall J.-Y., « Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences » (Internet), juillet 2015 (cité le 13 janvier 2017). Disponible sur : [http://www.snphpu.org/files/20150727\\_20150706RapportTerritorialisationdesUrgences.pdf](http://www.snphpu.org/files/20150727_20150706RapportTerritorialisationdesUrgences.pdf)

Hunter D.J., Reddy K.S., « Noncommunicable Diseases », *New England Journal of Medicine*, 3 octobre 2013, 369(14):1336-43.

Mauro L., Vertueux G., « Résultats de

l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières », *Actes du colloque du 18 novembre 2014*, Paris V, Drees, novembre 2014.

Omran A.R., « The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change », *Milbank Q*, 1971. 83(4):731-57.

Steg A., « Rapport sur la médicalisation des urgences ». Paris : Commission nationale de restructuration des urgences, 1993.

Véran O., « L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur », avril 2017, 133 p. Disponible sur : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_evolution\\_des\\_modes\\_de\\_financement\\_des\\_etablissements\\_de\\_sante.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf)

## Propositions

### Propositions sur le virage ambulatoire

Réussir le virage ambulatoire passe nécessairement par une bonne organisation de la prise en charge des soins en ville et appelle à ce titre une vraie structuration de l'offre de soins coordonnée, à ce jour insuffisante. Afin d'y parvenir, l'Assurance Maladie propose d'activer plusieurs leviers complémentaires.

#### **Proposition 1** \_ Poursuivre et développer les mesures valorisant la coordination dans le champ des conventions monoprofessionnelles

L'Assurance Maladie souhaite poursuivre et développer les mesures favorisant la coordination *via* des rémunérations spécifiques ou des forfaits, à l'instar des différentes majorations mises en place :

- dans la convention médicale (pour la coordination médecin traitant-médecin correspondant, pour les sorties d'hospitalisation et, plus récemment, pour la prise en charge dans les 48 heures par un médecin correspondant adressé par le médecin traitant),
- dans la convention infirmière (majoration de coordination pour les soins complexes),
- dans les bilans des professionnels paramédicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes),
- dans les actes pour la prise en charge du retour à domicile pour ces professionnels et les sages-femmes.

#### **Proposition 2** \_ Soutenir et accompagner le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé

Afin de soutenir et de favoriser le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé, l'Assurance Maladie entend mettre en place un accompagnement

renforcé de ces structures, mais également des professionnels qui souhaitent exercer dans ce cadre, en coordination avec les ARS. En effet, avec la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les MSP en avril 2017 et celle de l'accord national de juillet 2015 avec les centres de santé, l'Assurance Maladie a souhaité s'investir résolument pour le soutien de ces structures qui offrent un cadre privilégié pour la coordination et la qualité de la prise en charge des patients. Au-delà de cet accompagnement renforcé, l'Assurance Maladie dressera un bilan de ces dispositifs conventionnels pour évaluer leurs résultats et déterminer les éventuels ajustements qui seraient nécessaires pour amplifier le développement de cette forme d'exercice.

#### **Proposition 3** \_ Favoriser et encourager la coordination au travers du travail en équipe pluriprofessionnelle pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux

Au-delà de l'exercice en structure pluriprofessionnelle, la plupart des professionnels de santé libéraux exercent encore aujourd'hui en cabinets monoprofessionnels. Bien que des coopérations ou des réseaux informels se soient constitués, la coordination pluriprofessionnelle reste insuffisante et peu structurée. La loi de modernisation de notre système de santé a créé des dispositifs devant favoriser une meilleure organisation, notamment territoriale, comme les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles de territoire en santé, voire dans une certaine mesure les plateformes territoriales d'appui. Afin d'encourager les professionnels à exercer au sein de ces dispositifs, l'Assurance Maladie souhaite valoriser ceux qui s'y impliquent et les moyens et outils dont ils doivent disposer. Une négociation à venir dans le cadre de l'accord-cadre interprofessionnel (Acip) sera l'un des principaux leviers pour y parvenir.

**Proposition 4****\_ Généraliser l'utilisation des outils et systèmes d'information pour la coordination et la prise en charge des patients**

.....

La coordination des professionnels de santé doit pouvoir s'appuyer sur des outils et des systèmes d'information faciles d'utilisation, sources de gain de temps et généralisés à tous et partout. L'Assurance Maladie compte à ce titre engager la généralisation du dossier médical partagé (DMP) en 2018, en complément de la messagerie sécurisée de santé, outils incontournables pour la bonne coordination des soignants en ville mais aussi entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Au-delà, elle développera de nouveaux téléservices d'échanges entre professionnels de santé comme le bilan de soins infirmiers ou le bilan de kinésithérapie dématérialisés. Enfin, elle contribuera au déploiement national des solutions logicielles de gestion des parcours et de la prise en charge coordonnée, développées dans le cadre des territoires de santé numérique.

**Proposition 5****\_ Déployer l'usage et le recours de la télémédecine sur tout le territoire et pour une majorité de professionnels de santé**

.....

La télémédecine constitue un levier important pour la coordination et la qualité de la prise en charge des patients, en favorisant l'accès à une expertise médicale, en permettant le cas échéant le transfert de compétences entre professionnels de santé.

Aujourd'hui, le déploiement de la télémédecine, notamment en ville, se heurte à l'absence d'un cadre stable et pérenne. La télémédecine se développe trop lentement au travers des expérimentations issues de l'article 36 de la LFSS pour 2014. Pour permettre son développement rapide, l'Assurance Maladie propose que le financement des actes s'inscrive dans le cadre tarifaire de droit commun, selon des modalités à définir avec les acteurs concernés, et ce dès 2018. Une négociation pourrait être ouverte soit dans le cadre d'avenants aux conventions actuelles conclues avec les professions de santé, soit dans le cadre d'un accord interprofessionnel.

**Proposition 6****\_ Favoriser les transferts de compétences et les pratiques avancées entre les professionnels de santé**

.....

Pour améliorer la coordination des soins et de la prise en charge, il faut permettre aux professionnels de santé de consacrer le maximum de temps à leur exercice, par exemple en se faisant assister sur l'activité non médicale, en partageant

le travail médical avec d'autres spécialités ou d'autres professionnels de santé ou en leur confiant la coordination et le suivi du parcours de soins. Ce type de délégation existe déjà ou se met en place (protocole Asalée, protocoles filière visuelle...), mais mériterait un assouplissement réglementaire.

L'Assurance Maladie souhaite faciliter la généralisation sur l'ensemble du territoire des expérimentations ou des dispositifs les plus aboutis.

**Proposition 7****\_ Expérimenter de nouveaux modèles organisationnels et de financement pour renforcer la structuration des soins de ville**

.....

Afin de renforcer la structuration des soins primaires, il pourrait être intéressant de lier les intérêts des acteurs ambulatoires et hospitaliers autour d'objectifs communs d'amélioration de l'efficacité des parcours et de la qualité des soins. Il existe sur ce champ des modes d'organisation ou de financement inspirés de modèles étrangers, à l'image des *Accountable care organizations* (ACO) aux États-Unis, qui constituent une expérience pertinente dont les premiers résultats incitent à envisager des expérimentations en France. Ces modèles reposent principalement sur la mise en place d'une organisation coordonnée et d'un financement solidaire des acteurs, laissant généralement une place importante au secteur ambulatoire.

L'Assurance Maladie propose que des expérimentations de ce type soient menées, qui s'appuieraient dans un premier temps sur des acteurs de ville ayant déjà une activité structurée, à l'image des maisons de santé pluriprofessionnelles. Afin de favoriser un continuum ville-hôpital, l'Assurance Maladie se propose d'outiller les Communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) dans leurs démarches d'organisation territoriale, en fournissant une aide logistique, des données territorialisées sur les pratiques et sur la consommation des soins, ainsi qu'un accompagnement dans la conception de projets.

**Proposition 8****\_ Étendre le domaine d'application des seuils pour l'activité de chirurgie**

.....

La mise en place de seuils d'activité en chirurgie, initiée dans le cas de la chirurgie du cancer, est un levier important permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans le cas d'interventions complexes. En tendant à concentrer l'activité au sein de certains centres hospitaliers, la mise en place de seuils contribue à recomposer l'offre chirurgicale liée à une spécialité et à favoriser la mutualisation et la qualité des pratiques, éléments essentiels à la réalisation du virage ambulatoire.

L'Assurance Maladie propose que la politique de seuil en chirurgie soit poursuivie et étendue à d'autres secteurs de l'activité chirurgicale.

### Proposition 9 \_ Développer des outils permettant de réguler les flux entrants aux urgences

L'augmentation importante de l'activité des urgences constatée sur la période récente ne peut être imputée uniquement au vieillissement de la population et semble en grande partie s'expliquer par une augmentation du recours par la population générale. La régulation des flux entrants nécessite donc des actions de différentes natures en direction de populations identifiées.

L'Assurance Maladie propose que des mesures visant à favoriser le juste recours aux urgences soient promues, comportant en particulier le développement d'alternatives de ville aux urgences hospitalières, qui disposent d'un plateau technique et capables de mobiliser rapidement des avis spécialisés avec

des amplitudes horaires larges, afin d'apporter à la population une réponse adaptée à ses besoins et à ses attentes. En complément, une réflexion relative à l'information et la sensibilisation du grand public sur le juste recours aux soins urgents et sur les alternatives existantes pourrait être menée. L'Assurance Maladie propose également d'élaborer des outils à destination des « usagers fréquents », notamment chez les personnes âgées : le développement de scores de risque pourrait permettre d'identifier des populations à risque afin de leur proposer des actions spécifiques pour prévenir ce recours fréquent.

L'Assurance Maladie propose enfin de poursuivre l'analyse des parcours des patients se présentant aux urgences pour mieux en comprendre les déterminants. Un travail conjoint avec Santé publique France autour des données du réseau Oscour Sursaud apparaît à ce titre utile.

## 3.2. Maîtrise médicalisée

### 3.2.1 / Fondement et bilan

#### Fondement

La recherche de gains de productivité au sein du système de soins doit permettre de maîtriser la progression de la dépense pour autoriser notamment l'accès solidaire aux innovations. La maîtrise médicalisée constitue l'un des leviers pour mobiliser ces gains à côté de solutions de gestion du risque de nature diverse : contractuelle, comptable, tarifaire, régulation de l'offre ou organisationnelle.

La maîtrise médicalisée repose sur le principe de l'administration du juste soin par les acteurs professionnels, c'est-à-dire un soin utile, efficace et efficient. Elle nécessite l'élaboration de référentiels précisant au mieux les conditions et limites d'usage de ces soins ou prestations. Il s'agit, selon une logique médicale, d'éviter un gaspillage de ressources en privilégiant les actions apportant le maximum de valeur ajoutée pour les patients et, par la suite, pour le système de soins.

Initialement concentrées sur des classes de médicaments couramment utilisées par de larges populations (antihypertenseurs, hypocholestérolémiants, antiulcéreux), les actions élaborées par la Cnamts et déployées par son réseau au moyen des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) ou de praticiens conseils

se sont progressivement diversifiées. D'autres classes de médicaments sont concernées touchant des publics plus restreints (antidépresseurs, érythropoïétine) ainsi que des thématiques qui intéressent la prescription d'examen biologiques, d'actes de masso-kinésithérapie ou encore d'arrêts de travail et de transports. La promotion des référentiels de bonne pratique auprès des acteurs se structure pour gagner en efficacité à l'aide de supports d'information synthétiques, d'identification plus précise des profils d'activité des professionnels et de ciblage vers les pratiques observées éloignées de ce qui est recommandé.

#### Bilan

Depuis 2005, année de la mise en place de programmes de maîtrise médicalisée, l'Assurance Maladie parvient en moyenne à atteindre les objectifs fixés en matière d'évolution de la dépense (tableau 31).

Encore faut-il considérer une efficacité hétérogène selon les thématiques abordées, médicaments, examens biologiques, ou actes. Au sein même d'une thématique comme celle des médicaments par exemple, on retrouve une variabilité importante des impacts avec une efficacité certaine pour certains groupes (antibiotiques, hypolipémiants, antihypertenseurs, antidiabétiques) et beaucoup plus modeste pour d'autres (médicaments du traitement d'affection de la rétine, de l'hépatite C ou antidépresseurs).

#### ► TABLEAU 31

### Économies réalisées au titre de la maîtrise médicalisée (en millions d'euros), depuis 2005

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Économies réalisées	721	581	383	382	524	502	612	593	602	460	598	456

Source : Cnamts (présentation à la Commission de l'organisation des soins, 8 février 2017)

Les raisons d’une efficacité variable sont évidemment multiples : existence de référentiels, acceptabilité par les professionnels et les patients, facilité de mise en œuvre, conjoncture économique ou épidémiologique, disponibilité d’alternatives à la prescription ou encore modification de la réglementation ou des indications.

Au travers d’évaluations systématiques, l’Assurance Maladie s’efforce de déterminer les conditions d’efficacité et l’effet des actions qu’elle mène auprès des offreurs de soins. Elle a recours à des études *ad hoc* auprès des professionnels pour comprendre les leviers du changement de pratiques et mesurer, à partir des données de remboursement, l’impact direct de ses actions auprès des professionnels en comparant leur pratique à ce qu’ils faisaient avant son action ou à celles d’autres professionnels témoins.

**Évaluation d’une campagne sur le bon usage des antibiotiques**

La lutte contre le développement de l’antibiorésistance est devenue un enjeu majeur de santé publique. Par ses différentes campagnes de maîtrise médicalisée sur le sujet ou en s’associant à la diffusion de messages pour le grand public, l’Assurance Maladie contribue à cette lutte et s’est inscrite dans les diffé-

rentes mesures prises à cet égard (troisième plan pluriannuel, plan national d’alerte, feuille de route sur l’antibiorésistance du comité interministériel pour la santé).

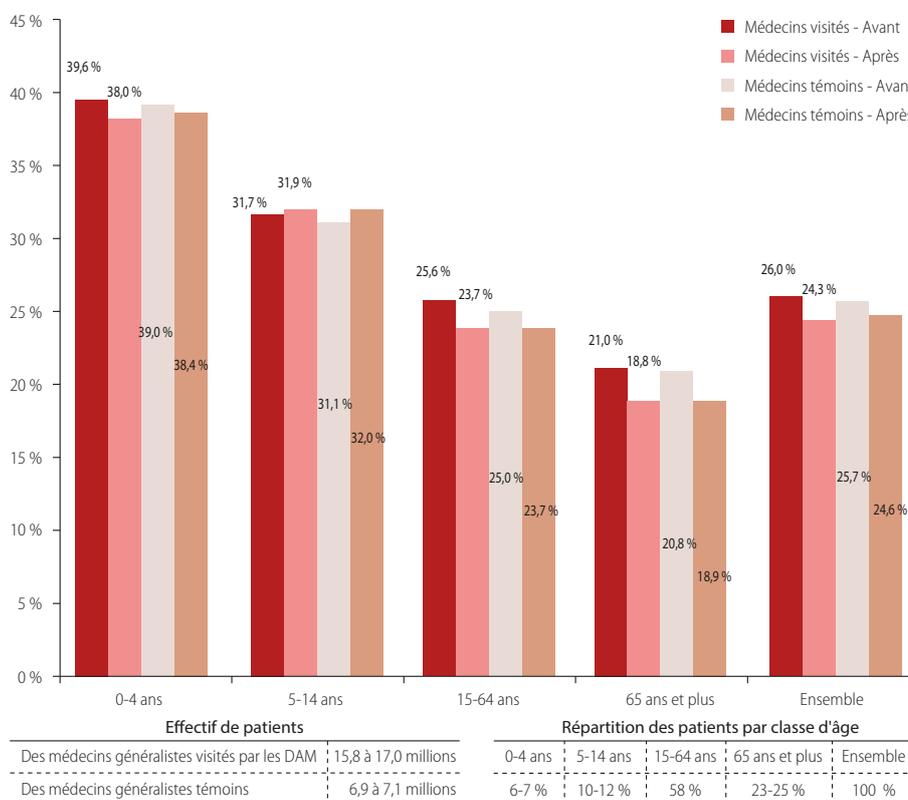
D’octobre 2015 à avril 2016, les DAM ont rencontré plus de 32 000 médecins généralistes à propos de la prescription d’antibiotiques. Lors de la visite, un profil personnalisé de prescription était mis à disposition du prescripteur pour lui restituer sa pratique de façon individualisée, lui permettant de se situer par rapport à ses pairs.

Cette campagne sur l’antibiorésistance a produit les effets suivants sur les prescriptions des médecins visités (**figure 58**) :

- une diminution de la part des patients sous antibiotiques est constatée en 2016 chez les médecins visités étudiés, et ce, pour toutes les classes d’âge, à l’exception des enfants de 5 à 14 ans, chez qui la progression est toutefois modérée ;
- bien que les mêmes évolutions soient observées chez les médecins témoins, les taux de patients s’étant vu prescrire des antibiotiques par les médecins généralistes visités étudiés deviennent moins importants ou équivalents aux médecins généralistes témoins (selon la tranche d’âge), alors qu’ils étaient supérieurs pour toutes les tranches d’âge avant la visite.

► FIGURE 58

**Part des patients consultant un médecin généraliste et ayant eu une prescription d’antibiotiques, sur la période avant ou après les visites DAM**



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

Après l'entretien avec un DAM, 24,3 % des patients des médecins visités retenus dans l'étude ont eu une prescription d'antibiotiques, ce qui correspond à une diminution significative de 1,7 point.

La prescription d'antibiotiques est en baisse dans l'ensemble des classes d'âge, particulièrement chez les personnes âgées

de 65 ans et plus (- 2,2 points), à l'exception des enfants de 4 à 14 ans chez qui l'on constate une légère mais significative progression : 31,9 % d'entre eux ont eu une prescription d'antibiotiques après la visite, contre 31,7 % avant (+ 0,2 point). Ces derniers représentent 10 à 12 % de la patientèle qui a consulté.

► **TABLEAU 32**

**Évolution de la prescription d'antibiotiques chez les médecins généralistes visités et chez les médecins généralistes témoins, avant et après les visites DAM**

	Différence entre les prescriptions d'antibiotiques des médecins visités et des médecins témoins en points de pourcentage				
	0-4 ans	5-14 ans	15-64 ans	65 ans et plus	Ensemble des patients
Avant	0,6	0,5	0,6	0,2	0,3
Après	- 0,5	- 0,1	0,0	- 0,1	- 0,3

■ Différence statistiquement significative (à 0,1 %)

■ Pas de différence statistique significative (à 5 %)

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

Chez les médecins témoins, on constate les mêmes évolutions.

Bien qu'au niveau individuel, chaque médecin témoin ait été apparié à un médecin généraliste visité de même niveau de proportion de prescription d'antibiotiques, l'ensemble du groupe témoins a une part moins importante de patients se voyant prescrire des antibiotiques avant l'échange avec les DAM pour toutes les tranches d'âge (tableau 32). Après la visite, elle devient plus importante que chez les médecins généralistes visités pour les moins de 5 ans, et équivalente pour les autres.

**Étude ad hoc auprès de médecins ayant fait l'objet d'une campagne sur la place des dosages biologiques dans le dépistage du cancer de la prostate**

L'Assurance Maladie a mené en 2016 une campagne d'échanges confraternels (réalisée par des praticiens conseils) auprès de plus de 10 000 médecins généralistes à propos de dosages biologiques dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate. Les objectifs de cette campagne étaient de renforcer l'information factuelle des médecins et des patients sur la place d'un premier dosage du PSA (antigène prostatique spécifique), et de proposer des documents spécifiques pour les patients afin de permettre la réalisation de ce dosage *via* une décision éclairée et partagée entre patient et médecin.

Au-delà de l'impact mesuré par une diminution significative des dosages biologiques de PSA sur toutes les tranches d'âge consi-

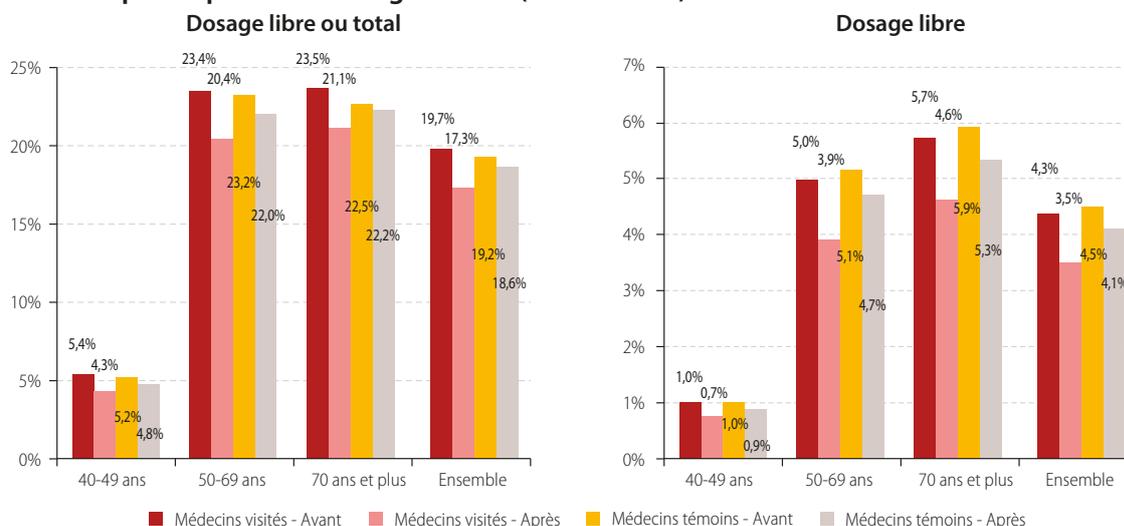
dérées (figures 59 et 60), l'Assurance Maladie a fait réaliser une enquête d'évaluation qualitative auprès d'un échantillon de 200 médecins visités. Celle-ci portait sur leur mémorisation et adhésion aux messages délivrés, leur mémorisation et utilisation des supports proposés pour les patients et, plus généralement, sur leur perception de l'échange confraternel sur leur pratique.

Ces échanges ont été manifestement marquants, avec une excellente mémorisation spontanée du thème abordé, des messages délivrés et des supports proposés. Les arguments présentés aux médecins ont été globalement jugés pertinents et convaincants avec un pourcentage de médecins convaincus de 73 %, dont 26 % de médecins ayant déclaré avoir changé leur pratique suite à l'échange.

De façon plus générale, ce type d'études met en évidence la nécessité d'un maintien de changement de comportement dans la durée par des formes de rappel ou relances à la suite des actions engagées par l'Assurance Maladie. Les informations et outils proposés dans le cadre des actions de maîtrise médicalisée doivent être immédiatement utiles à la pratique quotidienne des professionnels afin de favoriser l'appropriation des messages et leur mise en œuvre. Les moyens d'accroître la performance de ces actions passent sans doute par une appréciation plus précise et individuelle des pratiques professionnelles et par la mise en place d'une forme d'engagement du professionnel sur des objectifs d'évolution de pratique.

► FIGURE 59

Évolution des prescriptions de dosage de PSA (total et libre) suite à l'action de maîtrise médicalisée



Note de lecture : 5,4 % des hommes d'au moins 40 ans sans ALD cancer de la prostate déclarée en date du dosage et qui ont consulté au moins une fois un des médecins du « groupe cas » (médecins généralistes visités) ont eu un dosage de PSA libre ou total pendant la période avant la visite d'action de maîtrise médicalisée, c'est-à-dire entre octobre 2015 et janvier 2016, contre seulement 4,3 % un an après.

Concernant les dosages total et libre confondus : dans la patientèle des médecins visités et observés, le nombre de dosages (libre et total) chez les patients sans cancer de la prostate diminue significativement pour toutes les classes d'âge (seuil à 0,1 %) après la visite. Chez les témoins, il ne change pas significativement (seuil à 5 %) pour les 40-49 ans et 70 ans et plus, bien qu'il diminue significativement toutes classes d'âge confondues.

Lorsque l'on considère le dosage libre seul : le nombre de dosages libres prescrits par les médecins visités aux hommes sans cancer de la prostate diminue de manière significative pour toutes les tranches d'âge. Dans le groupe témoins, il ne change pas de manière notable pour les 40-49 ans (seuil à 5 %), mais il évolue de manière significative, tout comme dans le groupe des médecins visités, pour les 50 ans et plus (seuil à 1 %).

Champ : dosages en date de soins, hommes du régime général de 40 ans ou plus, sans cancer de la prostate (c'est-à-dire sans ALD cancer de la prostate) à la date du dosage (code CIM 10 = C61)  
Source : Cnamts (Sniiram)

► FIGURE 60

Évolution des prescriptions de dosage de PSA (total et libre) suite à l'action de maîtrise médicalisée - données détaillées

Part des patients avec dosage total ou libre		40-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus	Ensemble
Médecins généralistes visités	Avant	5,4 %	23,4 %	23,5 %	19,7 %
	Après	4,3 %	20,4 %	21,1 %	17,3 %
	Variation (points)	- 1,2	- 3,0	- 2,5	- 2,3
	Significativité avant/après	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Médecins généralistes témoins	Avant	5,2 %	23,2 %	22,5 %	19,2 %
	Après	4,8 %	22,0 %	22,2 %	18,6 %
	Variation (points)	- 0,4	- 1,2	0,3	- 0,7
	Significativité avant/après	NS	p<0,001	NS	p<0,001
Différence (visités-témoins) avant		0,3	0,2	1,0	0,4
Significativité		NS	NS	p<0,001	p<0,01
Différence (visités-témoins) après		- 0,5	- 1,6	- 1,1	- 1,2
Significativité		p<0,01	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Concernant les dosages total et libre confondus : avec l'échange confraternel, les médecins généralistes observés présentent une part de patients dosés supérieure aux médecins généralistes témoins pour les 70 ans et plus, et équivalente pour les autres classes d'âge.

La baisse du taux de dosage chez les médecins généralistes observés pour toutes les tranches d'âge entraîne une inversion de l'écart avec les témoins : après l'échange confraternel, les médecins généralistes observés présentent des taux de dosage inférieurs aux médecins généralistes témoins pour toutes les classes d'âge.

Part des patients avec dosage libre		40-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus	Ensemble
Médecins généralistes visités	Avant	1,0 %	5,0 %	5,7 %	4,3 %
	Après	0,7 %	3,9 %	4,6 %	3,5 %
	Variation (points)	- 0,3	- 1,1	- 1,1	- 0,9
	Significativité avant/après	NS	p<0,01	p<0,01	p<0,001
Médecins généralistes témoins	Avant	1,0 %	5,1 %	5,9 %	4,5 %
	Après	0,9 %	4,7 %	5,3 %	4,1 %
	Variation (points)	0	- 0,4	- 0,5	- 0,4
	Significativité avant/après	NS	p<0,01	p<0,01	p<0,001
Différence (visités-témoins) avant		0,0	- 0,2	- 0,2	- 0,1
Significativité		NS	NS	NS	NS
Différence (visités-témoins) après		- 0,1	- 0,8	- 0,7	- 0,6
Significativité		p<0,05	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Lorsque l'on considère le dosage libre seul : avant l'échange confraternel, les taux de dosage ne diffèrent pas entre les médecins généralistes visités et témoins.

Après l'échange confraternel, les médecins généralistes visités observés présentent des taux significativement inférieurs par rapport aux médecins généralistes témoins.

(a) NS : différence non significative

Champ : dosages en date de soins, hommes du régime général de 40 ans ou plus, sans cancer de la prostate (c'est-à-dire sans ALD cancer de la prostate) à la date du dosage (code CIM 10 = C61)

Source : Cnamts (Sniiram)

### Éléments de bilan du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp)

La rémunération sur objectif de santé publique (Rosp) est un dispositif incitatif mis en place par la convention avec les médecins libéraux de 2011, étendue progressivement à trois spécialités médicales (la médecine générale, la cardiologie, l'hépto-gastro-entérologie), récemment renouvelée et prolongée par la convention d'août 2016. Cette disposition conventionnelle permet une rémunération des professionnels de santé concernés en fonction de l'atteinte d'objectifs de pratiques médicales portant notamment sur la prévention, le suivi des pathologies chroniques ou l'efficacité des prescriptions. Les indicateurs d'atteinte de ces objectifs se fondent sur une bonne pratique définie à partir de référentiels médicaux (élaborés à partir de recommandations établies par la HAS) et participent de la démarche de maîtrise médicalisée.

Le bilan qui en est dressé après cinq ans de mise en œuvre (annexe 3) permet d'illustrer le rôle de levier que constitue un tel dispositif pour l'évolution des pratiques des médecins libéraux auxquels il s'adresse.

Ainsi, pour un volet visant l'optimisation des prescriptions vers plus d'efficacité, on mesure une progression de 23,3 points sur l'ensemble de la période. Cette progression significative et continue qui concerne sept classes de médicaments a permis d'atteindre ou de dépasser les objectifs fixés pour cinq classes (inhibiteurs de la pompe à protons – IPP, statines, anti-hypertenseurs, antidépresseurs et AAP), tandis qu'une marge de manœuvre peut encore être mobilisée pour atteindre les objectifs fixés pour les Antibiotiques ou les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)-Sartans.

Le suivi des maladies chroniques, dont la prise en charge des patients diabétiques constitue une ligne prioritaire, forme un autre des volets du dispositif Rosp. La qualité du suivi est en effet indispensable afin de prévenir et éviter la survenue de complications ou d'en limiter les conséquences. Les huit indicateurs qui ont été mis en place à partir de recommandations établies par la HAS ont tous progressé sur la période de mesure en restant toutefois en retrait de 5 à 17 points par rapport à la cible fixée. Ces écarts dont la cause est variable ont été pris en compte pour l'installation d'une Rosp dans le cadre de la convention d'août 2016 et l'évolution des indicateurs a été négociée avec les représentants des médecins libéraux en prenant en compte les actualisations des recommandations, des champs de dépistage ou de prévention insuffisamment investis, ou encore les modifications de l'offre thérapeutique.

Le bilan reste plus mitigé pour le volet consacré à la prévention, en particulier pour les pratiques de dépistage ou de vaccination. En dépit d'un constat de ralentissement de la baisse de ces pratiques les tendances restent mal orientées et nécessitent une mobilisation renouvelée de l'ensemble des acteurs

(pouvoirs publics, opérateurs de santé) à côté des médecins et des patients.

### Évolution pour la maîtrise médicalisée

Depuis l'apparition des références médicales opposables qui ont constitué un nouveau mécanisme de maîtrise des dépenses introduit par la loi Teulade du 4 janvier 1993, la stratégie de l'Assurance Maladie en matière de régulation médicalisée n'a cessé d'évoluer. Développement de rencontres entre les praticiens conseils et les médecins libéraux autour de la promotion de bonnes pratiques en matière de prise en charge de l'hypertension artérielle ou du diabète dans les années 90, programmes d'information des prescripteurs et du grand public dans les années 2000.

La convention de 2005 a permis, autour de thèmes négociés avec les médecins libéraux, de démultiplier les actions en poursuivant des efforts de structuration et de professionnalisation de cette approche.

Les limites et la variabilité des résultats de la démarche perçues par les évaluations renvoient à la question des conditions de l'efficacité de la maîtrise médicalisée. La collaboration Cochrane qui synthétise l'évidence scientifique disponible en matière de bonnes pratiques retient quelques pistes pour améliorer l'efficacité des interventions. Celles-ci restent assez globales et préconisent des combinaisons d'actions : information, mobilisation de leaders d'opinion, procédures d'audit-feed-back, visites en face à face ou encore rappels informatiques.

Quels que soient les facteurs de succès isolés pour ces actions ou ces dispositifs incitatifs, les contraintes actuelles et futures qui s'exercent sur l'évolution des dépenses de l'Assurance Maladie imposent d'engager de nouvelles formes de maîtrise médicalisée pour mobiliser des marges de productivité afin d'éviter des mesures de régulation (limitation des volumes *a priori*, déremboursement) susceptibles d'être moins équitables.

Le renouvellement des méthodes, des outils et des formes d'intervention de maîtrise médicalisée doit se poursuivre pour gagner encore en efficacité. L'enrichissement des méthodes de promotion du juste soin doit passer par une dimension stratégique plus globale concernant les cibles (professionnels de santé mais aussi établissements, entreprises ou les patients eux-mêmes), concernant les modes d'actions (information, accompagnement, incitation, voire contrôle *a priori*) à côté de mesures plus structurelles portant sur l'organisation de l'offre de soins hospitalière ou de ville. Les gisements d'efficacité ou de processus de soins non qualitatifs devraient être progressivement mieux identifiés par une exploitation plus performante des systèmes d'information tandis que des travaux de recherche appliquée devraient dégager des modalités d'interventions plus efficaces.

### 3.2.2 / Nouvelles formes d'actions plus partenariales avec les professionnels de santé

Au-delà des caractéristiques de performance propres à chaque action déployée par l'Assurance Maladie, il apparaît nécessaire d'innover dans les modalités de mise en œuvre et de s'adapter à l'évolution des pratiques et des connaissances des professionnels de santé.

Depuis le milieu des années 2000 et la mise en place d'une démarche de maîtrise médicalisée, les contacts avec les offreurs de soins n'ont cessé d'évoluer dans leurs modalités (visites de délégués de l'Assurance Maladie, échanges confraternels entre praticiens conseils et médecins, contact de nature « généraliste » ou sur une thématique spécifique) et dans leur champ (spécialistes en médecine générale, autres spécialistes, paramédicaux, médecins hospitaliers) en fonction des évaluations menées et des résultats constatés. Le nombre de contacts, les motifs et leur calendrier font l'objet d'une programmation annuelle élaborée principalement par la Cnamts. Le déploiement de ces actions est susceptible de certaines adaptations locales, mais il s'inscrit habituellement dans une logique de campagnes d'accompagnement nationales pour des raisons

d'efficacité, d'équité de traitement ou encore de mesure d'impact.

Dès l'année 2017, l'Assurance Maladie engage une démarche nouvelle avec les professionnels de santé en proposant un plan personnalisé d'accompagnement (PPA). Cette démarche propose de renouveler la qualité des relations avec les médecins, d'optimiser les modalités d'échange avec l'objectif de renforcer la portée des messages délivrés et *in fine* l'efficacité des actions. Expérimenté sur l'ensemble du territoire auprès d'un échantillon de près de 700 médecins volontaires, le PPA consiste à s'engager avec le professionnel à maîtriser un à deux thèmes à fort enjeu de qualité (prescription de transports ou d'arrêts de travail par exemple) déterminés sur la base d'un constat partagé, personnalisé et contextualisé de sa pratique. Il s'agit pour les acteurs locaux d'élaborer de façon partenariale une stratégie d'accompagnement (diagnostic de pratique, suivi de son évolution, évaluation d'impact, aides) de nature à modifier de manière pérenne des aspects de pratique vers une qualité et une efficacité améliorées. L'évaluation qui sera menée à partir de 2018 permettra d'établir les conditions de son maintien ou de sa généralisation vis-à-vis d'une stratégie d'accompagnement proposée par la Cnamts et mise en œuvre par son réseau de caisses primaires et d'échelons du service médical.

#### ► ENCADRÉ 18

## Un outil d'aide à la décision pour la médecine générale

Le défi pour les médecins généralistes d'un accès à des connaissances scientifiques validées sans cesse croissantes et adaptées à leurs pratiques est à l'origine d'un partenariat entre le Collège de médecine générale (CMG) et la Cnamts. Il s'agit d'explorer la fourniture aux praticiens d'une aide documentaire scientifique de qualité, pertinente en médecine générale, indépendante et actualisée, notamment en situation de consultation (accès simple via un seul site à des recommandations de bonnes pratiques françaises et internationales).

Au-delà d'une aide documentaire, ce corpus de connaissances doit permettre de tester des solutions informatisées d'aide à la décision à partir de données structurées ou codées qui interagissent avec des

dossiers de patients : la mise à disposition de référentiels est proposée au médecin à la suite de la saisie d'un mot clé dans le dossier du patient ou encore le système d'aide à la décision analyse le profil codé du patient et propose les règles de décision disponibles pertinentes.

Ce type d'assistance peut s'avérer particulièrement intéressant pour des questions de dépistage ou de iatrogénie. À plus long terme, la production et la collecte de données structurées pourront faire l'objet de retours vers les utilisateurs sous forme d'informations ordonnées et constituer un entrepôt de données de soins primaires. La mise en place d'une étude débutée depuis janvier 2017 qui inclut plus de 400 médecins volontaires doit permettre de mesurer les apports d'une

plateforme française de mise à disposition de données et de pratiques de médecine générale fondées sur des preuves (EBM<sup>26</sup>).

Les modalités d'usage d'un tel service (existant depuis 1989 en Finlande et depuis 2011 en Belgique) par les médecins généralistes français doivent être précisées par un premier échantillon et vérifier le degré d'atteinte de leurs attentes en matière de recueil d'information dans un premier temps. Cette coopération avec le CMG qui associe la HAS s'inscrit pour l'Assurance Maladie dans le droit fil d'une mise à disposition d'outils fiables, pratiques accessibles « en temps réel », de nature à éclairer le prescripteur sur la pertinence et l'efficacité de ses prescriptions, ainsi que leur conformité avec les recommandations<sup>27</sup>.

Ces démarches expérimentales témoignent d'une attention renouvelée à l'égard des besoins des professionnels, particulièrement sur leurs conditions pratiques d'exercice. Les facilitations mises en œuvre par ailleurs par l'Assurance Maladie doivent

aussi permettre de mieux rencontrer l'intérêt des professionnels eux-mêmes pour de nouvelles formules de construction d'action de maîtrise médicalisée.

<sup>26</sup> L'*Evidence-based Medicine* est une approche où le médecin fonde sa décision médicale sur des données probantes et validées.

<sup>27</sup> Participation financière de l'Assurance Maladie dans le cadre de la Rosp pour l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié par la HAS.

► **ENCADRÉ 19**

## Déploiement d'une démarche novatrice au service d'une innovation organisationnelle (boîte à outils chirurgie ambulatoire)

La démarche d'offre de services de l'Assurance Maladie repose sur une approche médicalisée renouvelée avec la mise à disposition d'éléments médicalisés de benchmark, l'utilisation de bases de données médicalisées, le renforcement des liens avec les professionnels (partenariats avec les sociétés savantes) et le portage des innovations organisationnelles en établissements (virage ambulatoire, nouvelles technologies...), en vue de mieux adapter l'organisation sanitaire aux besoins populationnels.

Dans ce cadre, la Cnamts met à la disposition de son réseau des combinés thématiques associant des outils, des formations et des accompagnements sur des thèmes jugés prioritaires (virage ambulatoire, amélioration de la performance...).

### Le premier combiné thématique

**concernera la chirurgie ambulatoire :** mise à disposition d'une boîte à outils en vue de renouveler le dialogue de gestion Assurance Maladie/professionnels et établissements de santé/agence régionale de santé (ARS) pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire en France.

Pour atteindre un taux cible national de chirurgie ambulatoire de 66,2 % en 2020, une dynamique d'actions soutenue doit permettre d'accroître la pente d'augmentation du taux et concerner un périmètre plus large que les 55 gestes de la MSAP.

Jusqu'à présent, l'estimation du potentiel de développement n'avait été faite qu'à partir de l'analyse administrative des durées de séjour, sans prise en compte d'éléments médicalisés comme les spécialités des établissements,

les pratiques innovantes de la chirurgie ambulatoire « lourde » et les bonnes pratiques professionnelles. La boîte à outils « chirurgie ambulatoire » permettra de comparer les pratiques, d'évaluer le potentiel en prenant notamment en compte le case-mix des établissements et d'accompagner les professionnels et les établissements de santé.

**Un partenariat avec plusieurs sociétés savantes** (Association française de chirurgie ambulatoire, Société française d'anesthésie réanimation...) est en cours de construction : signature d'une convention décrivant les modalités concrètes de coopération, constitution d'un réseau d'experts, organisation d'une offre de services auprès des professionnels et des établissements de santé avec diagnostic et visite sur site.

### 3.2.3 / Nouvelles formes d'action vis-à-vis des assurés

#### Information et implication des patients

Les assurés sont les véritables et ultimes bénéficiaires des actions de l'Assurance Maladie visant la délivrance du juste soin. Depuis plusieurs années, les actions de l'Assurance Maladie, en particulier les campagnes de maîtrise médicalisée, participent à l'amélioration de l'information et des connaissances des patients concernés. Cette mise à disposition d'informations pour les patients peut prendre plusieurs formes : participation à des campagnes nationales, édition de livrets d'information patients, supports permettant au patient de participer avec son médecin à l'élaboration d'une décision partagée.

Outre la campagne d'information grand public sur le médicament générique visant à favoriser son adoption décrite en partie 2.2.3, (**encadré 15**), l'Assurance Maladie a utilisé des supports spécifiques d'information à destination des patients pour renforcer leur compréhension et leur implication en matière d'opportunité de traitements médicamenteux ou de réalisation de dosage biologique.

Pour la maîtrise de la prescription d'antibiotiques, la campagne en direction des médecins généralistes sur le bon usage de ces médicaments et la lutte contre l'antibiorésistance menée d'octobre 2015 à avril 2016 (cf. 3.2.1) comportait un support de non-prescription proposé au prescripteur pour appuyer si besoin sa décision auprès du patient (**figure 61**).

► FIGURE 61

Document sur la non-prescription d'antibiotiques remis aux médecins

**Aujourd'hui, je vous ai diagnostiqué une infection qui ne nécessite pas d'antibiotiques.**

DATE : ..... / ..... / .....

NOM DU PATIENT : .....

CACHET MÉDECIN

**Pourquoi n'avez-vous pas besoin d'un antibiotique aujourd'hui ?**

Le rhume (rhinopharyngite), la grippe, la bronchite aiguë et la plupart des otites et des angines sont de nature virale et guérissent donc sans antibiotiques.

**Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite.** Le tableau ci-dessous vous indique la durée habituelle des symptômes de ces maladies (avec ou sans antibiotiques).

	MALADIE	DURÉE HABITUELLE DES PRINCIPAUX SYMPTÔMES
<input checked="" type="checkbox"/>	 <p><b>RHINOPHARYNGITE (RHUME)</b> • <i>Toujours virale.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fièvre : 2-3 jours.</li> <li>Nez qui coule (sécrétions de couleur blanche, jaune ou verte), nez bouché : 7-12 jours.</li> <li>Toux : 1 à 3 semaines.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	 <p><b>GRIPPE</b> • <i>Infection virale.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fièvre, courbatures : 2-4 jours.</li> <li>Toux : 2-3 semaines.</li> <li>Fatigue : plusieurs semaines.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	 <p><b>ANGINE VIRALE</b> • <i>Test diagnostique rapide de recherche de streptocoque négatif.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fièvre : 2-3 jours.</li> <li>Mal à la gorge : 7 jours.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	 <p><b>BRONCHITE AIGÜE</b> • <i>Quasiment toujours virale.</i> • <i>Les toux grasses avec des sécrétions jaunes ou verdâtres font partie de l'évolution naturelle de la maladie.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fièvre : 2-3 jours.</li> <li>Toux : 2-3 semaines.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	 <p><b>OTITE AIGÜE</b> • <i>Après l'âge de 2 ans, guérit le plus souvent sans antibiotiques.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fièvre, douleur : 3-4 jours.</li> </ul>

**CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR SOULAGER VOS SYMPTÔMES**

- Buvez suffisamment : vous ne devez pas avoir soif.
- Adaptez votre activité physique, cela aide votre corps à guérir.
- Il existe des médicaments contre la fièvre ou la douleur. Suivez la prescription de votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien.

**Si vous avez de la fièvre (température > 38,5°C) durant plus de 3 jours, ou si d'autres symptômes apparaissent, ou que votre état de santé ne s'améliore pas, vous devez reconsulter votre médecin.**

**Pourquoi faut-il prendre un antibiotique seulement quand c'est nécessaire ?**

- Les antibiotiques peuvent être responsables d'effets indésirables, comme les allergies ou la diarrhée.
- Les bactéries peuvent s'adapter et survivre en présence d'antibiotiques. Ainsi, plus vous prenez des antibiotiques, plus les bactéries présentes dans votre corps (peau, intestin) risquent de devenir résistantes.
- Les bactéries résistantes aux antibiotiques peuvent être la cause d'infections difficiles à guérir, et vous pouvez aussi les transmettre à vos proches.

**En prenant un antibiotique uniquement lorsque c'est indispensable, vous contribuez à prévenir l'apparition de bactéries résistantes aux antibiotiques.**

**ⓘ** Ce document est adapté à votre cas. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques.

**Avec ou sans antibiotiques, vous ne guérez pas plus vite.**



MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES



L'Assurance  
Maladie

plan d'alerte  
sur les antibiotiques 2011-2016



32-2015

Une étude qualitative visant à apprécier l'impact de ce document et menée auprès des prescripteurs et des assurés montre que ces derniers le jugent très majoritairement positif : utile, facile à comprendre, convaincant et source d'informations nouvelles. Ce document contribue à la compréhension de la décision médicale et les personnes interrogées soulignent la nécessité d'une remise de ce dernier par leur médecin.

La campagne visant une maîtrise médicalisée du dosage biologique du PSA dans un cadre de dépistage du cancer de la prostate a utilisé des outils d'information à destination des médecins et des patients. Le livret d'information « S'informer avant de décider » proposait au patient qui souhaitait s'engager dans une démarche de dépistage (non recommandée dans le cadre d'un programme national) l'ensemble des éléments disponibles concernant cet examen (fiabilité, avantages et inconvénients) et ses conséquences. En exposant simplement les notions de surdiagnostic, de surtraitement et les effets indésirables possibles des traitements, ce document suggérait un dialogue du patient avec son médecin à partir d'une information préalable fiable permettant une décision plus éclairée dans la mesure où, selon une enquête, la majorité des hommes ayant réalisé un dosage du PSA n'avait pas été informée des limites et bénéfices de ce dépistage<sup>28</sup>.

Depuis septembre 2016, la CPAM du Bas-Rhin, en association avec le RSI, a notamment lancé un site internet<sup>29</sup> pour informer sur le fonctionnement du système de santé en général et sensibiliser à la croissance des dépenses d'assurance maladie. Ce site permet de tester ses connaissances sur la compréhension du système et sur les possibilités de chacun d'utiliser différemment l'offre de soins et de prestations remboursées. Les premiers résultats sont encourageants avec plus de 30 000 visites sur les 6 premiers mois dont 40 % aboutissent à la délivrance d'un message pédagogique sur le bon usage de certaines prestations en général (médicaments, transports, prescription de masso-kinésithérapie). Cette campagne est complétée depuis le printemps 2017 par différents volets thématiques sur le médicament (génériques, antibiotiques, iatrogénie, alternatives à la prescription) qui abordent les questions de façon simple et ludique avec pour objectif de sensibiliser, d'informer, de favoriser le dialogue avec les professionnels de santé et rendre le patient potentiellement davantage acteur de sa santé.

Ces démarches à destination des patients pour améliorer la connaissance du système ou préciser l'information lors d'une prise en charge individualisée ne constituent qu'une étape du rôle partenarial susceptible d'être joué par un patient et participent d'une logique d'un patient ou d'un usager acteur de l'amélioration de la qualité du système de santé (à l'échelon individuel ou collectif).

Les démarches proposant l'intervention de pairs patients au sein de parcours de soins sont suivies avec intérêt par l'Assurance Maladie. Il en est ainsi du programme Elan Solidaire conduit par la Fédération française des diabétiques (FFD) depuis 2008. Il s'agit de rendez-vous individuels ou collectifs animés par des patients bénévoles experts formés. Au-delà d'une facilitation de l'expression, de la dissipation de craintes ou du partage d'expérience, ces formes d'accompagnement inscrites de façon concertée et coordonnée au sein des interventions des différents professionnels sont susceptibles de favoriser une autonomie supplémentaire des patients. Outre sa participation financière à la formation des patients bénévoles experts, l'Assurance Maladie étudie les conditions d'une intervention de ceux-ci afin de favoriser l'autonomisation des 95 000 patients nouvellement insulino-traités chaque année.

### Observance

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'observance comme la « *concordance entre le comportement d'une personne – prise de médicaments, suivi d'un régime et/ou modifications du comportement – et les recommandations d'un soignant* ». Dans le langage courant, l'observance désigne généralement le respect de la posologie prescrite par le médecin, à savoir la dose et les modalités de la prise médicamenteuse.

Ce sujet a pris une place importante dans le débat public depuis quelques années à la suite notamment de la diffusion de plusieurs études estimant l'impact négatif de la non-observance en termes de santé publique et de coût important pour la société. Accentuée par le développement des maladies chroniques, la non-observance est, comme le souligne l'OMS, un « *problème d'une magnitude frappante* ».

Favoriser une meilleure observance est donc un levier important d'amélioration de la prise en charge des patients, qui s'inscrit au cœur des missions de l'Assurance Maladie.

Toutefois, cet objectif se heurte à la difficulté de repérer les patients ne suivant pas, ou insuffisamment, leur traitement et à en mesurer les conséquences sanitaires et financières. Par ailleurs, l'observance doit être appréhendée comme un élément de phénomènes plus larges et complémentaires – l'adhésion du patient à son traitement et le bon usage du médicament – pour tenir compte de la multiplicité des causes à l'origine du refus ou de l'arrêt d'un traitement, notamment dans la prise en charge de pathologies chroniques. Enfin, l'efficacité des dispositifs visant à une meilleure adhésion peine à convaincre, plaidant davantage en faveur d'une approche plus globale.

Les propositions de l'Assurance Maladie s'inscrivent dans cet objectif de renforcement des actions en faveur d'une meilleure

28 Enquête BVA pour l'Institut national du cancer (INCa). « Dépistage du cancer de la prostate ». Enquête quantitative sur les connaissances, les pratiques des médecins généralistes et l'information transmise aux patients – Août 2015.

29 [www.on-peut-faire-mieux.com](http://www.on-peut-faire-mieux.com)

observance, dans le cadre d'un accompagnement global des patients.

### L'observance est un phénomène complexe à appréhender

#### La bonne observance, une norme communément admise à relativiser

Une dizaine de mesures de l'observance a été répertoriée dans la littérature (Hess, 2006). Parmi ces mesures, la plus fréquemment utilisée est le *Medication Possession Ratio* (MPR), qui rapporte le nombre de doses délivrées ou consommées au nombre de doses prescrites sur une période donnée. Dans la littérature scientifique, le seuil de 80 % est communément repris,

un patient dont le MPR est supérieur à ce seuil étant considéré comme bon observant (Kronish, 2013). Il serait pourtant nécessaire d'adapter ce seuil de bonne observance à chaque pathologie.

#### Des taux d'observance qui diffèrent considérablement pour une même pathologie

La comparaison d'études sur l'observance, pour une même pathologie et un même traitement, à partir d'une même mesure, montre une grande variabilité des résultats (tableau 33). Les études reposant sur des mesures moins objectives que le MPR, réalisées à partir de questionnaires, conduisent à des résultats encore plus hétérogènes.

#### ► TABLEAU 33

### Niveaux d'observance dans plusieurs pathologies ou groupes de pathologies

Pathologie(s)	Traitements	Revue de la littérature	Effectifs	Mesures de l'observance	Référence	
Diabète de type II	Antihyperglycémiant oraux	12 articles		Observants MPR <sup>(a)</sup> ≥ 80 %	59,9 % à 76,3 %	Iglay, 2015
		13 articles		Taux d'observance MPR moyen	68,8 % à 81,7 %	
Diabète de type II	Antidiabétiques oraux seuls ou association avec insuline	27 articles		Observants MPR et échelle Morisky	38,5 % à 93,1 %	Krass, 2015
Hypertension	Antihypertenseurs	25 articles	12 628	Non-observants Échelle Morisky	34,4 % à 56,1 %	Abegaz, 2017
Troubles bipolaires et schizophrénie	Antipsychotiques	6 articles	51 796	Taux d'observance MPR, PDC <sup>(b)</sup> ...	60 % à 81 %	García, 2016
		25 articles		Taux d'observance Questionnaires	34 % à 80 %	
Asthme sévère	Corticoïdes inhalés	23 articles	24 - 97 743	Observants – enfants MPR ≥ 80 %	20 % à 33,9 %	Engelkes, 2015
				Observants – adultes MPR ≥ 80 %	15 % à 54 %	

(a) MPR : *Medical Possession Ratio*

(b) PDC : *Proportion of Days Covered*

#### Des méthodes d'observation indirectes qui conduisent à surestimer l'observance

Plusieurs méthodes permettant de mesurer la consommation de médicaments peuvent être mobilisées, chacune d'entre elles présentant des avantages et des limites (tableau 34).

L'observation par une tierce personne de la prise effective du traitement par le patient est une méthode directe qui garantit une mesure fiable du phénomène. Cependant, cette méthode est rarement mise en œuvre car coûteuse et contraignante pour le patient.

Les méthodes les plus fréquemment utilisées sont donc des méthodes indirectes : questionnaires, piluliers électroniques,

données pharmaceutiques ou extraites de bases de données médico-administratives. Ces méthodes peuvent tendre à surestimer l'observance. En effet, rien ne garantit, par exemple, qu'avant un contrôle du nombre de médicaments consommés, le patient ait réellement pris la dose prescrite.

Par ailleurs, dans les bases de données médico-administratives, en l'absence d'informations sur le traitement prescrit par le médecin, la mesure de l'observance est aussi limitée à des traitements standards, ne reposant pas sur des stratégies thérapeutiques complexes dont les dosages tiendraient compte, par exemple, du poids du patient ou d'autres caractéristiques individuelles.

► TABLEAU 34

**Méthodes et dispositifs de collecte de données sur l'observance**

	Avantages	Inconvénients
<b>Méthodes d'observation directes</b>		
Observations par une tierce personne	• Fiabilité	• Coût • Acceptabilité par le patient
Analyses de sang ou d'urines	• Fiabilité	• Coût, l'analyse devant être réalisée peu de temps après la prise • Variations métaboliques • Acceptabilité par le patient
<b>Méthodes d'observation indirectes</b>		
Décompte des comprimés ou des doses : contrôle des boîtes ou flacons rapportés par le patient en pharmacie ou lors de visites à domicile	• Simple	• Contrôle de la prise effective du traitement • Validité faible
Exploitation de dossiers pharmaceutiques ou de bases de données médico-administratives	• Effectifs potentiellement importants • Traitements standards, sur longue période (pathologies chroniques)	• Contrôle de la prise effective du traitement, la dispensation ou le remboursement valant consommation • Traitements de courte durée et dosages spécifiques <sup>(a)</sup>
Systèmes de surveillance électronique : puce électronique insérée dans le boîtier renfermant les comprimés ou les doses à ingérer et reliée à un système d'enregistrement informatique (pilulier, inhalateur électronique ou dispositif à pression positive continue...)	• Objectivité des prises et du moment des prises	• Contrôle de la prise effective du médicament • Coût élevé • Acceptabilité par le patient
Questionnaires : adressés aux patients ou aux proches voire aux médecins traitants (pour les enfants ou les patients présentant des troubles psychiatriques), les résultats aux questionnaires sont codifiés sous forme de scores <sup>(b)</sup>	• Simple • Possibilité d'identifier les causes à l'origine d'une mauvaise observance	• Contrôle de la prise effective du médicament • Subjective car dépend des caractéristiques sociales, culturelles et économiques du patient, s'il est ou non polymédiqué... d'où des problèmes de fiabilité

(a) Exemple de dosage spécifique : le traitement par immunosuppresseurs suite à une greffe dépend de la tolérance du patient à ce traitement

(b) Par exemple : Medication adherence rating scale (MARS) ou Morisky medication adherence scale (MMAS) proposent différentes raisons pouvant conduire à la non-observance du traitement telles que l'oubli, la peur de l'aggravation de la maladie, etc.

Source : tableau réalisé à partir de Osterberg, 2005

**Le coût élevé de la mauvaise observance**

La mauvaise observance a des conséquences négatives sur la santé des patients, se traduisant généralement par un recours plus fréquent et plus coûteux au système de soins.

Pour estimer le coût de la mauvaise observance, les dépenses de soins des patients qualifiés de « bons observants » sont confrontées aux dépenses des patients dont le MPR est inférieur à 80 %, à âge, sexe et état de santé comparables. Ainsi, dans le cas du diabète de type II, une étude d'Egede (2012) évalue, au cours d'une année, que sur environ 740 000 vétérans, une

proportion plus importante de bons observants permettrait des économies proches d'un milliard d'euros sur cinq ans.

Si quelques études aboutissent à des résultats contraires, notamment dans le traitement du diabète (Hepke, 2004) et du VIH/sida (Gardner, 2008) (tableau 35), le fait que la mauvaise observance ait un coût n'est pas contestable (Iuga, 2014). Cependant, la variabilité des estimations pour une même pathologie et un même traitement rend fragile toute estimation globale de ce coût.

► TABLEAU 35

## Coût de l'observance dans plusieurs pathologies ou groupes de pathologies

Pathologies	Traitements	Effectifs	Âge	Coût de la mauvaise observance par patient et par an		Référence
Pathologies cardiovasculaires	Statines	381 422	18 à 61 ans	+ 610 €	MPR <sup>(a)</sup> < 80 % chez 32 % des patients	Pittman, 2011
Insuffisance cardiaque congestive		37 408		+ 5 500 €	MPR < 80 % chez 77 % des patients	Dominick Esposito, 2009
Insuffisance cardiaque		16 353		+ 7 300 €		
Hypertension		112 757		+ 3 650 €	MPR < 0,80 sur 12 mois	Roebuck, 2011
Diabète		42 080		+ 3 500 €		
Dyslipidémie		53 041		+ 1 170 €		
BPCO	Traitements de fond 2 prescriptions et plus	33 816		+ 2 040 €	PDC <sup>(b)</sup> < 0,80	Simoni-Wastila, 2012
Diabète		57 687	Salariés de moins de 65 ans	- 100 €	PDC < 0,80	Hepke, 2004
VIH/sida	Antirétroviraux	325		- 6 430 €	Entre les 25 % meilleurs et moins bons observants	Gardner, 2008

(a) MPR : Medical Possession Ratio

(b) PDC : Proportion of Day Covered

**L'observance est un élément de l'adhésion du patient à son traitement****L'adhésion du patient à son traitement**

Le bon suivi d'un traitement ne se résume pas nécessairement à la prise de médicaments (Kardas, 2012). Par exemple, le suivi glycémique fait partie des points clés de la prise en charge d'un patient diabétique. De même, les conseils hygiéno-diététiques (arrêt du tabac, activité physique, changement de comportement alimentaire, habitude de sommeil, etc.) peuvent constituer des éléments essentiels de la prise en charge d'un patient.

C'est pour ces raisons que l'OMS préfère parler plus globalement de « concordance entre le comportement d'une personne – prise de médicaments, suivi d'un régime et/ou modifications du comportement – et les recommandations d'un soignant ». L'OMS ainsi que des institutions publiques en santé privilégient ainsi la notion d'adhésion au traitement, plutôt que celle d'observance : plus dynamique, cette notion traduit une évolution sociétale qui positionne le patient comme acteur central du processus de soins. De multiples caractéristiques du patient, à la fois cognitives, comportementales, sociales et émotionnelles, conditionnent en effet l'adhésion au traitement (Kardas et al., 2012).

**Initiation - observance - persistance : les trois étapes clés de l'adhésion**

La communauté scientifique aborde la question de l'adhésion au traitement à travers trois étapes distinctes : l'initiation, l'observance et la persistance (Vrijens, 2012).

L'initiation mesure la part des patients qui débutent effectivement un traitement. Par exemple, une étude de la Cnamts (Fagot, 2016) sur les traitements par antidépresseurs dans la prise en charge des troubles liés à la dépression ou à l'anxiété montre que dès la phase d'initiation apparaît un décalage entre les prescriptions remboursées et les recommandations. Selon la majorité des recommandations, l'efficacité d'un traitement par antidépresseur nécessite la prise du médicament sans interruption pendant au moins six mois. Or, sur 950 000 patients ayant débuté un traitement en 2011, seulement 30 % respectent cette recommandation (figure 62). Parmi les 70 % de patients ayant eu moins de six délivrances (une délivrance correspondant à un traitement d'une durée de 28 jours), la majorité n'a plus consommé d'antidépresseurs au cours des trois années suivantes, sans que ne survienne d'incident (marqueur de gravité, signalé en rouge sur la figure 62), ce qui pose également la question de la pertinence de la prescription dans certains cas.

► FIGURE 62

## Évolution de la cohorte de 949 571 patients nouvellement traités par antidépresseurs, de 2011 à 2014



(a) Apparition d'un marqueur de gravité : [hospitalisation ou affection de longue durée (ALD) ou IJ de longue durée (6 mois ou plus) ou invalidité] pour motif psychiatrique.

Note de lecture : ce graphique « en tapis » permet de suivre, année après année, la situation des patients. Par exemple, la première année (en 2011), près de 40 % des patients nouvellement traités reçoivent une seule délivrance d'antidépresseurs. La deuxième année, parmi ceux-ci, la majorité ne reçoit plus aucune délivrance d'antidépresseurs.

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

La persistance mesure le respect de la durée du traitement prescrit, respect plus difficile dans le suivi de traitements de pathologies chroniques, la persistance diminuant au cours du temps. Une étude récente de la Cnamts portant sur la prévention de la récurrence des troubles bipolaires illustre ce phénomène. Deux stratégies thérapeutiques sont étudiées : un traitement par thymorégulateur conventionnel et un traitement par antipsychotique de seconde génération (tableau 36). Parmi 17 567 patients pour lesquels une de ces deux stratégies thérapeutiques a été initiée entre 2011 et 2012, le traitement est interrompu dans plus d'un cas sur deux dès la première année. Dans 12 % des cas, le traitement du trouble bipolaire est maintenu, mais le traitement initial est modifié, soit en remplaçant par l'autre traitement, soit en rajoutant l'autre traitement.

En définitive, avec l'initiation et la persistance, l'observance apparaît bien comme un des éléments du processus d'adhésion. La synthèse de 95 études portant sur le suivi de la consommation de médicaments à l'aide de piluliers électroniques a montré par exemple que, sur environ 17 000 patients atteints de différentes pathologies chroniques, 4 % n'initiaient

pas le traitement. Et après un an, un patient sur trois avait mis fin à son traitement (Blaschke, 2012).

► TABLEAU 36

### Motifs d'interruption de traitements pour trois stratégies thérapeutiques dans la prévention de la récurrence des troubles bipolaires

	Thymorégulateurs	Antipsychotiques
Arrêt de traitement <sup>(a)</sup>	56 %	56 %
Ajout de traitement	4 %	4 %
Relais de traitement	10 %	6 %

(a) Plus de 28 jours sans traitement

Note de lecture : ces résultats non ajustés ne permettent pas d'établir des comparaisons entre les deux traitements.

Source : Neumann, 2017

### Actions et propositions de l'Assurance Maladie : un levier d'amélioration de la prise en charge sur lequel il faut accroître les connaissances et les efforts

#### **Mieux appréhender le phénomène de la mauvaise observance par la réalisation d'études pharmaco-épidémiologiques**

La Cnamts a réalisé plusieurs études pharmaco-épidémiologiques sur la base d'une méthodologie robuste ayant donné lieu à publication et intégrant des mesures d'adhésion et de persistance spécifiques aux pathologies considérées. La mise en place du Système national des données de santé (SNDS) à partir d'avril 2017 permet désormais d'envisager des études couvrant une période plus longue (historique de dix ans), élément clé pour la rigueur des études relatives à l'observance dans le cas de pathologies chroniques.

Dans ce nouveau cadre, la Cnamts a d'ores et déjà prévu d'engager des études sur les sujets suivants :

- diabète de type II ;
- traitements après AVC et infarctus du myocarde ;
- HIV – trithérapie ;
- anti-TNF alpha dans maladie de Crohn et psoriasis ;
- anticancéreux en ville (sein, prostate...);
- tuberculose (trithérapie).

Ces nouvelles études contribueront à renforcer les connaissances et la compréhension de la mauvaise observance chez les patients atteints de ces différentes affections.

#### **Améliorer l'observance dans le cadre des services en santé proposés aux assurés : l'exemple de sophia diabète**

L'Assurance Maladie s'est engagée depuis plusieurs années à développer une offre de services d'accompagnement à destination des assurés sociaux, concourant notamment à favoriser une meilleure observance. On peut citer le service d'accompagnement sophia à destination des patients diabétiques et asthmatiques, ou encore l'accompagnement des patients insuffisants cardiaques ou atteints de BPCO à la suite d'une hospitalisation dans le cadre du programme Prado.

L'évaluation du service sophia diabète, dans une acception large de l'observance, montre des résultats encourageants avec un impact positif du service *via* l'accompagnement écrit et téléphonique réalisé auprès de ses adhérents. Ces résultats portent principalement sur la réalisation d'un examen du fond de l'œil et d'un bilan rénal, qui sont des examens essentiels pour prévenir les complications du diabète.

- Le recours au bilan ophtalmologique des adhérents sophia augmente sensiblement : + 2,5 points sur la période 2015 à 2016 (64,5 % des 630 000 adhérents diabétiques ont recouru à un ophtalmologiste). Ainsi, ce sont plus de 15 000 adhérents supplémentaires qui ont bénéficié d'un fond d'œil par rapport à la même période de 2014 à 2015. L'écart de taux de réalisation de l'examen du fond d'œil s'accroît entre les adhérents à sophia et les non-adhérents : ces derniers progressent de + 1,5 point et atteignent un taux de 53,9 % sur 2015 à 2016. Cette progression est particulièrement notable pour les nouveaux adhérents de l'année 2015 : ces derniers avaient en effet un faible niveau de recours au fond d'œil

(de l'ordre de 40 %) avant d'adhérer à sophia du fait d'une stratégie de recrutement fortement axée sur les diabétiques en écart aux soins. Ce taux de recours augmente très fortement dès la première année d'adhésion (49 % en 2014-2015) et progresse encore la seconde année de + 8 points, pour atteindre un niveau presque comparable à la moyenne des adhérents (58 % en 2015-2016). L'effet d'essoufflement des résultats la seconde année après l'adhésion, observé lors des évaluations médico-économiques réalisées, s'estompe. En effet, on note une progression des résultats y compris sur les « anciens » adhérents ayant adhéré en 2014 et avant : 1,5 point de progression sur 2015-2016 par rapport à 2014-2015, alors que cela stagnait auparavant. Ces résultats démontrent la pertinence de la stratégie poursuivie par le service sophia : recrutement de personnes n'ayant pas un suivi optimal de leur diabète puis accompagnement renforcé et ciblé.

- L'impact du service sophia est également positif sur le recours au bilan rénal : 2,3 points de progression sur l'année 2016. Ainsi, ce sont plus de 17 000 adhérents supplémentaires qui ont eu recours au bilan rénal par rapport à la même période de 2015. Dans le même temps, les non-adhérents à sophia progressent de 1 point : leur niveau de réalisation est de 34,3 % sur 2016, contre 43,7 % pour les adhérents.
- Enfin, l'accompagnement réalisé par sophia contribue aussi au sevrage tabagique : 9,4 % des adhérents sophia connus comme fumeurs fin 2015 ont déclaré avoir arrêté de fumer en 2016 (un partenariat avec le service Tabac info service est en place pour proposer un suivi par des tabacologues en complément de celui effectué par les infirmier(e)s sophia). Ainsi, 2 668 personnes ont déclaré avoir arrêté de fumer en 2016 parmi les 28 400 personnes connues comme fumeuses fin 2015. Il sera intéressant d'évaluer l'impact du service sur l'observance médicamenteuse des adhérents à l'aune de ces résultats encourageants.

#### **Favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient en ville**

L'éducation thérapeutique des patients (ETP) est un des leviers favorisant une meilleure observance des patients à leur traitement (sur l'aspect médicamenteux aussi bien que pour les règles hygiéno-diététiques), même si elle ne se réduit pas à ce seul objectif.

Depuis 2008, les centres d'examen de santé (CES) ont été identifiés comme des acteurs potentiels d'offre d'ETP, renforçant en cela leur rôle éducatif et préventif. Une offre de services aux médecins traitants en ETP a donc été proposée initialement pour le diabète de type II dans le cadre d'une phase expérimentale d'un programme national, puis étendue à la BPCO, et à l'asthme et, en 2015, aux maladies cardiovasculaires. Les programmes d'ETP mis en œuvre dans les CES sont définis au niveau national avec l'aide d'un conseil scientifique et autorisés par les ARS. Leurs objectifs sont globalement de « mieux comprendre et vivre avec la maladie », d'aider le patient à prendre une part plus active dans la prise en charge de sa maladie et *in fine* de contribuer à améliorer sa qualité de vie. La structuration des programmes d'ETP dans les CES est la même quelle que soit la pathologie abordée : un diagnostic

éducatif est élaboré avec le patient sous la forme d'un entretien personnalisé afin d'identifier ses besoins et ses attentes. Il permet d'amener le patient à formuler des objectifs éducatifs adaptés à son contexte de vie. Quatre ou cinq ateliers collectifs lui sont alors proposés. Des bilans individuels sont réalisés avec lui à l'issue du dernier atelier, ainsi que 6 mois après, afin de faire le point sur ses connaissances, les compétences en lien avec ses objectifs, mais aussi afin de renforcer positivement sa motivation.

Les programmes d'ETP autorisés mis en œuvre à l'hôpital (MCO et SSR) représentent aujourd'hui plus de 80 % de l'offre existante. Ainsi, sur les 1 855 programmes d'ETP autorisés par les ARS en 2015, 1 245 sont portés par le MCO et 167 par les SSR (rapport d'activité du FIR 2015). Après quatre années de mise en œuvre du régime des autorisations des programmes d'ETP, le Haut Conseil de la santé publique a produit un avis et des recommandations en 2015. Si cet avis conforte l'ETP comme composante du parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques, le HCSP réaffirme que « *l'ETP ne doit pas être uniquement pensée à l'hôpital. Il est important de former et de développer l'ETP en ville à travers la mise en œuvre de collaborations (associations, professionnels de santé, etc.). C'est la combinaison d'approches multicanaux qui permet d'atteindre les objectifs de l'ETP.* » Il invite par ailleurs à explorer, tester et évaluer de nouveaux modèles de mise en œuvre de l'ETP. De même, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) souligne les limites des bénéfices de l'ETP dans le cadre du diabète lorsqu'elle est pratiquée à l'hôpital de façon ponctuelle et insiste notamment sur la nécessité de développer l'accompagnement de ville et, donc, la coordination entre les établissements de santé et les professionnels de ville afin d'assurer un accompagnement durable, adapté aux besoins et au vécu des patients.

En 2017, les programmes d'ETP déployés dans les 67 CES proposent une offre en ambulatoire, qui associe le médecin traitant à toutes les étapes du programme : l'entrée du patient se fait avec son accord et il est informé de la poursuite du programme. La synthèse qui lui est adressée lors du bilan de suivi est destinée à l'aider à la prise en charge de son patient. Les participants des programmes d'ETP dans les CES sont en situation de vulnérabilité sociale pour environ 60 % d'entre eux quelle que soit la pathologie et sont majoritairement atteints de maladies chroniques non compliquées. Près de 25 000 consultants ont bénéficié de ces programmes depuis 2008 et près de 70 % participent à l'ensemble du programme.

L'exemple des CES montre qu'il est possible de développer une offre efficace d'ETP en contexte ambulatoire. D'autres acteurs des soins de ville, au premier rang desquels les maisons de santé pluriprofessionnelles, sont également susceptibles de jouer un rôle important dans la diffusion plus large de l'ETP. Cependant, comme le souligne le rapport de l'Igas de 2015, le dispositif général d'ETP devrait être revu et simplifié, notamment en ce qui concerne la définition des différents types d'intervention et d'intervenants possibles.

De tels changements nécessiteraient certainement des évolutions du cadre réglementaire pour renforcer la pertinence de cette offre d'ETP en ville. Il conviendrait de faire évoluer pour permettre plus de souplesse dans un souci d'efficacité, de maillage territorial et de meilleure adéquation aux besoins des patients.

#### **Appliquer le cadre réglementaire permettant une modulation tarifaire en fonction du bon usage dans le cadre de l'utilisation de la PPC**

Le Sahos est un trouble respiratoire du sommeil caractérisé par la survenue pendant le sommeil d'épisodes anormalement fréquents d'interruptions de la ventilation (apnées) ou de réductions significatives de la ventilation (hypopnées). Il peut être à l'origine d'une fatigue, d'une somnolence diurne, d'une baisse de la vigilance et entraîner une augmentation du risque d'accident. Sur le plus long terme, il peut augmenter le risque cardiovasculaire. Ce dispositif médical est inscrit à la LPP et fait actuellement l'objet d'une révision de la nomenclature qui intègre notamment, suite à l'avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts), un chapitre sur l'observance.

Un arrêté publié en 2013 prévoyait que le remboursement de la location d'appareils à pression positive continue (PPC) soit conditionné à son utilisation effective (au moins 84 heures par période de 28 jours et 3 heures chaque 24 heures). Si ces critères n'étaient pas remplis, l'Assurance Maladie appliquait un tarif dégressif, jusqu'à arrêter la prise en charge. Ce dispositif avait comme objectif de renforcer la responsabilité des prestataires propriétaires des machines, chargés d'assurer le suivi et le bon fonctionnement du dispositif auprès des patients. Sans remettre en cause le « *bien-fondé de ce mécanisme* », le Conseil d'État a annulé l'arrêté au motif que « *la loi n'avait pas donné compétence aux ministres pour subordonner, par voie d'arrêté, le remboursement du dispositif PPC à une condition d'utilisation effective par le patient* ».

Le décret n° 2017-809 du 5 mai 2017 prévoit que dans le cadre de l'inscription au remboursement d'un dispositif médical, la Cnedimts puisse recommander un seuil minimal d'utilisation correspondant au bon usage du dispositif. Il définit les conditions d'une modulation tarifaire éventuelle, établie par le Ceps, en fonction du niveau d'utilisation constaté du dispositif médical mais exige que cette modulation tarifaire n'entraîne pas une augmentation du reste à charge pour le patient. Ce décret précise les modalités de transmission des données par le prestataire à l'Assurance Maladie et au médecin prescripteur le cas échéant (notamment en cas de constat d'une utilisation insuffisante du DM). Ainsi, les prestataires peuvent recueillir avec le consentement des patients les données sur la durée et la fréquence d'utilisation de l'appareil. Ces données peuvent être recueillies par une fonction de télétransmission ou par tout autre moyen adapté et sécurisé. Le prestataire, après vérification du niveau d'utilisation du dispositif médical, applique une modulation de la tarification prévue dans l'arrêté inscrivant le dispositif médical sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

**Promouvoir les services pharmaceutiques en santé****Les entretiens pharmaceutiques**

La convention nationale conclue en 2012 entre l'Uncam, l'Unocam et les syndicats de pharmaciens d'officine a amorcé un virage inédit dans les missions des pharmaciens. Leur rôle dans l'amélioration de la prise en charge des patients chroniques a été valorisé par la mise en place de dispositifs d'accompagnement dont les objectifs principaux sont d'assurer l'observance des traitements prescrits et de lutter contre la iatrogénie. Le premier dispositif mis en œuvre en 2013 a concerné les patients sous antivitamines K (AVK). Près de 15 000 officines sur les 22 500 que compte la France se sont engagées dans la démarche. La première évaluation réalisée en 2014 a établi la satisfaction des patients et des pharmaciens impliqués, ainsi que l'impact positif sur la réalisation de l'INR. Depuis juin 2013, ce sont près de 182 000 adhésions et 265 000 entretiens qui ont été réalisés par les pharmaciens, assurant ainsi l'accompagnement de 18,2 % de la population cible. Cette action a été complétée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour permettre aux pharmaciens d'accompagner les patients sous anticoagulants oraux par voie directe (AOD). La montée en charge de ce dispositif est en cours. Enfin, l'accompagnement des patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés a été mis en œuvre de façon concrète début 2015. L'objectif est d'assurer le suivi de l'observance du traitement prescrit ainsi que sa bonne administration par des conseils adaptés à l'usage des différents systèmes d'inhalation. En cumulé, ce sont 11 200 adhésions et 13 900 entretiens qui ont été réalisés par les pharmaciens. Ces dispositifs ont permis d'engager les pharmaciens sur des mis-

sions de santé publique et constituent ainsi un relais pertinent dans le parcours de soins des patients.

**Le bilan de médication**

Dans le prolongement des missions d'accompagnement qui ont été initiées en 2012 et à l'instar de ce qui a été mis en place en Suisse ou expérimenté en Belgique, Espagne, au Royaume-Uni, la mise en œuvre de bilans de médication par le pharmacien, envisagée par les partenaires conventionnels pour 2018, permettra d'optimiser et de sécuriser la prise en charge des patients, le pharmacien étant le garant de la sécurité et du bon usage des médicaments prescrits. L'objectif est en effet, dans un cadre de coordination professionnelle, de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, de repérer les mésusages et d'améliorer l'observance des patients.

Le rôle du pharmacien consistera à organiser avec le patient un entretien d'information sur l'objectif du bilan de médication et à recueillir des informations sur les traitements prescrits ou non. Le pharmacien procédera ensuite à l'analyse des consommations du patient et formalisera ses conclusions et recommandations qui seront intégrées au DMP. Un entretien conseil sera ensuite organisé au cours duquel le pharmacien, outre le retour sur son analyse, délivrera au patient les conseils adaptés au bon usage des médicaments. Il assurera également le suivi de l'observance des traitements. La réalisation de ce bilan constituera un outil d'accompagnement thérapeutique du patient via les entretiens réalisés en officine et de dialogue renforcé avec le médecin traitant notamment.

## Bibliographie

Blaschke T.F., Osterberg L., Urquhart J., Vrijens B. et « Adherence to medications: insights arising from studies on the unreliable link between prescribed and actual drug dosing histories », *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 2012, vol. 52, pp. 275-301.

Dominick Esposito P., Ann D., Bagchi P., James M., Verdier J.D., Deo S., Bencio B.S. et Myoung S., Kim P., « Medicaid Beneficiaries With Congestive Heart Failure: Association of Medication Adherence With Healthcare Use and Costs », *American Journal of Managed Care*, juillet 2009, vol. 15.

Egede L.E., Gebregziabher M., Dismuke C.E., Lynch C.P., Axon R.N., Zhao Y. et Mauldin P.D., « Medication Nonadherence in Diabetes », *Diabetes Care*, 2012, vol. 35, n° 12, pp. 2533-2539.

Engelkes M., Janssens H.M., de Jongste J.C., Sturkenboom M.C.J.M. et Verhamme K.M.C., « Medication adherence and the risk of severe asthma exacerbations : a systematic review », *The European Respiratory Journal*, 2015, vol. 45, n° 2, pp. 396-407.

Fagot J.-P., Cuerq A., Samson S. et Fagot-Campagna A., « Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up », *International Journal of Clinical Practice*, 2016, vol. 70, n° 9, pp. 744-751.

García S., Martínez-Cengotitabengoa M., López-Zurbano S., Zorrilla I., López P., Vieta E. et González-Pinto A., « Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2016, vol. 36, n° 4, pp. 355-371.

Gardner E.M., Maravi M.E., Rietmeijer C., Davidson A.J. et Burman W.J., « The Association of Adherence to Antiretroviral Therapy with Healthcare Utilization and Costs for Medical Care », *Applied health economics and health policy*, 2008, vol. 6, n° 23, pp. 145-155.

Hepke K.L., Martus M.T. et Share D.A., « Costs and utilization associated with pharmaceutical adherence in a diabetic population », *The American Journal of Managed Care*, 2004, vol. 10, n° 2 Pt 2, pp. 144-151.

Hess L.M., Raebel M.A., Conner D.A. et Malone D.C., « Measurement of Adherence in Pharmacy Administrative Databases : A Proposal for Standard Definitions and Preferred Measures », *Annals of Pharmacotherapy*, 2006, vol. 40, n° 7-8, pp. 1280-1288.

Iglay K., Cartier S.E., Rosen V.M., Zarotsky V., Rajpathak S.N., Radican L. et Tunceli K., « Meta-analysis of studies examining medication adherence, persistence, and discontinuation of oral antihyperglycemic agents in type II diabetes », *Current Medical Research and Opinion*, 2015, vol. 31, n° 7, pp. 1283-1296.

Iuga A.O. et McGuire M.J. « Adherence and health care costs », *Risk Management and Healthcare Policy*, 2014, vol. 7, pp. 35-44.

Kardas P., Morrison V., Fargher E., Parveen S., Plumpton C.O., Clyne W., De Geest S., Dobbels F., Vrijens B., Urquhart J., Pawel L., Matyjaszczyk M. et Dyfrig H., « Report on the determinants of patient non-adherence with short-term therapies and treatments for chronic diseases in Europe », in *ABC - Ascertainning Barriers for Compliance*, 2012.

Krass I., Schieback P. et Dhipayom T., « Adherence to diabetes medication: a systematic review », *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 2015, vol. 32, n° 6, pp. 725-737.

Kronish I.M. et Ye S. « Adherence to Cardiovascular Medications: Lessons Learned and Future Directions », *Progress in cardiovascular diseases*, 2013, vol. 55, n° 6, pp. 590-600.

Neumann A., Tournier M., Alla F., Bégaud B., Maura G. et Verdoux H., « Résultats de trois stratégies thérapeutiques dans la prévention des récurrences du trouble bipolaire : une étude de cohorte à partir du Sniiram », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2017, vol. 65, Supplément 1, pp. S5-S6.

Osterberg L. et Blaschke T., « Adherence to Medication », *New England Journal of Medicine*, 2005, vol. 353, n° 5, pp. 487-497.

Pittman D.G., Chen W., Bowlin S.J. et Foody J.M., « Adherence to statins, subsequent healthcare costs, and cardiovascular hospitalizations », *The American Journal of Cardiology*, 2011, vol. 107, n° 11, pp. 1662-1666.

Roebuck M.C., Liberman J.N., Gemmill-Toyama M. et Brennan T.A., « Medication adherence leads to lower health care use and costs despite increased drug spending », *Health Affairs (Project Hope)*, 2011, vol. 30, n° 1, pp. 91-99.

Simoni-Wastila L., Wei Y.-J., Qian J., Zuckerman I.H., Stuart B., Shaffer T., Dalal A.A.

et Bryant-Comstock L., « Association of chronic obstructive pulmonary disease maintenance medication adherence with all-cause hospitalization and spending in a Medicare population », *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2012, vol. 10, n° 3, pp. 201-210.

Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A., Przemyslaw K., Demonceau J., Ruppert T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszczyk M., Mshelia C., Clyne W., Aronson J.K. et Urquhart J. « A new taxonomy for describing and defining adherence to medications », *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2012, vol. 73, n° 5, pp. 691-705.

## Propositions

### Propositions sur l'observance

#### Proposition 10

##### — Réaliser des études pharmaco-épidémiologiques pour mieux appréhender le phénomène de la mauvaise observance

Face aux difficultés méthodologiques liées à l'étude et à la mesure de l'observance, il est primordial de poursuivre la réalisation d'études rigoureuses permettant de renforcer les connaissances et la compréhension de la mauvaise observance chez les patients atteints de différentes affections.

Aussi, dans le cadre de la mise en place du SNDS permettant de mener des études couvrant une période plus longue, l'Assurance Maladie propose d'engager des études sur les sujets suivants : diabète de type II, traitements après AVC et infarctus du myocarde, trithérapie antirétrovirale pour les infections au VIH, anti-TNF alpha dans la maladie de Crohn et le psoriasis, anticancéreux en ville (sein, prostate...) et trithérapie tuberculose.

Dans la continuité de la montée en charge des services sophia et de leur évaluation, l'Assurance Maladie étudiera également de manière spécifique leur impact sur l'observance médicamenteuse des assurés sociaux qui les utilisent.

#### Proposition 11

##### — Favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient en ville

Au regard de l'offre d'éducation thérapeutique (ETP) en France, qui est aujourd'hui très majoritairement hospitalière, il importe de permettre les conditions de son développe-

ment plus large en ambulatoire afin de disposer d'une offre en adéquation avec les besoins des malades chroniques. À l'instar des centres d'examen de santé, d'autres acteurs des soins de ville, au premier rang desquels les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), peuvent jouer un rôle important dans la diffusion plus large de l'ETP.

Il conviendrait de faire évoluer le cadre réglementaire d'autorisation des programmes d'ETP pour permettre le développement d'une offre portée par des structures plus légères et toucher un public plus large grâce à un meilleur maillage territorial.

#### Proposition 12

##### — Promouvoir les services pharmaceutiques en santé

La convention nationale conclue en 2012 entre l'Uncam, l'Unocam et les syndicats de pharmaciens d'officine a amorcé un virage dans les missions des pharmaciens en leur confiant un rôle dans l'amélioration de la prise en charge des patients chroniques.

Dans le prolongement des entretiens pharmaceutiques initiés en 2012, notamment pour les patients sous AVK, l'Assurance Maladie souhaite renforcer le rôle des pharmaciens à destination des patients polymédiqués. Ainsi, la création d'un bilan de médication confié au pharmacien, garant de la sécurité et du bon usage des médicaments prescrits, permettra de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse, de repérer les mésusages et d'améliorer l'observance des patients.

### 3.2.4 / Processus de soins

#### Épilepsie

L'épilepsie est une affection neurologique chronique dont la fréquence est plus élevée chez les enfants et les sujets âgés (environ 50 % des épilepsies débutent avant l'âge de 10 ans). La prévalence médiane de l'épilepsie active est estimée à 5,2 cas pour 1 000 habitants en Europe, selon une étude de 2005 (Forsgren, 2005). En France, la prévalence de l'épilepsie chez l'adulte a été estimée à 5,4 pour 1 000 chez l'adulte (Picot, 2008). Le diagnostic de l'épilepsie, qui doit être posé par un médecin spécialiste, repose sur une démarche associant des éléments cliniques (interrogatoire et examen clinique) et paracliniques (EEG et IRM).

L'accès des patients à une expertise et des examens spécialisés (médecin spécialiste neurologue « épileptologue », électroencéphalogramme ou centres référents pour les malades les plus graves) est difficile dans la majorité des pays développés.

Pour cette raison, il a été décidé d'étudier précisément la prise en charge des patients épileptiques en France, dans l'objectif de proposer des mesures permettant de l'améliorer.

#### Estimation de la prévalence et de la mortalité de l'épilepsie en France

##### Prévalence de l'épilepsie

L'analyse des données issues du Sniiram permet d'estimer la prévalence de l'épilepsie en France. Dans le cadre de la cartographie médicalisée des dépenses, il a été décidé de privilégier les malades les plus sévères, repérés par l'attribution de l'ALD n° 9 pour épilepsie et/ou par une hospitalisation dans le secteur MCO pour cette affection. Par cette approche, on dénombrait 273 800 personnes concernées en 2015.

Une partie des patients étant suivie de manière exclusive en ambulatoire, il est important de compléter les données de la cartographie par une analyse de la délivrance des médicaments antiépileptiques afin de repérer les malades « moins sévères ». Cette analyse a été effectuée en collaboration avec des neurologues et neuropédiatres français spécialistes de l'épilepsie :

– chez les patients de 15 ans et plus, seuls sont retenus les malades avec au moins une délivrance de médicaments qui ont une indication stricte pour l'épilepsie ;

– chez les patients de moins de 15 ans tous les malades ayant une délivrance de médicaments possédant une indication pour l'épilepsie ont été retenus.

Cette méthodologie de sélection des patients susceptibles d'être atteints d'une épilepsie aboutit aux résultats présentés dans le **tableau 37**.

#### ► TABLEAU 37

#### Effectif et prévalence selon l'âge des patients susceptibles d'être atteints d'une épilepsie en 2014

	Moins de 15 ans	15 ans et plus	Population totale
Effectif	58 000	442 000	500 000
Prévalence	5,84/1 000	10,65/1 000	9,72/1 000

Champ : régime général

Source : Cnamts (Sniiram)

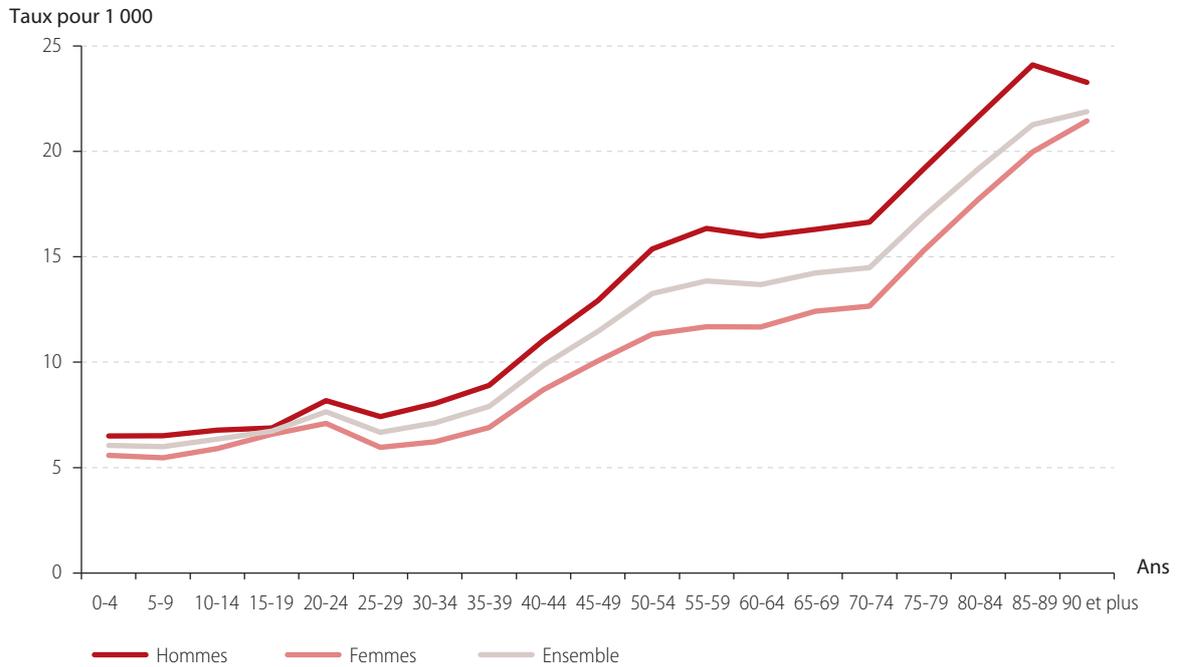
La prévalence de l'épilepsie augmente avec l'âge, en effet, la maladie guérit rarement et l'incidence augmente rapidement après 65 ans car cette affection est souvent associée aux accidents vasculaires cérébraux (**figure 63**). Elle est plus importante chez l'homme.

Cette prévalence est variable d'un département à l'autre, avec des taux élevés dans le centre de la France et en Bretagne, sans lien évident avec la démographie des 2 318 neurologues (données du conseil national de l'Ordre des médecins, 2016) (**figure 64**).

Il semble cependant que la structure de l'offre de neurologie ait un effet sur le nombre de patients épileptiques recensés sur un territoire donné, comme le montre la **figure 65**. Le nombre de patients traités par antiépileptiques hors cartographie médicale (c'est-à-dire hors patients en ALD n° 9 et/ou hospitalisés pour épilepsie) est inversement corrélé à la densité de neurologues libéraux.

► FIGURE 63

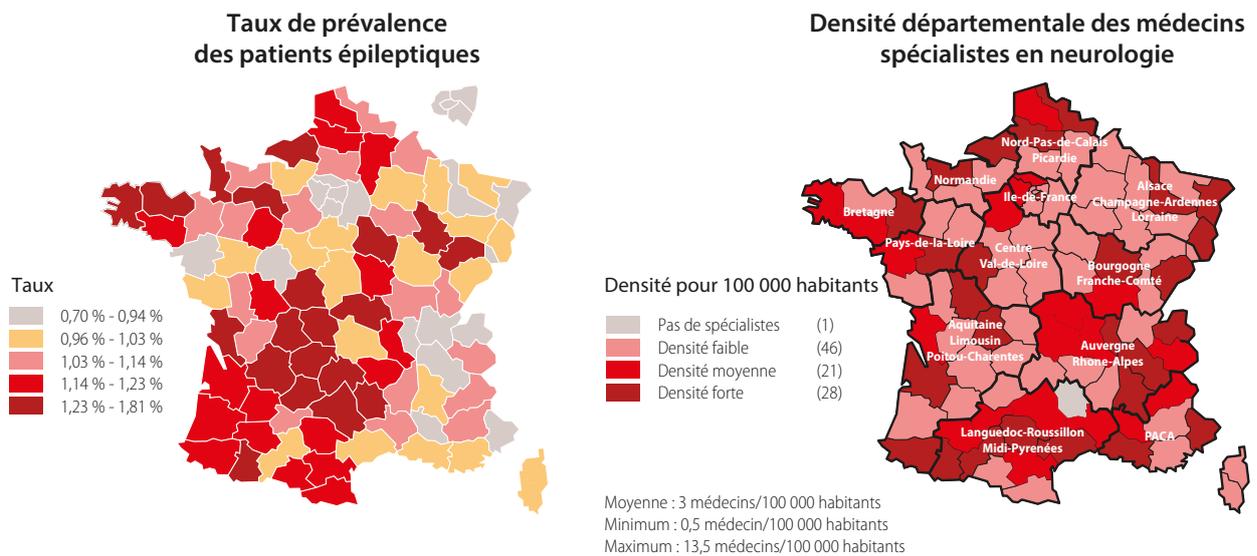
## Taux de prévalence des patients susceptibles d'être atteints d'une épilepsie, en fonction du sexe, en 2014



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

► FIGURE 64

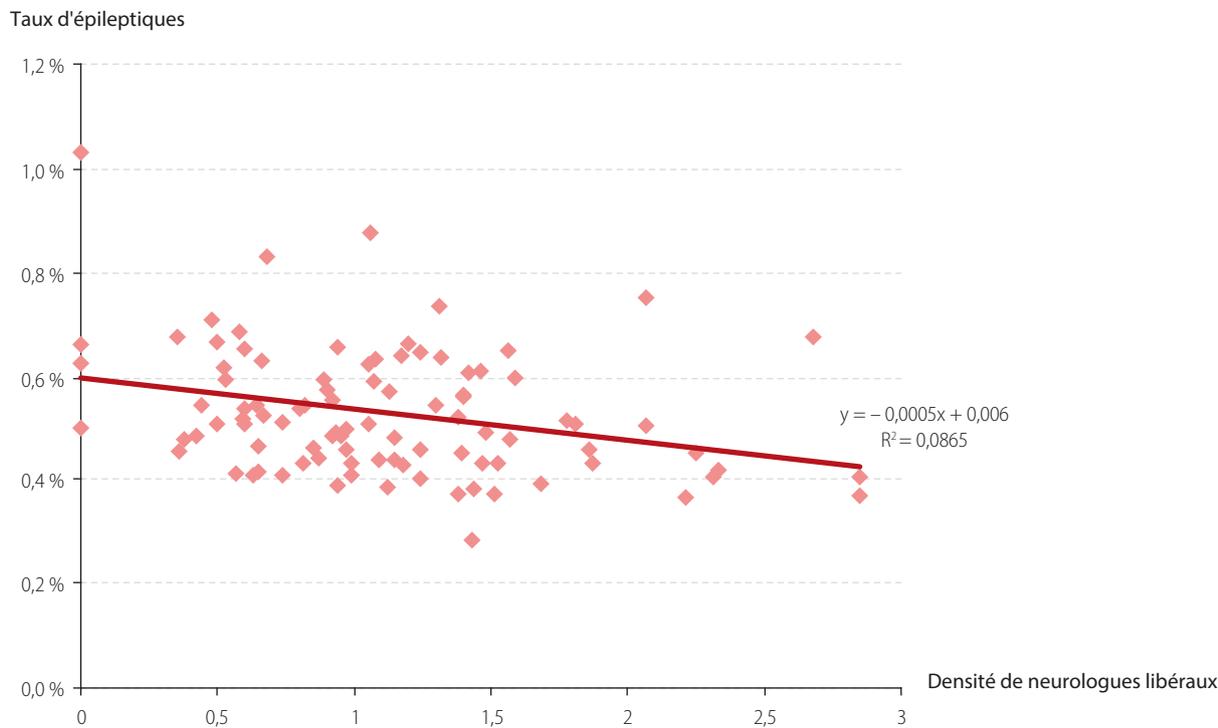
## Taux de prévalence des patients épileptiques en 2014 et densité des médecins spécialistes en neurologie en 2016 par département



Champ : régime général  
Source : Cnamts (Sniiram)

Sources : Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016), Cnam, Insee

## ► FIGURE 65

**Corrélation entre la densité départementale de neurologues et le taux de personnes traitées par antiépileptique (sans hospitalisation ni ALD), en 2014**

Champ : régime général pour le taux d'épileptiques, tous régimes pour la densité de neurologues libéraux  
Source : Cnamts (Sniiram)

**Estimation de la mortalité**

L'épilepsie s'accompagne d'une mortalité deux à cinq fois plus élevée qu'en population générale. Ces chiffres sont confirmés dans notre population étudiée (Sniiram, 2014), le taux de mortalité chez les patients de 15 ans et plus est de 4,91 %, alors qu'il est de 0,96 % en population générale pour la même tranche d'âge (figure 66).

**Constats sur le diagnostic et le suivi de l'épilepsie****Le diagnostic d'épilepsie**

Le diagnostic de l'épilepsie repose sur un interrogatoire et un examen clinique, associés à l'électroencéphalogramme (EEG) et à l'imagerie cérébrale par IRM. Il doit être réalisé par un spécialiste, idéalement au sein d'une structure spécialisée dans la gestion des premières crises avec un accueil spécifique pour les enfants. L'accès rapide à un avis spécialisé est recommandé, idéalement dans les quinze jours suivant l'épisode suspect pour le neurologue, dans le mois pour l'EEG, voire si possible dans les 24 heures, afin d'augmenter la sensibilité de l'examen.

L'EEG est nécessaire pour :

- poser le diagnostic et la prise en charge initiale d'une maladie épileptique ;

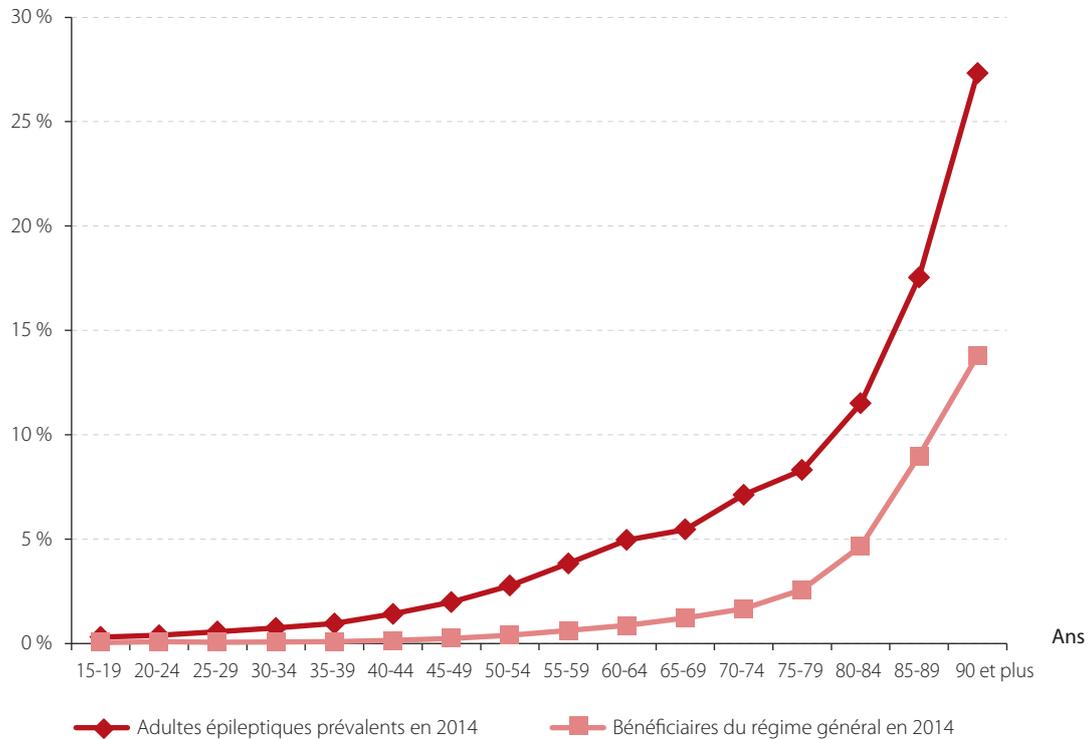
- étayer l'hypothèse de la nature épileptique d'un malaise ;
- orienter vers un syndrome épileptique particulier ;
- apporter des éléments pronostiques en termes de récurrence. L'EEG est par ailleurs utile pour le suivi des patients épileptiques (décision de maintien ou non d'un traitement, modification ou aggravation clinique) sans être systématiquement préconisé. L'EEG a, de plus, l'avantage d'être non invasif, facile à réaliser et à contrôler quand un suivi est nécessaire.

**Les recommandations pour la mise en route du traitement et les constats dans le Sniiram**

Il est recommandé de prendre la décision d'instaurer un traitement par médicaments antiépileptiques après consultation du patient et d'un neurologue ou d'un neuropédiatre spécialiste de l'épilepsie. Les médicaments antiépileptiques ne devraient pas être administrés tant que le diagnostic d'épilepsie n'a pas été confirmé. En l'absence de déficit neurologique, d'activité épileptique non équivoque à l'EEG ou d'anomalie structurale à l'imagerie compatible avec la crise, une période d'observation clarifiera habituellement le syndrome d'épilepsie et confirmera le besoin de traitement.

► FIGURE 66

## Taux de mortalité par classe d'âge chez les adultes de 15 ans et plus



Champ : hypothèse basse, régime général  
Source : Cnamts (Sniiram)

La classification clinique de l'épilepsie ainsi que les effets indésirables et les profils d'interaction sont essentiels pour discuter avec le patient de l'introduction d'un traitement et pour déterminer la monothérapie à initialiser. Il est donc essentiel que ces malades puissent accéder au neurologue/neuropédiatre et à la réalisation d'un EEG pour permettre le diagnostic positif de la maladie et mettre en place le traitement adapté.

En ce qui concerne les patients de 15 ans et plus, l'analyse des données du Sniiram permet d'identifier près de 58 000 patients qui ont eu une première délivrance d'un médicament antiépileptique en 2014 sans délivrance l'année précédente.

Seuls 53 % de ces malades ont encore une délivrance de traitement antiépileptique trois mois plus tard et 49 % douze mois plus tard.

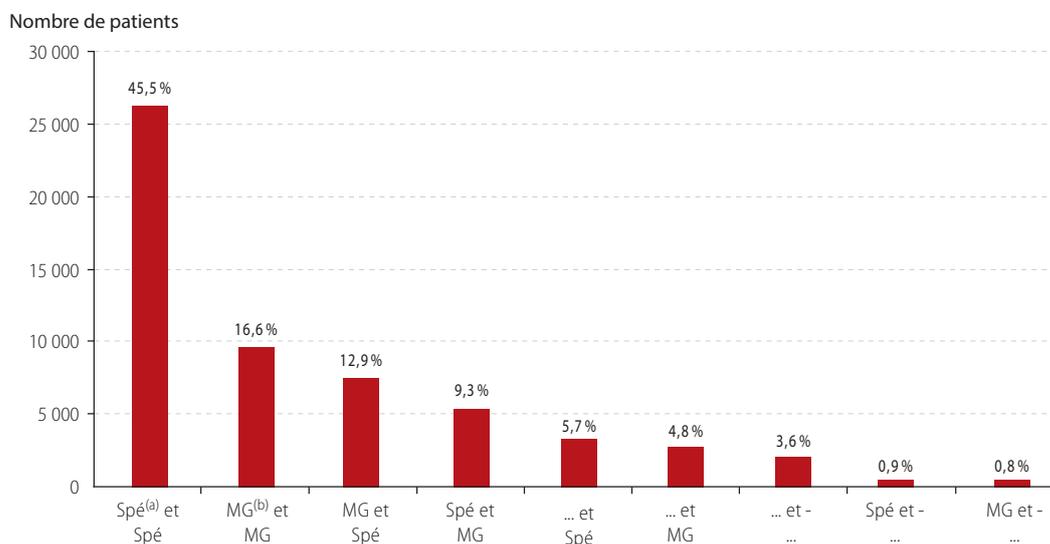
Le graphique (figure 67) présente le parcours des patients épileptiques en observant leur recours à un médecin trois mois avant et douze mois après l'instauration de leur traitement.

- On observe que seuls 55,7 % des patients ont été en contact avec un médecin spécialiste<sup>30</sup> dans les trois mois précédant l'instauration de leur traitement et 64,1 % ont consulté un médecin spécialiste dans l'année qui a suivi.
- Pour 22 % de ces malades, aucun contact n'est retrouvé avec un spécialiste dans les trois mois qui précèdent et les douze mois qui suivent la première délivrance du traitement, avec donc un suivi uniquement assuré par le médecin généraliste. Ces éléments de constat plaident en faveur de l'élaboration de recommandations sur le parcours de soins des malades épileptiques, précisant notamment le rôle des médecins généralistes et des neurologues dans le suivi de ces patients (figure 67).

30 Ont été considérés comme contact avec un spécialiste : consultation neurologue ou psychiatre libéral, consultation externe en établissement public, hospitalisation MCO pour affection neurologique, cotation d'un acte EEG.

► FIGURE 67

### Contacts avec le système de santé trois mois avant et douze mois après la première délivrance du traitement



(a) Spécialiste  
(b) Médecin généraliste

Note de lecture : ce graphique présente la répartition des patients épileptiques en fonction des contacts qu'ils ont eus avec un médecin trois mois avant et douze mois après l'instauration de leur traitement. Par exemple, la première barre présente le fait que 45,5 % des patients (26 320 patients) ont vu un médecin spécialiste trois mois avant et douze mois après. La cinquième barre établit que 5,7 % des patients n'ont pas vu de médecin dans les trois mois précédant leur traitement et un médecin spécialiste dans les douze mois suivants. La notion de spécialiste est entendue ici au sens de la note 30 page 108.

Champ : 2014, régime général  
Source : Cnamts (Sniiram)

#### L'activité des neurologues libéraux

En 2015, on dénombre 849 neurologues libéraux ayant exercé en France, ce qui en fait une spécialité relativement peu importante numériquement. Plus de la moitié d'entre eux (54 %) exercent uniquement en cabinet et 34 % sont en secteur 2.

L'activité des neurologues libéraux repose principalement sur les consultations, l'électromyographie (EMG) et les mesures des vitesses de conduction (figure 68). Ces trois actes représentent 91 % des honoraires totaux des neurologues en 2015. En revanche, l'électroencéphalographie (EEG) ne compte que pour 3 % des honoraires totaux et un neurologue sur deux (51 %) n'a pas réalisé d'électroencéphalogramme en 2015.

En 2015, seuls 13 % des patients susceptibles d'être atteints d'une épilepsie, identifiés pour cette analyse, étaient suivis par un neurologue libéral. Ces patients représentent en moyenne 8,5 % de la patientèle d'un neurologue libéral. La patientèle des neurologues libéraux est composée par ailleurs de patients atteints de pathologies très diverses, dont la maladie de Parkinson (7,9 %), le cancer (8,9 %), le diabète (10,3 %) ou les maladies psychiatriques (8,7 %).

On remarque, pour un faible nombre de neurologues libéraux (65), que l'électroencéphalographie (EEG) représente une part significative de leur activité (en moyenne 20 % de leurs honoraires totaux). Ces mêmes neurologues suivent près de trois

fois plus de patients épileptiques que la moyenne (25 % de leur patientèle).

Enfin, il est à noter qu'au regard de leur activité actuelle et de la composition de leur patientèle, si les neurologues libéraux prenaient en charge l'ensemble des épileptiques incidents (58 000 patients), cela conduirait en une année à doubler le nombre moyen d'épileptiques suivis par un neurologue.

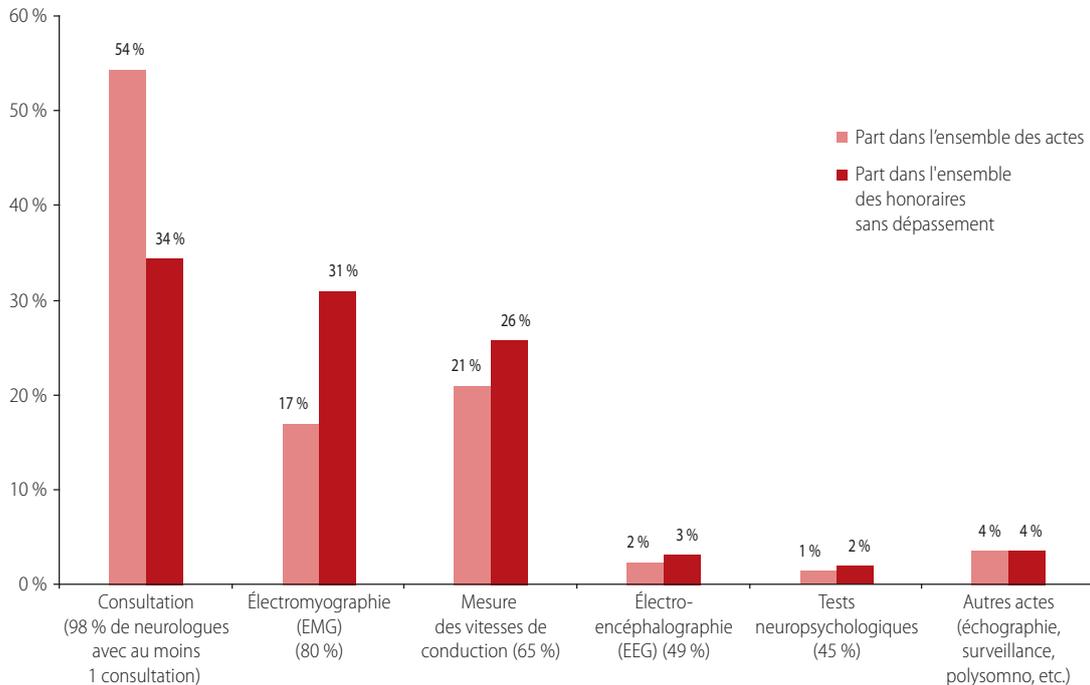
#### Des actions pour améliorer le parcours de soins dans différents pays

De nombreux pays ont fait les mêmes constats sur les conséquences en termes de mortalité et de morbidité des difficultés dans la prise en charge de l'épilepsie, notamment de l'accès aux neurologues/neuropédiatres spécialistes de l'épilepsie et à la pratique de l'EEG. Ces pays ont mis en place des actions depuis le début des années 2000 pour améliorer le parcours de soins des malades épileptiques.

L'exemple irlandais, qui est le plus abouti, est basé sur un nouveau modèle de soins : création d'une cohorte d'infirmier(e)s qualifié(e)s, introduction d'un dossier médical personnalisé spécifique pour les patients épileptiques, utilisation d'algorithmes dans les services d'urgence pour rationaliser la prise en charge de ces patients... Les premiers résultats (baisse du nombre d'admissions hospitalières) ainsi que les premiers retours patients témoignent du potentiel de ce type de programme.

► FIGURE 68

## Activité des neurologues libéraux en 2015 : répartition des actes et des honoraires



Champ : tous régimes – France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

En Angleterre, un modèle de filières de soins gradués, basées sur les recommandations du Nice (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2012), a été développé. Il repose notamment sur des centres de référence pour les malades les plus graves et permet un accès plus large à l'EEG grâce à des infirmier(e)s spécialisé(e)s qui réalisent cet examen.

Le rôle tenu par les infirmier(e)s spécialisé(e)s semble déterminant dans les expériences anglo-saxonnes (Hosking, 2002 ; Long, 1996). Ils assurent la coordination des soins des patients et jouent, selon l'avis des professionnels, un rôle primordial, bien que leur apport sur le plan économique n'ait pas encore été évalué. Dans une revue *Cochrane* de 2008, l'implication des infirmier(e)s spécialisé(e)s permet d'obtenir des résultats très positifs sur la morbidité, la mortalité, la réduction des admissions hospitalières, la qualité de vie et la connaissance de l'épilepsie et de son traitement (Bradley, 2008). Dans le cas où les patients seraient admis à l'hôpital, ils permettent également d'accélérer leur sortie, car les équipes hospitalières peuvent leur adresser les patients pour un suivi immédiat.

D'autres États, faute de stratégie globale, ont pris le parti de développer la compétence des médecins généralistes qui sont la plupart du temps responsables du suivi de ces patients. Ainsi, aux États-Unis, le projet Echo permet aux médecins généralistes d'être accompagnés par des médecins neurologues expérimentés, *via* des téléconférences hebdomadaires, pour assurer le diagnostic et le suivi des patients épileptiques.

Enfin, en Australie, l'accent est mis sur la formation des médecins généralistes et une rémunération spécifique leur a été proposée pour le suivi des patients épileptiques.

## Chirurgie bariatrique

## La chirurgie bariatrique est une activité qui continue de se développer

## Données générales

La Cnamts avait dressé dans son rapport de propositions pour l'année 2016 un état des lieux de la chirurgie bariatrique et de ses impacts pour notre système de santé. Depuis lors, la croissance de cette activité ne s'est pas infléchie, le taux de recours augmentant de 16,2 % par an en moyenne. Le nombre d'interventions annuel a été multiplié par trois entre 2001 et 2015, passant de 16 000 à 50 000 par an et on compte actuellement en France un demi-million de personnes ayant bénéficié d'une intervention de chirurgie bariatrique (**tableau 38**). Cette augmentation apparaît particulièrement importante au regard du fait que la prévalence de l'obésité n'augmente que de 5,9 % par an. Par ailleurs, selon la cartographie du risque opératoire publiée par le cabinet Branchet, la chirurgie bariatrique constitue un risque émergent en termes de sinistralité.

## Propositions

### Propositions sur la prise en charge de l'épilepsie pour favoriser l'accès des patients à une expertise neurologique

#### Proposition 13

##### Élaborer des recommandations sur le parcours de soins du malade épileptique

L'Assurance Maladie propose que des recommandations sur le parcours de soins du malade épileptique soient élaborées par la HAS afin de préciser notamment la place du neurologue et du médecin généraliste dans ce parcours en fonction de la sévérité de la maladie, de l'âge du patient et de la réponse au traitement.

#### Proposition 14

##### Faire évoluer les conditions permettant l'accès à une expertise neurologique pour le diagnostic de l'épilepsie

L'accès à l'électroencéphalogramme (EEG) pourrait être facilité en confiant la réalisation de cet acte à des infirmier(e)s, avec une interprétation des tracés par des neurologues, notamment dans le cadre de la télémedecine. Ces infirmier(e)s seraient formés à la pratique de l'EEG et pourraient être présents dans des établissements de proximité. L'Assurance Maladie propose que ces

actions soient expérimentées dans deux ou trois territoires afin d'en évaluer la faisabilité avant une éventuelle généralisation.

#### Proposition 15

##### Promouvoir des organisations territoriales répondant mieux aux besoins des patients épileptiques

Devant les difficultés d'accès à un avis et des examens neurologiques spécialisés et les disparités entre les territoires, il apparaît important de développer une réponse adaptée, permettant de répondre aux besoins de chaque patient.

L'Assurance Maladie propose que des réflexions soient menées aux niveaux régional et territorial pour déterminer les modes d'organisation pertinents en tenant compte des contraintes et de la démographie de chaque territoire. Ces organisations doivent assurer une gradation des soins en fonction des besoins du patient, offrir un accès rapide à l'avis et aux examens spécialisés lors du diagnostic et de l'initiation du traitement, ainsi qu'un suivi de qualité. Les communautés professionnelles territoriales de santé et les groupements hospitaliers de territoire sont amenés à jouer un rôle de premier plan dans ces réflexions.

## Bibliographie

Bradley P.M., Lindsay B., « Care delivery and self-management strategies for adults with epilepsy », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008.

Beghi E., Forsgren L., Oun A., Sillanpää M., « The epidemiology of epilepsy in Europe - a systematic review », *European Journal of Neurology*, 2005, n° 12, pp. 245-253.

Duncan J.S., Hosking P.G., Sander J.M.W., « The epilepsy nurse specialist at a tertiary care hospital: improving the interface between primary and tertiary care », *Seizure* 11, 2002, pp. 494-499.

Long L., McAuley J.W., « Epilepsy: a review of seizure types, etiologies, diagnosis, treatment, and nursing implications », *Critical Care Nurse*, 1996, n° 16, pp. 83-92.

National Institute for Health and Care Excellence, « Epilepsies: diagnosis and management », *Clinical Guidance*, 2012, n° 137.

Baldy-Moulinier M., Daurès J.-P., Dujols P., Crespel A., Picot M.-C., « The prevalence of epilepsy and pharmacoresistant epilepsy in adults: a population-based study in a Western European country », *Epilepsia* n° 49, 2008, pp. 1230-1238.

## Chirurgie bariatrique

### La chirurgie bariatrique est une activité qui continue de se développer

#### Données générales

La Cnamts avait dressé dans son rapport de propositions pour l'année 2016 un état des lieux de la chirurgie bariatrique et de ses impacts pour notre système de santé. Depuis lors, la croissance de cette activité ne s'est pas infléchi, le taux de

recours augmentant de 16,2 % par an en moyenne. Le nombre d'interventions par an a été multiplié par trois entre 2001 et 2015, passant de 16 000 à 50 000 et on compte actuellement en France un demi-million de personnes ayant bénéficié d'une intervention de chirurgie bariatrique (tableau 38). Cette augmentation apparaît particulièrement importante au regard du fait que la prévalence de l'obésité n'augmente que de 5,9 % par an. Par ailleurs, selon la cartographie du risque opératoire publiée par le cabinet Branchet, la chirurgie bariatrique constitue un risque émergent en matière de sinistralité.

► TABLEAU 38

## Évolution de l'activité de chirurgie bariatrique, entre 2011 et 2015

Nombre de patients opérés par an	Nombre d'établissements			Nombre d'actes		
	2011	2013	2015	2011	2013	2015
Moins de 30	175	141	132	1 718	1 703	1 561
30 à 49	68	46	60	2 690	1 738	2 339
50 à 99	86	105	91	6 292	7 274	6 482
100 à 199	64	79	84	9 141	10 721	11 720
200 et plus	32	62	74	10 672	20 282	25 835
	<b>425</b>	<b>433</b>	<b>441</b>	<b>30 513</b>	<b>41 718</b>	<b>47 937</b>

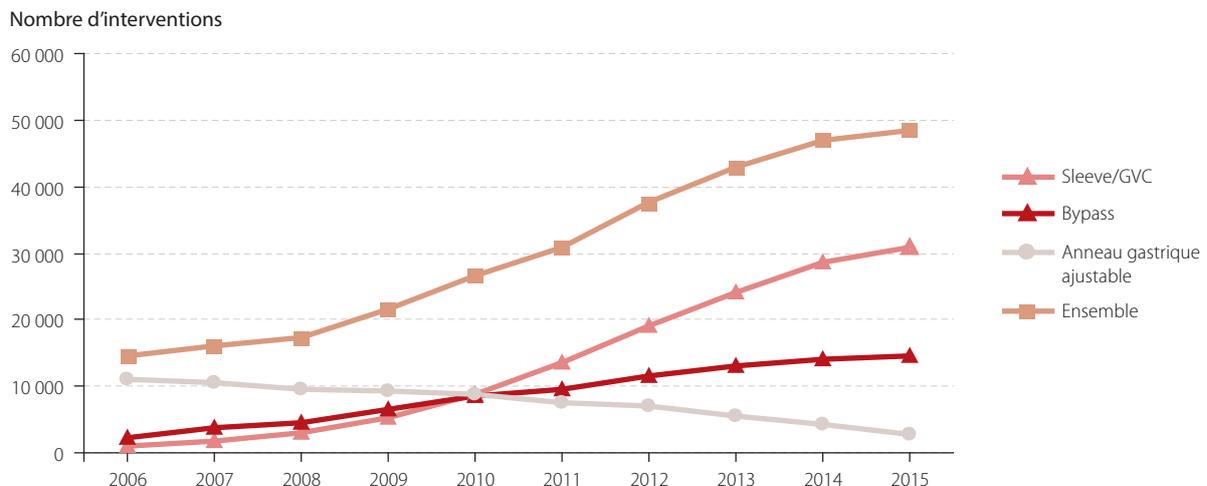
Champ : tous régimes – France entière  
Source : Atih (PMSI), traitements Cnamts

L'activité des centres de chirurgie de l'obésité varie fortement d'un centre à l'autre, avec des volumes allant de 30 interventions à plus de 200 par an. Ainsi, un tiers des établissements réalise plus de 100 interventions par an et représente les deux tiers de l'activité de chirurgie bariatrique.

Les techniques chirurgicales ont évolué dans le temps, l'anneau gastrique, qui était l'intervention la plus fréquente en 2006, ne représente plus que 6 % des interventions en 2015 ; la gastrectomie longitudinale (*Sleeve gastrectomy*) est deux fois plus pratiquée que le bypass avec 64 % des interventions en 2015 (figure 69).

► FIGURE 69

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



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

**Indications de la chirurgie bariatrique**

En France, la recommandation de la HAS de 2009 « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte », précise que la chirurgie bariatrique est indiquée par une décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaire chez des patients adultes réunissant un ensemble de conditions<sup>31</sup>, dont la formation et l'information du patient ainsi que sa compréhension et son acceptation de la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme.

Selon cette recommandation, la prise en charge pluridisciplinaire préopératoire du patient s'inscrit dans le cadre d'un projet personnalisé qui comporte :

- une consultation initiale auprès d'un praticien (médecin ou chirurgien) expérimenté dans la prise en charge chirurgicale de l'obésité, membre de l'équipe pluridisciplinaire, qui permet d'orienter ou non vers une indication de chirurgie ;
- une préparation préopératoire du patient (information du patient sur les risques, les limites de la chirurgie, le suivi

31 Indications de la chirurgie bariatrique (HAS, 2009) : avoir un IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> ou un IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> avec au moins une des comorbidités listées par la HAS, en deuxième intention, après un échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit de six mois à un an. En l'absence de perte de poids suffisante ou du maintien de la perte de poids, être bien formé au préalable, après avoir bénéficié d'une évaluation et d'une prise en charge pluridisciplinaire, avoir bien compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme, avoir un risque opératoire acceptable.

médical à vie, évaluation et prise en charge médicale du statut nutritionnel et vitaminique du patient, des comorbidités cardio-vasculaires ou métaboliques, du risque thromboembolique, du syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil, la fonction hépatique), un programme d'éducation thérapeutique pré et postopératoire et une évaluation psychologique et psychiatrique ;

– une concertation pluridisciplinaire au cours de laquelle la décision d'intervention est prise ou non.

L'optimisation de la préparation à la chirurgie bariatrique permet d'aider les patients à prendre leur décision d'intervention en toute connaissance de cause, à mieux tolérer cette chirurgie une fois opérés et à avoir une meilleure adhérence au suivi.

Cette phase préparatoire permet aussi :

– d'éliminer les contre-indications à la chirurgie chez le patient, de faire le bilan de ses comorbidités et de le prendre en charge sur le plan médical, éducatif et psychiatrique/psychologique ;  
– de prévenir à long terme la dégradation de l'état physique des personnes opérées pour leur obésité, essentiellement afin de mieux maîtriser les complications engendrées par un suivi insuffisant et, du coup, de diminuer leurs coûts pour la collectivité.

#### La reprise de poids

Lorsqu'elle est supérieure à la reprise physiologique, la reprise de poids se situe souvent à deux ans de l'intervention et signe alors l'échec de la chirurgie bariatrique, même si celle-ci était pertinente. Les compulsions alimentaires, une alternance avec une autre addiction (alcool/tabac ou drogue), une addiction au sucre, une hypoglycémie réactionnelle ou des facteurs métaboliques propres à la personne en sont la cause, du fait de :

– soit une évaluation insuffisante en préopératoire qui n'a pas été respectée ou qui n'a pas décelé des troubles du comportement alimentaire ou d'autres contre-indications ;  
– soit une sous-évaluation ou non-détection des contre-indications à l'intervention ;  
– soit encore une fois à une absence de suivi, donc de soutien et de détection précoce des complications ou des troubles du comportement alimentaire ou autres addictions.

#### Le suivi postopératoire est une étape fondamentale du parcours de soins, notamment pour prévenir les complications de cette chirurgie

##### L'importance du suivi postopératoire

La recommandation de la HAS exposait non seulement la nécessité d'une prise en charge préopératoire définie plus haut, mais alertait également sur l'obligation d'un suivi à vie des patients opérés, du fait du risque de complications tardives chirurgicales ou nutritionnelles graves :

« Le suivi et la prise en charge du patient après chirurgie doivent s'intégrer dans le programme personnalisé mis en place dès la phase préopératoire. Il est assuré par l'équipe pluridisciplinaire qui a posé l'indication opératoire, en lien avec le médecin traitant. »

En France, sur les 50 000 patients opérés chaque année, un sur deux est perdu de vue deux ans après l'intervention ou fait l'objet d'un mauvais suivi, ce qui induit un échec thérapeutique à moyen ou long terme avec une reprise de poids significative, une dégradation de l'état de santé et des complications tardives.

Dans la plupart des pays, le nombre de patients perdus de vue à moyen et long terme est important. L'étude suédoise SOS (*Swedish Obese Subjects*) (Sjöström, 2007) montre que les pourcentages de sujets régulièrement suivis dix et quinze ans après la chirurgie sont respectivement de 47,6 % et de 9 %. Au Royaume-Uni (Lalmohamed, 2012), dans une cohorte de 2 079 opérés, seuls 43 % des patients sont encore revus à deux ans et ce pourcentage chute à 8 % à cinq ans.

Ainsi, bien que le bénéfice de la prise en charge chirurgicale de l'obésité soit reconnu – rémission du diabète, réduction de la mortalité globale et cardiovasculaire des personnes obèses, perte de poids significative (malgré une reprise de poids physiologique de 20 % environ dans les dix-huit mois qui suivent l'intervention), le risque de complications métaboliques, nutritionnelles et chirurgicales potentielles justifie un suivi pluridisciplinaire régulier, spécialisé et poursuivi à long terme chez tous les opérés.

#### Le suivi reste problématique en France

En France, la Cnamts suit le devenir d'une cohorte de 16 000 opérés. Les résultats à cinq ans après l'intervention viennent confirmer et renforcer les constats que la Cnamts avait établis et mis en avant dans le rapport de propositions pour l'année 2016.

Seules 14 % des personnes opérées ont un bon suivi à cinq ans, 50 % ayant un suivi moyen et 36 % un mauvais suivi (une seule ou aucune consultation avec un médecin généraliste, aucune consultation avec un chirurgien ou un endocrinologue [ni hospitalisation], aucun bilan sanguin (fer, calcium, vitamine D) et si bypass, aucune délivrance de fer, calcium ou vitamine D) (**tableau 39**).

Les patients pour lesquels le suivi est le mieux effectué sont ceux qui ont fait l'objet d'une reprise, c'est-à-dire d'une réintervention. Les patients qui ont fait l'objet du plus mauvais suivi sont ceux pour lesquels ont été utilisées les techniques de *sleeves* ou d'anneaux.

Les difficultés du suivi sont liées à différents facteurs : complexité d'un suivi longitudinal au long cours, surtout chez des patients en situation de précarité dont le « tracé de vie » est difficile à suivre et dont la réalimentation n'est pas optimale. Dans certains cas, les patients opérés se sentent revivre et vont si bien qu'ils peuvent refuser d'admettre qu'un suivi à vie est indispensable (Vidal, 2014). Par ailleurs, la croissance des effectifs de patients opérés, qui augmente mécaniquement le nombre de suivis à effectuer, constitue un défi pour les équipes qui en sont responsables, dans un contexte où le manque de formation des professionnels demeure une réalité.

► TABLEAU 39

## Qualité du suivi des patients opérés en 2009, selon le type de chirurgie (en 2014 soit cinq ans après l'opération)

	Bypass	Anneau gastrique ajustable	Sleeve	Reprises	Total
Bonne	7,3 %	12,1 %	19,1 %	30,7 %	14,0 %
Moyenne	67,0 %	44,0 %	35,2 %	53,6 %	50,0 %
Mauvaise	25,7 %	43,9 %	45,7 %	15,7 %	36,0 %

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

**Le suivi nutritionnel pose également problème**

La supplémentation nutritionnelle est une composante très importante du suivi des patients afin d'éviter la survenue de complications potentiellement graves (encadré 20). Les traitements vitaminiques doivent par ailleurs être prescrits avec prudence et de façon adaptée à chaque patient car des suppléments injustifiés avec des quantités de vitamines largement supérieures aux apports nutritionnels conseillés peuvent être responsables d'effets toxiques, surtout pour les vitamines A et D et, à un moindre degré, pour la vitamine (Monnier, 2017).

C'est pourquoi les patients ayant subi une chirurgie bariatrique doivent bénéficier d'un suivi nutritionnel attentif avec un suivi des dosages de micronutriments et une supplémentation vitaminique adaptée selon les carences, notamment en cas de chirurgie visant une malabsorption.

Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016 comprenait, dans ses propositions relatives à la chirurgie bariatrique, un point sur l'opportunité de créer un forfait de substitution vitaminique pour les patients opérés. Aucune solution simple, pratique et fiable n'a cependant pu être identifiée pour les compléments nutritionnels tels que le zinc, le sélénium et les multivitamines<sup>32</sup>, du fait qu'ils ne sont pas reconnus comme des médicaments.

Les deux hypothèses évoquées (inscrire ces produits comme médicaments remboursables ou mettre en place un remboursement forfaitaire identique à celui qui a été mis en place pour les aliments sans gluten dans la maladie cœliaque) se sont révélées non satisfaisantes et non réalisables en termes de simplification des procédures et de risques financiers.

Il faut cependant noter que malgré leur remboursement par l'Assurance Maladie, les compléments nutritionnels et vitaminiques recommandés par la HAS (fer, vitamine D, vitamine B12 et calcium) sont très peu consommés par les patients opérés

à un an de leur intervention (33 % de délivrance de vitamine D, 14 % de calcium et - 28 % de fer). Ce qui souligne l'importance de l'accompagnement de ces patients, au-delà du seul remboursement des soins.

**Améliorer la qualité du suivi est cependant possible**

Certains pays ont trouvé des solutions pour limiter le nombre de perdus de vue après la chirurgie bariatrique, notamment en adoptant un modèle de suivi s'appuyant sur des centres spécialisés pluridisciplinaires. Ainsi, les Pays-Bas (Lenormand, 2016) ont seulement 1 % de perdus de vue sur une dizaine d'années en instaurant des *Dutch Obesity Clinics* qui suivent 60 % des patients à raison de 6 500 nouveaux cas par an. Ces centres assurent une prise en charge globale et pluridisciplinaire tout au long du processus :

- une longue préparation pour assurer une réelle motivation ;
- l'intervention ;
- le suivi du changement de mode de vie ;
- la consolidation du traitement de l'obésité ;
- le suivi à long terme comportant notamment un large recours à l'éducation thérapeutique et des groupes de parole, voire la possibilité d'une sanction financière en cas de non-observance par le patient.

Le suivi est financé sur la base d'un forfait pour les deux premières années. Le patient doit s'engager à suivre le parcours de chirurgie bariatrique. En cas de non-respect du parcours, il peut faire l'objet d'une pénalité financière de 200 euros.

Par ailleurs, la préparation en amont est financée pour six consultations avec un forfait de 500 euros et en postopératoire sur la base de 28 consultations de suivi organisées sur deux ans, financées par un forfait de 2 500 euros.

Il pourrait être pertinent de s'inspirer de ce modèle pour faire évoluer les modalités de suivi de la chirurgie bariatrique en France, notamment concernant le financement du suivi des patients, en mettant en place un financement forfaitaire du suivi des patients.

32 Selon les recommandations actuelles de la HAS (qui pourraient être révisées), la supplémentation vitaminique est systématique dans le cas de chirurgie malabsorptive (bypass) mais doit être proposée en fonction du bilan clinique/biologique dans le cas de chirurgie restrictive (sleeve, anneau). Or, il est envisageable techniquement de moduler d'éventuels forfaits de prise en charge en fonction des techniques opératoires ou de résultats d'examen biologiques. Il s'agirait donc de couvrir un besoin moyen de l'ensemble des patients.

## ► ENCADRÉ 20

## Les complications de la chirurgie bariatrique

Les complications postchirurgie bariatrique précoces ou à moyen et long terme peuvent être classées en plusieurs groupes, souvent en fonction des procédures :

- mortalité précoce : à trois mois, elle serait en diminution selon la série des docteurs C. Schaaf, A. Lanelli et J. Gugenheim (2015) : 0,17 % en 2007, 0,08 % en 2012 (confirmé par le CHU de Lille) ;
- troubles fonctionnels digestifs liés à la modification du tractus digestif et de sa physiologie (reflux gastro-œsophagien, nausées, vomissements, dysphagie, dumping-syndrome, diarrhée dans 15 à 40 % des cas, constipation... ) ;
- complications mécaniques liées au geste chirurgical : perforations et fuites digestives, dilatation du réservoir (6 % après anneau) ou de l'œsophage (1 % après anneau), RGO, sténose anastomotique ou du réservoir, ulcère marginal, hémorragie, lâchage de ligne d'agrafes, fistules, hernies internes, occlusions et erreurs de réalimentation, lithiase vésiculaire après bypass (8 % à un an)...
- complications propres à l'état du malade : maladie thromboembolique, décompensation des comorbidités cardio-respiratoires...

La nécessité majeure d'une évaluation préopératoire et d'un suivi psychiatrique s'impose sur :

- les troubles de la conduite alimentaire et les addictions où l'on constate un transfert

de la dépendance à la nourriture (*Binge Eating Disorder* chez 42 % des personnes obèses) vers une autre dépendance : survenue au cours de la deuxième année postchirurgicale d'un trouble liée à l'alcool dans 9,6 % des cas, reprise du tabac chez 92 % des fumeurs qui ont arrêté récemment et de 46 % chez les fumeurs ayant arrêté depuis plus de huit ans ;

- les troubles psychiatriques qui peuvent aboutir à une augmentation de 50 % du risque suicidaire ;
- les troubles de l'image du corps qui peuvent entraîner au bout de douze à dix-huit mois, un trouble du mal-être identitaire.

À plus long terme, les interventions restrictives et/ou malabsorptives sont à l'origine de déficits, voire de carences nutritionnelles de fréquence et d'intensité variables, par :

- déficit d'apport alimentaire : diminution des ingesta, déstructuration de l'alimentation et intolérance possible à certains aliments (fibres, protéines) ;
- défaut d'assimilation : sécrétion d'acide gastrique (moindre dissociation des aliments), perte des fonctions mécaniques de l'estomac, diminution de la sécrétion du facteur intrinsèque qui permet d'assimiler la vitamine B12 ;
- asynergie entre l'arrivée du bol alimentaire et des sécrétions bilio-pancréatiques ;
- malabsorption duodéno-jéjunale due

à la diminution de la surface et du temps d'absorption.

Selon Dogan K. (2014), 7,9 % des personnes opérées ont déjà des carences à un an dont 1,6 % des carences sévères.

Différents tableaux peuvent être observés selon le délai de survenue de un mois à seize ans après la chirurgie :

- à la phase précoce, des lésions nerveuses périphériques immédiates, des encéphalopathies de Gayet-Wernicke et des polyradiculonévrites ;
- après plusieurs années, des myélopathies, des neuropathies optiques, des neuropathies périphériques et des myopathies.

Les carences concernent les protéines et les vitamines B1, B9, B12, A, E et D, ainsi que les minéraux majeurs (Ca, Na K...) et les oligoéléments (fer, zinc, cuivre et magnésium).

De façon récente sont rapportés des cas de spina bifida chez les nouveau-nés de femmes ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique. Indépendamment des risques liés à la chirurgie bariatrique et à l'obésité, la littérature met en évidence une augmentation des risques de dépression, d'AVC et de cancer colorectal en cas de déficit en vitamine B6, de mortalité et d'infarctus du myocarde en cas de déficit en vitamine C, d'insulinorésistance et de diabète en cas de déficit en vitamine D.

## Propositions

## Propositions sur la chirurgie bariatrique

**Proposition 16****Renforcer le rôle des centres spécialisés de l'obésité dans le suivi des patients et créer un forfait pour le suivi postopératoire**

L'amélioration de l'organisation du suivi postchirurgie bariatrique est indispensable à l'efficacité à long terme de cette chirurgie et à la réduction de la survenue des complications par une meilleure sélection, une meilleure information et

une préparation systématique des patients. L'adhésion des patients à un suivi à vie permettra ainsi une réduction de la gravité des complications, détectées et prises en charge précocement. L'Assurance Maladie propose que ce suivi s'inscrive dans le cadre d'un projet personnalisé de soins formalisé, pré et postchirurgie bariatrique. Ce projet engagerait le patient, le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire. Ce projet de soins serait basé sur une approche multidisciplinaire conforme aux recommandations de la HAS.

Le rôle des centres spécialisés de l'obésité (CSO) – en lien avec les centres partenaires – est ici central et l'Assurance Maladie propose que la responsabilité de la coordination du suivi des patients leur soit confiée. Cette coordination doit se faire en lien étroit avec le patient et son médecin traitant. Cela suppose une mise à jour du cahier des charges des CSO, qui pourrait mieux définir les contours de ces centres et les objectifs de qualité et de performance les mieux à même d'évaluer leur fonctionnement.

L'Assurance Maladie propose qu'un paiement forfaitaire couvrant les frais et dépenses relatifs à l'éducation thérapeutique, le dosage et la supplémentation adaptée des vitamines et micronutriments et la prise en charge de psychologue tels que formalisé dans le protocole de soins personnalisés soit mis en place. Du fait de leur rôle dans l'organisation du suivi, les CSO sont les destinataires naturels de ce forfait.

### Proposition 17

**– Mettre en place en lien avec les sociétés savantes un registre « chirurgie bariatrique »**

La chirurgie bariatrique est une intervention relativement nouvelle. Les données relatives au maintien de la perte de

poinds à long terme, à l'amélioration de la qualité de vie chez les patients qui en ont bénéficié ainsi qu'aux complications tardives liées à la chirurgie malabsorbante et restrictive doivent être complétées.

L'Assurance Maladie propose de nouer un partenariat avec les sociétés savantes pour développer un registre sur la chirurgie bariatrique couplant des données cliniques renseignées par les professionnels et les données de remboursement de l'Assurance Maladie.

Ce registre pourrait permettre de développer des outils d'analyse de la pertinence de la chirurgie, de la qualité du suivi, de l'efficacité de la chirurgie et de ses complications.

### Proposition 18

**– Instaurer un seuil d'activité minimum pour les centres de chirurgie de l'obésité**

Devant l'accroissement très important du nombre de patients opérés en chirurgie bariatrique et la persistance d'un grand nombre d'établissements ayant un volume d'activité faible, l'Assurance Maladie propose de mettre en place des seuils d'activité pour l'activité de chirurgie de l'obésité, couplés à des mécanismes de régulation de la pertinence de l'activité basés sur des indicateurs de qualité.

## Bibliographie

Aarts E.O., Aufenacker T.J., Berends F.J., Betzel B., Dogan K., Janssen I.M.C., van Laarhoven K.J.H.M., O'Ehehanie P., Ploeger N., « Optimization of vitamin supplementation after Roux-en-Y gastric bypass surgery can lower postoperative deficiencies: a randomized controlled trial ». *Medicine* (Baltimore), 2014, pp. 93, 169.

Haute autorité de santé, n.d. « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte », *Recommandations de bonne pratique*, Paris, 2009.

Monnier L., Schlienge J.L., « Les suppléments vitaminiques systématiques : ont-elles une place dans la prévention des maladies chroniques ? », *Médecine des maladies métaboliques*, 2017, n° 5238, p. 213.

Bazelier M.T., Cooper A., Cooper C., Harvey N.C., Lalmohamed A., van Staa T.-P., de Vries F., « Risk of fracture after bariatric surgery in the United Kingdom: population based, retrospective cohort study ». *BMJ*, 2012, 345 ; e5085.

Courtois J., Fagot-Campagna A., Lenormand M., « Quel encadrement des pratiques de chirurgie bariatrique en France et à l'étranger ? », une revue par entretien auprès d'experts. *Diabetes & Metabolism*, Résumés des communications du congrès annuel de la SFD et de la SFD Paramédical, 2016, 42, A87-A88.

Schaaf C., Lanelli A., Gugenheim J., n.d. « État actuel de la chirurgie bariatrique en France », *e-memoires de l'Académie nationale de chirurgie*, 2015, vol. 14 (2), p. 104-107.

Sjöström L., Narbro K., Sjöström C.D., Karason K., Larsson B., Wedel H., Lystig T., Sullivan M., Bouchard C., Carlsson B., Bengtsson C., Dahlgren S., Gummesson A., Jacobson P., Karlsson J., Lindroos A.-K., Lönnroth H., Näslund I., Olbers T., Stenlöf K., Torgerson J., Agren G., Carlsson L.M.S., Swedish Obese Subjects Study, « Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects », *New England Journal of Medicine*, 2007, 357, 741-52.

Vidal P., Ramón J.M., Goday A., Parri A., Crous X., Trillo L., Pera M., Grande L., « Lack of adherence to follow-up visits after bariatric surgery: reasons and outcome », *Obesity Surgery*, 2014, n° 24, p. 179-183.

## Les Ehpad

### Pour un élargissement de la campagne d'accompagnement des Ehpad à la prévention des résistances aux antibiotiques par la diffusion de bonnes pratiques et d'outils d'aide à la prescription

#### L'antibiorésistance chez la personne âgée

L'antibiorésistance est une problématique de santé publique de premier ordre et pourrait devenir dans les prochaines décennies l'une des principales causes de mortalité dans le monde.

La France est un pays à très forte consommation d'antibiotiques, notamment du fait des prescriptions réalisées en ville. En dépit d'efforts importants, la consommation s'inscrit à la hausse, avec par exemple une augmentation préoccupante du volume des pénicillines (+ 30,6 %).

Une campagne nationale de prévention de l'antibiorésistance a donc été lancée par les pouvoirs publics. Elle s'accompagne de la diffusion d'un certain nombre d'outils et de messages de communication.

La problématique spécifique de l'antibiorésistance chez la personne âgée, en particulier lorsqu'elle est hébergée en Ehpad, n'est pas aujourd'hui une cible prioritaire des campagnes nationales, qui visent préférentiellement les patients âgés de 16 à 65 ans. Les personnes âgées résidant en Ehpad font pourtant l'objet de davantage de prescriptions d'antibiotiques que la population générale. Le coût total des remboursements des antibiotiques chez les personnes âgées est estimé à 138 millions d'euros en 2015.

La prescription d'antibiotiques chez les personnes résidant en Ehpad présente des particularités par rapport à la population générale (tableau 40). En 2015, on a ainsi retrouvé au moins un remboursement pour antibiotiques dans l'année pour 61 %

des résidents en Ehpad âgés de plus de 80 ans, contre 40 % chez les personnes du même âge non résidentes. Ces prescriptions concernaient plus fréquemment des antibiotiques, générant de l'antibiorésistance (69 % des prescriptions d'antibiotiques, contre 54 %), comme les fluoroquinolones. Cette classe d'antibiotiques, réputée comme la plus génératrice d'antibiorésistance, représente pourtant près d'une prescription d'antibiotique sur cinq (18 %) chez les résidents en Ehpad.

Il apparaît ainsi pertinent d'attirer l'attention des prescripteurs sur cette problématique, en diffusant les messages de la campagne nationale, délivrés en ville, notamment à travers la promotion de la notion de « juste prescription ».

#### L'exemple des infections urinaires chez la personne âgée

Le risque accru de dépendance dans les activités de la vie quotidienne pour les personnes âgées s'accompagne d'une plus grande fréquence des infections urinaires. Les résidents en Ehpad cumulent un risque infectieux individuel, notamment du fait de leur âge, avec un risque lié à la vie en collectivité, où les agents bactériens antibiotiques sont plus fréquemment retrouvés.

S'il n'y a pas de spécificités du diagnostic d'infection urinaire chez le sujet âgé, il existe en revanche une spécificité du traitement, par exemple en cas de dégradation de la fonction rénale, plus fréquente dans cette population. La méconnaissance de cette spécificité est à l'origine de nombreuses prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

Des référentiels et des arbres décisionnels pour le diagnostic et l'antibiothérapie des infections urinaires du sujet âgé existent pourtant, mais ils restent mal connus et peu appliqués.

La population résidant en Ehpad et les professionnels qui concourent à sa prise en charge constituent donc un enjeu très important dans la lutte contre l'antibiorésistance.

#### ► TABLEAU 40

### Part des patients âgés hébergés en Ehpad ayant eu au moins une prescription dans l'année 2015 par famille d'antibiotiques

Profil	Pourcentage de consommateurs d'antibiotiques	Pourcentage de consommateurs par famille d'antibiotiques, chez les consommateurs d'antibiotiques			
		Antibio-résistants	Amoxicilline + acide clavulanique	Céphalosporines 3 <sup>e</sup> génération	Fluoro-quinolones
80 ans et plus, en Ehpad	61 %	69 %	33 %	40 %	18 %
80 ans et plus, hors Ehpad	40 %	54 %	25 %	25 %	17 %
80 ans et plus, total	42 %	56 %	26 %	27 %	17 %

Champ : régime général – France entière  
Source : Cnamts (Sniiram et Resid-Ehpad)

**Axe de la campagne d'accompagnement des Ehpad 2017-2018**

Pour la campagne Ehpad 2017, **les antibiotiques** devraient faire l'objet d'une action ciblée et d'un suivi particulier dans le cadre du plan interministériel de maîtrise de l'antibiorésistance lancé le 17 novembre 2016, en s'appuyant sur les référentiels de la HAS et sur les supports de l'action sur les prescriptions des antibiotiques à destination des médecins de ville.

Il est prévu de porter un message à l'attention des équipes des Ehpad (médecins coordonnateurs, infirmières, aides-soignantes), afin de les sensibiliser aux risques de l'antibiorésistance et de les encourager à adopter les bonnes pratiques. Des supports et mémos devront être rédigés avec des experts médicaux pour être diffusés dans ce cadre.

Parmi les messages clés de cette campagne, il est opportun de rappeler les suivants :

- ne pas prescrire d'antibiotique quand il est inutile de le faire ;
- quand un antibiotique doit être prescrit, il faut préférer, quand cela est possible, les classes peu génératrices de résistance ;
- l'ANSM a établi en 2015 la liste des antibiotiques « critiques », les plus générateurs de résistances bactériennes :
  - Amoxicilline + acide clavulanique ;
  - Céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération (et 4<sup>e</sup> génération ces derniers étant réservés à l'usage hospitalier) ;
  - Fluoroquinolones.

**Pour un élargissement de la campagne d'accompagnement des Ehpad à la prévention des passages aux urgences hospitalières****Un taux de recours aux urgences élevé, en particulier dans certains Ehpad**

Dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2017, une étude réalisée sur les données 2015 avait fourni les premières analyses des hospitalisations des résidents en Ehpad, avant et après leur entrée en établissement. Elle avait mis en évidence que les urgences constituaient le circuit préférentiel d'accès à l'hospitalisation pour cette population (dans 64 % des cas et 18 % des résidents ont eu au moins un passage aux urgences sans hospitalisation dans l'année). Elle retrouvait par ailleurs un recours important aux urgences ne conduisant pas à une hospitalisation.

**Le développement d'outils et expérimentations pour prévenir le recours évitable aux urgences**

Des travaux ont été menés conjointement par la HAS et l'Agence nationale de l'évaluation, de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (Anesm) pour définir un dossier de liaison d'urgence (DLU) qui a vocation à être intégré dans le DMP. Cet outil est encore peu connu, il apparaît donc utile d'en faire la promotion auprès des personnels des Ehpad. Il vise à faciliter la transmission d'informations entre les équipes des Ehpad et celles de l'établissement de santé de manière rapide et opérationnelle.

Les représentants des Ehpad attendent l'intégration du DLU dans le DMP avec impatience car, même lorsque le patient

quitte l'Ehpad avec le Samu en possession de ces documents, il peut arriver qu'ils soient égarés avant que le médecin urgentiste, en ait pris connaissance. Dans l'attente de cette dématérialisation, il est néanmoins utile de diffuser cet outil et de sensibiliser les personnels des Ehpad à la bonne tenue du dossier individuel de leurs résidents. L'évolution des pratiques prend du temps et l'informatisation ne suffira pas à assurer la transmission de données pertinentes et à jour.

Par ailleurs, trois leviers ont été identifiés pour faire évoluer les pratiques professionnelles en matière de recours aux urgences hospitalières par les Ehpad.

– **La mise en place d'infirmier(e)s de nuit** : des expérimentations ont été menées par certaines ARS et ont fait l'objet d'une analyse par le ministère de la Santé (la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) envisage un financement des infirmier(e)s de nuit en Ehpad). Plusieurs formats ont été expérimentés : soit l'astreinte d'infirmier(e)s de nuit, joignables par téléphone, soit des infirmier(e)s de nuit de permanence, mutualisés sur plusieurs établissements et qui se déplacent en cas de nécessité. Plusieurs ARS ont choisi cette dernière modalité d'intervention même si elle est plus coûteuse. L'évaluation médico-économique de l'expérimentation est en cours et sera diffusée à la fin de l'été 2017. La DGCS devrait réaliser une synthèse de l'ensemble de ces travaux.

– **L'organisation de circuits courts d'admission en établissement de santé**, sans passer par les urgences, fait l'objet de coopérations renforcées entre les Ehpad et les établissements sanitaires. Le ministère a mis en place un groupe de travail pour élaborer un guide d'élaboration des conventions liant ces établissements.

– **Le développement du recours à la télé-médecine** : un nouvel acte a été prévu à l'article 28.6 de la convention médicale du 25 août 2016, approuvée par arrêté du 20 octobre 2016. Il s'agit d'un acte de consultation à distance entre un médecin et un patient, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé lors d'une aggravation soudaine rapide et non prévue de l'état de santé ne relevant pas d'un appel au 15 et nécessitant un avis médical. Cette téléconsultation vise à pallier le manque de disponibilité des médecins traitants libéraux aux moments où ces situations se présentent, généralement la nuit ou le week-end. Des expérimentations ont été menées sur ce thème en Aquitaine et dans le Nord-Pas-de-Calais. Une analyse de ces travaux est en cours. Les travaux menés en Aquitaine montrent déjà que le succès de la télé-expertise est très dépendant de l'implication du médecin coordonnateur. Aussi l'action d'accompagnement des Ehpad paraît-elle être un bon vecteur de sensibilisation de ces professionnels.

Ces dispositions visent à mettre en place un dispositif de prise en charge cohérent pour prévenir le recours aux urgences. Les actions menées auprès des Ehpad tant par les ARS que par les caisses constituent une opportunité pour promouvoir ces outils et nouvelles approches afin de faire évoluer les pratiques professionnelles. Il s'agit d'enclencher un cercle vertueux d'amélioration de l'organisation et de la qualité des prises en charge qui conduise également à une meilleure efficacité.

## Propositions

### Propositions sur les Ehpad

#### Proposition 19

##### **– Réaliser une campagne de sensibilisation sur la maîtrise de la résistance aux antibiotiques en Ehpad**

L'Assurance Maladie propose un programme d'accompagnement spécifique s'appuyant sur les référentiels de la HAS et sur les prescriptions des antibiotiques destinés aux médecins de ville. Ce programme d'accompagnement s'adresse aux équipes des Ehpad (médecins coordonnateurs, infirmier(e), aides-soignant(e)s) et aux médecins traitants afin de les sensibiliser aux risques de l'antibiorésistance et de les encourager à adopter les meilleures pratiques.

#### Proposition 20

##### **– Mesurer le recours aux urgences des résidents en Ehpad**

L'avenant n° 2 à la convention médicale 2016-2021 signé le 2 mars 2017 introduit des actes de télé médecine (télé-expertise et téléconsultation) pour les patients résidant en Ehpad. L'Assurance Maladie propose de mener d'ici 2019 une évaluation médicoéconomique du recours au médecin traitant par téléconsultation pour les résidents en Ehpad et ayant permis d'éviter une admission aux urgences.

## Bibliographie

CCLIN Infectiologie, Kit pédagogique à l'usage des Ehpad, supports sous forme de fiches téléchargeables PDF, 2012.

CCLIN Arlin Île-de-France, Prévention de l'infection urinaire, février 2013.

CHU d'Angers unité d'hygiène, « Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge et la prévention des infections urinaires associées aux soins de l'adulte », diffusion Journée d'échanges des réseaux de surveillance ATB et BMR Sud-Ouest.

Cnamts de décembre 2016 DDGOS DPROD, supports de référence pour la campagne antibiotique vers les médecins de ville.

HAS, Service évaluation des pratiques « pose et surveillance des sondes urinaires », juin 2006.

Mediqua, Référentiels arbres décisionnels « diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires du sujet âgé », fiche n° 917 PA-IU du 12 novembre 2014.

Site canadien : choisiravecsoin.org « Les antibiotiques pour traiter les infections urinaires chez les personnes âgées : quand sont-ils vraiment nécessaires ? »

Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte, actualisation au 11 décembre 2015.

## 3.3 Prévention

Si notre système de santé présente d'excellents résultats au regard d'indicateurs tels que l'espérance de vie à 65 ans (2<sup>e</sup> place du classement européen), il existe des marges de progression parfois importantes sur d'autres indicateurs, en particulier pour une prise en charge plus efficiente des maladies chroniques. La prévention apparaît comme une solution prioritaire en la matière. C'est pourquoi, aux côtés d'acteurs institutionnels de la prévention, l'Assurance Maladie a souhaité, avec ses partenaires conventionnels ou par le déploiement d'initiatives propres, maintenir et amplifier ses initiatives, notamment en direction des publics les plus jeunes ou les plus défavorisés.

### 3.3.1 / Rosp et convention

La convention médicale signée le 25 août 2016 s'attache à poursuivre les engagements d'amélioration de la qualité des soins, notamment au travers de la promotion de la prévention et du dépistage.

#### Implication des médecins dans les programmes de prévention

Certains programmes de prévention initiés lors de la précédente convention médicale, signée en 2011, sont poursuivis : dépistage des cancers, prévention des pathologies infectieuses aiguës, programmes dédiés à des populations particulières (dépistages néonataux, prévention bucco-dentaire chez les enfants, sevrage tabagique...).

Les partenaires conventionnels ont également souhaité renforcer l'engagement des médecins traitants dans les programmes de prévention. Trois thèmes sont particulièrement mis en avant : la prévention des conduites addictives, la prévention de l'obésité des jeunes enfants et l'amélioration de l'accès à la contraception, y compris d'urgence.

Le développement de programmes et services d'accompagnement est également soutenu au travers de la convention, comme ceux destinés aux patients atteints de pathologies chroniques, diabète et asthme. Le dépistage de la rétinopathie diabétique, qui figure en tant qu'indicateur de la Rosp, est facilité par une possibilité de réalisation utilisant une solution de télémédecine permettant la lecture différée et à distance par le spécialiste ophtalmologiste avec les renseignements cliniques et biologiques utilement transmis par le médecin traitant prescripteur de cet acte.

#### La Rosp renouvelée avec un fort investissement sur les indicateurs de prévention

Le bilan de la Rosp issue de la convention de 2011 confirme que l'amélioration des pratiques médicales se poursuit, malgré un ralentissement observé en 2016, et démontre que cette rémunération complémentaire encourage globalement une meilleure prise en charge des malades chroniques et une pres-

cription plus pertinente et efficiente au service de la qualité et de la maîtrise des dépenses.

Les résultats observés sont néanmoins plus nuancés concernant les pratiques de dépistage et de vaccination, qui connaissent depuis plusieurs années un contexte de défiance et qui impliquent des efforts de tous les acteurs, au-delà des seuls médecins.

Forte de ce bilan global positif de la Rosp introduite par la convention précédente, la nouvelle convention s'attache à reconduire ce dispositif, tout en le renouvelant, en le réactualisant et en l'adaptant aux nouvelles recommandations médicales, aux avis des agences sanitaires et autorités publiques de santé, aux recommandations internationales existantes et aux propositions du Collège de médecine générale.

Dans le cadre du renouvellement de la Rosp, les indicateurs ont ainsi été recentrés sur les axes d'amélioration des pratiques cliniques : le nombre d'indicateurs de pratique clinique des médecins traitants a été augmenté et s'élève à 29, contre 24 auparavant. Les indicateurs portant sur la prévention, qui passent de 8 à 12, sont ainsi renforcés et représentent désormais 390 points sur un total de 940, soit 41 % du total.

Sur le volet prévention, un nouvel indicateur consacré au dépistage du cancer colorectal a été ajouté, ainsi que deux autres destinés à prévenir les conduites addictives (tabac, alcool). Ces nouveaux indicateurs de prévention s'articulent avec les préoccupations portées par les divers plans ministériels de santé publique (Plan cancer 2014-2019 ; Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 ; Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 et rapport Carlet de septembre 2015...).

Ils concourent à deux finalités principales : éviction des risques iatrogéniques, d'une part, et dépistage et vaccination, d'autre part ([tableau 41](#)).

Par ailleurs, afin de prendre en compte l'instauration du médecin traitant de l'enfant par la loi du 24 janvier 2016, les partenaires conventionnels ont souhaité introduire des indicateurs de qualité des pratiques cliniques pour la prise en charge des enfants.

Ainsi, un nouveau volet dédié de la Rosp a été introduit par l'avenant 1 à la convention médicale, comportant dix indicateurs, dont huit portent sur les thématiques de prévention, plaçant ce volet au cœur du dispositif réservé à la valorisation de la prise en charge des enfants.

Les indicateurs retenus ont été choisis en fonction des enjeux de santé publique identifiés sur cette patientèle ([tableau 42](#)).

► TABLEAU 41

## Indicateurs de prévention de la Rosp à la suite de la convention médicale signée en 2016

Thèmes	Indicateur	Évolutions apportées par la convention
Grippe	Part des patients MT <sup>(a)</sup> âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	Pas de modification
	Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasie, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	Modification de l'indicateur
Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	Pas de modification
	Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	Pas de modification
	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	Nouvel indicateur
Iatrogénie	Part des patients MT de plus de 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	Nouvel indicateur
	Part des patients MT ayant initié un traitement par benzodiazépines hypnotiques et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines	Modification de l'indicateur
	Part des patients MT ayant initié un traitement par benzodiazépines anxiolytiques et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	Modification de l'indicateur
Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	Pas de modification
	Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> génération ; fluoroquinolones)	Nouvel indicateur
Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)	Nouvel indicateur
	Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)	Nouvel indicateur

(a) Patients ayant déclaré un médecin traitant et n'en ayant pas changé au cours de l'année

Source : Cnamts

► TABLEAU 42

## Indicateurs de la Rosp médecin traitant de l'enfant

Thèmes	Indicateur
Obésité	Part des patients MT <sup>(a)</sup> de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'indice de masse corporelle - IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (déclaratif)
Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR
	Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C
Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques
	Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques
Dépistage des troubles sensoriels	Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs (déclaratif)
Dépistage des troubles des apprentissages	Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre) (déclaratif)
Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire

(a) Patients ayant déclaré un médecin traitant et n'en ayant pas changé au cours de l'année

Source : Cnamts

### Création de nouvelles consultations dédiées

À l'instar de la consultation spécifique pour le dépistage du mélanome par les médecins dermatologues déjà inscrite à la nomenclature, les partenaires conventionnels ont souhaité répondre à des enjeux majeurs de santé publique et de prévention par la création ou la revalorisation de certaines consultations :

- consultation de contraception et de prévention pour la première consultation de contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans ;
- consultation de suivi de l'obésité pour les enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité ;
- consultation obligatoire de l'enfant pour les trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat.

### 3.3.2 / La prévention bucco-dentaire, le dispositif de l'examen bucco-dentaire EBD

La convention du 14 juin 2006 entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie a mis en place le dispositif de prévention bucco-dentaire qui prévoit un examen bucco-dentaire (EBD) pour les enfants et adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans et des évaluations médicales régulières de son efficacité. Ces évaluations ont pour objectifs de connaître l'état dentaire des enfants et adolescents au moment de et après l'EBD, de déterminer si ce dispositif les a conduits à bénéficier des soins identifiés comme nécessaires au cours de l'EBD et, enfin, de mesurer le niveau d'amélioration de l'état bucco-dentaire à la suite des soins.

Trois évaluations ont été réalisées par la Cnamts : une en 2009 pour des jeunes de chaque tranche d'âge ayant bénéficié d'un EBD entre le 1<sup>er</sup> mai et le 31 juillet 2007 ; une en 2012 pour des jeunes ayant bénéficié d'un EBD sur la même période en 2010 et une en 2016 pour des jeunes ayant bénéficié d'un EBD entre le 1<sup>er</sup> mai 2014 et le 31 juillet 2014.

En 2016, trois nouveaux champs ont été inclus dans l'évaluation :

- inclusion des soins consécutifs réalisés dans les douze mois suivant l'EBD en isolant les soins réalisés dans la période de neuf mois après l'EBD ;
- analyse spécifique des indicateurs de la population des jeunes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'ACS ;
- analyse des actes effectués suite à l'EBD répartis en cinq catégories : prévention, obturations coronaires, endodontie, chirurgie et radiographies ont été étudiées en fonction des classes d'âge.

Les informations nécessaires ont été recueillies par les échelons locaux du service médical (ELSM) d'Angers, d'Angoulême, de Besançon, de Carcassonne, de Chartres, de Clermont-Ferrand, de Dijon, d'Épinal, de Grenoble, de Marseille, de Melun, de Montauban, de Poitiers, de Rouen-Elbeuf-Dieppe, de Roubaix-Tourcoing, de Saint-Lô, de Saint-Quentin, de Strasbourg, de Troyes et de Vannes.

En comparant les résultats des évaluations de 2016 et 2007, on observe :

- une augmentation de la part d'enfants ou d'adolescents totalement indemnes de soins et de caries pour toutes les classes

d'âge : pour les 9 ans, cette part passe de 59 % en 2007 à 67 % en 2014, pour les 12 ans de 60 % à 69 %, pour les 15 ans de 49 % à 63 % et pour les 18 ans de 40 % à 47 %. Pour les enfants de 6 ans, ce taux reste stable et à un niveau élevé (environ 80 %) ;

- une diminution du nombre moyen de caries par enfant au moment de l'EBD, notamment à 9 ans (1,74 en 2007 *versus* 0,93 en 2014), 12 ans (1,15 en 2007 *versus* 0,77 en 2014) et à 15 ans (1,89 en 2007 *versus* 1,13 en 2014). Pour les enfants de 6 ans, ce taux reste stable à 0,63 ;
- une diminution progressive de l'indice carieux (CAO et CAO<sub>m</sub> pour les dents temporaires) depuis 2007 quelle que soit la classe d'âge à l'exclusion des 6 ans pour lesquels le CAO/CAO<sub>m</sub> reste constant ;
- une augmentation du nombre de programmes de soins totalement réalisés à neuf mois de l'EBD :
  - pour les 6 ans (2007 *versus* 2014), 59 % *versus* 61 % ;
  - pour les 9 ans, 63 % *versus* 66 % ;
  - pour les 12 ans, 69 % *versus* 72 % ;
  - pour les 15 ans, 66 % *versus* 70 % ;
  - pour les 18 ans, maintien à 61 %.

### Analyse de la population CMU-C et ACS

La population des jeunes bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS présente un profil et des besoins particuliers, par comparaison avec les jeunes ne bénéficiant d'aucun des deux dispositifs. La population CMU-C et ACS a :

- un taux de participation à l'EBD plus faible (14 % *versus* 31 %) ;
- un indice carieux (avec ou sans besoin de soins) deux fois supérieur et un indice carieux majoré pour les enfants ou adolescents avec besoin de soins, quelle que soit la classe d'âge.

Ainsi, pour les enfants de 6 ans :

- l'indice carieux est de 0,51 pour la totalité de la population alors qu'il est de 1,17 pour la totalité de la population des enfants relevant de la CMU-C ou de l'ACS ;
- l'indice carieux des enfants avec besoin de soins est de 2,68 en population générale alors qu'il est de 3,25 pour les enfants avec besoin de soins relevant de la CMU-C ou de l'ACS.

Toutefois, à l'issue de la réalisation des programmes de soins l'indice carieux diminue fortement quelle que soit la classe d'âge, y compris pour les enfants relevant de la CMU-C ou de l'ACS, quoique de façon moins importante.

À titre d'exemples, pour les enfants de 6 ans :

- l'indice carieux est ramené à 0,14 pour la totalité de la population et à 0,39 pour la totalité des enfants relevant de la CMU-C ou de l'ACS ;
- l'indice carieux est ramené à 0,72 pour les enfants avec besoin de soins et à 1,09 pour les enfants avec besoin de soins relevant de la CMU-C ou de l'ACS.

### Analyse des actes effectués dans les douze mois suivant l'EBD

Une partie des programmes de soins incomplètement exécutés dans les neuf mois suivant la réalisation de l'EBD est achevée dans les douze mois, augmentant ainsi le nombre d'enfants ou d'adolescents totalement soignés.

La majorité des actes réalisés concerne des lésions dentaires de faible étendue (restauration d'une ou deux faces d'une dent) ou des actes de prévention (scelléments de sillons et détartrages). Les actes d'endodontie constituent la plus faible part des actes réalisés (4 % de la totalité des actes) et les actes de chirurgie concernent essentiellement les avulsions de dents temporaires chez les enfants et les dents de sagesse à l'adolescence. On peut donc conclure que les enfants ou adolescents ayant recours aux soins suite à la réalisation d'un EBD présentent un état bucco-dentaire relativement satisfaisant en général.

Cependant, l'état bucco-dentaire d'une partie des enfants est dégradé dès leur jeune âge. En effet, parmi les actes de chirurgie, d'endodontie et d'obturations coronaires, les actes les plus lourds (traitement endodontique sur molaire permanente, extraction de molaire permanente autre que dent de sagesse, restauration de trois faces ou plus d'une dent et restauration d'une dent avec ancrage radiculaire) représentent 15 % des actes et concernent 19 % des enfants ayant reçu des soins dans ces catégories d'actes.

En 2016, le pourcentage de jeunes ayant eu recours aux soins à la suite d'un EBD et l'évolution de l'indice carieux entre l'EBD et la fin du programme de soins montrent que le dispositif a engendré une amélioration générale de l'état dentaire des populations ciblées participantes, y compris pour les enfants ou adolescents relevant de la CMU-C ou de l'ACS. Il reste à attirer dans le dispositif la part de la population qui ne consulte pas, notamment les publics les plus fragiles.

Les efforts en termes de prévention doivent être cependant soutenus et renforcés compte tenu de l'état de santé bucco-dentaire de la population française qui reste encore médiocre, notamment chez les publics fragiles. L'enjeu est d'augmenter l'entrée dans le dispositif des populations présentant des atteintes carieuses sévères et ne consultant pas de chirurgiens-dentistes.

### Évolution du dispositif pour toucher des publics plus nombreux et augmenter le taux de recours à un chirurgien-dentiste

Depuis 2007, ce dispositif de prévention a évolué avec une attention particulière aux enfants en classe de cours préparatoire au sein de zones moins favorisées comme les zones d'éducation prioritaires. Jusqu'en 2015-2016, un accompagnement pour le recours à la prévention a été mis en place avec rencontre des enfants au sein de leur école. Il s'agissait d'une séance de sensibilisation à l'EBD, d'une incitation à la prise de rendez-vous chez le chirurgien-dentiste avec relance en cas de non-réalisation de l'EBD dans les trois mois. Le bilan de cette intervention particulière montre qu'il est possible d'augmenter de 32 % le taux de recours à un chirurgien-dentiste (ce taux est mesuré à 36 % avant l'intervention). Afin d'augmenter encore l'efficacité de cet accompagnement dédié, il a été mis en place à titre expérimental depuis l'année scolaire 2016-2017, en fonction du contexte local et après accord des parents, la possibilité de faire réaliser

l'EBD au sein même de l'établissement scolaire en complément de la séance de sensibilisation. Les résultats de cette nouvelle modalité de dépistage seront disponibles pour la fin 2017.

Comme envisagé par les partenaires conventionnels dès 2006, une extension du dispositif au-delà des populations jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans vers les jeunes adultes de 21 à 24 ans figure au règlement arbitral pris par arrêté du 29 mars 2017.

### 3.3.3 / Les actions de prévention du tabagisme

#### Le coaching Tabac info service : un coaching interactif et personnalisé pour arrêter de fumer

L'Assurance Maladie, en partenariat avec Santé publique France, a lancé en septembre 2016 une nouvelle version de l'application mobile Tabac info service, dédiée au sevrage tabagique. Entièrement repensée, cette nouvelle application offre une grande interactivité, de nouveaux contenus et des fonctionnalités inédites : tableau de bord en temps réel des bénéfices de l'arrêt du tabac en termes de santé et d'économies, mini-jeux pour faire passer l'envie d'une cigarette, appel direct à un tabacologue, partage sur les réseaux sociaux...

Le programme de coaching permet une personnalisation du parcours de sevrage afin de respecter les attentes de chaque fumeur. Au fur et à mesure des jours, l'utilisateur reçoit des messages, des notifications, des informations à une fréquence adaptée, avec un pic d'intensité autour de la date d'arrêt. L'application intègre la possibilité pour l'utilisateur de demander à son entourage de l'encourager dans sa démarche et ses progrès. Avec un ton optimiste, associé à une facilité d'utilisation et à un mécanisme de récompenses, elle aide à dédramatiser le processus de sevrage.

Plus de 140 000 personnes ont utilisé l'application mobile en neuf mois : 65 % sont des femmes et la moyenne d'âge des utilisateurs est de 33 ans. Plus de la moitié des utilisateurs n'avaient pas effectué de tentative d'arrêt du tabac avant le téléchargement de l'application. Près de 70 % de ces utilisateurs se sont fixé une date d'arrêt du tabac dans l'application et seulement 14 % ont déclaré avoir rechuté.

Pour répondre encore mieux aux besoins, le coaching tabac est désormais disponible sur le web, ce qui permet d'utiliser indifféremment les deux supports numériques (web ou application mobile).

#### Les autres actions de l'Assurance Maladie

Outre la mise en œuvre d'un programme d'e-coaching, qui figurait parmi les propositions de l'Assurance Maladie, la conformation du rôle du médecin traitant en tant que premier conseiller anti-tabac a trouvé une traduction dans l'adoption d'un nouvel indicateur de la Rosp<sup>33</sup> retenu par les partenaires conventionnels.

33 Cf. supra.

Cet indicateur valorise la part des patients tabagiques du médecin traitant qui ont fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier.

De même, l'extension de la prise en charge des substituts nicotiques figurait parmi les récentes propositions de l'Assurance Maladie. Depuis janvier 2016, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmier(e)s et les masseurs kinésithérapeutes sont autorisés, en plus des médecins et des sages-femmes, à prescrire les substituts nicotiques, élargissant d'autant le public susceptible de bénéficier de ces traitements. Ces derniers peuvent être pris en charge à hauteur d'un forfait de 150 euros par année civile et par bénéficiaire depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2016 pour l'ensemble des fumeurs souhaitant arrêter le tabac. Ce forfait de 150 euros était auparavant réservé aux jeunes, aux personnes en situation de précarité et aux malades, tandis que le forfait standard était de 50 euros. L'annonce de cet accès élargi, faite à l'occasion du Moi(s) sans tabac de novembre 2016, a eu pour effet de voir doubler le nombre de bénéficiaires entre les mois d'octobre et décembre 2016.

### 3.3.4 / Des expérimentations d'actions de prévention pour des publics à risque

#### Expérimentation d'actions de prévention pour les enfants en surpoids

L'expérimentation relative à la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans, inscrite dans la LFSS pour 2016, consiste à offrir une prise en charge précoce et adaptée aux enfants de 3 à 8 ans repérés en risque d'obésité grâce à la mise en place d'un forfait spécifique. Ce forfait, qui pourra être prescrit par le médecin qui suit l'enfant selon les besoins de ce dernier et de sa famille, permet de prendre en charge des bilans et consultations diététiques et psychologiques et un bilan d'activité physique. Ces prestations seront réalisées par des professionnels rattachés à des structures disposant de compétences particulières en ce domaine, telles que des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du Code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même Code. Ces structures seront sélectionnées dans le cadre d'un appel à candidature.

Cette expérimentation se déroulera dans trois territoires : Nord-Pas-de-Calais, La Réunion et la Seine-Saint-Denis. Elle sera financée par l'Assurance Maladie sur le FNPEIS et son évaluation sera réalisée par la Cnamts.

L'ensemble des textes qui cadrent l'expérimentation sur la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans ont été publiés :

- arrêté du 10 août 2016 fixant la liste des territoires où se déroulera l'expérimentation ;
- arrêté du 10 février 2017 fixant le cahier des charges de l'expérimentation ;
- décret du 2 mai 2017 cadrant les échanges d'informations entre les acteurs impliqués.

Cette publication a permis le lancement de l'appel à candidatures pour la sélection des structures qui assureront la mise en œuvre de cette expérimentation. L'annonce des structures retenues sera réalisée fin juillet 2017 et l'inclusion des premiers enfants est prévue à l'automne 2017.

#### Bilan des actions de prévention du surpoids menées à un échelon local

En 2016, la Cnamts a financé sur le FNPEIS des actions d'accompagnement et de prise en charge des enfants en surpoids et de leur famille mises en œuvre localement et visant particulièrement un public socialement défavorisé ou particulièrement éloigné du système de soins.

45 actions ont été financées, 27 présentaient un volet prise en charge concernant plus de 780 enfants. Sur ces 27 actions, 19 comprenaient des interventions collectives diététiques, d'activité physique et/ou d'accompagnement psychologique et 16 comportaient des interventions individuelles avec des consultations diététiques, psychologiques, voire d'activité physique. La tranche d'âge la plus ciblée est celle des 4-12 ans. Ces interventions ont lieu principalement dans des écoles, dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), à l'hôpital ou dans les centres communaux d'action sociale.

#### Expérimentation d'actions de prévention du diabète

La mise en place d'une expérimentation à grande échelle de programmes intensifs de prévention du diabète de type II figurait parmi les propositions du rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016. Plusieurs essais cliniques internationaux de référence ayant montré la possibilité d'une réduction significative de l'incidence du diabète, un programme expérimental de trois ans déployé sur les territoires du Bas-Rhin, de la Seine-Saint-Denis et de La Réunion devrait accueillir les premiers participants en novembre 2017 pour vérifier l'impact d'interventions de prévention dans des conditions « de vie réelle ».

Ce programme expérimental vise l'inclusion, en collaboration avec leur médecin traitant, au sein de ces territoires et pendant trois ans, de 10 000 participants à haut risque de développement d'un diabète. Le public ciblé correspond à des adultes d'un âge compris entre 40 et 75 ans, en surpoids ou obèse (IMC supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>) et dont le dosage de la glycémie correspond au stade de prédiabète (glycémie à jeun entre 1,10 et 1,26 g/l). Les participants pourront, après engagement, bénéficier d'un accompagnement intensif (ateliers de sensibilisation à l'activité physique ou nutritionnels et de soutien à la motivation) afin de mettre en place des changements durables.

Cette expérimentation d'envergure pilotée par la Cnamts et le ministère de la Santé mobilise de nombreux partenaires institutionnels, sociétés savantes ou associatifs (ARS, Irdes, Santé publique France, ministère de la Jeunesse et des sports, CPAM, ELSM, Société francophone du diabète, Fédération française des diabétiques).

## Proposition

### Proposition sur la prévention

#### Proposition 21

#### – Amplifier les actions de l'Assurance Maladie sur les inégalités sociales de santé, la santé des enfants et des jeunes, et les addictions (tabac et alcool)

L'Assurance Maladie propose de focaliser sa stratégie de prévention, dans sa nouvelle convention d'objectifs et de gestion avec l'État pour la période 2018-2021, sur les priorités nationales

de santé publique. Les efforts nationaux et locorégionaux de prévention devront se concentrer sur des publics ciblés pour :

- développer une approche de prévention autour de la santé des enfants et des jeunes de 16 à 25 ans ;
- définir des parcours personnalisés de dépistage des cancers et de prévention des facteurs de risque en fonction de l'âge et de la situation sociale des assurés ;
- amplifier les actions de lutte contre le tabagisme et développer de nouvelles actions de lutte contre l'alcoolisme.

## 3.4 Prix du médicament

### 3.4.1 / Contexte

Ces dernières années ont vu émerger de nouveaux traitements dans des domaines très spécialisés, tels que la cancérologie, la rhumatologie ou l'infectiologie (avec les récents médicaments contre l'hépatite C), qui augmentent significativement les coûts de traitement et dont l'impact budgétaire questionne la soutenabilité du système de remboursement solidaire.

La question du juste prix des traitements innovants se pose de manière récurrente et en particulier pour les médicaments anticancéreux, notamment pour les thérapies ciblées et les immunothérapies, qui ont fait l'objet d'une forte médiatisation en 2016. En témoignent les prises de position de certains professionnels ou associations et les rapports sur ce sujet (Polton, 2015 ; Maraninchi, 2016 ; Saltz, 2015 ; Barbier, 2016 ; INCa, 2017).

L'enjeu de ces prochaines années sera de financer l'innovation et d'en permettre la diffusion sans mettre en péril notre système de santé solidaire. Il est donc légitime pour le payeur qu'est l'Assurance Maladie de s'interroger sur le niveau de prix de ces nouveaux traitements et de les mettre en regard des bénéfices cliniques mais également des impacts organisationnels tels que le développement des possibilités de prise en charge en ambulatoire ou à domicile.

La fixation des prix des médicaments en France repose sur un mécanisme complexe qui fait intervenir de nombreux paramètres, tels que le bénéfice clinique apprécié à travers l'amélioration du service médical rendu (ASMR), les revendications des industriels en matière de prix, la population cible (une extension de la population traitée peut justifier une renégociation du prix), une cohérence des prix au niveau européen, etc.

Les produits reconnus comme innovants (ASMR I à III) bénéficient dans le cadre de la négociation du prix au Ceps de la garantie de prix européens. Cette garantie repose à la fois sur l'évaluation du bénéfice clinique, exprimée à travers l'ASMR, et, depuis octobre 2013<sup>34</sup>, sur l'efficacité, appréciée à partir d'une étude médico-économique.

Dans ce cadre, « les conventions garantissent pour certains médicaments que le niveau de prix ne sera pas inférieur au prix pratiqué le plus bas parmi ceux pratiqués sur les quatre principaux marchés européens comparables [...] »<sup>35</sup> à la France, que sont l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Royaume-Uni. Il faut noter cependant que ces pays de comparaison n'ont pas tous le même mode de fixation des prix. En Allemagne, par exemple, les prix sont libres la première année de commercialisation.

Dans ce cadre de réflexion, l'Assurance Maladie a mené une analyse des prix des médicaments contre le cancer, sur la base d'une étude américaine évoquée dans le rapport de proposi-

34 Décret n° 2012-1116 du 2 octobre 2012 relatif aux missions médico-économiques de la HAS publié au journal officiel du 4 octobre 2012 et applicable un an après sa publication.

35 Accord-cadre du 31 décembre 2015 entre le Ceps et les entreprises du médicament (LEEM). Disponible sur [www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr).

tions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016 et adaptée au contexte français.

### 3.4.2 / Méthodologie

L'analyse a porté sur l'ensemble des médicaments identifiés comme ayant reçu un premier avis d'inscription en France dans l'indication du traitement d'un cancer par la Commission de la transparence entre 1995 et 2016.

Soixante-trois produits anticancéreux ont été inscrits au remboursement en France sur cette période. C'est sur ces produits que porte l'analyse de l'évolution des prix par AVG ainsi que des coûts sur leurs durées moyennes de traitement.

Les bénéfices cliniques des traitements ont été mesurés en calculant la différence de survie globale médiane entre le « bras contrôle »<sup>36</sup> et le « bras traité »<sup>37</sup>. Lorsque la survie globale n'était pas renseignée, la survie sans progression a été utilisée.

Le prix par année de vie gagnée a été estimé en rapportant le prix facial – ou prix public (calculé sur la durée de traitement, approximée par la médiane de survie sans progression du produit) au bénéfice clinique du traitement par rapport au comparateur.

Pour compléter cette première analyse globale, une analyse ciblée a été réalisée pour le traitement de trois cancers de stade avancé<sup>38</sup> : le mélanome, le cancer du poumon et le cancer du sein.

Par ailleurs, une analyse complémentaire a également été faite sur les prix nets (une fois déduites les remises négociées entre le Ceps et les industriels).

### 3.4.3 / Résultats de l'analyse

Cette analyse a permis de constater sur la période étudiée (1995-2016) :

– une augmentation régulière et significative des prix par année de vie gagnée (AVG) avec des niveaux particulièrement élevés ces dernières années (**figure 70**) :

- sur l'ensemble de la période d'analyse, le prix moyen par AVG a régulièrement progressé : il était de 15 877 euros en 1996, 116 773 euros en 2005 et 175 968 euros en 2016 ;

- un modèle de régression a mis en évidence une augmentation du prix par AVG de 11 % chaque année, tendance retrouvée dans l'analyse complémentaire sur les prix nets<sup>39</sup>.

Dans le cadre du cancer du sein par exemple (**figure 71**), on constate que les prix par AVG évoluent progressivement au fil du temps depuis 1995. Le coût par AVG a été multiplié par plus de quatre entre Herceptin en 2001 et Kadcylla en 2016 ;

– une grande variabilité des prix des molécules anticancéreuses calculés sur les durées de traitement à niveau ASMR identique. Cette variabilité est particulièrement marquée sur les ASMR III (modérée) et IV (mineure). De plus, on constate depuis 2010 une tendance générale à l'augmentation des prix alors même que peu de molécules ont obtenu une ASMR de niveau I (majeure) ou II (importante) (**figure 72**).

Dans le cadre de la négociation des prix et pour justifier leurs revendications parfois élevées, les industriels avancent régulièrement l'argument d'un développement clinique long et coûteux, ce qui peut être discutable, et ce pour deux raisons :  
– la première raison est que l'activité de recherche et développement (R&D) pharmaceutique est actuellement dominée par la mise au point d'inhibiteurs enzymatiques ou d'anticorps monoclonaux dirigés vers des cibles biologiques spécifiques et pour lesquels les recherches fondamentales ont été financées en amont par des fonds publics (Gonçalves, 2017), ce qui minore les coûts de développement supportés par les industriels ;  
– la seconde raison est que les délais d'accès au marché sont de plus en plus souvent réduits par la mise en place de procédures accélérées au niveau des instances américaines et européennes. Dans le cadre de ces procédures d'inscription rapides, les autorisations de mise sur le marché reposent le plus souvent sur des données issues d'études de phase I ou II, souvent non comparatives, ou encore sur des critères de jugement intermédiaires moins robustes (tels que la survie sans progression plutôt que la survie globale).

Ces études précoces peuvent poser problème dans la mesure où le bénéfice observé varie selon le niveau de qualité méthodologique (et en conséquence des biais possibles) de l'essai clinique (**figure 73**) :

- les essais sans comparateur (aujourd'hui souvent des essais de phase II) surestiment le bénéfice du produit par rapport à celui qui serait obtenu dans un essai comparatif ;
- le bénéfice aura également tendance à être favorable au produit analysé lorsqu'il est basé sur la survie sans progression plutôt que sur la survie globale.

36 Groupe de patients dans l'étude recevant le placebo ou le traitement de référence auquel le traitement est comparé.

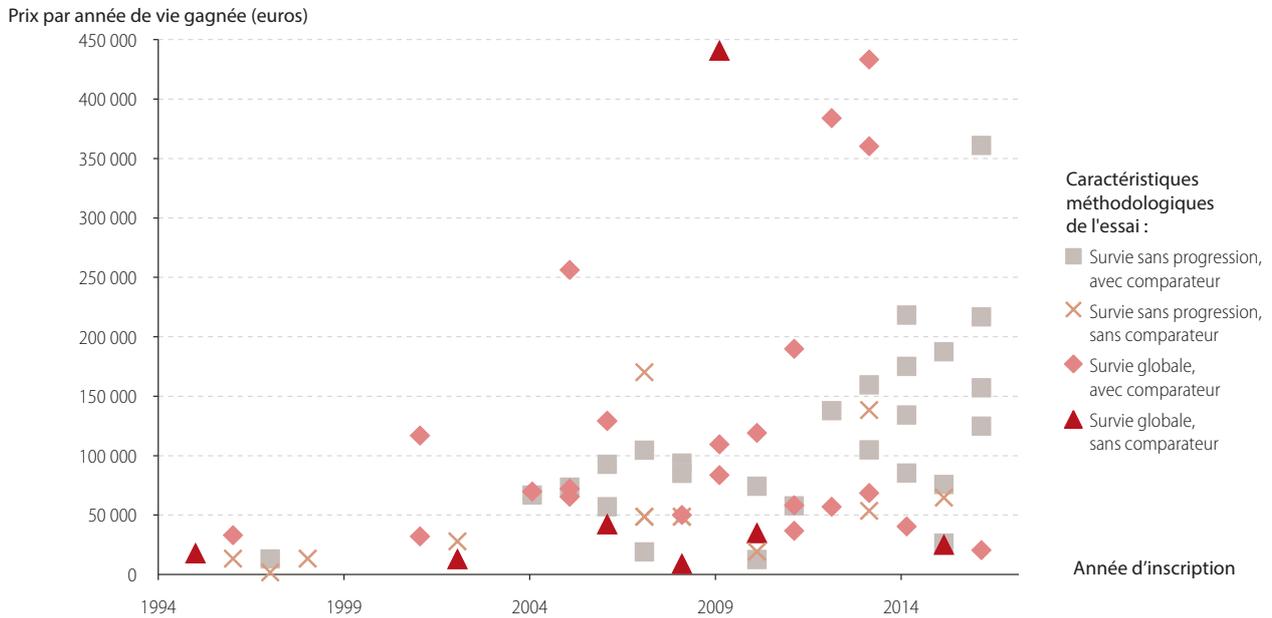
37 Groupe de patients recevant le traitement étudié.

38 Cancers localement avancés, non résecables ou métastatiques. Le fait que les cancers étudiés dans cette analyse complémentaire soient tous de stade avancé ne relève pas d'un choix délibéré mais d'un élément factuel qui repose sur le fait que la très grande majorité des produits inscrits sur la période étudiée sont des thérapies ciblées intervenant souvent dans le traitement des stades avancés ou métastatiques de cancers.

39 Les graphiques présentés dans ce document ne concernent que les prix publics.

► FIGURE 70

**Évolution du prix par année de vie gagnée à l'inscription de chacun des médicaments anticancéreux, de 1995 à 2016**

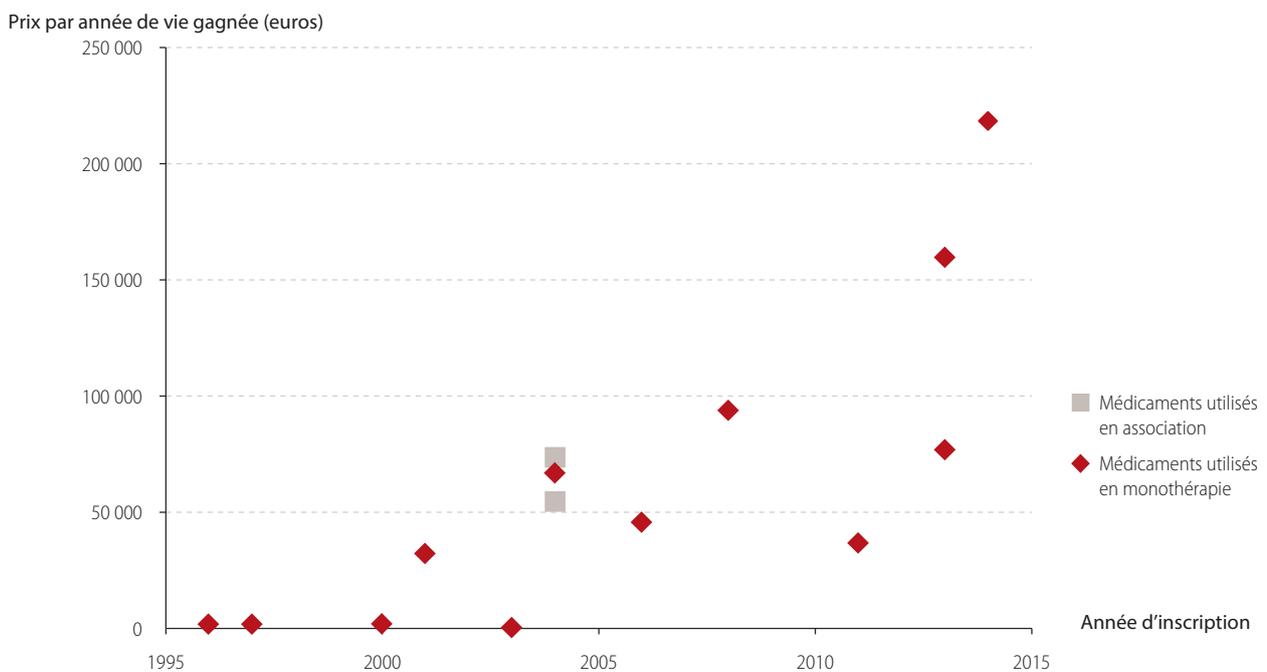


Note de lecture : un point représente un médicament anticancéreux (dans une indication donnée), inscrit une année donnée. Le calcul du prix par année de vie gagnée des médicaments représentés par des triangles rouges repose sur des essais mesurant la survie globale et réalisés sans comparatif.

Sources : HAS, Base de données du médicament (BDM), traitements Cnamts

► FIGURE 71

**Évolution du prix par année de vie gagnée dans le cancer du sein**



Sources : HAS, Base de données du médicament (BDM), traitements Cnamts

► FIGURE 72

### Évolution du prix, calculé sur la durée de traitement, en fonction de l'ASMR du produit à son inscription

Prix sur la durée de traitement (euros)

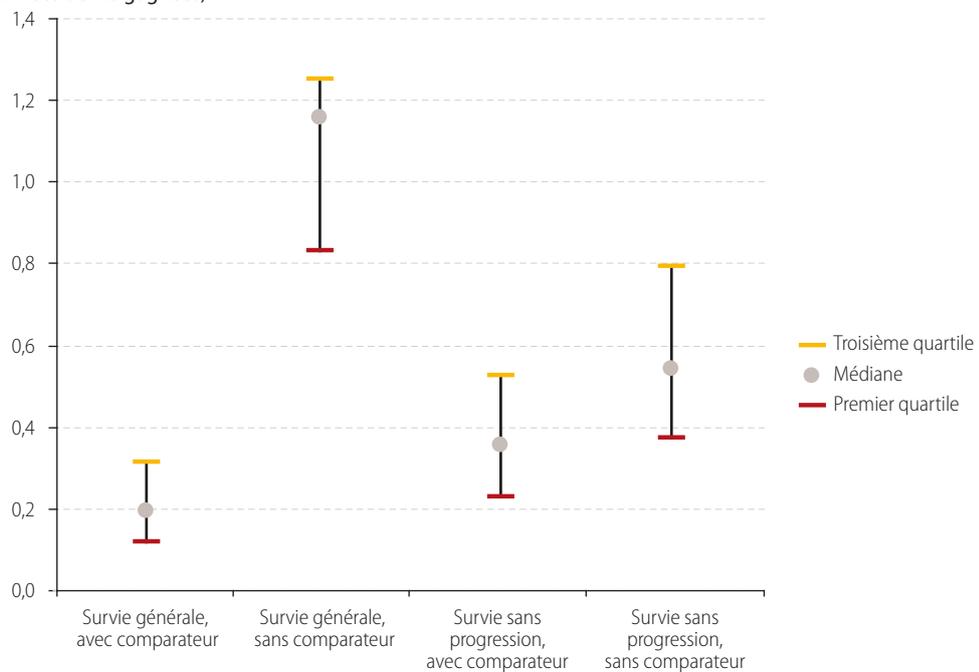


Sources : HAS, Base de données du médicament (BDM), traitements Cnamts

► FIGURE 73

### Évolution du bénéfice (années de vie gagnées) des médicaments avec l'année d'inscription, selon les caractéristiques méthodologiques de l'essai

Bénéfice (années de vie gagnées)



Sources : HAS, Base de données du médicament (BDM), traitements Cnamts

Les essais les plus robustes en cancérologie, présentant donc le niveau de preuve le plus élevé, reposent sur une analyse du bénéfice en termes de différence de médiane de survie globale entre le produit étudié et son comparateur le plus pertinent. Trente et un essais présentaient ce critère sur soixante-douze essais dans notre échantillon (43 %). Le bénéfice peut aussi être basé sur la survie sans progression. Toutefois, ce critère est considéré comme moins robuste du fait de biais de mesure et est donc idéalement réservé aux essais de phase II uniquement.

Ainsi, ces éléments font apparaître un manque de recul quant au bénéfice réel du médicament au moment de sa prise en charge et la nécessité de confirmer ce bénéfice en conditions de vie réelle. La décision d'une prise en charge par la collectivité constitue une prise de risque pour le payeur qui justifie de disposer d'une plus grande transparence sur les coûts de recherche et développement, d'un suivi du bénéfice clinique, voire organisationnel, en vie réelle, et d'une réévaluation régulière du prix.

Un autre mécanisme participe à l'inflation des coûts des nouveaux traitements. Il est lié à l'émergence de la segmentation

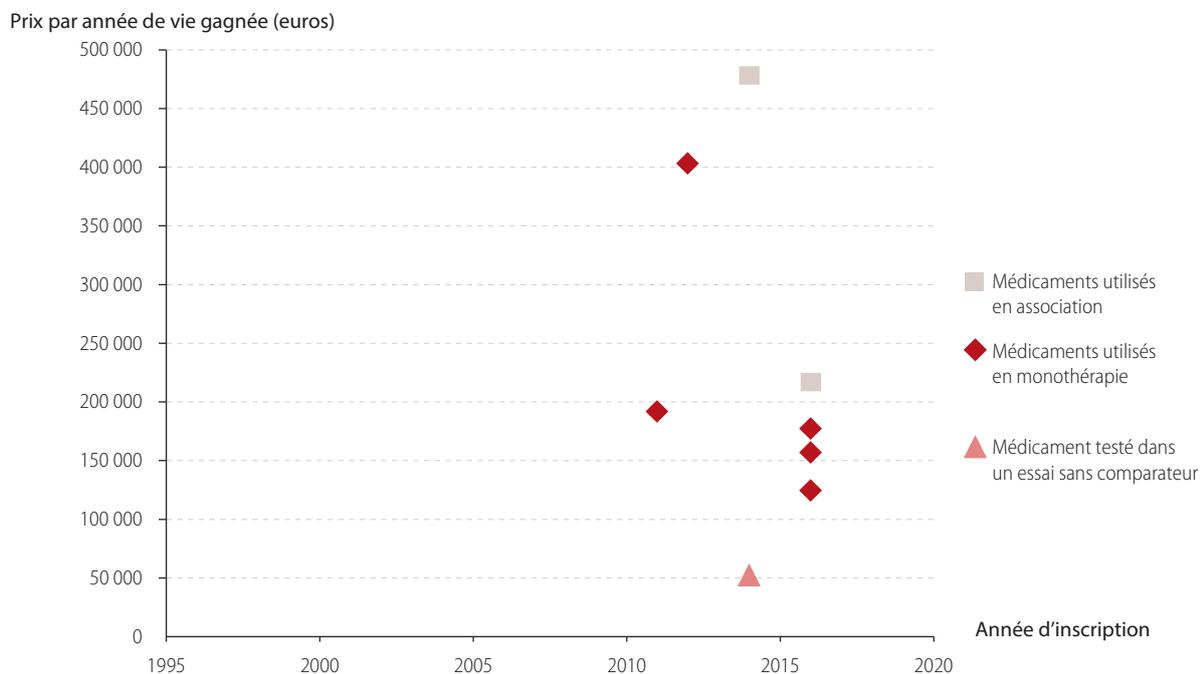
génomique des cancers et de la médecine de précision. En effet, une même anomalie génomique peut être présente dans plusieurs types tumoraux et retrouvée dans plusieurs organes différents. Ainsi, un traitement initialement proposé pour des populations très réduites en situation d'échec thérapeutique peut rapidement bénéficier d'extensions d'indications sur des populations plus larges. Les populations concernées peuvent donc augmenter de façon importante sans que le prix accordé initialement pour la première indication soit baissé en proportion.

Cette stratégie peut être illustrée par l'arrivée des immunothérapies telles qu'Opdivo ou Keytruda, qui ont été mises sur le marché pour le traitement du mélanome avancé avec des ASMR III et IV et une petite population cible pouvant justifier des prix élevés.

En effet, jusqu'en 2010, le traitement du mélanome avancé reposait essentiellement sur les chimiothérapies traditionnelles. À partir de 2011, l'arsenal thérapeutique s'est considérablement développé avec l'arrivée des thérapies ciblées telles que Yervoy ou Zelboraf, puis des immunothérapies avec Opdivo et Keytruda (figure 74).

#### ► FIGURE 74

### Évolution du prix par année de vie gagnée dans le mélanome



Sources : HAS, Base de données du médicament (BDM), traitements Cnamts

Ces traitements sont arrivés sur le marché avec des coûts par AVG d'emblée très élevés (plus de 200 000 euros par AVG pour l'indication mélanome au stade avancé). Ils ont ensuite obtenu très rapidement une extension d'indication thérapeutique (EIT) dans le cancer du poumon (figure 75), avec une population éligible au traitement beaucoup plus large pour des bénéfices

cliniques faibles ou inexistantes par rapport aux traitements déjà disponibles (figure 76), ce qui n'a pas conduit pour autant à une baisse proportionnelle des prix.

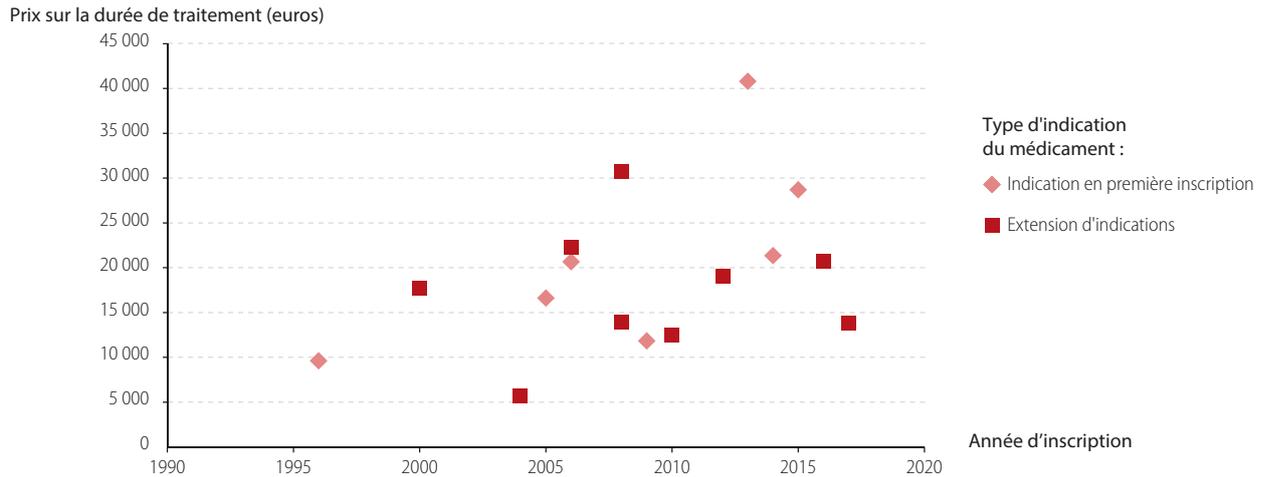
Ainsi, l'inscription initiale au remboursement d'un produit possédant un bon niveau d'ASMR dans une indication « crante »

le prix à un niveau très élevé, qui n'évolue plus qu'à la marge à l'occasion des extensions d'indications, quand bien même le niveau d'ASMR serait moins élevé ou que la population cible augmenterait de façon significative pour les nouvelles indications.

Comme il était souligné dans le rapport Polton (2015), certains experts (Mestre-Ferrandiz, 2015) suggèrent que les prix soient différenciés par indication de manière à ce que les industriels aient plus intérêt à promouvoir les usages les plus intéressants pour le système de santé.

► FIGURE 75

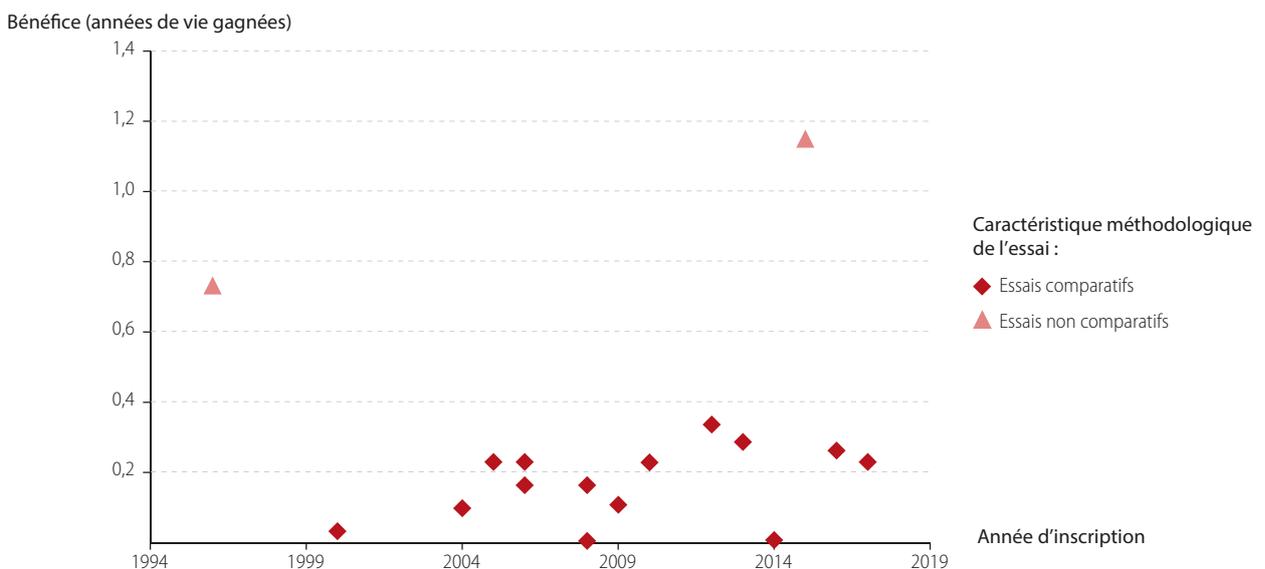
### Évolution du prix calculé sur la durée du traitement, dans le cancer du poumon



Sources : HAS, Base de données du médicament (BDM), traitements Cnamts

► FIGURE 76

### Évolution du bénéfice (années de vie gagnées) des médicaments dans le cancer du poumon



Note de lecture : le bénéfice des produits en rose repose sur un essai non comparatif.

Sources : HAS, Base de données du médicament (BDM), traitements Cnamts

Dans le cas du cancer du poumon, le bénéfice clinique des nouveaux produits qui apparaissent reste faible et stable depuis 1995, avec pourtant des prix sur les durées de trai-

tement qui ne cessent d'augmenter. L'offre à disposition des prescripteurs est aujourd'hui composée pour moitié de produits en extension d'indication (par rapport à leur inscription

initiale), à des niveaux de prix élevés obtenus dans des indications initiales pour lesquelles le bénéfice clinique était plus important.

Enfin, l'utilisation croissante d'associations de traitements est un déterminant important de l'augmentation des coûts des traitements sur les dernières années. Les nouvelles stratégies thérapeutiques qui apparaissent, comme c'est le cas dans le traitement du mélanome (figure 74), associent fréquemment les traitements dans le but d'augmenter leur efficacité combinée et/ou de réduire leurs effets indésirables. On assiste ainsi à une escalade des coûts qui s'additionnent, du moins pour les prix faciaux. L'impact budgétaire est toutefois limité par la signature de clauses conventionnelles entre le Ceps et les industriels, plus contraignantes que pour des produits utilisés en monothérapie. Néanmoins, la prise en charge de ces traitements associés devrait s'accompagner, pour une plus grande maîtrise des dépenses, de baisses des prix faciaux plus importantes.

### 3.4.4 / Conclusion

L'augmentation des prix par année de vie gagnée est observée dans la plupart des cancers malgré des pronostics et des modes de prise en charge thérapeutique très différents.

Les derniers traitements arrivés sur le marché peuvent montrer une différence d'efficacité incrémentale par rapport aux traitements existants et constituent une alternative supplémentaire, notamment pour répondre aux besoins non ou mal couverts. En ce sens, ils constituent un progrès qui peut justifier la revalorisation de prix plus élevés que les thérapeutiques existantes.

Toutefois, si cette valeur ajoutée peut justifier une rémunération des efforts de recherche, les prix obtenus restent trop élevés compte tenu du niveau d'effet constaté et des inconnues qui persistent bien souvent au stade de la mise sur le marché (recul insuffisant).

## Proposition

### Proposition sur le prix du médicament

#### Proposition 22

#### Adapter les modalités de fixation des prix à la dynamique des médicaments innovants

Ces nouvelles modalités reposeraient sur :

- des résultats d'études robustes de phase III au moment de l'inscription ou, *a minima*, des prix moins élevés en cas d'arrivée précoce sur la base d'études de phase II ;
- la prise en compte d'études d'efficacité en vie réelle après l'inscription au remboursement (complétant les résultats d'études disponibles au moment de l'inscription) ;

- un partage des risques sous la forme de contrats de performance, avec un mécanisme protecteur pour le payeur, lorsque le recul semble insuffisant sur les produits ;
- une révision systématique du tarif du produit en cas d'extension d'indication ou d'élargissement de la population cible ;
- une prise en compte de l'arrivée de nouveaux produits plus performants par une réévaluation plus réactive des anciens traitements.

## Bibliographie

Accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament (LEEM), 2015.

Barbier G., Daudigny Y., « Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat sur la politique du médicament », Paris, 2016, n° 739.

Décret n° 2012-1116 du 2 octobre 2012 relatif aux missions médico-économiques de la Haute Autorité de santé, 2012-1116.

Gonçalves A., Maraninchi D., Vernant J.-P., « Médicaments du cancer : les raisons de la colère », *La revue du praticien*, 2017, 67, 141-145.

Institut national du cancer, « Le prix des médicaments anticancéreux, état des lieux et des connaissances/soins », 2017.

Maraninchi D., Vernant J.-P., « L'urgence de maîtriser les prix des nouveaux médicaments contre le cancer », 2016.

Mestre-Ferrandiz J., Towse A., Dellamano R., Pistollato M., « Multi-indication Pricing: Pros, Cons and Applicability to the UK, Seminar Briefing. *Office of Health Economics*, 2015, n° 18.

Polton D., « Rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments », Paris, 2015.

Saltz L.B., « Perspectives on value », 2015.

## 3.5 Promouvoir des modes de paiement favorisant la valeur créée par les soins

### 3.5.1 / Le financement à l'épisode de soins

La réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac) est une pratique qui permet d'améliorer la qualité des soins et de l'efficacité des organisations en chirurgie programmée, grâce à une redéfinition des étapes du parcours du patient, ne se limitant pas au seul séjour hospitalier, et une optimisation des processus d'organisation. Elle permet ainsi une diminution de la durée des séjours en hospitalisation tout en maintenant un haut niveau de qualité des soins.

Dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2017, la Cnamts a évalué l'impact économique du développement de la Raac pour la chirurgie prothétique de la hanche en étudiant les parcours de soins des patients pris en charge dans les établissements français qui ont développé ce mode de prise en charge. Les résultats de cette étude montrent que la baisse de la durée des séjours induite par la Raac permet de réduire les coûts d'hospitalisation pour cette chirurgie. Les coûts de prise en charge en ville qui y sont associés demeurent, eux, identiques, que le patient ait bénéficié ou non de la Raac. Ces deux éléments montrent l'intérêt économique du développement de la Raac.

La Raac reste néanmoins aujourd'hui une pratique minoritaire en France. Par ailleurs, elle requiert la mise en place de nouvelles modalités de préparation et de suivi du patient, mal prises en compte ou ignorées dans les tarifications existantes. Enfin, alors que la Raac implique potentiellement une large chaîne d'acteurs en ville et à l'hôpital, les modalités de financement actuelles, fragmentées entre les différents intervenants et basées sur le volume de soins produit, ne favorisent pas la coopération entre ces acteurs.

Ces constats ont poussé l'Assurance Maladie à proposer l'introduction d'un système de financement forfaitaire couvrant l'ensemble de l'épisode de soins chirurgical pour une pose de prothèse de la hanche (figure 77), et non plus la seule hospitalisation, qui se substituerait aux financements existants. Ce paiement à l'épisode consiste en pratique à payer l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge de cet épisode (en l'occurrence, une intervention pour pose de prothèse de la hanche) avec un forfait unique et commun. Les acteurs du parcours sont rendus solidaires financièrement par ce forfait, ce qui doit les inciter à coopérer autour de l'épisode de soins considéré.

### 3.5.2 / Grands principes de construction du forfait global incluant reprises et complications

La définition du périmètre et du contenu précis de ce forfait est un point extrêmement important. En effet, les acteurs qui n'en font pas partie ne seront pas concernés par l'incitation financière. En fonction de l'importance de leur contribution à la prise en charge, cela peut avoir des conséquences notables sur les parcours de soins. *A minima*, les forfaits développés dans les autres pays couvrent l'ensemble des frais hospitaliers (en incluant les consultations et les actes des chirurgiens et anesthésistes) et une partie des dépenses de ville directement liées à la rééducation (soins de masso-kinésithérapie, par exemple). Classiquement, un épisode de soins concerne les soins compris entre 3 jours avant l'intervention et 30 jours après la sortie de l'hôpital.

Certains pays ont inclus une partie des complications potentielles de la chirurgie dans le forfait de l'épisode de soins. C'est le cas par exemple en Suède, où les reprises chirurgicales d'une prothèse de la hanche sont couvertes par une « garantie » jusqu'à deux ans après la première intervention. Le principe de cette inclusion est d'intégrer un paiement supplémentaire dans le forfait, basé sur une estimation du coût moyen des complications liées aux soins, ajusté sur le risque (infection, réintervention, changement de prothèse, complications thromboemboliques...). Lorsque ces complications surviennent, elles sont réputées être comprises dans le forfait initial et ne peuvent donner lieu à une tarification supplémentaire, que la prise en charge ait lieu dans l'établissement d'origine ou non.

La mise en place d'un tel forfait constituerait en France un changement d'importance. En effet, aujourd'hui, le risque lié aux complications et reprises est supporté *ad integrum* par l'Assurance Maladie et, donc, par la collectivité. Le mode de financement actuel des soins ne comporte aucun intéressement ni incitation pour les acteurs sur ce sujet. En effet, les efforts pour améliorer ce point ne sont pas pris en compte dans la tarification. Cela place les offreurs de soins dans une situation paradoxale où les signaux tarifaires peuvent être perçus comme contraires aux objectifs de santé publique. La mise en place d'un paiement groupé incluant *a priori* les reprises et les complications serait au contraire une incitation forte à la qualité et à la coordination des soins. Dans cette hypothèse, le risque et les bénéfices portent entièrement sur l'établissement :

– les établissements qui mettent en œuvre des actions pour réduire la survenue de complications ou qui ont des pratiques vertueuses seront gagnants financièrement ;  
 – les établissements dont les taux de complication sont les plus élevés seront, à terme, perdants à la hauteur du dépassement, le forfait versé initialement leur permettant tout de même de disposer de ressources pour mettre en œuvre des actions de prévention des complications.

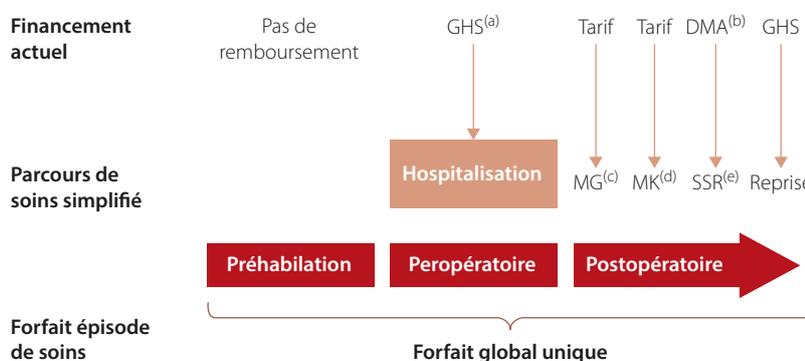
Suite à la mise en place de ce forfait en Suède, le taux de reprises pour prothèse de la hanche a diminué de 26 % en quelques années.

L'ajustement du forfait sur le risque constaté est une condition importante de la réussite de ce type d'expérience, car il permet de minimiser le risque de sélection de patients auquel ce type de financement peut exposer.

La Cnamts a donc entrepris de modéliser la survenue des complications et des reprises suite à une arthroplastie de la hanche, leurs coûts et les économies engendrées par leur diminution pour simuler le montant d'un forfait « reprises et complications » qui viendrait s'ajouter au forfait global (séjours + rééducation en ville).

► FIGURE 77

**Comparaison des modes de financement actuels et du forfait à l'épisode de soins potentiel dans le cas du parcours de soins pour la réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac)**



- (a) GHS : groupe homogène de séjour
- (b) DMA : dotation modulée à l'activité
- (c) MG : médecin généraliste
- (d) MK : masseur-kinésithérapeute
- (e) SSR : soins de suite et de réadaptation

*Note de lecture : ce périmètre d'épisode de soins a été défini par un groupe d'experts mobilisés par la Cnamts, il comprend trois étapes :  
 préhabilitation du patient : étape clé de l'information du patient et de son adhésion au programme de Raac. Elle inclut les consultations préopératoires chirurgicale et anesthésique, ainsi que la consultation infirmière spécifique et quelques séances de kinésithérapie ;  
 peropératoire : prise en charge individualisée avec un monitoring spécifique selon le type d'intervention, un usage optimisé des anesthésiques, une prévention de l'hypothermie peropératoire, une épargne des analgésiques opioïdes, une prévention des nausées et vomissements postopératoires, le choix de techniques mini-invasives ;  
 postopératoire : inclut la préparation à la sortie, la mise en œuvre d'un suivi optimal en ambulatoire et les événements évitables tels que les complications précoces et tardives (les affections thromboemboliques, les infections, les luxations de prothèse dans les deux ans qui suivent l'arthroplastie de la hanche).*

Source : Cnamts

► ENCADRÉ 21

**Méthode de l'étude sur l'élaboration d'un forfait « reprises et complications » dans le cadre des arthroplasties de la hanche**

**Population étudiée**

Afin d'identifier les éléments de coûts des épisodes de soins d'arthroplastie de la hanche, une cohorte de patients a été constituée sur la période de 2013-2014 pour les GHM 08C47 Prothèses de hanche pour traumatismes récents et 08C48 Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents. Après exclusion des patients non incidents (reprise ou intervention bilatérale : 19 066 séjours) et retrait des séjours pour des actes

initiaux doublés ou actes d'arthroplastie avec un groupage vers d'autres GHM (38 000 séjours), un total de 210 145 séjours réalisés en 2013 et 2014 a été retenu pour l'étude.

Afin de s'assurer de la comparabilité des patients opérés en 2013 et 2014, les variables suivantes ont été comparées : diagnostic principal (DP), âge, niveau de sévérité, DMS et leur homogénéité confirmée. La distribution des données par âge est homogène sur la période étudiée,

elle est concentrée sur les tranches d'âge de 60 à 90 ans. L'âge moyen des patients opérés pour traumatismes (GHM 08C47) est de 82,4 ans, il est de 69,9 ans pour les patients opérés pour des affections autres que les traumatismes récents (GHM 08C48). La distribution des niveaux de sévérité est homogène sur la période étudiée. Les niveaux 1 et 2 concentrent la majorité des séjours du GHM 08C47 soit 70 % des séjours. Plus de 40 000 séjours du GHM 08C48 sont de niveau 1, soit 60 %. Les durées des

séjours sont homogènes sur la période étudiée. En 2014, on note une diminution de 0,5 jour des durées moyennes des séjours pour les deux GHM 08C47 (11,6 jours) et 08C48 (7,6 jours).

#### Définition des reprises et complications étudiées

Les séjours considérés comme des reprises sont l'ensemble des séjours survenant dans les vingt-quatre mois après la fin de l'intervention dont la racine de GHM est 08C22.

Les séjours considérés comme des

complications en MCO sont l'ensemble des séjours survenant dans les six mois après la fin de l'intervention dont le DP ou un diagnostic associé est T840, T845 ou T848.

Les séjours considérés comme des complications en SSR sont l'ensemble des séjours survenant dans les six mois après la fin de l'intervention dont le GME commence par 0827.

#### Constitution des groupes de risque

Afin de déterminer les indicateurs d'adaptation au risque de l'épisode de soins, le e-modèle de *CART* (*Classification And*

*Regression Trees*) a été utilisé. Ce modèle consiste à découper la population en fonction des variables explicatives selon l'importance de leur liaison avec la variable « réponse » (ici le taux de reprise ou de complications).

Différents indicateurs identifiés à dire d'expert et susceptibles d'influencer les coûts des épisodes de soins ont été utilisés pour définir les classes de risque (âge, indice de défavorisation, niveaux de sévérité et comorbidités, DMS...).

### 3.5.3 / Évaluation du poids des reprises et des complications

Le taux de reprise a été évalué sur vingt-quatre mois sur la cohorte de 2013 à 2,22 %. Les reprises interviennent dans les

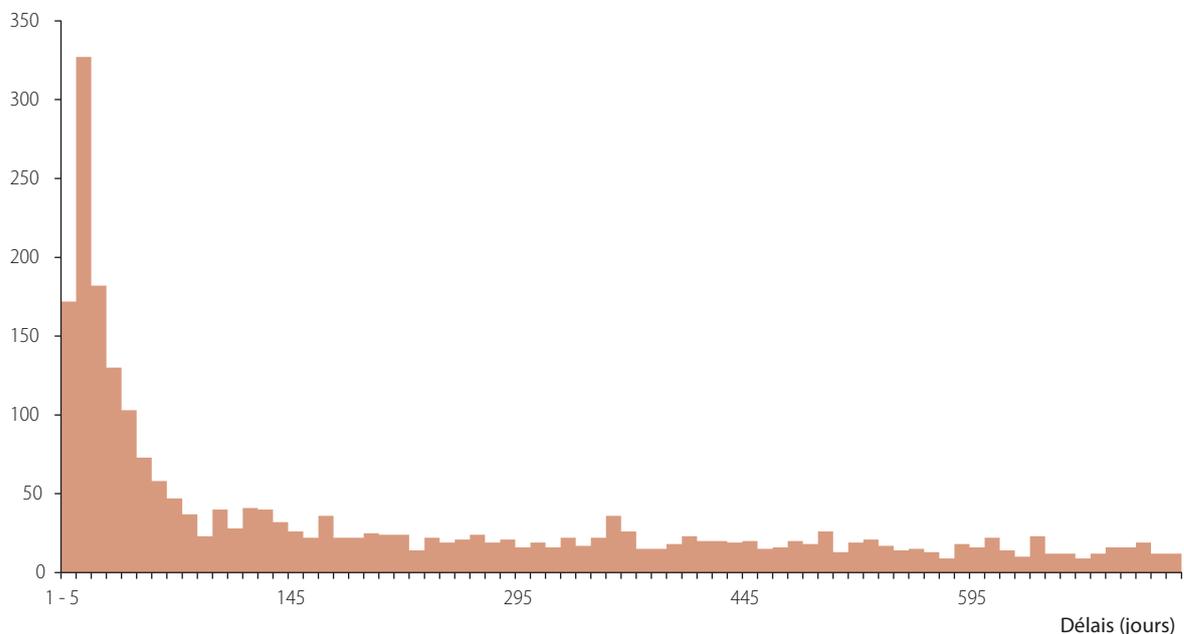
six mois qui suivent l'arthroplastie de la hanche. La majorité intervient dans les 100 jours, comme le montre la [figure 78](#).

Parmi les 2 164 patients ayant eu une reprise, 126 ont eu une seconde reprise, soit un taux de 5,5 % ([figure 79](#)).

#### ► FIGURE 78

#### Distribution des délais avant une première reprise

Nombre de séjours pour première reprise

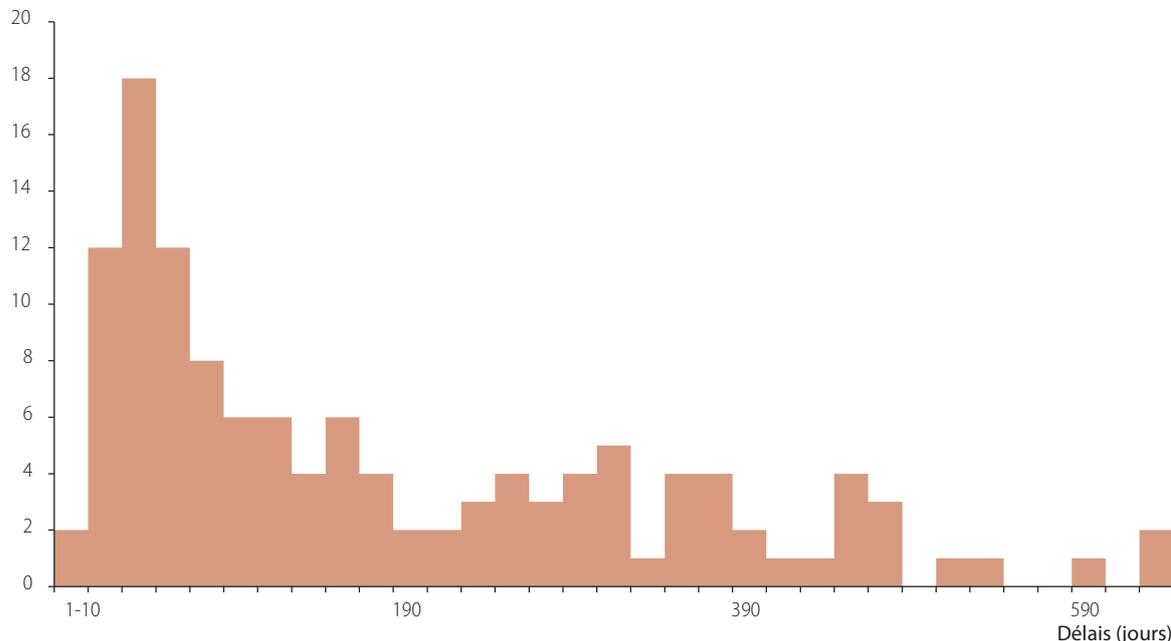


Source : Cnamts

► FIGURE 79

### Distribution des délais avant une seconde reprise

Nombre de séjours pour seconde reprise



Source : Cnamts

Le taux de complications à six mois est de 1,26 % IC à 95 % [1,21 %-1,31 %] sur les 210 145 séjours concernés, dont :

- 0,58 % de complications en SSR ;
- 0,78 % de complications en MCO avec ou sans intervention sur la hanche.

Les complications sont pour l'essentiel liées à des infections contractées sur le site opératoire, des complications thromboemboliques et les reprises sont liées à des comorbidités associées.

### 3.5.4 / Modélisation économique d'un forfait prospectif pour les reprises et complications

L'âge des patients est l'indicateur qui a le plus d'impact sur les reprises. On peut ainsi constituer **cinq classes** de risque homogène et statistiquement différentes en tenant compte de l'âge du patient et du GHM (**tableau 43**).

► TABLEAU 43

### Répartition par classe d'âge des taux de reprise

GHM	Âge	Taux de reprise à 24 mois	Intervalle de confiance (IC) à 95 %
08C47	< 74 ans	3,86 %	3,35 % - 4,43 %
	Entre 74 et 87 ans	2,95 %	2,70 % - 3,22 %
	≥ 88 ans	2,03 %	1,76 % - 2,35 %
08C48	< 52 ans	2,51 %	2,12 % - 2,96 %
	≥ 52 ans	1,92 %	1,81 % - 2,02 %

Source : Cnamts

Pour ce qui est des complications, l'âge et les niveaux de sévérité sont les principaux déterminants du risque pour le GHM 08C47. En revanche, pour le GHM 08C48, seuls les niveaux de sévérité sont les déterminants du risque de complications (**tableau 44**). Les classes ainsi constituées ont des niveaux de

risque significativement différents d'un point de vue statistique. L'analyse statistique ne montre pas de différence statistique entre les complications MCO et les complications SSR, celles-ci sont donc de façon globale et par convention désignées sous le terme « complications ».

► TABLEAU 44

## Répartition par classe d'âge et niveau de sévérité des taux de complication

GHM	Âge	Sévérité	Taux de complications hospitalières à 6 mois	Intervalle de confiance (IC) à 95 %*
08C47	≥ 88 ans	Toutes	1,94 %	1,79 % - 2,09 %
	< 88 ans	1	1,93 %	1,75 % - 2,12 %
	< 88 ans	2, 3 et 4	2,45 %	2,29 % - 2,62 %
08C48	Tous	1	0,69 %	0,65 % - 0,74 %
	Tous	2, 3 et 4	1,20 %	1,13 % - 1,28 %

Source : Cnamts

Les indicateurs tels que l'indice de défavorisation, les comorbidités, la durée moyenne des séjours ou les diagnostics principaux n'influent pas significativement sur le risque de reprise ou de complications.

Les coûts des reprises apparaissent relativement homogènes avec des montants élevés correspondant à des passages en réanimation ou à un décès suite à l'intervention. La moyenne des coûts de reprise est de 8 707 euros, en intégrant le plafonnement au 19<sup>e</sup> vingtile, il est de 8 365 euros, soit 5 % de moins. La répartition des coûts selon les cinq classes d'âge en intégrant le coût des reprises permet de déterminer un montant pour

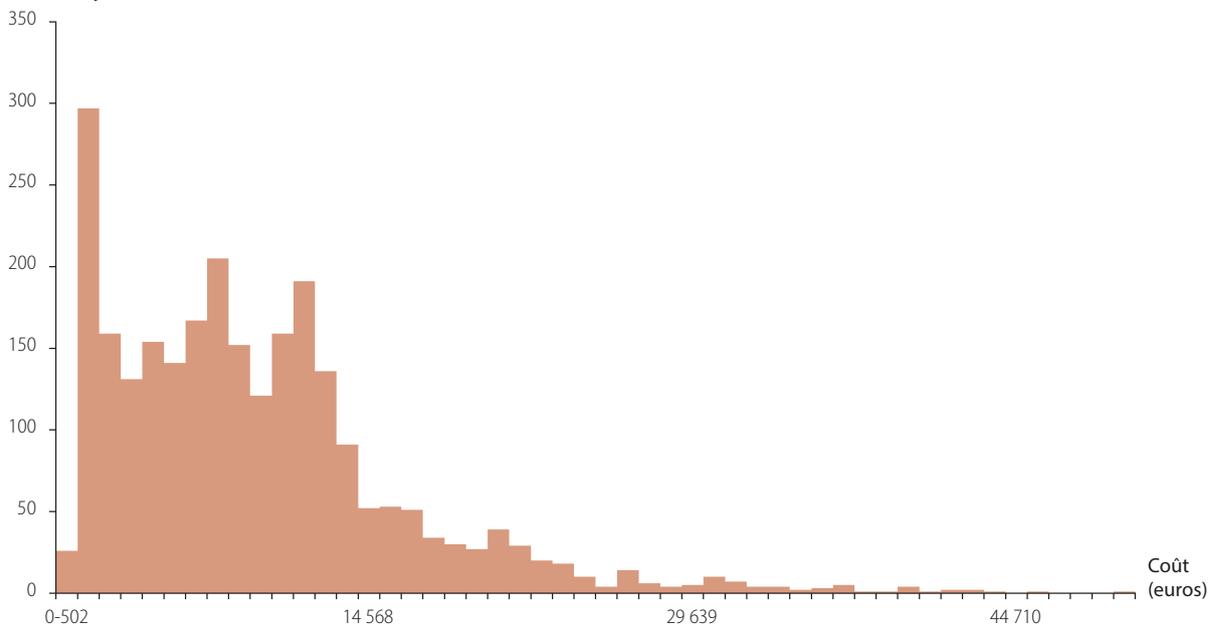
toutes les reprises. Ce montant varie entre 159 euros pour les plus de 52 ans pour le GHM 08C48 à 343 euros pour les moins de 74 ans du GHM 08C47. Les coûts des complications hospitalières apparaissent peu homogènes, comme l'indique la **figure 80**.

Le coût global moyen des complications hospitalières est de 11 050 euros en intégrant le plafonnement au 19<sup>e</sup> vingtile, il est de 10 405 euros. Le montant des complications varie entre 59 euros pour le niveau 1 de sévérité pour le GHM 08C48 à 280 euros pour les patients de moins de 88 ans et de niveaux de sévérité 2, 3 et 4 du GHM 08C47.

► FIGURE 80

## Distribution des coûts de complications hospitalières

Nombre de séjours



Source : Cnamts

La combinaison de l'étude des coûts de reprises et de complications permet d'obtenir neuf classes homogènes de patients avec cinq groupes pour les patients atteints de fractures du

fémur (GHM 08C47) et quatre groupes pour les patients souffrant de coxarthrose (GHM 08C48) ([tableau 45](#)).

► **TABLEAU 45**

**Classification des patients bénéficiant d'une prothèse de la hanche selon l'âge, la sévérité et la pathologie initiale**

GHM	Sévérité	Âge	Montant du forfait « complications »	Montant du forfait « toutes reprises »	Montant à ajouter au GHS
08C47	Toutes	≥ 88 ans	203 €	198 €	402 €
	1	Entre 74 et 87 ans	209 €	280 €	489 €
	2, 3 et 4	Entre 74 et 87 ans	280 €	280 €	560 €
	1	< 74 ans	209 €	343 €	552 €
	2, 3 et 4	< 74 ans	280 €	343 €	623 €
08C48	1	≥ 52 ans	59 €	159 €	218 €
	2, 3 et 4	≥ 52 ans	123 €	159 €	282 €
	1	< 52 ans	59 €	204 €	263 €
	2, 3 et 4	< 52 ans	123 €	204 €	326 €

Source : Cnamts

Au total, l'ajustement du risque selon l'âge et la sévérité fait varier le montant du forfait « reprises et complications » de 218 euros à 623 euros en fonction du motif d'intervention « fracture » ou « arthrose de la hanche ».

Selon ces premières estimations, ce forfait « reprises et complications » majore le montant actuel des GHS de 2,8 % à 10,2 % pour le secteur public et de 6 % à 17 % pour le secteur privé.

**3.5.5 / Impact économique potentiel de la mise en place d'un forfait pour les reprises et les complications**

Une simulation de la mise en œuvre du *bundled payment* sur l'activité des établissements en 2013 en prenant en compte leur nombre de reprises et de complications montre que les 465 établissements les plus performants auraient un gain moyen de 19 128 euros et les 338 établissements moins performants auraient une perte moyenne de 26 349 euros. Dans cette simulation, la somme totale payée par l'Assurance Maladie pour les complications resterait strictement identique. C'est la redistribution entre établissements induite par ce forfait qui crée l'incitation financière ([figure 81](#)).

L'incitation financière ainsi créée, si elle fonctionne, doit aboutir à une diminution globale du taux de complications par la réduction

des complications évitables. En Suède, un modèle analogue a conduit à une diminution de 26 % du taux de reprises en quelques années. En posant l'hypothèse qu'une telle diminution se produise en France, elle correspondrait à une diminution du montant du risque global « reprises et complications » de 9 millions d'euros.

Le mécanisme modélisé ici ne prévoit aucune économie en base, l'objectif principal retenu étant d'inciter à améliorer la qualité dans un premier temps. Pour que son caractère incitatif persiste, le forfait « reprises et complications » ne peut cependant demeurer indéfiniment au même niveau. Il doit être régulièrement réactualisé pour tenir compte de l'évolution du risque. Les « gains » ainsi réalisés résultant des efforts effectués par les acteurs du parcours, il semble souhaitable qu'un mécanisme de partage de ces gains entre la collectivité (représentée par l'Assurance Maladie) et ces acteurs soit défini. Dans l'hypothèse où les établissements « reçoivent » 30 % des « gains », cela correspondrait à un reversement de 3 millions d'euros pour la seule chirurgie de la hanche, et à des économies de l'ordre de 6 millions d'euros pour la collectivité.

Afin que le mécanisme de financement puisse jouer à plein, il est bien entendu nécessaire de le mettre en œuvre sur des territoires, de manière notamment à limiter les risques de sélection ([figure 82](#)).

► FIGURE 81

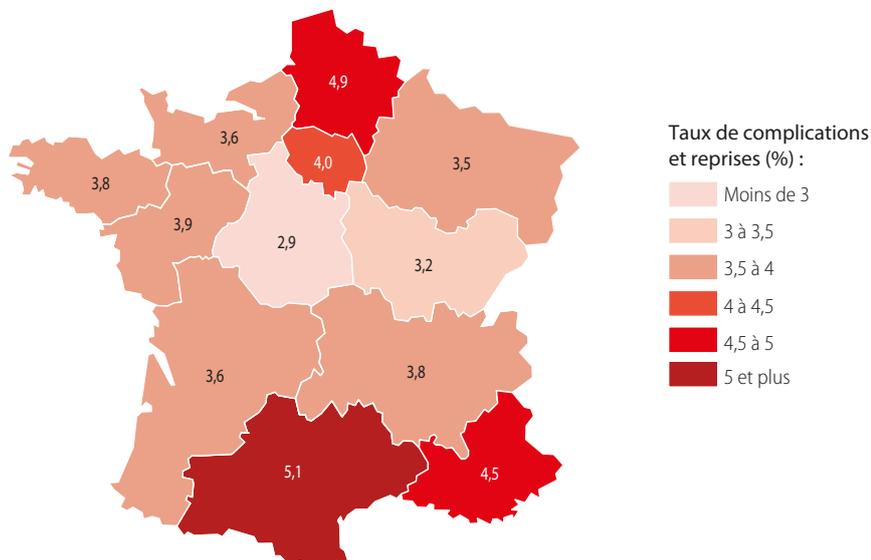
### Distribution des gains et pertes des établissements liés à l'application du *bundled payment* selon leur activité et leurs pratiques, en 2013



Source : Cnamts

► FIGURE 82

### Cartographie du taux de complications et reprises par région



Champ : population de référence 2013, avec des reprises étudiées à 24 mois et des complications étudiées à 6 mois  
 Source : Cnamts (PMSI MCO et SSR, 2013 à 2015)

## Propositions

### Propositions sur les modes de paiement en chirurgie

#### Proposition 23

**– Mettre en œuvre, dans des régions pilotes, un financement forfaitaire à l'épisode de soins pour l'arthroplastie de la hanche**

L'Assurance Maladie propose de mener une expérimentation d'un paiement forfaitaire à l'épisode de soins pour l'arthroplastie de la hanche, couvrant les dépenses hospitalières, les dépenses de ville pertinentes en pré et posthospitalisation, ainsi qu'une part liée aux reprises et complications, ajustée sur le risque.

Dans le cadre de l'expérimentation, ce forfait se substituera aux modalités de paiement classiques pour cette prise en charge, à savoir notamment : séjour hospitalier, consultations externes, le cas échéant, honoraires médicaux, honoraires des auxiliaires médicaux impliqués dans la prise en charge comme

les soins de masso-kinésithérapie ou les soins infirmiers.

Afin d'éviter les effets de sélection des patients et pour avoir un véritable effet de levier, l'Assurance Maladie propose que cette expérimentation se fasse à l'échelle d'une ou de plusieurs régions.

#### Proposition 24

**– Modéliser un forfait à l'épisode de soins sur d'autres types de chirurgie ou de prises en charge en médecine**

L'Assurance Maladie propose de poursuivre la réflexion sur ce sujet en modélisant de nouveaux épisodes de soins, dont la décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque, l'arthroplastie du genou ou la pose d'un défibrillateur cardiaque implantable.

## 3.6. Pour un dispositif d'appui à l'expérimentation et à la diffusion d'innovations organisationnelles

### 3.6.1 / Contexte

Le champ couvert par le terme d'innovation en santé est très vaste. Dans son avis de juillet 2016, le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) en distingue trois grandes catégories : le progrès des sciences et des techniques, les innovations organisationnelles et le numérique. Chacune de ces catégories recouvre à son tour une multitude de sujets et thématiques : nouveaux médicaments ou dispositifs médicaux, objets connectés, applications, systèmes d'information hospitaliers ou partagés, nouveaux modes d'organisation ou de financement... La problématique est rendue d'autant plus complexe que dans nombre de cas les innovations peuvent être combinées entre elles.

Au-delà de cette diversité de nature, ces innovations se rejoignent cependant sur les finalités qu'elles poursuivent ou disent poursuivre : améliorer la qualité et la sécurité des soins, rendre le système de santé plus accessible ou encore améliorer l'efficacité de son fonctionnement. L'innovation n'est donc pas une finalité en soi, mais un moyen dont il importe d'évaluer avec précision la capacité à atteindre ces objectifs.

Comme le souligne le Haut conseil, l'innovation en santé en elle-même n'est pas un phénomène nouveau. L'arrivée de certaines innovations est prévue et organisée dans le cadre du droit commun. C'est le cas des nouveaux médicaments ou dispositifs médicaux, pour lesquels une procédure formalisée reposant sur des outils standardisés, notamment d'évaluation, existe. La diffusion de ces innovations peut ensuite se faire très rapidement, comme le montre l'exemple des traitements de l'hépatite C mis sur le marché en 2014.

Pour d'autres innovations, en revanche, le chemin vers la diffusion est beaucoup moins évident. Ces innovations, qui peuvent tomber dans une forme de *no man's land* institutionnel et juridique, sont souvent porteuses de modifications importantes de l'organisation du système de santé. La télémédecine en est un bon exemple : au-delà des aspects technologiques, elle pose des questions sur la responsabilité médicale, les modalités de paiement et d'organisation ou la culture professionnelle qui limitent encore aujourd'hui sa diffusion. Le caractère disruptif de ces innovations par rapport au cadre existant impose une modification de celui-ci.

Les innovations organisationnelles sont particulièrement concernées par ces difficultés. Innover en la matière peut vite s'avérer complexe quand l'innovation implique d'aller au-delà

du cadre juridique, réglementaire ou de financement de droit commun. Les difficultés rencontrées pour le développement et la diffusion des protocoles de coopération interprofessionnelle en témoignent. Alors que ces pratiques sont monnaie courante dans beaucoup d'autres pays et que plusieurs cadres juridiques successifs ont tenté de les favoriser, elles demeurent largement sous-développées. Les limites du développement d'approches décloisonnées entre les secteurs sanitaire et médico-social autour de parcours de soins et de vie de certaines populations en sont un autre exemple. Ces difficultés s'expriment sur l'ensemble du « cycle de vie » des innovations : pour mener des expérimentations, les évaluer et les diffuser lorsque cela est pertinent.

Dans son avis, le HCAAM propose plusieurs pistes d'action pour surmonter ces difficultés avec, en particulier, la création d'un « *cadre favorable à l'émergence d'initiatives innovantes* » pour soutenir les innovateurs afin « *d'encourager, sélectionner, évaluer et généraliser les initiatives prometteuses* ». La logique de cette proposition est de dépasser le cadre d'expérimentation classique dans une logique de déploiement ou de diffusion à grande échelle. Deux dimensions sont particulièrement mises en avant. La première est celle du financement, pour lequel le HCAAM pointe la nécessité d'identifier et de clarifier les financements des phases en amont de l'innovation, mais également le lien des financements initiaux d'amorçage avec les financements permanents. La seconde est celle des modalités d'accompagnement des projets (et de leurs porteurs) pour lesquelles un cadre spécifique pourrait être produit dans une logique visant la généralisation après une phase de prototype.

### 3.6.2 / Qu'est-ce que l'innovation organisationnelle et qu'en attendre ?

#### Définition

L'OCDE propose une définition de l'innovation organisationnelle dans le manuel d'Oslo qui fait référence (OCDE, 2005). Cette définition a été reprise dans la réglementation communautaire européenne dans les termes suivants :

« [L'innovation d'organisation est] *la mise en œuvre d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures de l'entreprise.* »

Dans les domaines de l'organisation des soins et plus largement des organisations de santé, on peut identifier six domaines dans lesquels l'innovation organisationnelle peut s'appliquer :

- modes de gestion ;
- processus et modalités de soins ;
- modes de financement ;
- structures organisationnelles ;
- stratégie/rerelations extérieures (travail en réseau) ;
- impact de l'adoption d'une technologie ou d'un produit innovant sur l'organisation.

Cette approche serait incomplète si elle ne prenait pas en compte deux idées très importantes. La première, sur laquelle

l'avis du HCAAM est basé, est que l'innovation n'est pas la simple adoption d'une technique ou méthode nouvelle, mais un processus continu qui mérite d'être soutenu par les politiques publiques. La seconde est que derrière les concepts listés ci-dessus on retrouve des enjeux en termes de compétences et de métiers qui sont souvent la clé de la diffusion des innovations et qui peuvent en eux-mêmes être des enjeux d'innovation.

#### Pourquoi l'innovation organisationnelle ?

Les organisations évoluent naturellement au gré des changements sociétaux, culturels ou économiques. Les organisations de santé ne font pas exception à cette règle. Elles se distinguent cependant des autres organisations par le fait qu'elles sont sujettes à une régulation, notamment juridique, importante, que les métiers qui les composent ont des frontières très étanches et qu'elles ont pour beaucoup d'entre elles un niveau de complexité particulièrement élevé.

Ces facteurs expliquent en grande partie que là où dans d'autres secteurs d'activité on a assisté dans les dernières décennies à des modifications, voire des transformations majeures, des formes et des pratiques des organisations, les organisations de santé, sans rester figées, ont connu des transformations beaucoup moins importantes. Les défis auxquels les organisations de santé sont aujourd'hui confrontées appellent pourtant une évolution très significative de leurs structures et de leurs pratiques (Swensen, 2010 ; Orszag, 2010).

Le premier facteur de transformation est celui de l'adaptation à la transition épidémiologique et à la dépendance. Ces deux phénomènes transforment profondément l'objet même des organisations. Il s'agit désormais d'accompagner des personnes qui vivent avec leur maladie, dans la communauté, si possible à leur domicile, sur le long terme, de manière suivie dans le temps, en tenant compte des aspects non médicaux de leurs problématiques et en se coordonnant avec un nombre croissant d'acteurs, incluant les patients et leur entourage. Or, l'organisation actuelle du système est pensée autour d'interventions ponctuelles, par des acteurs indépendants les uns des autres, pas nécessairement coordonnés, visant le plus souvent à la guérison, dans un contexte d'hospitalisation. Si cette inadéquation est souvent considérée sous l'angle des modes de financement, elle concerne en réalité l'ensemble des dimensions d'organisation.

Le deuxième facteur de transformation est celui de la qualité et de la sécurité des soins dont l'atteinte ne peut passer par des évolutions à la marge des organisations, mais par une redéfinition des organisations autour de ces objectifs. Les enjeux autour de ces questions sont massifs, en termes sanitaires autant qu'économiques. Ces réflexions rejoignent l'initiative du *value-base payment*, initiée par Michael Porter (2013), qui fait de la prise en compte du résultat des soins pour moduler le paiement des professionnels et des structures un élément central d'amélioration du système de santé.

Le troisième facteur est la contrainte économique, qui constitue une incitation à l'amélioration de la productivité des organisations de santé et à la diffusion de pratiques de soins plus

efficientes. La chirurgie ambulatoire, dont le développement s'est fait en partie sous la contrainte économique, en est un bon exemple. Toutes les formes d'organisation ne sont pas équivalentes de ce point de vue et il existe un enjeu important à identifier et à diffuser les formes d'organisation les plus efficaces, ou à en développer de nouvelles.

Le progrès médical est également un facteur de transformation des organisations de santé. L'amélioration des outils diagnostiques et des thérapeutiques rend inutiles certaines tâches ou fonctions, auparavant indispensables, comme les sanatoriums après la diffusion des moyens de prévention et de traitement de la tuberculose. L'arrivée des trithérapies antirétrovirales pour le VIH a non seulement radicalement transformé le pronostic des patients qui en étaient atteints mais également modifié profondément l'organisation de leur traitement, faisant d'une pathologie principalement létale, prise en charge en milieu hospitalier, une pathologie chronique, certes redoutable, mais dont le suivi se fait essentiellement en ambulatoire. Cette évolution a nécessité le développement de nouveaux services ainsi qu'une redistribution des rôles entre les acteurs, au premier rang desquels les patients. Le progrès technique peut aussi induire des transformations des organisations. L'arrivée des outils numériques a ainsi profondément modifié l'organisation des plateaux techniques de radiologie et de biologie avec, à travers la dématérialisation des images, un impact fort sur le fonctionnement des archives hospitalières mais aussi sur la réglementation, notamment sur la responsabilité médicale. La liste des exemples est très longue et illustre les potentialités mais aussi les enjeux autour de ces questions.

Si les facteurs qui poussent à l'innovation sont nombreux, il ne faut pas négliger ceux qui au contraire favorisent son refus ou son rejet. La compréhension de ces mécanismes reste aujourd'hui imparfaite mais constitue un enjeu majeur pour accompagner de façon efficace la diffusion des innovations organisationnelles.

### 3.6.3 / Le « système national d'innovation » français en santé : forces et faiblesses

#### Les bases d'un système d'innovation sont présentes malgré d'évidentes limites

Il n'existe pas à proprement parler de système national d'innovation structuré en France<sup>40</sup>. Un grand nombre d'acteurs joue à un titre ou à un autre un rôle dans l'innovation organisationnelle et dessine un paysage complexe, difficile à lire. Les sources de financement de l'innovation sont éclatées et n'atteignent que rarement la masse critique pour atteindre des objectifs par ailleurs peu souvent formalisés. Trop peu d'initiatives font l'objet d'une évaluation, en partie parce que les équipes de recherche

ou de bureaux d'études pluridisciplinaires susceptibles de réaliser ces évaluations sont bien moins structurées et développées que dans d'autres pays<sup>41</sup>.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il soit impossible d'innover en France, ni qu'aucune initiative innovante ne puisse voir le jour. On assiste au contraire à un réel foisonnement d'initiatives, à tous les niveaux, national, régional, local, portées par des acteurs publics ou privés. L'initiative des états généraux de l'innovation organisationnelle en santé a permis de faire remonter un nombre important d'innovations organisationnelles témoignant de la vitalité de notre système de santé (encadré 22).

Ainsi, ce ne sont pas tant les capacités d'innovation qui sont en cause que la capacité du système français à les accompagner vers une diffusion à grande échelle. Les expérimentations sont très rarement conçues en ayant une idée précise de la cible et des modalités de déploiement au cas où l'expérimentation porterait ses fruits. Beaucoup restent donc des « expérimentations temporaires permanentes » condamnées à des financements non pérennes. La construction d'un nouveau modèle est pourtant possible, notamment en tirant le meilleur parti des outils existant en France : les expérimentations portées au niveau national, les initiatives soutenues par les agences régionales de santé et, enfin, celles portées par d'autres acteurs (eux-mêmes parfois soutenus par les niveaux national et régional).

#### Les expérimentations nationales

Les expérimentations nationales sont le plus souvent portées dans le cadre de la loi, notamment la LFSS, (17 articles portant sur des expérimentations entre 2007 et 2017) – (tableau 46), ou dans celui de plans nationaux, comme le plan des investissements d'avenir, qui porte le programme territoire de soins numérique (TSN), ou encore le plan Alzheimer avec les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

Ces expérimentations étant nombreuses et de profils parfois très différents, il est difficile d'en dresser un inventaire exhaustif. Conçues dans des contextes très divers, répondant à des logiques différentes et poursuivant sur des thèmes connexes des objectifs parfois divergents, voire concurrents, elles mobilisent des moyens et des ressources très variés, quand ils sont explicités, souvent fonction de l'acteur national qui en est le porteur numérique (TSN).

Ces approches portées au niveau national présentent des avantages certains. Le levier de la loi permet une forte mobilisation des acteurs dans un cadre juridique sécurisé, ce qui, dans de nombreux cas, peut s'avérer précieux. À travers des financements dédiés, les expérimentations nationales sont susceptibles de bénéficier d'un effet de levier important, le programme TSN ayant ainsi bénéficié d'un budget de 80 millions d'euros sur

40 Définition de l'OCDE citée dans l'avis du HCAAM : « Un système interactif d'entreprises privées et publiques (grandes ou petites), d'universités et d'organismes gouvernementaux en interaction axé sur la production scientifique et technologique sur un territoire national. L'interaction de ces unités peut être d'ordre technique, commercial, juridique, social et financier, du moment que le but de celle-ci soit de développer, de protéger, de financer ou de réglementer de nouvelles activités de science et de technologie ».

41 Voir à ce titre le chapitre 3.7 Soutenir le développement de la recherche et de l'évaluation sur les services de santé.

trois ans. Enfin, ces programmes ont abouti sur le terrain à des avancées certaines, en témoignent les retours d'expérience des programmes pour personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa).

Elles présentent également certaines limites, la principale étant aujourd'hui la lourdeur de mise en œuvre. Cette lourdeur tient en grande partie à l'absence de cadre juridique standard pour encadrer les expérimentations. Chaque expérimentation doit donc bénéficier d'un cadre juridique *ad hoc*, ce qui complexifie la procédure. Les expérimentations Paerpa ont ainsi nécessité deux articles dans la LFSS, l'un pour des expériences de préfiguration (art. 70 LFSS 2012), l'autre pour l'expérimentation en elle-même (art. 48 LFSS 2013), puis la publication de plusieurs arrêtés pour diffuser le cahier des charges et la définition du territoire d'expérimentation. Les délais de mise en œuvre des expérimentations en sont d'autant rallongés. En outre, il n'existe aujourd'hui aucun dispositif national permettant de financer l'innovation organisationnelle, contrairement à ce qu'il se passe dans d'autres pays (cf. *infra*).

Chaque expérimentation étant conçue et menée de façon quasi indépendante des autres, cela impose de développer un cadre opérationnel *ad hoc* qui lui est propre, sans que les

leçons des autres expérimentations n'aient nécessairement été capitalisées.

De même, la conception de ce type d'expérimentations nécessite de mobiliser des compétences familières avec les contraintes opérationnelles de terrain, ce qui n'est en pratique pas toujours le cas. En l'absence d'une telle mobilisation, la conception et la réalisation des expérimentations peuvent rencontrer des retards ou des difficultés parfois importantes, mettant le calendrier et le résultat en situation de risque.

Une autre limite de ces expérimentations, souvent pointée par les acteurs de terrain, est celle d'une approche trop centralisatrice et peu adaptée aux réalités locales. Il s'agit d'un risque inhérent à toute approche nationale, même si une part d'autonomie importante a été laissée aux acteurs locaux dans les expérimentations les plus récentes.

Il arrive par ailleurs que certaines mesures portées par la loi et destinées à être généralisées d'emblée (comme les groupements hospitaliers de territoire, les plateformes territoriales d'appui ou les communautés professionnelles territoriales de santé créées par la loi de janvier 2016), soient elles-mêmes des innovations ou nécessitent d'innover pour être déployées et percutent, dans certains cas, les expérimentations existantes.

#### ► TABLEAU 46

### Expérimentations organisationnelles, ou avec un impact organisationnel, portées par les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2007 à 2017

LFSS	Objet	Article
2017	Administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière aux personnes adultes	66
	Prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 6 à 20 ans, incluant les soins de psychologues	68
	Financement du parcours de soins dans la douleur chronique	94
2016	Prise en charge et suivi d'enfants à risque d'obésité	68
2015	Hébergement temporaire non médicalisé	53
2014	Télémédecine	36
	Modalité d'organisation et de régulation des transports de patients	39
2013	Modalité d'organisation et de financement des transports de patients	44
	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie	48
2012	Règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente	66
	Règles de tarification des Ehpad	67
	Parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie	70
2011	Pharmacie à usage interne et groupements de coopération sociale et médico-sociale	82
2010	Organisation et régulation des transports	45
2009	Facturation individuelle directe en établissement de santé	54
2008	Expérimentations des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé	44
2007	Modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation	77

### Financement régional : le FIR

Les agences régionales de santé bénéficient d'un levier financier important à travers le Fonds d'investissement régional (FIR), créé par l'article 65 de la LFSS 2012 par regroupement de crédits auparavant dispersés. Il constitue un sous-objectif spécifique de l'Ondam depuis 2014. Ce fonds a pour objet de financer des actions et des expérimentations en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la promotion ou la sécurité des soins. Il était financé à hauteur de 3,3 milliards d'euros en 2016 (en provenance de la Cnamts pour 3,1 milliards d'euros, de l'État et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA – pour le reste) (Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, 2015).

Le choix des actions et des montants alloués relève de la responsabilité des ARS afin de faciliter l'adaptation des financements à la spécificité et aux besoins de chaque territoire. Les actions doivent cependant relever d'une des cinq missions suivantes, qui sont déclinées en sous-objectifs :

- la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire ;

- la permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- le développement de la démocratie sanitaire.

Si l'autonomie des ARS est réelle, avec un système de fongibilité asymétrique permettant dans certains cas le transfert de crédits d'une mission à l'autre, elle est tout de même encadrée par une répartition nationale des crédits entre les différentes missions (tableau 47). Une circulaire annuelle précise les orientations nationales et flèche le financement d'un certain nombre d'actions sur les crédits du FIR, y compris pour financer localement certains aspects des plans de santé publique<sup>41</sup>.

Le format actuel du suivi du FIR ne permet pas d'estimer le poids relatif de l'innovation dans les actions qu'il finance. Le nombre très important d'actions financées rend cette tâche d'autant plus complexe. Par exemple, en 2015, ce sont 6 795 actions qui ont été financées au titre de la mission 1 (promotion de la santé et prévention). Le FIR permet cependant indéniablement de financer des expériences innovantes. Ainsi, lors des états généraux de l'innovation organisationnelle en santé, sur les sept initiatives primées, trois avaient été financées par ce biais.

#### ► TABLEAU 47

### Répartition des crédits du Fonds d'investissement régional (FIR) par mission, en 2015

Mission	Crédits comptabilisés	Montants (euros)
1	Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	439 636 160
2	Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que qualité et sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale	757 143 386
3	Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire	903 006 718
4	Efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels	1 188 175 273
5	Développement de la démocratie sanitaire	3 635 757
Autres		17 663 820
<b>Total</b>		<b>3 309 261 117</b>

Source : Cnamts (balance comptable)

42 À titre d'exemple, il a été demandé en 2016 de financer une mesure du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 sur le FIR ; des crédits ont été spécifiquement accordés pour renforcer les équipes de liaison et de soins en addictologie.

## ► ENCADRÉ 22

## Les États généraux de l'innovation organisationnelle en santé (Egios)

Les Egios sont une initiative portée par l'association IOS (Innovation organisationnelle en santé) et soutenue par la Cnamts. L'objectif des Egios était de valoriser « *de manière objective les meilleures initiatives locales, pour faciliter leur prise en compte, leur possible pollinisation entre territoires ou leur déploiement à grande échelle* », et ce à travers un appel à contributions public lancé en mars 2016.

Soixante-douze contributions ont été déclarées à l'issue de cet appel à contributions. Un comité d'experts les a évaluées selon quatre critères : (1) le degré d'innovation, (2) le caractère organisationnel de l'innovation, (3) l'efficacité prouvée de l'innovation et (4) l'efficacité prouvée de l'innovation. À l'issue de cette évaluation, sept contributions ont été distinguées.

### Engagement des patients

- « Élan solidaire, pour un accompagnement de qualité » : initiative de patients experts portée par la Fédération française des diabétiques.

### Évolution des pratiques cliniques

- « Plateforme Global I » : plateforme de dématérialisation du parcours du patient en chirurgie portée par le centre hospitalier de Colmar en lien avec la société Persomed.

### Coordination des parcours :

deux *ex æquo*

- « *Out-patient clinic* » : démarche structurée d'organisation du centre de lutte contre le cancer Léon Bérard (Lyon) pour faciliter et promouvoir les prises en charge ambulatoires de façon globale.

- « Guichet unique » : plateforme portée par l'association Soins et santé (Rhône-Alpes) qui regroupe au sein d'une même structure un panel large de modalités d'intervention à domicile (HAD, SSIAD, Esad...).

### Structuration des soins primaires

- « Communauté pro territoriale de santé » : démarche portée par le pôle de santé Paris 13 développant une approche populationnelle, avec un ensemble de

services complémentaires (ETP, prévention dépistage, liens avec l'hôpital...).

### Accessibilité des services de santé : deux *ex æquo*

- « Création d'un centre bucco-dentaire pour personnes dépendantes » : projet porté par le CH de Janzé et soutenu par l'ARS Bretagne. Au-delà de la fourniture de soins, le centre adopte une approche territoriale avec les structures médico-sociales de proximité.

- « e-dent » : projet porté par le CHU de Montpellier. Il s'agit d'une approche structurée autour de la télémédecine et de la coopération interprofessionnelle dentiste/infirmière à destination des personnes dépendantes ou en situation de handicap.

Une contribution a obtenu par ailleurs une « mention spéciale du jury » : le projet « Capri », de l'Institut Gustave Roussy, qui organise un parcours de soins ville-hôpital décloisonné pour les patients atteints d'un cancer.

Le FIR est un outil financier indispensable pour faire émerger les innovations issues des acteurs de terrain. Son positionnement régional permet de soutenir des actions adaptées aux contextes locaux en mobilisant rapidement des financements. Il constitue de toute évidence le premier étage d'un dispositif d'innovation à grande échelle. Il ne peut cependant constituer à lui seul l'ensemble d'un tel dispositif et présente plusieurs limites. La première limite est que les actions financées par le FIR ne sont dans leur grande majorité ni connues, ni partagées avec les acteurs nationaux ou entre ARS. Leurs évaluations, lorsqu'elles existent, ne sont pas non plus partagées. Les actions pertinentes menées au niveau local sont ainsi très difficilement identifiées, capitalisées au niveau national et diffusées ou généralisées. Enfin, les acteurs financés par ce biais, en dehors du risque, se trouvent dans une situation de dépendance à des crédits temporaires peu propices à leur développement.

### Autres circuits

L'innovation organisationnelle peut également se faire en dehors de ces cadres structurés de manière plus ou moins formalisée. Il existe de nombreuses initiatives visant à soutenir

l'innovation ou sa diffusion, soit exclusivement consacrées à l'innovation organisationnelle, soit ayant de larges interfaces avec elle.

Ces structures ont souvent des liens avec les technologies de santé ou les technologies de l'information et de la communication. Financées par des biais divers, il est très difficile de les recenser. On peut mentionner, sans être naturellement exhaustif : Medicen, le lab santé Île-de-France innovation, des *living labs* santé ou encore l'Association pour l'innovation organisationnelle en santé.

Elles présentent les mêmes limites que celles identifiées pour les actions financées par le FIR, à savoir une faible lisibilité, des évaluations peu structurées ou inexistantes et l'absence de circuit de diffusion ou de généralisation évident. Ces structures peuvent cependant constituer les prémices d'un écosystème d'innovation, constitué d'acteurs à la compétence réelle dont la mise en réseau et la coordination pourraient apporter des bénéfices importants.

### 3.6.4 / Exemples internationaux

L'innovation organisationnelle est un questionnement qui n'est propre ni à la France ni au système de santé et il peut être instructif de voir comment l'émergence et la diffusion de l'innovation sont envisagées dans d'autres pays ou d'autres secteurs. Plusieurs traits communs émergent. Le premier est la nécessité de faire de l'innovation un enjeu stratégique. Le second est la nécessité d'apporter un soutien, pas uniquement financier, à l'innovation et aux innovateurs et de l'inscrire dans un cadre structuré (Weil, 2017 ; McGlynn, 2017 ; Berwick, 2003). À ce double titre, il est frappant de constater la proximité des approches américaine et anglaise sur les dix dernières années en dépit de systèmes de santé très différents. Le troisième trait commun est l'idée que l'innovation n'est pas une fin en soi et qu'il est indispensable de l'inscrire dès sa conception dans une perspective de diffusion ou de généralisation, et donc de concevoir un dispositif à cet effet.

#### L'Affordable care act aux États-Unis

L'Affordable care act ou *Obamacare* est connu pour sa partie relative à la régulation du secteur des assurances. Il porte également une réforme profonde de l'organisation des soins, visant à répondre aux défis posés par les maladies chroniques et l'augmentation des dépenses de santé, centrée sur les soins primaires (Orszag, 2010 ; *Affordable care act*, 2010). Il met en place un système cohérent, assorti de financements conséquents pour accompagner cette réforme.

Ce système repose sur deux grands outils. Le premier est la mise en place « de financements et de modes d'organisation des soins innovants pour réduire les dépenses de santé... tout en préservant ou améliorant la qualité des soins » pour les personnes assurées par *Medicare*, *Medicaid* ou *Children's Health Insurance Program*, certains déjà expérimentés auparavant, d'autres totalement nouveaux. Ces expérimentations portent toutes, à des degrés divers, des approches rompant avec l'organisation cloisonnée et le paiement à l'acte centrées sur des pathologies ou des populations données. La loi identifie ainsi les sept programmes suivants :

- *Accountable care organizations*,
- *Episode-based payment initiatives*,
- *Primary care transformation*,
- *Initiatives focused on the Medicaid and the CHIP population*,
- *Initiatives focused on the Medicare-Medicaid enrollees*,
- *Initiatives to accelerate the development and testing of new payment and service delivery models*,
- *Initiatives to speed the adoption of best practices*.

Le second outil est la création des *Center of innovation* qui ont pour mission de :

- tester des financements et des modes d'organisation des soins innovants,
- évaluer les programmes et promouvoir les meilleures pratiques,
- créer des partenariats avec d'autres acteurs pour développer

d'autres expérimentations pour des personnes non assurées par les programmes gouvernementaux.

Ils sont dotés d'un budget de 10 milliards de dollars, pour une période allant de 2011 à 2019. Fin 2016, environ 6,5 milliards de dollars avaient été utilisés. Ces crédits couvrent les frais de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des modèles expérimentés.

Les expérimentations se font à grande échelle. Par exemple, 500 centres de santé fédéraux ont été sélectionnés pour participer à une expérimentation de trois ans sur de nouvelles organisations des soins primaires, davantage centrées sur le patient. À la fin de l'expérimentation, 434 centres de santé ont persisté dans cette voie et plus de 200 000 bénéficiaires de *Medicaid* ont ainsi été concernés. Autre exemple, dans le cadre de l'adoption des bonnes pratiques, un programme d'amélioration de la sécurité des patients à l'hôpital a été mené sur plus de 3 700 hôpitaux et aurait permis, selon les premiers résultats, d'éviter le décès de 50 000 patients des suites d'une infection nosocomiale.

#### Les new care models et le transformation fund en Angleterre

En Angleterre, le plan stratégique du *National Health Service* (NHS) pour 2020 prévoit le développement, le test et la diffusion de nouveaux modèles d'organisation des soins, les *new care models* (*National Health Service*, 2014). Ces modèles, jugés mieux aptes que les organisations actuelles à faire face aux défis du NHS, s'inscrivent dans un projet de transformation profonde de la façon dont les soins sont délivrés en favorisant le décloisonnement entre les différents acteurs du système de santé et de l'action sociale.

La diffusion de ces organisations a été conçue de manière à ménager un équilibre entre la nécessité de disposer de modèles suffisamment robustes pour pouvoir être transposés à grande échelle, ce qui requiert un certain niveau de standardisation, et la volonté de laisser aux acteurs locaux une part d'autonomie importante dans la conception de ces organisations. Ainsi, cinq modèles génériques d'organisation ont été identifiés (**tableau 48**). Ils constituent un cadre dans lequel les équipes locales peuvent construire leurs propres modalités organisationnelles en les adaptant aux besoins de leur territoire.

Chacun de ces modèles est expérimenté en vie réelle par des structures pilotes appelées *vanguard*, au nombre de 50 au niveau national, qui bénéficient d'un soutien logistique et méthodologique, ainsi que financier sous la forme d'un fonds de transformation. Ce fonds était doté de 200 millions de livres (environ 270 millions d'euros) pour l'année fiscale 2015-2016. Le montant alloué à chacun des sites pilotes pour lesquels les détails sont disponibles varie entre 5 millions de livres et 9 millions de livres, soit entre 6,75 et 12,2 millions d'euros, pour des organisations couvrant des populations de 100 000 à 300 000 habitants.

## ► TABLEAU 48

**Nouveaux modèles de soins promus par le *National Health Service* (NHS)**

**Integrated primary and acute care systems (PACS)** : expérimentés sur neuf sites, ils rassemblent des cabinets de médecins généralistes, des hôpitaux, des services à domicile (*community services*) et de santé mentale, voire des services sociaux. Les PACS ont pour principal objectif l'amélioration de la coordination ville-hôpital et une diminution des soins hospitaliers.

**Multispecialty community providers (MCP)** : expérimentés sur quatorze sites, ils rassemblent des cabinets de médecins généralistes, des services à domicile (*community services*) et de santé mentale, voire des services sociaux. Les MCP ont pour objectifs d'améliorer la coordination des soins primaires, en particulier avec le secteur social, de limiter le recours à l'hôpital et de favoriser l'exercice des spécialistes de l'hôpital en ville. À terme, les MCP peuvent évoluer en PACS en intégrant les hôpitaux dans leur organisation.

**Enhanced health in care homes (EHC)** : expérimentés sur six sites, ils proposent de médicaliser davantage les Ehad et de proposer une offre de soins complète sanitaire, sociale et de réadaptation.

**Urgent and emergency care (UEC)** : expérimentés sur huit sites, ils coordonnent les différents services de soins urgents (cabinets de garde, *walk-in centres* gérés par des infirmières, numéro d'urgence NHS 111, consultations par des professionnels de soins primaires aux portes des urgences, etc.) afin de décharger les services d'urgences hospitalières.

**Acute care collaborations (ACC)** : expérimentés sur treize sites, il s'agit de regroupements d'établissements hospitaliers. Les ACC ont pour objectifs de garantir leur viabilité clinique et financière, de réduire les variations de pratiques et d'organiser des filières de soins hospitaliers. Ils s'apparentent aux GHT.

Le *transformation fund* n'est cependant pas le seul mécanisme de financement de ces initiatives, ce qui pose aux innovateurs des difficultés opérationnelles pour réaliser leurs montages financiers et assurer la continuité de leurs financements. Ceci a conduit deux *think tanks*, la *Health foundation* et le *King's fund*, à proposer la création d'un fonds unique de financement de l'innovation organisationnelle. Ce fonds est conçu comme un outil d'accompagnement de la transformation du NHS et sa structure doit évoluer au cours du temps.

Dans une première phase (2016-2021), ce fonds devait s'attacher à améliorer l'efficacité des soins en identifiant et en

testant de nouvelles prises en charge et de nouvelles organisations des soins. Le fonds devait être constitué de deux enveloppes, l'une dédiée à l'innovation, l'autre à l'efficacité (**tableau 49**). La première enveloppe permettait de tester sur des territoires de nouvelles pratiques, de les documenter, de les évaluer et de conclure quant à leur efficacité et à leur amélioration de la qualité des soins prodigués. Il est proposé que ces expérimentations concernent environ 10 % de la population. Le montant annuel du fonds sur la période fluctuait entre 1,5 milliard de livres et 2,1 milliards de livres (environ entre 2 et 2,8 milliards d'euros). L'enveloppe dédiée à l'innovation (*development strand*) variait entre 30 et 50 % de ce total.

## ► TABLEAU 49

**Montants proposés pour le fonds de transformation du NHS**

	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020	2020/2021
Efficiency Strand	£ 1,1 bn				
Development Strand	£ 0,4 bn	£ 0,8 bn	£ 1,0 bn	£ 1,0 bn	£ 0,7 bn
<b>Total Transformation Fund</b>	<b>£ 1,5 bn</b>	<b>£ 1,9 bn</b>	<b>£ 2,1 bn</b>	<b>£ 2,1 bn</b>	<b>£ 1,8 bn</b>

Source : *Health Foundation*, 2015

**L'enjeu de la diffusion à grande échelle**

À l'occasion des travaux menés autour des objectifs du millénaire pour le développement, un grand nombre d'innovations sanitaires, sociales ou économiques ont été développées dans de nombreuses communautés et de nombreux pays. Pourtant, en s'intéressant aux facteurs de succès de ces initiatives, l'OMS a fait le constat que la capacité des pays concernés à atteindre les objectifs dépendait moins de ces innovations que de leur diffusion à grande échelle, et souligné que cette diffusion se faisait « *rarement automatiquement comme on a souvent tendance à le penser* », et qu'il s'agit plutôt « *d'un processus qui nécessite une réflexion*

*attentive, une planification stratégique et une gestion avisée, ainsi que l'allocation de ressources appropriées* » (World Health Organization, 2011).

Un réseau ExpandNet a été créé par l'OMS pour partager les bonnes pratiques autour de cette question. Il définit le passage à grande échelle comme « *des efforts délibérés pour renforcer l'impact d'innovations sanitaires testées avec succès* ». Il vise à transformer des expériences ponctuelles en politiques ou programmes structurés, en d'autres termes à les faire rentrer dans le droit commun. ExpandNet propose un cadre conceptuel en

neuf étapes pour la conception d'une stratégie de passage à grande échelle (**tableau 50**).

On retrouve dans ces neuf étapes trois points particulièrement importants pour construire une telle stratégie. Le premier est l'importance majeure de disposer d'une équipe d'appui pour réussir le changement à grande échelle. Le deu-

xième est l'importance de planifier et maîtriser les différents aspects politiques, juridiques, réglementaires, budgétaires, qui doivent évoluer pour faciliter la diffusion verticale, comme la désigne l'OMS. Enfin, diffusion à grande échelle ne signifie pas reproduction à l'identique, et il convient de laisser de la place à l'adaptation locale.

► **TABLEAU 50**

**Les neuf étapes pour la construction d'une stratégie de diffusion à grande échelle du réseau ExpandNet de l'OMS**

Étape 1	Planifier les actions nécessaires pour accroître le potentiel de passage à grande échelle de l'innovation
Étape 2	Renforcer la capacité de l'organisation utilisatrice à réussir le passage à grande échelle
Étape 3	Évaluer le contexte général et planifier les actions nécessaires pour accroître les chances de succès du passage à grande échelle
Étape 4	Renforcer la capacité de l'équipe d'appui à soutenir le processus de passage à grande échelle
Étape 5	Faire des choix stratégiques pour appuyer le passage à grande échelle au plan vertical (institutionnalisation)
Étape 6	Faire des choix stratégiques pour appuyer le passage à grande échelle au plan horizontal (extension/reproduction)
Étape 7	Déterminer le rôle de la diversification
Étape 8	Planifier les actions nécessaires face à un passage spontané à grande échelle
Étape 9	Finaliser la stratégie de passage à grande échelle et déterminer les étapes suivantes

Source : OMS

**3.6.5 / Les contours d'un dispositif d'appui aux innovations**

Les défis épidémiologiques, économiques et de qualité des soins auxquels la France est confrontée appellent une modification profonde de l'organisation des soins et plus largement du système de santé. La capacité à générer, sélectionner, évaluer et diffuser les innovations les plus pertinentes est un enjeu stratégique pour la Cnamts. Les outils et les pratiques d'aujourd'hui présentent des limites importantes et ne sont plus adaptés aux contraintes de la situation. Il est donc nécessaire d'en imaginer de nouveaux.

La Cnamts propose donc la mise en place d'un dispositif national d'appui aux innovations organisationnelles, doté de moyens adaptés, construit autour d'un partenariat large de l'ensemble des acteurs. L'objectif final de ce dispositif serait de « réussir à transposer à une plus grande échelle les avancées obtenues dans le cadre de projets pilotes et expérimentaux réussis pour en faire profiter davantage de gens, de manière plus équitable et plus durable », comme le propose l'organisation mondiale de la santé dans son réseau ExpandNet.

Ce dispositif reposerait sur quatre composantes principales, dont l'articulation est indispensable à l'atteinte des objectifs finaux :

– un fonds dédié à l'innovation organisationnelle dans un cadre de gouvernance partenariale ;

- la création d'un cadre juridique générique pour les innovations pour permettre d'accélérer les processus d'expérimentation et mieux en partager les enseignements, potentiellement ouvert aux expérimentations financées par le FIR ;
- un dispositif d'appui doté des compétences nécessaires à l'accompagnement, la capitalisation des expérimentations des living labs et dans la préparation des conditions de leur diffusion ;
- un dispositif d'évaluation construit avec des acteurs du monde académique pour produire de manière rapide des évaluations de qualité faisant l'objet de publications scientifiques.

Par innovation organisationnelle, on entend toute innovation portant sur les modes de gestion, les processus et modalités de soins, les modes de financement, les structures organisationnelles, les modes d'organisation partenariaux et l'impact de l'adoption d'une technologie ou d'un produit innovant sur l'organisation.

**Un fonds dédié**

Le fonds consacré à l'innovation organisationnelle doit être un fonds national qui pourrait faire l'objet d'une enveloppe dédiée dans l'Ondam. Sa gouvernance stratégique, à l'image de celle du fonds tabac, serait nécessairement partenariale pour représenter l'ensemble des acteurs impliqués. En créant une capacité d'intervention nationale, un tel fonds permettrait de mobiliser des crédits à même d'avoir un effet de levier significatif.

Le fonds national n'a pas vocation à se substituer au fonds d'intervention régional, dont le rôle doit être maintenu pour préserver la capacité d'initiative et d'impulsion des ARS en matière d'accompagnement des expérimentations locales. Plus proche du terrain, le FIR est un outil pertinent pour financer des dispositifs expérimentaux, adaptés aux contraintes locales dans une logique de « recherche et développement ». Le fonds national aurait, lui, la capacité à accompagner une diffusion plus large des dispositifs qui ont fait montre de leur intérêt, en produisant des évaluations plus importantes pour faire la part entre les éléments propres au contexte local et les « invariants » susceptibles d'être généralisés. L'articulation et la complémentarité entre les deux fonds sont donc des prérequis fondamentaux pour la bonne marche de l'ensemble.

Les projets ou initiatives financés par le fonds national devraient s'inscrire dans les priorités définies par les instances de gouvernance, mais pourraient être proposés par l'ensemble des acteurs, y compris professionnels. La vitesse d'exécution du processus sera une caractéristique vitale dans l'utilisation et le succès du fonds. Elle sera favorisée par l'édition rapide des priorités d'action et la définition d'outils de sélection structurés. La capacité à mettre un terme rapidement aux projets qui paraissent non pertinents doit également être importante.

Le fonds national devrait être en mesure de couvrir les coûts liés au fonctionnement du dispositif et au financement des expérimentations, pour les coûts qui ne seraient pas aujourd'hui couverts sur d'autres sources, notamment sur le risque. Il devrait également être en capacité de financer des activités de soins, lorsque cela est nécessaire, en particulier lorsqu'un nouveau mode de financement se substituant aux financements existants ou s'y ajoutant est expérimenté (comme un forfait pour des épisodes de soins en chirurgie se substituant aux GHS et aux honoraires des professionnels libéraux concernés).

Les principaux postes de coûts seraient donc le financement de soins, celui de l'ingénierie des projets, du dispositif d'appui (selon les options retenues sur ce point) et du dispositif d'évaluation.

Les expérimentations se faisant par principe dans une situation d'incertitude, il faut noter qu'une proportion non négligeable de ces projets se traduira par un échec, à savoir qu'ils n'aboutiront pas à la mise en place d'une organisation susceptible d'être largement diffusée. Cela fait partie du processus normal de l'innovation, et le dispositif devra être en capacité d'arrêter ces projets, y compris avant leur fin prévue, le cas échéant. Il est donc d'autant plus important d'assurer la capitalisation sur l'ensemble des projets de manière à ce que les leçons de ces échecs soient tirées afin d'améliorer le dispositif et d'en faire profiter largement l'ensemble des acteurs.

### Création d'un cadre juridique générique pour les innovations organisationnelles

Afin d'assurer la mise en œuvre rapide des projets financés par le fonds, il est nécessaire de limiter les difficultés juridiques qui

se dressent devant eux. Par construction, les expérimentations financées par le fonds ne s'inscrivent pas dans le droit commun sur au moins une des dimensions suivantes :

- modalités de financement ;
- modalités d'organisation et structure juridique ;
- partage de compétences entre acteurs.

La création d'un cadre juridique générique propre à ces expérimentations apparaît donc indispensable. Ce cadre permettrait aux projets financés d'être exonérés des règles de droit commun de manière temporaire, encadrée et contrôlée sur ces différentes dimensions.

L'accès à ce cadre juridique serait seulement autorisé pour les projets financés par le fonds et, sous certaines conditions pour ceux financés par le FIR. Cet accès serait assorti en contrepartie d'obligations, notamment en termes d'évaluation, de reporting et de participation aux actions de capitalisation. Afin d'assurer la plus grande adaptation aux problématiques locales et l'engagement des acteurs, ce cadre devra cependant rester un espace de liberté pour les innovateurs.

L'objectif de ce cadre juridique est donc de permettre la mise en œuvre rapide d'innovations afin d'en tirer tous les éléments nécessaires à leur éventuelle diffusion à plus grande échelle, en termes d'évaluation, de capitalisation, de processus et d'outils.

Par exemple, dans l'hypothèse où il est décidé de tester des modalités de paiement au forfait des parcours en chirurgie, l'ensemble des professionnels et structures participant à cette expérimentation inscriront cette activité dans ce cadre juridique, pendant la durée de l'expérimentation. À l'issue de celle-ci, soit elle est considérée comme un succès et le cadre temporaire aura vocation à devenir le droit commun, soit elle est considérée comme un échec et l'accès au cadre juridique s'éteindra, le droit commun *ex ante* continuant à s'appliquer.

### Un dispositif d'appui

La mise en œuvre du dispositif proposé constitue un programme complexe, d'une ampleur considérable. L'expérience de tels programmes en France et à l'étranger montre que l'absence de structures de pilotage et d'accompagnement à la hauteur des enjeux est une cause d'échec majeure. Il est courant de considérer que les ressources consacrées à ces fonctions doivent représenter de l'ordre de 10 à 15 % du budget du programme.

Ce dispositif d'appui devra remplir trois grands types de fonctions :

- une fonction de pilotage du dispositif : il doit assurer le recensement, l'instruction et le suivi des projets financés, préparer les travaux des instances de gouvernance et le reporting sur l'utilisation du fonds ;
- une fonction d'accompagnement opérationnel : il doit assurer un soutien opérationnel aux innovateurs en termes de gestion de projet, d'animation des échanges entre les différents projets, de capitalisation ;

– une fonction de préparation des conditions de diffusion, en disposant des compétences juridiques et financières nécessaires à l'identification des moyens de la diffusion et des mesures à prendre au niveau national pour favoriser cette diffusion.

Ces multiples fonctions pourraient être portées par la coopération de différents acteurs, au niveau national aussi bien que local.

### Un dispositif d'évaluation

L'évaluation des expérimentations est indispensable à la bonne marche du dispositif. L'expérience de l'évaluation des projets existants montre la nécessité de créer un cadre spécifique sur ce point. Les ressources d'évaluation disponibles en France sont en effet aujourd'hui insuffisantes, en quantité comme en qualité (chapitre 3.7) et il existe un grand besoin de définition de méthodes et de cadres évaluatifs, qui ne peut se faire que sur la durée. Les mécanismes d'appels d'offres ou d'appels à projets spécifiques à chaque projet ne permettent pas de créer les conditions pour répondre à ces exigences.

Le dispositif d'évaluation accolé au fonds devra donc s'appuyer sur des équipes ou des consortiums d'équipes de recherche de haut niveau, pluridisciplinaires, extérieurs aux parties prenantes, dans un cadre pluriannuel avec des financements dédiés. Un accord-cadre ou des conventions peuvent ainsi être mobilisés sur une période de cinq ans, sur des thématiques précises. Outre leur évaluation, les expérimentations

devront également produire des éléments de méthodologie capitalisés destinés à bénéficier à l'ensemble de la communauté académique.

### Exemples de priorités et de projets éligibles

Dans le passé, des projets comme les Paerpa ou les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) auraient pu s'inscrire dans ce dispositif. Cela aurait sans doute permis une plus grande rapidité d'action et le bénéfice des enseignements des autres dispositifs.

Sans préjuger des décisions qui seront prises, on peut identifier certaines thématiques ou expérimentations qui pourraient s'inscrire dans le dispositif proposé à brève échéance :

- expérimentation d'un paiement forfaitaire en chirurgie auprès de groupes d'établissements – projet sur deux ans – en vue de la généralisation du forfait dans les règles tarifaires, avec un cahier des charges des évolutions organisationnelles, juridiques et financières disponible fin 2019 si le projet débute en 2018 ;
- expérimentation de nouveaux modes d'organisation des soins de ville – projet sur trois ans – en vue de la construction d'un cahier des charges national pour la diffusion de ces innovations disponible fin 2021 au plus tard si le projet débute en 2018 ;
- expérimentation de regroupements d'acteurs du domicile (sanitaire et médico-social) autour de plateformes intégrées ;
- expérimentation de nouveaux parcours de soins déportés au domicile grâce aux objets connectés...

## Bibliographie

*Affordable care act*, juin 2010.

Berwick D.M., « Disseminating Innovations in Health Care », *JAMA*, 16 avril 2003, 289(15):1969-75.

Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, « Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie - Innovations et système de santé », Paris, juillet 2016.

Health Foundation and the King's Fund, « Making change possible?: a Transformation Fund for the NHS », Londres, juillet 2015.

McGlynn E.A., McClellan M., « Strategies for Assessing Delivery System Innovations », *Health Affairs (Millwood)*, 3 janvier 2017, 36(3):408-16.

National Health Service, « Five year forward view ». Londres, octobre 2014.

Office statistique des Communautés européennes, Organisation de coopération et de développement économiques, « Manuel d'Oslo : principes directeurs pour le recueil et l'interprétation des données sur l'innovation » (Internet), Paris. « Bruxelles : Organisation de coopération et de développement économiques ? », 2005 (cité le 10 mai 2017). Disponible sur : <http://new.sourceocde.org/9264013113>

Orszag P.R., Emanuel E.J., « Health care reform and cost control », *New England Journal of Medicine*, 12 août 2010, 363(7):601-3.

Porter M., Lee T., « The strategy that will fix health care », *Harvard Business Review*, octobre 2013.

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, « Fonds d'intervention régional – rapport d'activité 2015 », Paris :

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, octobre 2016.

Swensen S.J., Meyer G.S., Nelson E.C., Hunt G.C., Pryor D.B., Weissberg J.I., et al., « Cottage Industry to Postindustrial Care - The Revolution in Health Care Delivery », *New England Journal of Medicine* (Internet), janvier 2010 (cité le 21 janvier 2010). Disponible sur : <http://healthcarereform.nejm.org/?p=2836&query=home>

Weil A.R., « Delivery System Innovation », *Health Affairs (Millwood)*, 3 janvier 2017, 36(3):391-391.

World Health Organization, others, « Neuf étapes pour élaborer une stratégie de passage à grande échelle », 2011 (cité le 10 mai 2017). Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44661/1/9789242500318\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44661/1/9789242500318_fre.pdf)

## Propositions

### Propositions sur l'innovation organisationnelle

#### Proposition 25

##### \_ Créer un fonds national de soutien à la diffusion de l'innovation organisationnelle en santé

.....

Pour répondre aux enjeux épidémiologiques, économiques et de qualité des soins auxquels notre système de santé sera confronté dans les prochaines années, une adaptation de l'offre de soins sera nécessaire. Une nouvelle démarche doit être initiée pour accélérer la diffusion des innovations organisationnelles les plus pertinentes. L'Assurance Maladie propose **la création d'un dispositif national d'appui aux innovations organisationnelles**. Cette nouvelle capacité d'intervention nationale permettrait de mobiliser des crédits d'accompagnement de nouvelles organisations et de rémunération des soins. En complément du fonds d'intervention régional à la main des agences régionales de santé, ce fonds national aurait la capacité d'accompagner une diffusion à grande échelle des dispositifs les plus intéressants.

#### Proposition 26

##### \_ Définir un cadre juridique générique pour les innovations organisationnelles

.....

Afin de permettre un lancement plus rapide des expérimentations, l'Assurance Maladie propose que **ces innovations organisationnelles puissent bénéficier d'un cadre juridique ad hoc, permettant de déroger au droit commun**, en ce qui concerne les modalités de financement et d'organisation ou le

partage de compétences entre acteurs. Cette exonération se ferait toutefois de manière encadrée, temporaire et en contrepartie d'engagements en termes d'évaluation, de reporting et de participation aux actions de capitalisation.

#### Proposition 27

##### \_ Mettre en place un dispositif d'appui aux innovations organisationnelles

.....

Pour favoriser leur généralisation dans de bonnes conditions, les expérimentations sélectionnées par le fonds devront tout au long de leur mise en œuvre être fortement accompagnées. L'Assurance Maladie propose qu'un **dispositif d'appui et d'accompagnement des innovations organisationnelles soit mis en place** pour assurer le recensement et le suivi des projets, apporter un soutien opérationnel aux innovateurs au moment du déroulement des expérimentations et préparer les conditions de leur diffusion.

#### Proposition 28

##### \_ Mettre en place un dispositif d'évaluation des innovations organisationnelles

.....

L'évaluation des innovations organisationnelles doit permettre d'analyser la capacité des expérimentations à être déployées avec succès. L'Assurance Maladie propose la création d'un **cadre spécifique d'évaluation**, en prenant appui sur des équipes de haut niveau et pluridisciplinaires.

## 3.7. Soutenir le développement de la recherche et de l'évaluation sur les services de santé

### 3.7.1 / Définition et contexte

L'utilisation de preuves scientifiques pour orienter les décisions médicales (*evidence-based medicine*) est largement reconnue comme un facteur de qualité et de pertinence des soins, en France comme dans le reste du monde. Cette pratique s'appuie sur un corpus de connaissances constitué d'un nombre sans cesse croissant d'études évaluant les différents traitements ou les différentes stratégies diagnostiques ou thérapeutiques possibles pour une pathologie donnée. Il existe en France des sources de financement importantes pour soutenir cette activité de recherche et d'évaluation, comme le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), et de nombreuses

équipes produisent aujourd'hui des connaissances de qualité reconnues au plan international dans la plupart des disciplines médicales.

La situation est très différente dans le domaine de la recherche sur les services de santé (RSS), entendu au sens de l'identification de meilleures stratégies pour organiser, gérer, financer et fournir une prise en charge de haute qualité, la réduction des événements indésirables et l'amélioration de la sécurité des patients.

La recherche sur les services de santé étudie un champ très vaste, allant de l'organisation des hôpitaux à des services de coaching en ligne. Elle repose sur une approche multi-

disciplinaire alliant des compétences complémentaires en économie, santé publique, sciences de gestion, sociologie, anthropologie, sciences des données... Il s'agit donc d'une discipline qui se situe à mi-chemin entre la recherche pure et l'évaluation des politiques et actions de santé. Son objet est tout autant de produire des connaissances académiques que d'être un outil d'aide à la décision, publique ou privée.

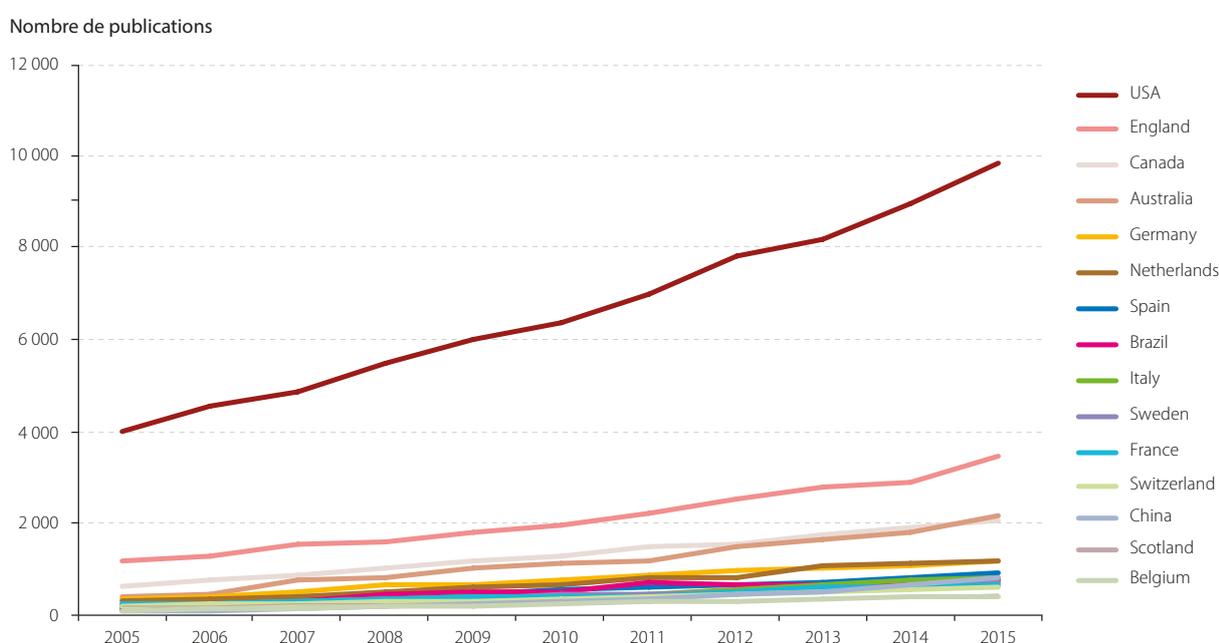
Son apport est double : d'une part, produire des éléments nouveaux de connaissance et de méthodologie, et, d'autre part, fournir aux décideurs des éléments de preuve robustes pour évaluer les résultats de leurs actions et de leurs politiques.

### 3.7.2 / Un domaine où la France est en retard par rapport aux autres pays

Ces particularités font que la recherche sur les services de santé n'est pas reconnue comme une discipline académique à part entière en France, contrairement à d'autres pays. Cela a des conséquences directes sur la production de ce champ, puisque d'après une étude réalisée par l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) et financée par la Cnamts, la France s'est classée au 8<sup>e</sup> rang des pays ayant le plus publié dans le domaine, avec entre 500 et 1 000 publications par an entre 2005 et 2015 (figure 83).

► FIGURE 83

#### Nombre de publications par pays dans le domaine de la recherche sur les services de santé, entre 2005 et 2015



Source : étude Iresp

Elle se situe loin derrière les États-Unis qui ont eu plus de 10 000 publications en 2015, et les trois meilleurs pays européens que sont l'Angleterre, l'Allemagne et les Pays-Bas. Dans les pays qui publient le plus, en particulier les États-Unis et le Royaume-Uni, les politiques publiques font très souvent l'objet d'évaluations et de débats publiés dans des revues académiques à comité de lecture, témoignant de la dynamique de ce champ de recherche et des liens étroits qu'il entretient avec les décideurs publics.

Le décalage temporel entre le temps long de la recherche et celui beaucoup plus contracté de la décision politique est aussi souvent mis en avant pour expliquer la faiblesse de cette recherche en France. Pourtant, le dynamisme de la RSS dans plusieurs pays montre que des organisations et des formes de coopération entre recherche et administration sont possibles.

### 3.7.3 / Le paysage de la recherche sur les services de santé en France

La non-reconnaissance de la recherche en services de santé (RSS) comme thématique en tant que telle rend difficile l'identification des équipes de recherche qui évoluent dans ce champ, et ce d'autant qu'au-delà des équipes de recherche, certains acteurs institutionnels contribuent à la production de connaissances et de publications (comme la Drees, la Cnamts, Santé publique France...).

D'autres acteurs, comme l'Irdes, occupent une place particulière dans ce paysage. Cette structure, ancienne division d'économie médicale du Credoc, est désormais un groupement d'intérêt public financé par l'Assurance Maladie qui a pour objet de concevoir et réaliser des enquêtes et études et de faciliter l'accès à l'information en économie de la santé.

Sans appartenir au monde de la recherche académique, l'institut est un acteur important de la recherche sur les services de santé et un producteur reconnu de connaissances dans le domaine, notamment à travers ses travaux d'évaluation de certaines politiques publiques de santé (comme les programmes Paerpa ou Asalée, ou l'évaluation des aides conventionnelles à la mise en place des structures d'exercice regroupé pluri-professionnelles).

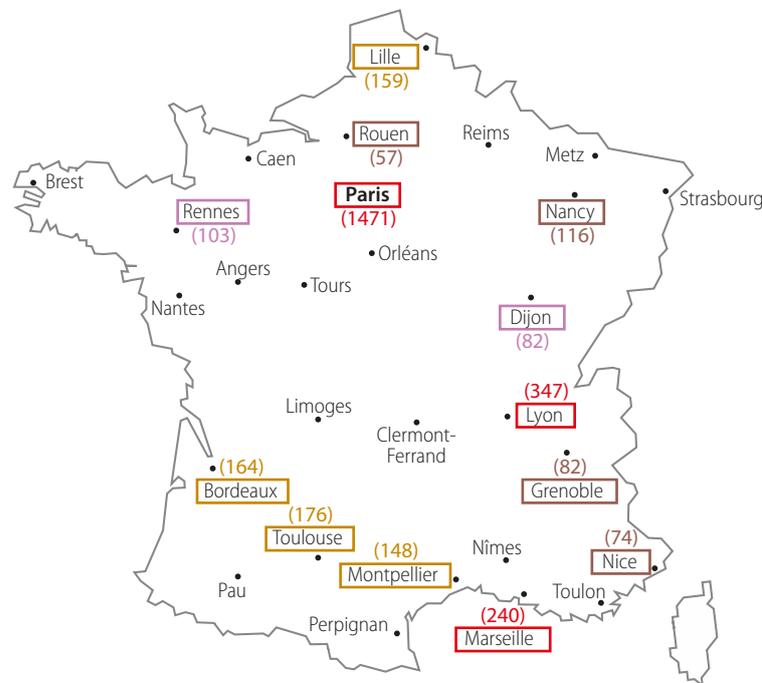
L'Iresp a néanmoins pu réaliser un travail de cartographie à partir de l'analyse des publications (publications scientifiques et littérature grise) et d'entretiens auprès de chercheurs (figure 84). On retrouve ainsi une dizaine d'équipes qui ont à la fois une pro-

duction significative et une certaine notoriété dans le domaine. L'Iresp note que ces équipes, jusqu'alors souvent dépendantes d'un ou deux chercheurs, avaient eu tendance récemment à croître en effectif, témoignant d'une structuration croissante.

En dépit de cette évolution positive, la multidisciplinarité des équipes de recherche reste encore très limitée, notamment en ce qui concerne l'inclusion d'équipes du champ des sciences humaines et sociales. Il n'existe en réalité aucune équipe couvrant la totalité du champ HSR et très peu disposant d'une capacité à aborder un champ large de thématiques. Les capacités de ces équipes apparaissent également limitées, notamment pour faire face aux besoins croissants d'évaluation.

► FIGURE 84

### Répartition des publications de 2010 à 2015 dans le domaine de la recherche en services de santé par ville, en France



Source : étude Iresp

#### 3.7.4 / Des particularités françaises dans les thématiques abordées

Grâce à une analyse systématique des mots clés des publications, il est possible de dessiner une cartographie des thématiques le plus souvent abordées. L'Iresp identifie ainsi six grandes thématiques dans les publications françaises :

– organisation des soins et pratiques (à l'hôpital/hors hôpital) ;

- coûts et évaluation économique ;
- hôpital ;
- santé sexuelle/protection maternelle et infantile ;
- inégalités sociales de santé/déterminants de santé/territoires/santé mentale ;
- vaccination.

Les deux premières thématiques sont communes avec la plupart des autres pays. La présence de l'hôpital comme sujet distinct

est au contraire une particularité française, témoignant sans doute de la place importante de cette institution dans notre système de santé, mais également d'une concentration forte des équipes de recherche dans les hôpitaux, ce qui ne signifie pas pour autant que l'objet de recherche que constitue l'hôpital soit aujourd'hui couvert de manière satisfaisante. L'absence d'émergence de la thématique « méthodologie », retrouvée systématiquement dans les publications des pays qui publient le plus, constitue une deuxième particularité française. Si cette thématique s'adresse plutôt aux chercheurs qu'aux utilisateurs de la recherche, elle interroge dans un contexte où l'arrivée de nombreuses innovations et l'utilisation croissante de bases médico-administratives dans la recherche constituent des défis méthodologiques susceptibles de générer des débats dans la communauté de la recherche.

Ainsi, si certaines thématiques sont relativement présentes en France, l'absence d'identification des thématiques « *innovations techniques et organisationnelles* » ou encore « *performance, efficacité, qualité des soins et évaluation des interventions complexes et des politiques de santé* » questionne, alors que ces sujets sont au cœur des politiques publiques.

### 3.7.5 / Un financement éclaté dont l'effet de levier réel semble limité

La recherche sur les services de santé repose principalement sur des appels à projets de recherche nationaux, d'une part, et sur des marchés publics, le plus souvent d'évaluation. Quatre grands appels à projets de recherche apportent un financement significatif, dont trois sont ministériels :

- le Preps (programme de recherche sur la performance du système de soins), qui a succédé au Preqhos (programme de recherche en qualité hospitalière) ;
- le PRME (programme de recherche médico-économique), qui a succédé au P-STIC (programme de soutien aux techniques innovantes, coûteuses ou non) ;
- le Phrip (programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale) ;
- les appels à projets de l'institut de recherche en santé publique (Iresp)<sup>43</sup>, appel à projets général, avec un appel à projets ciblé sur la recherche sur les services de santé depuis 2015.

Entre 2012 et 2016, les quatre appels à projets ci-dessus ont permis de financer 215 projets dans le domaine de la recherche sur les services de santé, pour un montant cumulé d'un peu plus de 63 millions d'euros. Cela représente chaque année un investissement moyen de 12 à 13 millions d'euros, pour une quarantaine de projets (figure 85). Si ce montant est loin d'être négligeable,

il est beaucoup moins important que celui des programmes hospitaliers de recherche clinique (92 millions d'euros pour 2016).

Le Preps était le principal vecteur de la recherche sur les services de santé, avec 70 % des projets (149 au total) et 78 % des montants (49,7 millions d'euros). Par comparaison, l'appel à projets de l'Iresp, quoique récent, dispose de capacités de financement beaucoup plus modestes.

Les données relatives aux marchés publics passés au niveau national ou régional pour l'évaluation de politiques ou d'actions relevant du champ de la recherche sur les services de santé ne sont pas consolidées. Il est donc impossible d'en mesurer le montant et l'importance réels. Il est cependant probable qu'il s'agisse, pour certaines équipes, d'une source importante de financement.

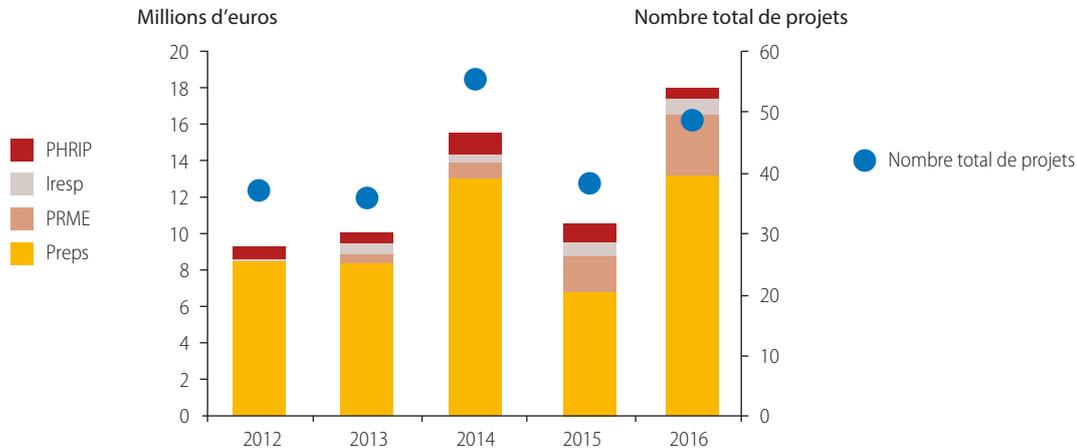
Cet éclatement des sources de financement complexifie le système et le rend moins lisible. L'annualité des appels à projets crée par ailleurs une situation d'incertitude pour les équipes qui peuvent avoir des difficultés à s'inscrire dans la durée, notamment en termes de recrutement. Ceci peut s'avérer problématique pour développer, maintenir et conserver certaines compétences, en particulier dans les disciplines reposant sur l'analyse de données. L'acquisition des compétences nécessaires à l'analyse des bases médico-administratives est un processus long et coûteux pour les équipes, difficilement compatible avec des financements volatils inscrits dans le court terme. Il semble donc utile, en complément des appels à projets et sur des thématiques dont le développement semble prioritaire, de proposer un cadre plus sécurisant sur le moyen terme.

La situation de l'Irdes est un bon exemple de ce type de solution. En s'inscrivant sur le moyen terme et en garantissant un financement stable, on a permis le développement d'un centre d'expertise largement reconnu, qui fait référence sur des domaines variés tels que l'organisation des soins primaires, le travail en équipes pluridisciplinaires, les inégalités sociales de santé, l'accessibilité géographique ou la santé mentale... L'Irdes a aussi pu développer des compétences à la fois quantitatives (gestion de grandes enquêtes en population générale, capacité de traitement des données du SNDS...) et qualitatives (enquêtes de terrain auprès des acteurs de la santé).

Un autre exemple de ce type de démarche est celui des plateformes de pharmaco-épidémiologie financées par l'ANSM, même si elles ne relèvent pas du champ propre de la recherche en services de santé (figure 85).

43 L'Iresp est un groupement d'intérêt scientifique, constitué à l'initiative de l'Inserm pour associer les acteurs impliqués dans la recherche en santé publique.

► FIGURE 85

**Montant attribué par type d'appel à projets et nombre total de projets financés dans le champ de la recherche en services de santé, entre 2010 et 2016**

Sources : direction générale de l'offre de soins au ministère de la Santé (DGOS, Iresp, traitement Cnamts)

**3.7.6 / Un financement très centré sur des équipes hospitalières**

La très forte concentration des équipes de recherche dans les établissements de santé aboutit à une concentration également très forte des projets dans le secteur hospitalier : plus de 90 % des projets et 94 % des financements (59,3 millions d'euros sur 63,2 millions d'euros). Au sein des hôpitaux, ce sont les CHU qui concentrent l'essentiel des projets (169 projets et 53 millions d'euros), l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) concentrant à eux seuls plus de 40 % de ces financements.

Dans le cas des appels à projets de l'Iresp, le poids des équipes hospitalières n'est plus que de 30 %, les équipes universitaires, Inserm et CNRS bénéficiant de presque la moitié des financements. Il faut cependant relativiser cet écart, beaucoup d'équipes hospitalières étant également une unité Inserm, CNRS ou hospitalo-universitaires.

La place de la ville est ici anecdotique, seule une maison de santé pluriprofessionnelle ayant bénéficié d'un financement dans le cadre de ces appels à projets. Cet état de fait reflète la faiblesse de ce champ de recherche et le faible nombre d'équipes aujourd'hui en situation de produire de la connaissance dans ce domaine (tableau 51).

► TABLEAU 51

**Montant total de l'ensemble des projets de recherche en services de santé (RSS) alloués, par type de structures financées, selon le type d'appel à projets, entre 2012 et 2015**

	Phrip	Preps	PRME	Iresp	Total
Hôpital dont	3 871 144 €	49 383 952 €	5 207 843 €	900 283 €	59 363 222 €
• Centre hospitalier universitaire (CHU)	3 493 883 €	44 030 476 €	4 628 855 €	745 010 €	52 898 223 €
• Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	172 087 €	1 258 790 €	578 988 €	155 273 €	2 165 137 €
Université/Inserm/CNRS	0 €	0 €	0 €	1 339 402 €	1 339 402 €
Autres	191 360 €	0 €	1 474 383 €	631 093 €	2 296 836 €
Soins de ville	0 €	281 560 €	0 €	0 €	281 560 €
<b>Total</b>	<b>7 728 474 €</b>	<b>94 954 778 €</b>	<b>11 890 069 €</b>	<b>3 771 061 €</b>	<b>63 281 020 €</b>

Phrip : programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale  
Preps : programme de recherche sur la performance du système des soins  
PRME : programme de recherche médico-économique  
Iresp : Institut de recherche en santé publique

Sources : DGOS, Iresp, traitement Cnamts

### 3.7.7 / L'absence de priorités définies au niveau national

Le choix des thématiques de recherche des équipes et leur spécialisation répond souvent à des enjeux propres à la discipline académique et notamment la nécessité de publier<sup>44</sup>. Cela pose deux problèmes : d'une part, ce schéma favorise les approches éclatées et constitue un obstacle à la multidisciplinarité, d'autre part, cela pousse les équipes à traiter des problématiques compatibles avec les préoccupations du champ disciplinaire, y compris à l'étranger, souvent différentes des préoccupations des politiques publiques, créant un écart entre besoin et production de connaissances. La richesse du champ et des publications dans certains pays montre cependant qu'il existe de réels débouchés en termes de publication dans ce champ.

L'exemple du virage ambulatoire est très représentatif. Sur les 215 projets financés par appel à projets entre 2012 et 2015 seul un tiers (75 projets, 40 % des financements) portait sur une thématique d'intérêt pour le virage ambulatoire<sup>45</sup> et les soins « primaires »<sup>46</sup> n'étaient explicitement mentionnés que dans 24 projets (11 %) pour un montant de 7 millions d'euros. Rapporté à l'exercice annuel, on peut s'interroger sur la faiblesse de ces moyens, au vu des enjeux décrits plus haut dans ce rapport. De même, seuls 13 projets (6 %), représentant 3 % des montants alloués, portaient sur les inégalités sociales de santé.

Il n'existe pour autant pas d'objectifs ou de priorités nationaux explicites en matière de recherche sur les services de santé. Ce manque de clarté et d'affichage est peut-être également préjudiciable au développement de la RSS. En effet, certains appels à projets sont orientés vers une thématique, mais celle-ci reste, souvent à dessein, très large. De ce fait, les projets financés reflètent souvent plus les sujets d'intérêt des équipes de recherche et peuvent être en écart par rapport à ceux des financeurs. S'il est évident que les équipes de recherche doivent conserver toute l'indépendance nécessaire à la qualité de leur travail, cet écart, s'il est trop grand, ne peut que nuire au développement des équipes elles-mêmes.

### 3.7.8 / Développer et structurer la recherche sur les services de santé

La politique de recherche n'entre pas dans les attributions propres de la Cnamts. Cette dernière joue en revanche un rôle important d'ordonnateur, de financeur, d'organisateur et de promoteur d'expérimentations et d'interventions complexes, voire de producteur de travaux d'évaluation et de recherche dans les champs qui concourent à l'accomplissement de ses missions. La recherche et l'évaluation en services de santé en font partie.

La capacité à produire des évaluations de qualité sur un nombre important de projets, avec les méthodes les plus pertinentes et en mélangeant des approches qualitatives et quantitatives est un enjeu clé pour le système de santé français. L'absence d'une telle capacité empêche une prise de décision éclairée et appuyée sur des preuves.

Le champ de la recherche en services de santé en France est encore largement en devenir. La définition d'objectifs prioritaires partagés entre les financeurs et les décideurs est un prérequis indispensable. L'alignement des appels à projets et autres sources de financement sur ces objectifs est un levier fort qui pourra permettre de faire évoluer la situation favorablement.

Enfin, l'évolution des modalités de financement est aujourd'hui une nécessité. Il est indispensable de donner, sur un certain nombre de sujets clés comme l'organisation des soins en ville ou au domicile, par exemple, un cadre permettant à des équipes de recherche de se structurer et de développer les compétences dont elles auront besoin. Ce cadre devra dépasser l'annualité et permettre la pérennisation de l'expertise et des compétences.

44 Par exemple, un économiste quantitatif aura plus intérêt à publier dans une revue d'économie de la santé, selon les canons du genre, que dans une revue de sociologie politique.

45 Autour des thématiques suivantes : facilitation de la sortie d'hospitalisation ou diminution de la durée des séjours, structuration des soins de ville, réorientation des parcours vers la ville, favorisation du maintien à domicile, évitement de recours à l'hospitalisation, favorisation de prises en charge ambulatoire.

46 Au sens de l'OMS.

## Propositions

### Propositions sur la recherche en services de santé

#### Proposition 29

##### **\_ Identifier et sanctuariser le montant consacré à la recherche en services de santé**

.....  
L'Assurance Maladie propose que l'ensemble des financeurs institutionnels concernés par la recherche sur les services de santé (ministère, Assurance Maladie, CNSA, agences, INCa...) identifient les montants qui y sont consacrés à ce jour pour les sanctuariser dans une enveloppe dédiée. Un montant de 15 millions d'euros semble être dans un premier temps une cible réaliste.

#### Proposition 30

##### **\_ Définir des objectifs de recherche nationaux prioritaires avec l'ensemble des financeurs et aligner les appels à projets de recherche sur ces objectifs**

.....  
L'éclatement des appels à projets qui concernent le champ de la recherche sur les services de santé, leur trop grande orientation sur le secteur hospitalier et l'absence d'identification d'un besoin clairement partagé entre les institutions chargées de penser et concevoir l'organisation de l'offre de soins du futur sont autant de limites au développement de ce champ en France.

L'Assurance Maladie propose qu'une réflexion visant à identifier les thématiques prioritaires de recherche sur les services de santé soit menée avec l'ensemble des financeurs et en lien étroit avec les acteurs académiques. Cette réflexion devrait

aboutir à la formalisation de priorités et de modalités de fonctionnement aidant à structurer les échanges entre chercheurs et décideurs.

#### Proposition 31

##### **\_ Stimuler et contribuer à l'enrichissement de la capacité de recherche sur les services de santé**

.....  
Le développement et la consolidation d'équipes pluridisciplinaires de recherche sur les services de santé, de niveau international, capables de produire des évaluations pertinentes et robustes des innovations et des politiques publiques, doivent constituer une priorité dans les années à venir.

L'Assurance Maladie est impliquée de longue date dans ce développement et entretient de nombreux liens avec le monde académique. Elle propose de poursuivre et de renforcer ces liens et de contribuer au développement de ces équipes en mobilisant des structurants :

- la contribution au financement de chaires de recherche ;
- le soutien à l'émergence et au développement d'équipes pluridisciplinaires dans le cadre de partenariats pluriannuels sur des thématiques de recherche spécifiques ;
- l'aide aux échanges et aux collaborations entre des équipes françaises émergentes et des équipes étrangères expérimentées dans ce domaine ;
- la participation au financement de thèses en s'appuyant sur l'avis du conseil scientifique de la Cnamts.

---

# Annexes

---

# Annexe 1 : Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2017

## Propositions pour 2017

## Mise en œuvre des propositions juin 2017

### 1 – Prévention du tabagisme

#### Proposition 1 : conforter le médecin traitant dans son rôle de premier conseiller antitabac en incluant cette thématique dans la Rosp

- La convention médicale signée le 25 août 2016 introduit un nouvel indicateur Rosp portant sur la prévention du tabagisme (part des patients MT<sup>(a)</sup> tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite dans l'outil HAS et enregistrée dans le dossier, objectif  $\geq 75\%$ , 20 points).

#### Proposition 2 : étendre la prise en charge des substituts nicotiniques

- Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2016, l'Assurance Maladie rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiniques (patchs, gommes, pastilles inhaleurs...) à hauteur de 150 euros par année civile et par bénéficiaire.
- La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (loi 2016-41 publiée au *Journal officiel* du 27 janvier 2016) autorise, en sus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes à prescrire les substituts nicotiniques, et donne ainsi accès à leurs patients au forfait d'aide au sevrage tabagique. Les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.
- L'effet de l'annonce du triplement du forfait, la communication faite auprès notamment des médecins et le lancement de Moi(s) sans tabac ont permis de faire doubler le nombre de bénéficiaires des traitements par substituts nicotiniques entre octobre et décembre.

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

- Lancement de l'application Tabac info service fin septembre 2016 et de son équivalent sur le web en mai 2017 : 127 000 utilisateurs, 70 % se sont fixé une date d'arrêt du tabac dans l'application.
- En septembre 2016, déploiement d'une action d'accompagnement auprès de l'ensemble des médecins généralistes fondée sur les recommandations HAS de 2014. Cinq objectifs principaux : repérer et conseiller systématiquement l'arrêt, proposer un accompagnement, notamment avec le recours aux forfaits traitements nicotiniques de substitution (TNS), mettre à disposition des outils d'aide pour la pratique, promouvoir le nouveau service d'e-coaching, focus « Moi(s) sans tabac »
- En novembre 2016, lancement de la campagne relative au mois sans tabac : « En novembre, on arrête ensemble ».
  - Accompagnement des professionnels de santé afin de les inciter à parler de l'événement à leurs patients et à afficher les outils de promotion.
  - Pour les assurés, incitation à l'inscription et soutien des participants dans leur tentative au quotidien (télévision, affichage, web, mobile, consultations d'aides à l'arrêt, ateliers...).
- Mise en œuvre d'un appel à projets pour financer des actions de proximité auprès des populations socialement défavorisées : 145 projets retenus.
- En mai-juin 2017, déploiement d'une campagne courrier auprès d'autres prescripteurs de TNS (sages-femmes, IDE, MK) pour l'incitation à l'aide au sevrage tabagique.

#### Proposition 4 : lancer conjointement avec Santé publique France et en articulation avec le programme national de réduction du tabagisme (PNRT), un programme de recherche permettant de tester des interventions destinées à réduire les inégalités sociales de santé liées au tabagisme

- Dans un premier temps, en complément des appels à projets de recherche pilotés par l'INCa « Priorité tabac » et en recherche interventionnelle, la Cnamts a réalisé un bilan des actions de proximité mises en œuvre dans le cadre de l'appel à projets Moi(s) sans tabac permettant de catégoriser les actions. L'objectif pour 2017 est d'accompagner sur le volet évaluation certains projets mis en œuvre, notamment dans les centres d'examen de santé, afin d'identifier certaines actions/interventions plus particulièrement prometteuses auprès des publics socialement défavorisés.

(a) Patients ayant déclaré un médecin traitant et n'en ayant pas changé au cours de l'année.

## 2 – Lombalgie

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

- Cette action est mise en place en collaboration avec le Collège de la médecine générale, la Société française de rhumatologie, la Sofmer, la SFMT et le Collège national de la masso-kinésithérapie.
- Une campagne d'information auprès du grand public est prévue pour fin 2017 sur le thème du maintien d'une activité physique en cas de lombalgie aiguë commune.
- En parallèle, déploiement d'une campagne d'accompagnement auprès des médecins généralistes et des masseurs-kinésithérapeutes sur la prise en charge de la lombalgie, et auprès des entreprises. Réalisation avec le groupe d'experts d'un livret patient et d'un livret à destination des professionnels de santé. Ce dernier document reprend les différentes recommandations et décrit les phases de la prise en charge. La fiche repère « Arrêt de travail pour lombalgie » sera actualisée en cohérence.
- Une application mobile pour s'informer et inciter à réaliser des exercices bénéfiques pour le dos sera mise à disposition du grand public fin 2017.
- Le choix de l'agence de communication qui réalisera la campagne auprès du grand public, des professionnels de santé et des entreprises est en cours.

## 3 – Prise en charge chirurgicale des lésions de l'épaule

### Proposition 6 : préciser les référentiels et les diffuser auprès des professionnels et des patients

- Travaux en cours avec la HAS concernant l'élaboration des référentiels.
- Déploiement d'une campagne d'accompagnement auprès de chirurgiens orthopédistes et de médecins généralistes portant sur l'efficacité du parcours de soins du patient après parution de ces travaux.

## 4 – Détection et prise en charge précoce de la BPCO

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

- Cette expérimentation a démarré sur le territoire de trois CPAM (Artois, Essonne, Gironde) le 14 mars 2017 avec la diffusion d'une webconférence sur la chaîne *Fréquence médicale* qui a obtenu un grand succès auprès des médecins généralistes (154 médecins généralistes lors du « live » et 1 089 médecins généralistes en replay).
- Elle est mise en place en collaboration avec le Collège de la médecine générale (CMG), la Société de pneumologie de langue française (SPLF) et la Fédération française de pneumologie (FFP).
- À l'issue de cette webconférence, 347 médecins se sont inscrits pour les sessions présentes, soit 10 % des MG des 3 territoires. Les sessions organisées par les CPAM-ELSM ont lieu jusqu'à la fin du mois de juin 2017. Elles sont animées par un binôme pneumologue (désigné par la FFP)/médecin généraliste (désigné par le CMG). Ces sessions comprennent un rappel sur le diagnostic et le traitement de la BPCO, et permettent aux médecins généralistes participant de réaliser des exercices pratiques avec les spiromètres.
- À l'issue de cette session en présentiel, le médecin généraliste peut commander un spiromètre sur Espace Pro. Au 2 juin 2017, 119 commandes de spiromètres ont été enregistrées.
- Suite à cette commande les CPAM envoient des autoquestionnaires (par courriels, SMS et courriers) aux assurés ciblés dont le médecin traitant est équipé d'un appareil. En fonction du résultat de ce test, l'assuré est incité à se rendre au cabinet de son médecin.
- Lorsque le MG réalise une spirométrie, il peut bénéficier d'une assurance qualité personnalisée. Il transmet *via* une plateforme internet les résultats de la spirométrie qui sont analysés par un pneumologue référent.
- Cette expérimentation est en cours durant l'été 2017. Elle fera l'objet d'une évaluation médico-économique et du processus pour envisager une éventuelle généralisation.

## 5 – Prise en charge du pied diabétique

### Proposition 8 : poursuivre les actions pour améliorer la prise en compte du risque podologique

- Une action d'accompagnement (sous forme de courrier) auprès des médecins généralistes pourrait être lancée fin 2017 afin de promouvoir la prévention du risque podologique, et ce, en lien avec les pédicures-podologues. Cette action pourra être couplée avec une nouvelle campagne d'accompagnement des médecins traitants sur le dépistage de la rétinopathie diabétique.

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

- Action non mise en œuvre, la structuration des communautés professionnelles territoriales de santé constituant un préalable indispensable à l'organisation spécifique de la prise en charge des patients à très haut risque ou avec une plaie du pied. Un groupe de travail DGOS-Cnamts sera mis en place en fin d'année 2017.

---

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

- Initialisation d'une expérimentation d'un volet Prado plaies chroniques (dont prise en charge de plaies du pied diabétique) suspendue en raison du déploiement concomitant d'un volet Prado populationnel personnes âgées. Reconsidération d'une intégration spécifique des questions liées à la prise en charge du pied diabétique au sein du volet populationnel, une fois son déploiement stabilisé.
- 

**6 – Prise en charge des patients en Ehpad**

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

- L'arrêté du 19 janvier 2017 portant abrogation de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en HAD d'un ou de plusieurs résidents en Ehpad en vertu de l'article R. 6121-4 du Code de la santé publique a levé les restrictions à l'intervention de l'HAD en Ehpad initialement réglementée par l'arrêté du 16 mars 2007. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017, l'HAD peut intervenir pour tous types de prestations entrant dans ses attributions.
- 

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

- Le 1<sup>er</sup> mars 2017, signature de l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins libéraux permettant au nouveau médecin traitant de solliciter par télé-expertise (avec l'accord du patient et en lien avec le médecin coordonnateur de la structure) l'avis à distance de l'ancien médecin traitant pour le recueil d'éléments utiles à la prise en charge et au suivi médical, notamment pour le repérage de situations à risque (prescription de psychotropes, iatrogénie médicamenteuse...). Création de l'acte Télé-expertise dossier traitant (TDT) d'un montant de 15 euros facturable une seule fois par le nouveau médecin traitant ainsi que par l'ancien médecin traitant. 80 000 patients sont potentiellement concernés.
- 

**Proposition 13 : développer de nouveaux indicateurs de qualité de prise en charge en Ehpad en utilisant les possibilités offertes par la base Resid-Ehpad**

- Depuis 2012, les Ehpad déclarent les entrées et les sorties de leurs résidents aux caisses d'assurance maladie par l'intermédiaire d'un outil informatisé dénommé Resid-Ehpad développé par la Cnamts sur la base du décret 2010-621 du 7 juin 2010. Ces données peuvent être chaînées avec les données de remboursement de l'Assurance Maladie enregistrées dans le système national interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram). Cela permet d'avoir un suivi des consommations de soins des résidents, en ville et en établissement de santé, et de les prendre en compte dans les analyses. Dans la perspective de développer la contractualisation comme outil d'incitation à l'efficacité, de nouveaux indicateurs de qualité de la prise en charge en Ehpad seront définis en lien avec les sociétés savantes.
- 

**7 – Radiothérapie**

**Proposition 14 : mettre en œuvre une réforme de la tarification de la radiothérapie libérale fondée sur des forfaits différenciés par technique**

- Mise en œuvre d'une première phase expérimentale d'un recueil test de forfaits différenciés en vue d'une tarification à la technique.
- 

**Proposition 15 : promouvoir les machines polyvalentes pour la RCMI et la radiothérapie en conditions stéréotaxiques**

- Voir proposition précédente : les forfaits envisagés seront incitatifs vis-à-vis des techniques ou modalités RCMI et conditions stéréotaxiques.
- 

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

- Réforme du régime des autorisations prévue à l'horizon 2019.
- 

**8 – Réhabilitation améliorée après chirurgie**

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

- Un travail de modélisation, en lien avec les professionnels de santé concernés par la réhabilitation améliorée après chirurgie orthopédique, est en cours et fait l'objet d'une présentation au sein de ce rapport (partie 3.5). Une fiche PLFSS pour 2018 est proposée au ministère afin d'appuyer la mise en place de l'expérimentation dès 2018.
-

---

**9 – Listes des produits et prestations**

---

**Proposition 18 : renforcer la connaissance et la pertinence des prescriptions de dispositifs et prestations inscrits à la LPP**

- Mise en œuvre d'actions d'accompagnement auprès des prescripteurs libéraux ou en établissement de santé pour diffuser des modèles d'ordonnance.

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

- Réflexion engagée pour lancer un dispositif de recueil d'informations en lien avec les associations de patients.
- Avis de projet sur la PPC (comportant une modalité de téléobservance) en cours de parution.

**Proposition 20 : sécuriser les fondements de la doctrine du Ceps par une assise législative et réglementaire pour favoriser les baisses de prix sur le secteur de la LPP**

- Proposition non aboutie, persistance d'un système de convention.

**Proposition 21 : pour les dispositifs médicaux et prestations utilisés sur le long terme par les patients, étudier les modes de tarification alternatifs à la location**

- Réflexion non aboutie.

**Proposition 22 : améliorer la transparence des mécanismes incitatifs sur les achats de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus**

- Mesure proposée en PLFSS 2018.

---

**10 – Masso-kinésithérapie**

---

**Proposition 23 : mettre en place la régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux**

- Les négociations en vue de la signature d'un avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes sont toujours en cours. Le projet de texte prévoit d'une part la mise en place d'un dispositif de régulation de l'accès au conventionnement dans les zones excédentaires et, d'autre part, l'amélioration de manière significative du dispositif incitatif afin d'encourager les masseurs-kinésithérapeutes à s'installer dans les zones sous-denses. Le projet de texte prévoit notamment le principe suivant lequel le conventionnement ne peut être accordé à un masseur-kinésithérapeute dans une « zone surdotée » que si un autre professionnel a préalablement mis fin à son activité conventionnée dans cette même zone.

**Proposition 24 : mettre en œuvre une nomenclature plus fine et plus traçante des actes de masso-kinésithérapie pour permettre une meilleure compréhension des activités**

- Les négociations en vue de la signature d'un avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes sont toujours en cours. Dans le projet de texte, les partenaires conventionnels s'engagent à mettre en œuvre des travaux afin d'instaurer une nomenclature descriptive des actes de masso-kinésithérapie permettant de mieux connaître et distinguer les actes réalisés, en commençant par la révision de l'article premier du chapitre II de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) (activité orthopédique et rhumatologique).

---

**11 – Secteur de la biologie médicale**

---

**Proposition 25 : poursuivre les gains de productivité dans le secteur libéral de biologie médicale afin de pouvoir intégrer les actes innovants tout en maîtrisant les dépenses**

- Mise en œuvre d'un nouveau protocole d'accord avec les biologistes : signature le 27 septembre 2016 d'un avenant de prolongation pour trois ans (2017-2019) du protocole d'accord sur la biologie médicale.

**Proposition 26 : favoriser la restructuration de l'offre hospitalière de biologie****Proposition 27 : promouvoir une approche transversale de ce secteur permettant d'optimiser l'ensemble de l'activité de biologie**

- Restructuration des laboratoires par CH : un pôle de biologie (et anatomo-cytopathologie) par CH.
- AP-HP : un laboratoire de biologie (et anatomo-cytopathologie) par groupe hospitalier, soit douze pour l'AP-HP, HCL et AP-HP. À terme, un pôle de biologie (et anatomo-cytopathologie).
- Chiffres 1<sup>er</sup> juin 2017 : 933 laboratoires, dont 312 laboratoires hospitaliers.
- Les directions du ministère DGS et DGOS ont diffusé des fiches techniques relatives aux « structures juridiques des laboratoires de biologie médicale », aux « règles de territorialité d'un laboratoire de biologie médicale » et à la « création et restructuration d'un laboratoire de biologie médicale ».

## Annexe 2 : Bilan des négociations entre l'Uncam et les professionnels de santé

La présente annexe dresse un bilan des négociations menées en 2016-2017 avec les professionnels de santé en présentant les principaux textes conclus.

### Médecins

La convention signée le 25 août 2016 (parue au *Journal officiel* du 23 octobre 2016) par trois syndicats, Fédération française des médecins généralistes (MG France), Le Bloc et FMF, a mis en place des mesures suivantes.

#### Valoriser les actes

Cette valorisation tient compte de la complexité de certaines prises en charge comme, notamment, les consultations des enfants. La consultation de référence est revalorisée de 2 euros pour les médecins en secteur à honoraires opposables ou s'inscrivant dans une option de pratique tarifaire maîtrisée, ou en cas de prise en charge de patients bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Ont par ailleurs été mieux identifiées et valorisées les situations cliniques complexes avec la mise en place de consultations différenciées en fonction de leur complexité de prise en charge et de leur enjeu en termes de santé publique et le regroupement de ces consultations en quatre ensembles correspondant à des situations cliniques ou des prises en charge de complexité croissante : la consultation de référence, coordonnée, complexe et très complexe.

#### Poursuivre et accélérer la maîtrise des dépassements d'honoraires avec un dispositif rénové du contrat d'accès aux soins

Les nouvelles options Optam ont été proposées à l'ensemble des médecins et Optam-CO a été proposé aux chirurgiens et aux obstétriciens exerçant en secteur 2, pour les encourager à stabiliser et maîtriser leurs dépassements d'honoraires et à accroître la part des soins facturés aux tarifs opposables. Plus souples, plus attractives, ces options sont conclues désormais pour une durée d'un an, elles permettent également aux patients des professionnels adhérant à ces options de bénéficier d'un meilleur remboursement et donc d'un moindre reste à charge.

#### Améliorer la répartition de l'offre de soins et l'accès aux soins sur tout le territoire

Afin de favoriser l'installation et le maintien des médecins dans les zones en tension démographique, quatre contrats ont été mis en place :

- le Caim : contrat d'aide à l'installation de médecins ;
- le Cotram : contrat de transition pour les médecins de 60 ans et plus se préparant à mettre fin à leur activité et accompagnant l'installation en libéral d'un plus jeune médecin (de moins de 50 ans) dans leur cabinet ;
- le Coscom : contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins conventionnés déjà installés en zone sous-dotée

et impliqués dans une démarche d'exercice coordonné (exercice en groupe ou appartenant à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires (ESP) ;

- le CSTM : contrat de solidarité territoriale médecin, pour encourager l'exercice à temps partiel en zones déficitaires de médecins exerçant hors de ces zones, en soutien de leurs confrères exerçant dans ces territoires sous-dotés.

#### Renforcer, élargir et actualiser la rémunération sur objectif de santé publique (Rosp)

La Rosp se recentre sur les seuls indicateurs de qualité des pratiques cliniques qui s'articulent toujours autour de trois axes : le suivi des pathologies chroniques, la prévention (axe qui est d'ailleurs renforcé) et l'efficacité des prescriptions. La Rosp a fait l'objet de modifications pour la rendre plus lisible et améliorer son adaptation aux évolutions des recommandations médicales. La rémunération au forfait est simplifiée par la mise en place :

- d'un forfait patientèle unique pour tous les médecins traitants, qui regroupe tous les anciens forfaits, et dont la rémunération dépend des caractéristiques et de la structure de la patientèle (âge, pathologies, population défavorisée...);
- et d'un forfait structure (ouvert à tous) pour inciter à la mise en place de nouveaux outils et organisations (gestion du cabinet, coordination du parcours des patients...).

Trois avenants ont été conclus depuis la signature de la convention d'août 2016 :

- l'avenant n° 1, publié au *Journal officiel* le 2 mai 2017, 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 dix indicateurs de qualité des pratiques cliniques orientés notamment vers la prévention ;
- l'avenant n° 2, publié au *Journal officiel* du 29 avril 2017, introduit deux actes de télé-médecine concernant les médecins libéraux pour l'entrée et le suivi des patients résidant en Ehpad :
  - création d'un acte de « Télé-expertise Dossier traitant » (TDT) réalisé entre deux médecins généralistes pour un patient admis en Ehpad en cas de changement de médecin traitant. Valorisé à hauteur de 15 euros, il est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient ainsi que par le précédent médecin traitant, une seule fois lors de l'admission du patient dans l'Ehpad et au plus tard dans les deux mois suivant le changement de médecin 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 téléconsultation médecin traitant avec Ehpad (TTE). 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. Elle est valorisée à hauteur d'une consultation C ou CS (23 euros) à laquelle s'ajoute la majoration pour les médecins généralistes de secteur 1 ou Optam (cotation G) ou, pour les médecins traitants d'une autre spécialité que la médecine générale, la majoration MPC.

L'entrée en vigueur des mesures introduisant ces actes n'interviendra qu'au 30 octobre 2017 ;

- l'avenant n° 3, paru au *Journal officiel* le 29 avril 2017, qui, en application de l'article 72 de la LFSS pour 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 avenants interviendra au 30 octobre 2017.

### Structures pluriprofessionnelles de proximité

Un ACI signé le 20 avril 2017 remplace le règlement arbitral de 2015 pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

En l'absence d'accord à l'issue de la première négociation conventionnelle en 2014, un règlement arbitral daté du 23 février 2015 applicable aux structures de santé pluriprofessionnelles a généralisé le financement par l'Assurance Maladie des structures organisées d'exercice pluriprofessionnel (maisons de santé monosite ou multisites et centres de santé) mis en place à titre expérimental à partir de 2008.

Les négociations relatives à la rémunération des structures de santé pluriprofessionnelles, ouvertes le 25 janvier dernier par l'Assurance Maladie avec les organisations syndicales des professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, transporteurs sanitaires, centres de santé, biologistes, pharmaciens, prestataires de la LPP) et les représentants des centres de santé ont abouti à la signature d'un ACI le 20 avril 2017 par l'Uncam et les représentants d'organisations représentatives<sup>47</sup> des médecins libéraux, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, orthoptistes, pédicures-podologues, podo-orthésistes, opticiens, centres de santé.

L'accord comprend un investissement accru important de l'Assurance Maladie sur deux axes essentiels pour le fonctionnement et l'organisation du travail en équipe au sein des structures pluriprofessionnelles, à savoir la fonction de coordination et le système d'information.

En outre, un nouvel indicateur a été créé pour inciter les structures à mettre en place des outils d'évaluation de la satisfaction des patients et de leurs besoins et à faire évoluer leur organisation pour y répondre.

Enfin, un dispositif spécifique est mis en place pour renforcer l'accompagnement des structures pluriprofessionnelles qui viennent de se créer (projet de santé de la structure déposé à l'ARS depuis moins d'un an). Ces structures bénéficient d'une garantie de versement d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (avec dérogation sur le nombre d'indicateurs prérequis pour le déclenchement de la rémunération : deux prérequis au lieu de trois pour les autres structures).

Ainsi, avec le nouvel accord, une structure type composée de treize professionnels de santé et ayant une patientèle de 4 000 patients qui atteint l'ensemble des engagements proposés verra sa rémunération passer de 51 800 euros dans le règlement arbitral à 73 500 euros dans l'ACI, soit une hausse de 42 %.

La publication au *Journal officiel* de cet accord devrait intervenir en juillet 2017. Celle-ci actera la date d'entrée en vigueur de ce nouvel accord dont les dispositions seront applicables à compter de l'année civile 2017 (la rémunération interviendra en avril 2018).

À fin 2016, 444 structures pluriprofessionnelles ont signé un contrat proposé dans le cadre du règlement arbitral. Au total, les sommes versées au titre de l'année 2016 représentent 13,7 millions d'euros (chiffre provisoire, une partie des structures n'ayant pas encore été payées), soit une rémunération moyenne de 41 369 euros par structure payée.

Type de structures	Nombre	Rémunération moyenne en 2016
MSP monosites	329	37 265 €
MSP multisites	115	52 878 €
<b>Total</b>	<b>444</b>	<b>41 369 €</b>

<sup>47</sup> Liste des organisations syndicales signataires de l'ACI relatif à la rémunération des structures pluriprofessionnelles au 13 juin 2017 : la MG France, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), la Fédération des médecins de France (FMF), l'Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF), l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF), le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIL), le Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO), la Fédération nationale des podologues (FNP), la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), la Fédération des mutuelles de France (FMF), la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération nationale des institutions de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne (FNISASIC), la Confédération des centres de santé et des services de soins infirmiers (C3SI), la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM), la Croix-Rouge française (CRF), l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMR), la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), la Fédération française des podo-orthésistes (FFPO), le Syndicat national des opticiens mutualistes (SYNOM).

Depuis le début de l'année 2017 (données arrêtées fin mai 2017), 32 nouvelles structures ont signé un contrat, ce qui porte à 476 le nombre de structures pluriprofessionnelles ayant signé le contrat proposé dans le règlement arbitral.

### Centres de santé

L'année 2016 est la première année de mise en application des mesures définies par le nouvel 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 (publié au *Journal officiel* du 30 septembre 2015).

Cet accord met notamment en place une rémunération forfaitaire spécifique inspirée du règlement arbitral relatif aux soins de proximité (arrêté du 23 février 2015 applicable aux structures pluriprofessionnelles), dans laquelle sont valorisés différents indicateurs relatifs à l'accès aux soins, le travail en équipe et le recours à un système d'information partagé.

Par ailleurs, ont été transposées dans cet accord les rémunérations spécifiques mises en place par la convention médicale au profit des médecins libéraux, à savoir la Rosp et les différents forfaits valorisant le suivi au long cours des patients (forfait médecin traitant, majoration pour le suivi des personnes âgées de 80 ans et plus).

De même, dans un objectif de maîtrise des dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques, une option dentaire (CASD) a été créée afin de réduire le reste à charge des patients. Destinée aux centres de santé dentaires ou polyvalents ayant une activité dentaire, cette option engage le centre de santé dans une dynamique de stabilisation de son taux de dépassement moyen constaté. En contrepartie, il bénéficie d'une rémunération forfaitaire supplémentaire correspondant à un pourcentage des honoraires sans dépassement réalisés sur les actes de soins conservateurs et chirurgicaux. Ainsi, au titre de la première année de mise en œuvre du dispositif, 310 centres de santé ont adhéré au contrat. Sur ces 310 centres de santé, 97 (environ un tiers) sont éligibles au paiement pour un montant total d'environ 980 000 euros. Le montant moyen de la rémunération étant d'environ 10 000 euros par centre.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-32-1 du code de la Sécurité sociale, la négociation d'un avenant n° 1 a été ouverte en janvier 2017 pour examiner les conditions de transposition dans l'accord national des centres de santé des nouvelles rémunérations spécifiques mises en place dans la nouvelle convention médicale signée en août 2016 (nouvelle Rosp, Rosp du médecin traitant de l'enfant, mise en place d'un nouveau forfait patientèle pour le suivi assuré par le médecin, nouveaux contrats démographie) et dans l'ACI signé le 20 avril 2017.

L'avenant n° 1 à l'accord national a été signé le 23 mai 2017. Il transpose à l'identique quatre mesures de la convention médicale : la Rosp médecin traitant renouvelée, et la Rosp méde-

cin traitant de l'enfant issue de l'avenant n° 1 à la convention médicale, le forfait patientèle (à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018), la majoration MPA (suivi des personnes âgées de 80 ans et plus) renouvelée, c'est-à-dire applicable uniquement aux centres de santé pour les patients ne les ayant pas choisis comme médecin traitant, les contrats visant à une meilleure répartition des soins sur le territoire (contrats démographie).

Par ailleurs, la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé définie par l'accord national s'inspirant du règlement arbitral applicable aux structures pluriprofessionnelles (arrêté du 23 février 2015), des adaptations ont également été intégrées dans l'avenant n° 1 à la suite de la signature, le 20 avril dernier, de l'ACI applicable aux structures pluriprofessionnelles. Ces adaptations ne concernent, dans un premier temps, que les centres de santé médicaux ou polyvalents.

### Sages-femmes

Les avenants conventionnels n° 1 et n° 2, publiés respectivement au *Journal officiel* des 14 mars 2012 et 27 février 2014, ont prévu des avancées significatives en matière de nomenclature pour les sages-femmes, notamment par la mise en place progressive d'une convergence tarifaire entre les sages-femmes et les médecins pour les actes à compétence partagée entre ces deux professions (essentiellement échographies et accouchements).

L'avenant n° 3, publié au *Journal officiel* du 11 septembre 2015, a concrétisé ces avancées et a permis l'entrée en vigueur effective, le 11 mars 2016, de la tarification en CCAM des actes techniques des sages-femmes dont la compétence est partagée avec les médecins.

Par ailleurs, des aménagements au dispositif démographique de conventionnement des sages-femmes en zone surdotée ont également été mis en place par cet avenant. Ainsi, depuis le 12 septembre 2015, le conventionnement en zone surdotée n'est possible que si une sage-femme conventionnée dans la zone a totalement cessé son activité, la possibilité de conventionnement dans ce type de zone liée à une réduction d'activité ayant été supprimée.

Cependant, afin de prendre en compte l'activité particulière de ces professionnels, deux nouveaux cas dérogatoires exceptionnels ont été introduits permettant un conventionnement des sages-femmes dans la zone sans départ préalable de la zone d'une sage-femme. Un conventionnement peut donc être accepté à titre dérogatoire si la sage-femme :

- réalise un accompagnement global des patientes dans le cadre du suivi de leur grossesse ;
- pour des raisons familiales, personnelles ou professionnelles, est amenée à réduire significativement et durablement son activité de 50 % dans la zone surdotée. Elle peut alors faire appel à une collaboratrice ou une associée. Ce critère étant soumis à une procédure spécifique d'examen du dossier en CPR.

Enfin, cet avenant conventionnel n° 3 instaure la possibilité d'enclencher une procédure de déconventionnement exceptionnel en cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels par des sages-femmes, à l'instar de ce qui a été instauré pour les médecins.

La prochaine échéance de la convention est fixée au 20 décembre 2017. En l'absence d'opposition à la reconduction de la convention dans les délais réglementaires, soit avant le 20 juin 2017, une procédure de reconduction tacite sera enclenchée.

Une nouvelle négociation doit s'ouvrir en septembre 2017 sous réserve du vote des orientations de cette négociation en juillet 2017 pour rénover la convention.

### **Chirurgiens-dentistes**

Les relations entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie sont régies, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2017, par un règlement arbitral, approuvé par arrêté du 29 mars 2017 et publié au *Journal officiel* du 31 mars 2017, suite à l'absence d'accord conventionnel sur la question du plafonnement des tarifs des prothèses.

Le règlement arbitral reconduit dans sa grande majorité le texte de la convention nationale des chirurgiens-dentistes. Seuls l'article 4.2.1 (« Fixation des honoraires ») et les annexes tarifaires I et V de la convention nationale ont été modifiés. Toutes les autres dispositions conventionnelles restent applicables.

Les trois mesures principales du règlement arbitral portent sur :  
– un rééquilibrage de l'activité bucco-dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux, échelonné sur quatre ans, à partir de 2018 ;  
– l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients bénéficiaires de la CMU-C ;  
– la valorisation du suivi des patients diabétiques et des personnes en situation de handicap mental sévère.

#### **Dispositif de rééquilibrage**

Le règlement arbitral revalorise progressivement les soins conservateurs et fixe des prix limites de facturation pour la grande majorité des actes de prothèses soumis à entente directe (liste figurant aux annexes I D et I E du règlement arbitral).

Une différenciation transitoire de prix limites de facturation est par ailleurs instaurée dans certains départements (75, 78, 91, 92, Guyane, Martinique et Guadeloupe) afin de tenir compte des disparités existantes dans les honoraires pratiqués par les professionnels de ces départements. Le champ de ces actes plafonnés est élargi progressivement sur ces quatre ans.

Ce dispositif de rééquilibrage entrera en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018 et se poursuivra automatiquement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année suivante tout au long des quatre années d'échelonnement. Le passage aux étapes suivantes dépend néanmoins du respect d'indicateurs et d'objectifs définis dans l'annexe I H du règlement arbitral (clause de sauvegarde).

Un premier objectif concerne l'évolution des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie obligatoire sur l'ensemble des soins bucco-dentaires par rapport à un montant attendu par année :

- en cas de respect de cet objectif, les revalorisations prévues pour l'année suivante s'appliquent ;
- en cas de non-respect de cet objectif, les revalorisations prévues initialement pour l'année suivante sont suspendues ;

Un deuxième objectif concerne l'évolution des montants des honoraires des actes soumis à entente directe par rapport à un montant attendu par année :

- en cas de respect de cet objectif, les prix-limites de facturation prévus pour l'année suivante s'appliquent (tarifs fixés en annexe I D et I E) ;
- en cas de non-respect de cet objectif, les prix limites de facturation sont inférieurs à ceux prévus initialement (application des tarifs fixés en annexe I F et I G).

Ces deux objectifs ne sont pas liés, il peut donc y avoir respect d'un seul des deux objectifs (exemple : application des revalorisations car respect de l'objectif 1, mais application des prix limites de facturation prévus en annexe I F et I G).

Un suivi annuel du dispositif de rééquilibrage est donc mis en place et présenté chaque année par l'Uncam dans le cadre de l'Observatoire conventionnel national des chirurgiens-dentistes.

#### **Amélioration de l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C**

Le règlement arbitral a revalorisé certains forfaits du panier de soins CMU-C et a également étendu ce panier de soins à de nouveaux actes (inscription de l'inlay-onlay et de six codes de prothèses amovibles transitoires à base résine). Parallèlement, l'arrêté définissant les actes pris en charge sans frais pour ces patients a été mis à jour et publié le 25 avril dernier au *Journal officiel*.

En complément du règlement arbitral, un arrêté étendant les plafonds fixés pour les bénéficiaires de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS a également été publié le 25 avril au *Journal officiel*.

#### **Valorisation du suivi des patients diabétiques et des personnes en situation de handicap mental sévère**

Le règlement arbitral valorise le suivi des patients diabétiques par la prise en charge d'un bilan parodontal à hauteur de 35 euros et de l'acte d'assainissement (sous réserve d'un avis favorable de la HAS). Ces mesures entreront en vigueur au plus tôt au 1<sup>er</sup> janvier 2018, sous réserve d'une décision Uncam modifiant la liste visée à l'article L. 162-1-7 du Code de la Sécurité sociale.

Il prévoit également de valoriser le suivi des personnes en situation de handicap mental sévère comme suit :

- valorisation d'un supplément par séance avec Meopa à hauteur de 90 euros ;
- valorisation d'un supplément par séance sans Meopa à hauteur de 60 euros.

### Autre mesure

Outre les mesures instituées par le règlement arbitral, un examen bucco-dentaire de suivi pris en charge à 100 % a été créé par arrêté en date du 19 avril 2017, pour les jeunes de 21 ans et 24 ans. Ce dispositif entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

La profession des chirurgiens-dentistes a connu une avancée majeure avec l'entrée en vigueur de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire, en juin 2014.

### Infirmier(e)s

Au cours du 4<sup>e</sup> trimestre 2016, les partenaires conventionnels ont convenu de réaliser sur plusieurs territoires une expérimentation du bilan de soins infirmiers (BSI) par des professionnels (médecins/infirmiers) en vie réelle dans la perspective d'une éventuelle généralisation du dispositif à discuter en 2017 lors des négociations conventionnelles.

La prochaine échéance de la convention est fixée au 25 juillet 2017. En l'absence d'opposition à la reconduction de la convention dans les délais réglementaires, une procédure de reconduction tacite est en cours. Néanmoins, la négociation d'un nouvel avenant doit être ouverte en juillet 2017, notamment pour améliorer encore le dispositif de régulation démographique mis en place pour une meilleure répartition des soins infirmiers sur le territoire et pour mieux accompagner les évolutions de pratique : prise en charge de patients en sortie d'hospitalisation, développement de la prévention, coordination des soins accrue, notamment avec le médecin traitant, etc.

La négociation du prochain accord conventionnel pourrait comporter quatre axes principaux :

#### Améliorer l'accès des patients aux soins infirmiers en renforçant le dispositif de régulation du conventionnement et en révisant les mesures incitatives existantes

L'évolution de la démographie des infirmiers démontre qu'il est nécessaire de renforcer les mesures démographiques mises en place par les avenants n° 1 et n° 3. Le dispositif incitatif proposé aux infirmiers devra être également amélioré et ses modalités de mise en œuvre revues afin d'inciter davantage les professionnels à s'installer dans les zones sous-denses et ainsi lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

#### Engager des travaux pour une meilleure appréhension et connaissance de l'activité des infirmiers libéraux

Afin d'améliorer l'évaluation par l'infirmier des besoins en soins des patients dépendants, de favoriser leur maintien à domicile et la coordination des soins avec le médecin traitant, les partenaires conventionnels pourront examiner l'opportunité de généraliser le bilan de soins infirmiers (BSI), en remplacement de la démarche de soins infirmiers, au regard des premiers résultats de l'expérimentation d'un nouvel outil actuellement menée sur le territoire (onze caisses).

En outre, des évolutions de la nomenclature sont envisagées afin qu'elle soit plus descriptive et permette d'identifier clai-

rement les actes effectués par les infirmiers ce qui donnera une meilleure connaissance de l'activité réalisée par ces professionnels.

#### Accompagner les évolutions de pratique en valorisant mieux certains actes répondant à des enjeux de santé publique et de qualité de prise en charge

Des évolutions tarifaires adaptées pourront être envisagées pour accompagner l'évolution des pratiques des infirmier(e)s et répondre à des enjeux de santé publique et de qualité des pratiques.

Enfin, au regard de l'émergence des nouvelles technologies, les partenaires conventionnels pourront initier une réflexion sur la possibilité pour l'infirmier(e), à titre expérimental, d'intervenir à distance auprès des patients.

#### Aménager le texte conventionnel afin de l'adapter aux dernières évolutions législatives et réglementaires

### Masseurs-kinésithérapeutes

À la suite de l'annulation, en mars 2014, par le Conseil d'État, des dispositions conventionnelles instaurant un dispositif de régulation du conventionnement en zones surdotées pour les masseurs-kinésithérapeutes, il a été proposé, dès 2015, de rétablir une base légale permettant aux partenaires conventionnels de définir, notamment pour cette catégorie de professionnels, un dispositif de régulation démographique du conventionnement basé sur des critères géographiques. Ainsi, l'article 72 de la LFSS pour 2016 a introduit cette possibilité dans le champ conventionnel pour les masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et chirurgiens-dentistes.

Aussi, des négociations entre l'Uncam et les représentants des masseurs-kinésithérapeutes, en vue de la conclusion d'un avenant n° 5 à la convention nationale, ont été ouvertes le 16 décembre 2016 et devraient s'achever en juin 2017. Ces négociations ont notamment pour objet de rétablir l'équilibre instauré par les partenaires conventionnels au travers de l'avenant n° 3 avec la mise en place d'un dispositif démographique visant à une meilleure répartition des professionnels sur le territoire grâce à deux leviers :

- l'incitation au maintien et à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes en zones sous-denses, à travers des incitations financières ;
- la régulation du conventionnement par le biais de l'application de la règle d'une arrivée pour un départ dans les zones surdenses.

Quatre axes principaux ont été proposés pour la négociation de l'avenant conventionnel :

- améliorer l'accès aux soins en rééquilibrant les dispositifs visant une meilleure répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes sur l'ensemble du territoire ;
- engager des travaux de réécriture de la nomenclature applicable aux masseurs-kinésithérapeutes, pour une meilleure description de l'activité de ces professionnels adaptée aux techniques actuelles ;

- accompagner les évolutions de pratiques en valorisant mieux certains actes de masso-kinésithérapie répondant à des enjeux de santé publique et de qualité de la prise en charge ;
- aménager le texte conventionnel pour l'adapter aux dernières évolutions législatives et réglementaires.

Le projet d'accord a été transmis aux syndicats mi-juin 2017 et une signature est envisagée à la fin juin 2017.

## **Orthoptistes**

La convention nationale de 1999 régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les orthoptistes est arrivée à échéance le 31 décembre 2014. Elle a été reconduite tacitement en l'absence de dénonciation des parties signataires de la convention ainsi que de ses avenants.

L'année 2017 a été marquée par la conclusion de l'avenant n° 12 à la convention nationale des orthoptistes libéraux, le 19 avril, afin de poursuivre dans la convention l'accompagnement des évolutions de la filière visuelle et le soutien aux pratiques de coopération efficaces.

En effet, la filière visuelle est confrontée à d'importants problèmes structurels en raison notamment de l'augmentation de la demande de soins liée à l'accroissement et au vieillissement de la population, au développement de certaines pathologies chroniques et à l'évolution de l'activité des médecins ophtalmologistes vers la réalisation d'actes de plus en plus techniques.

Afin d'améliorer l'accès des patients aux soins visuels, le ministère de la Santé et l'Uncam encouragent depuis plusieurs années le développement d'une meilleure coordination entre les médecins ophtalmologistes et les orthoptistes en assurant notamment le financement d'actes réalisés en coopération.

Cette évolution est confortée par la parution en 2016 de dispositions législatives et réglementaires favorisant ce travail en coopération, avec notamment l'élargissement du champ de compétences des orthoptistes en vue de faciliter l'accès aux soins visuels des patients pour les pathologies les plus courantes. Les orthoptistes sont ainsi amenés dans les années à venir à jouer un rôle important dans la restructuration de la filière visuelle.

Dans cette perspective, les partenaires conventionnels se sont accordés sur :

- l'importance de garantir l'accès à des soins visuels de qualité sur l'ensemble du territoire en améliorant la répartition de l'offre. Dans ce cadre, ils ont souhaité mettre en place, dans un premier temps dans un cadre expérimental, une part des mesures organisationnelles et incitatives visant à favoriser l'exercice des orthoptistes dans les zones déficitaires en offre de soins visuels notamment au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles et le travail en coopération avec les ophtalmologistes.

Des expérimentations seront également envisagées au-delà du cadre de ces structures pour favoriser le dépistage des troubles visuels chez les enfants.

Des groupes de travail vont se réunir dès la fin du premier semestre 2017 pour réfléchir à la mise en place de ces différentes expérimentations ;

- la valorisation de l'activité de bilan (basse vision, troubles oculomoteurs, amblyopie, déficience neurovisuelle, neurosensorielle) et de rééducation des orthoptistes (amblyopie, strabisme, déficience visuelle) afin de tenir compte de l'évolution des pathologies et de leur prise en charge, nécessitant des actes de technicité graduelle. Par ailleurs, il a été convenu de l'importance de valoriser les nouveaux champs d'intervention des orthoptistes, notamment en matière de prévention et de dépistage (mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation), et de soutenir l'implication des orthoptistes libéraux dans la prise en charge de certaines populations (enfants, personnes âgées), de certaines pathologies (AVC) et du handicap. Ces différentes mesures vont se traduire par la prise en charge d'actes à inscrire à la liste des actes et prestations (décisions Uncam à paraître dans les prochains mois) ;

- la nécessité de poursuivre l'accompagnement du dépistage au travail de la rétinopathie diabétique en coopération, notamment une nouvelle campagne d'information auprès des assurés et des professionnels de santé concernés.

L'avenant n° 12 rénove ainsi entièrement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale signée le 19 avril 1999, ainsi qu'à ses avenants 1 à 11 (réécriture totale de la convention).

Cet accord entrera en vigueur (en dehors des mesures de revalorisation tarifaire) au lendemain de sa publication au *Journal officiel*, qui devrait intervenir fin juin 2017, compte tenu des délais légaux d'opposition et d'approbation.

## **Orthophonistes**

Les parties signataires ont assuré un suivi et une évaluation régulière des mesures et de l'atteinte des objectifs fixés par l'avenant n° 13 dans le cadre de la Commission paritaire nationale (CPN) des orthophonistes. Le bilan final, mesurant l'impact des mesures conventionnelles sur l'amélioration de la répartition démographique de la profession, a été effectué à l'issue des trois ans d'expérimentation, lors de la CPN du 14 avril 2016.

Ce bilan a confirmé l'efficacité de ces mesures : les dispositions incitatives ont permis de réduire les disparités géographiques d'installation de ces professionnels sur le territoire.

C'est pourquoi, afin de maintenir et de renforcer la dynamique positive engagée par les orthophonistes, l'Uncam et la Fédération nationale des orthophonistes (FNO) ont signé, le 30 mai 2016, un avenant n° 15 à la convention nationale des orthophonistes (approuvé par avis publié au *Journal officiel* du 11 août 2016) visant à proroger, à titre conservatoire, le dispositif démographique expérimental mis en place par l'avenant n° 13, selon les mêmes modalités et les mêmes objectifs, pour une durée de deux ans supplémentaires.

Par ailleurs, 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 en l'absence de dénonciation des parties signataires de la convention ainsi que de ses avenants. La prochaine échéance de la convention est fixée dans quatre ans, au 9 janvier 2021. Néanmoins, les modifications récentes intervenues pour la profession nécessitent d'ouvrir une négociation pour que la convention accompagne ces évolutions.

Le Conseil de l'Uncam a ainsi voté les orientations pour la négociation d'un avenant n° 16 à la convention nationale le 20 avril 2017. Les négociations ont été ouvertes en mai 2017 et devraient s'achever en juillet 2017.

Les orientations votées par le Conseil de l'Uncam portent sur trois axes :

- améliorer l'accès des patients aux soins d'orthophonie en renforçant les mesures mises en place en faveur d'une meilleure répartition géographique ;
- améliorer la prise en charge des patients en valorisant mieux certains actes répondant à des enjeux de santé publique et permettant un meilleur suivi des publics les plus fragiles et en renforçant les actions de dépistage ;
- aménager le texte conventionnel afin de l'adapter aux dernières évolutions législatives et réglementaires et de les accompagner.

L'avenant devrait être signé en juillet 2017.

### **Pédicures-podologues**

Les négociations d'un avenant n° 4 à la convention nationale des pédicures-podologues ont été lancées en juillet 2015 et comportaient quatre thèmes :

- maîtriser la prise en charge des cotisations sociales ;
- valoriser de nouveaux domaines d'intervention ;
- favoriser la simplification des échanges entre les pédicures-podologues et l'Assurance Maladie ;
- inclure la procédure de déconventionnement d'urgence, en cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels, telle que prévue pour l'ensemble des autres professionnels de santé.

Deux réunions techniques avec la FNP en septembre ont été nécessaires pour approfondir les différentes hypothèses de calcul de la prise en charge des cotisations sociales présentées par la Cnamts mais contestées par la profession.

Les négociations ont été ensuite suspendues, en raison de la transmission par la FNP à l'Uncam d'une mise en demeure d'ouvrir des négociations considérées par la profession comme interrompues.

La FNP a déposé les 18 mars et 18 mai 2016 un recours pour excès de pouvoir en soulevant une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), contestant la compétence des partenaires conventionnels pour définir l'assiette de la participation de l'Assurance Maladie au financement des charges sociales des pédicures-podologues. Le Conseil d'État n'a pas retenu

le bien-fondé de la QPC, en considérant le recours de la FNP comme sans objet.

La FNP a sollicité une réouverture des négociations. À ce stade, les négociations n'ont pas repris au regard notamment du calendrier chargé des négociations avec les autres catégories de professionnels de santé depuis 2016. Un calendrier de réouverture des négociations sera proposé prochainement.

### **Transporteurs sanitaires**

L'année 2016 a été marquée par le lancement des expérimentations prévues à l'article 66 de la LFSS pour 2012 (modifié par l'article 79 de la LFSS pour 2017). Pour rappel, l'article 66 de la LFSS pour 2012 dispose que des expérimentations peuvent être menées, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région. Ces expérimentations peuvent déroger aux conditions de réalisation des transports sanitaires urgents (article L. 6312-5 CSP) et aux conditions de rémunération fixées par l'avenant n° 1 à la convention nationale des transporteurs privés (article L. 322-5-2 CSS), publié au *Journal officiel* du 25 juillet 2003. À la suite de la parution du décret n° 2014-1584 du 23 décembre 2014, la DGOS et la DSS, en lien avec la Cnamts, ont sélectionné des dossiers de candidature déposés par les ARS.

Les arrêtés du 7 mars 2016, parus au *Journal officiel* du 16 mars 2016, fixent pour chaque expérimentation retenue, à savoir l'Aude, les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne et l'Isère (incluant deux secteurs de la Drôme), les montants maximaux des rémunérations et des dépenses. L'expérimentation des Bouches-du-Rhône a débuté en juillet 2016 et celles de la Haute-Garonne et de l'Isère en octobre 2016. Un contexte difficile entre les différents acteurs locaux a empêché le démarrage de l'expérimentation dans l'Aude.

Une deuxième période de dépôt des candidatures a été ouverte du 1<sup>er</sup> août au 31 décembre 2016. Six dossiers sont en cours d'expertise par la DGOS, la DSS et la Cnamts. Les expérimentations retenues devraient débuter dans le courant du second semestre 2017.

Par ailleurs, les représentants des quatre fédérations nationales de transporteurs sanitaires ont fait part de leur revendication quant à la revalorisation des tarifs de la garde ambulancière (indemnité de garde fixée à 346 euros depuis 2003) sans attendre le bilan de ces expérimentations.

Dans ce contexte, l'avenant n° 8 à la convention nationale des transporteurs sanitaires a été conclu en mars 2017. Il apporte une modification de la tarification pour les deux dernières heures de la période de garde ambulancière de nuit, sans surcoût pour l'Assurance Maladie et transitoirement, en attendant le bilan des expérimentations précédemment citées. Une amélioration de la rémunération de l'ambulance de garde sur cette tranche horaire devrait être compensée pour l'Assurance

Maladie par un plus fort recours à ces ambulances de garde et, donc, par une diminution du nombre de carences (moindre recours à des ambulances hors garde et moindre recours au SDIS). L'avenant devrait paraître en juillet 2017.

Enfin, en 2016, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale de l'administration (IGA), chargées de réaliser une mission conjointe relative à l'optimisation des dépenses d'assurance maladie consacrées aux transports sanitaires, ont établi 44 recommandations (cf. « Les transports sanitaires – Revue de dépenses 2016 »). Ces différentes préconisations font l'objet en 2017 d'un suivi dans le cadre du plan Ondam avec le ministère. Un plan d'actions de l'Assurance Maladie a été mis en place afin d'optimiser les dépenses de transport en agissant sur l'ensemble des acteurs. Il s'appuie sur trois axes : renforcer la pertinence de la prescription médicale de transport (le transport doit répondre à un besoin médicalement justifié), développer la contractualisation avec les établissements de santé en intégrant la centralisation de la commande et la régulation des transports, et rappeler les règles de prise en charge aux prescripteurs et aux assurés grâce à la diffusion de supports communs de communication.

## **Taxis**

Toutes les conventions locales ont été renégociées en 2013-2014, la première arrivant à échéance en mars 2018.

Une analyse des conventions locales a été effectuée en 2016. Les mesures négociées ont été rapprochées des données chiffrées sur l'évolution des dépenses de transport, du nombre de patients et de l'offre de taxis du département. L'analyse des conventions montre une grande hétérogénéité des mesures négociées liée aux spécificités locales (caractéristiques de l'offre de transport sur le territoire, de la demande, de l'emplacement des structures de soins...). Le manque d'informations sur les éléments d'équilibrage des négociations avec les acteurs locaux et sur les circonstances qui ont amené à prendre certains arbitrages ne permet pas de créer un profil de convention qui pourrait être généralisé. Toutefois, certaines mesures qui semblent pertinentes pourraient être harmonisées. Un groupe de travail technique a été mis en place au 1<sup>er</sup> trimestre 2017 avec des caisses et des représentants locaux de taxi afin de partager le bilan national des conventions locales et faire remonter les difficultés et les « bonnes idées » en fonction des spécificités locales. Ce travail de réflexion permettra notamment de préparer les futures négociations locales dans une optique d'harmonisation des pratiques sur l'ensemble du territoire.

Le directeur général de la Cnamts a rencontré les représentants des fédérations nationales de taxis en juin et octobre 2016. Les fédérations nationales souhaitent notamment une tarification régionale qui permettrait une tarification plus simple, lisible et compréhensible par tous. La Cnamts reste attachée à des négociations locales. Néanmoins, dans le cadre des prochaines négociations locales, des consignes nationales seront données dans le but d'harmoniser les pratiques.

Par ailleurs, la loi n° 2014-1104 du 1<sup>er</sup> octobre 2014 – *Journal officiel* du 2 octobre 2014 relative aux taxis et aux voitures de transport avec chauffeur a modifié sensiblement les conditions de délivrance et d'exploitation des autorisations de stationnement (ADS) attribuées aux entreprises de taxis. Ces nouvelles dispositions légales ont modifié, par conséquent, les conditions de conventionnement des entreprises de taxis, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

## **Pharmaciens**

L'Assurance Maladie, l'Union nationale des organismes d'Assurance Maladie complémentaire et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine ont formalisé le 26 avril 2017 un point d'étape dans le processus de la négociation conventionnelle, sous la forme d'un protocole d'accord signé le 18 mai 2017. Faute de temps pour finaliser les travaux techniques et les simulations financières des mesures envisagées et dans un contexte d'entre deux tours de l'élection présidentielle, les partenaires conventionnels se sont ainsi prononcés en faveur de la poursuite des discussions afin de se donner toutes les chances d'aboutir à la conclusion d'un dispositif équilibré.

Dans ce contexte, la convention nationale pharmaceutique de 2012, qui est arrivée à échéance le 6 mai dernier, a été reconduite tacitement par voie d'arrêté afin d'assurer la continuité du régime conventionnel.

Ainsi, le protocole entérine l'accord des partenaires conventionnels sur les points suivants :

- la poursuite progressive de la réforme de la rémunération des pharmaciens : il s'agit de la rendre moins dépendante du prix du médicament et de mieux rémunérer l'acte de dispensation du pharmacien dans les situations qui le justifient ;
- l'élargissement des nouvelles missions et services confiés aux pharmaciens, notamment avec la mise en place du bilan de médication pour les personnes âgées polymédiquées ;
- l'évolution de la Rosp portant sur la délivrance de médicaments génériques afin de prendre en compte les évolutions structurelles du secteur ;
- le soutien apporté aux pharmacies impliquées dans la permanence pharmaceutique par la revalorisation de l'indemnité d'astreinte ;
- les incitations à promouvoir le recours aux moyens de facturation et de communication à même de garantir la simplification et la sécurité des échanges et de favoriser la coordination des soins (notamment messagerie sécurisée en santé, DMP, participation à une équipe de soins primaires ou à des communautés professionnelles territoriales de santé).

Le coût total des mesures envisagées hors honoraires est de l'ordre de 24,1 millions d'euros en 2018, 16,1 millions d'euros en 2019 et 10 millions d'euros en 2020.

La prochaine étape vise la finalisation d'ici fin juillet 2017 d'un ou de plusieurs avenants qui, s'ils étaient signés, viendraient modifier de façon structurante la convention de 2012.

## Annexe 3 : La Rosp cinq ans après

### La Rosp, un levier d'évolution des pratiques des médecins efficace et renouvelé

Après cinq années de mise en œuvre, le bilan de la Rosp est globalement positif et témoigne de son intérêt comme levier d'évolution des pratiques des médecins libéraux. Malgré un ralentissement observé en 2016, la progression des pratiques se poursuit et montre que cette rémunération complémentaire encourage globalement une meilleure prise en charge des maladies chroniques et une prescription plus pertinente et efficiente au service de la qualité et de la maîtrise des dépenses. Elle n'aura cependant pas réussi à inverser la tendance à la baisse des pratiques de dépistage et de vaccination, qui connaissent depuis plusieurs années un contexte de défiance et qui impliquent des efforts de tous les acteurs au-delà des médecins. Fort de ces résultats encourageants, le dispositif a été reconduit dans le cadre de la nouvelle convention médicale signée en 2016. Un dispositif renouvelé, recentré sur la seule pratique clinique et intégrant de nouveaux indicateurs, s'appliquera à partir de cette année.

#### Les principaux résultats à cinq ans

Depuis 2012, le taux d'atteinte des objectifs pour les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière a progressé au global de 17,2 points, à champs comparables<sup>48</sup>, confirmant le rôle mobilisateur de la Rosp pour faire évoluer les pratiques.

Cette tendance à la hausse, forte et durable, s'observe sur l'ensemble des volets, et ce, de manière particulièrement significative sur les deux volets qui concernent l'optimisation des prescriptions d'une part (+ 23,3 points), l'organisation du cabinet d'autre part (+ 23,0 points).

Sur la dernière année, on observe toutefois un ralentissement des progrès qui confirme l'intérêt d'avoir mis à jour et renforcé le dispositif dans la nouvelle convention et prévu la possibilité de le réviser au cours de celle-ci. Cette nouvelle souplesse permet ainsi de prendre en compte les dernières données de la science, les nouveaux enjeux de santé publique, mais aussi l'évolution des pratiques.

De plus, le suivi par indicateurs – qui permet de suivre dans le détail l'évolution des pratiques cliniques – montre que 15 des 19 indicateurs cliniques suivis ont évolué favorablement.

Depuis 2012, la Rosp a notamment contribué à soutenir l'amélioration du suivi des patients diabétiques et plus parti-

culièrement la réalisation des dosages d'hémoglobine glyquée (HbA1c) (+ 9,2 points) et le suivi des diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine à faible dosage (+ 8,4 points), qui permettent de réduire le risque de complications chez ces patients.

Par ailleurs, elle a participé à l'efficacité globale du système de soins, notamment en encourageant le recours aux médicaments du répertoire des génériques, avec l'atteinte de cinq des sept objectifs cibles fixés dans ce domaine.

En matière de prévention, les résultats sont plus mitigés. Des progrès significatifs et encourageants ont été observés pour les prescriptions d'antibiotiques et de benzodiazépines. La part de patients<sup>49</sup> s'étant vu prescrire ces médicaments a respectivement diminué de 7,1 points et 4,1 points au cours des cinq dernières années. En revanche, les pratiques de vaccination et de dépistage ont continué à reculer sur la période mais de manière plus modérée et tendent à se stabiliser.

#### Une rémunération croissante pour les médecins

La Rosp versée chaque année aux médecins éligibles a crû conformément à l'évolution positive des résultats, représentant pour 2016 un investissement de l'Assurance Maladie de 416,6 millions d'euros pour 2016 (contre 294,4 millions en 2012), soit une hausse moyenne de 9,1 % par an.

En 2016, la rémunération moyenne des 56 724 médecins généralistes et médecins à expertise particulière, rémunérés pour au moins un indicateur fixé dans le cadre de la Rosp médecin traitant, était de 6 619 euros en moyenne (*versus* 6 402 euros en 2015), soit une hausse de 3,4 %.

Les médecins généralistes seuls perçoivent, pour leur part, 6 983 euros en moyenne (*versus* 6 756 euros en 2015), en hausse également de 3,4 %.

#### Un dispositif renouvelé installé par la nouvelle convention médicale

Les résultats observés au cours des quatre premières années de mise en œuvre ont confirmé l'intérêt de la Rosp pour valoriser la qualité des pratiques médicales. Un nouveau dispositif, prenant en compte les enseignements de cette première expérience, a ainsi été défini dans le cadre de la convention médicale 2016-2020, applicable dès 2017.

<sup>48</sup> Afin de disposer de données comparables, le calcul est réalisé à partir des résultats des médecins généralistes et des médecins à expertise particulière éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients. Les mêmes critères sont pris en compte pour les seuls médecins généralistes.

<sup>49</sup> Patients de 16 à 65 ans sans ALD concernant la prescription d'antibiotiques, et patients de plus de 65 ans s'agissant des benzodiazépines à demi-vie longue.

Ce dispositif renouvelé est recentré sur les seuls indicateurs de qualité des pratiques cliniques déclinés au travers des trois grands volets instaurés en 2011 : le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité de la prescription.

La rémunération sera désormais attribuée sur la base de 29 indicateurs de pratique clinique (contre 24 en 2011) dont 4 déclaratifs. 8 indicateurs sont dédiés au suivi des maladies chroniques et 9 portent sur l'efficacité de la prescription. Avec 12 indicateurs et 41 % des points, la prévention représente une part croissante dans le dispositif.

17 nouveaux indicateurs ont été établis conjointement par les parties signataires de la convention, en fonction de l'importance du problème sanitaire couvert, en tenant compte des avis et référentiels émis par les agences sanitaires et autorités publiques de santé, ainsi que des préconisations du Collège de médecine générale. 3 indicateurs ont été sensiblement modifiés (dont un dédoublé).

Le volet consacré au suivi des pathologies chroniques est élargi à la prévention du risque cardiovasculaire. Sur le volet prévention, un nouvel indicateur consacré au dépistage du cancer colorectal a été ajouté, et des indicateurs destinés à prévenir les conduites addictives (tabac, alcool) sont également introduits. Sur le volet relatif à l'optimisation et l'efficacité des prescriptions, 6 nouveaux indicateurs ont été définis, dont un portant sur la prescription globale dans le répertoire, sans distinction de molécules, et un portant sur la prescription de biosimilaires parmi les prescriptions d'insuline glargine.

Ces indicateurs sont définis dans le cadre de la nouvelle convention conformément aux recommandations et sur la base des pratiques observées et des nouvelles inscriptions dans le répertoire.

Un nouveau volet consacré au suivi des enfants par le médecin traitant a été défini et sera appliqué pour l'année 2017. Des indicateurs spécifiques au suivi des enfants ont été déterminés à l'issue de la convention dans le cadre d'un avenant signé le 30 décembre 2016 par les partenaires conventionnels.

### **La Rosp, un dispositif éprouvé et renforcé par la nouvelle convention médicale**

Introduite par la convention médicale signée en 2011 par l'Assurance Maladie et quatre des cinq syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML, MG France, FMF), la Rosp est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Ce dispositif s'est substitué au Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), mis en place en 2009 sur la base de la libre adhésion.

Les modalités de rémunération avaient été définies pour cinq ans (2012–2016) autour de trois axes structurants : faire progresser la qualité des soins et la prévention, conforter l'accès aux soins et moderniser et simplifier les conditions d'exercice.

#### **La Rosp, un levier d'évolution des pratiques**

La comparaison annuelle du rapport entre la rémunération versée et la rémunération potentielle maximale permet de mesurer la progression globale dans l'atteinte des objectifs fixés pour la Rosp.

Depuis 2012, première année d'évaluation, le taux d'atteinte des objectifs pour les médecins généralistes et les médecins dits à expertise particulière a progressé de plus de 17,2 points, à champs comparables<sup>50</sup>. Une progression équivalente est constatée chez les seuls médecins généralistes dont le taux d'atteinte global des objectifs a évolué de 53 % en 2012 à 70,3 % en 2016, soit une amélioration de 17,3 points en quatre ans.

Les courbes de résultats ci-après représentent la distribution des médecins par rapport à leur taux d'atteinte des objectifs. Le déplacement progressif des courbes vers la droite illustre la progression continue des résultats des professionnels et le resserrement de la courbe constaté par rapport à 2012 est le reflet d'une plus grande homogénéité des taux d'atteinte (figure 86).

Entre 2015 et 2016, le taux d'atteinte des objectifs pour les médecins généralistes et médecins à expertise particulière a continué d'évoluer à la hausse de 68,3 % à 70,1 %, soit + 1,8 point, mais dans une moindre mesure par rapport aux années précédentes.

De la même façon, on observe que la part de médecins éligibles qui ont évolué dans leurs pratiques reste importante mais est inférieure aux années précédentes. 61 % des médecins éligibles ont progressé dans l'atteinte de leurs objectifs par rapport à 2015 (versus 72 % entre 2014 et 2015). Plus de 60 % de ceux qui avaient un taux d'atteinte bas<sup>51</sup> en 2015 ont cependant progressé en 2016.

50 Afin de disposer de données comparables, le calcul est réalisé à partir des résultats des médecins généralistes et des médecins à expertise particulière éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients. Les mêmes critères sont pris en compte pour les seuls médecins généralistes.

51 Il s'agit des 20 % des médecins ayant les taux d'atteinte les plus bas, soit des taux inférieurs à 55 %.

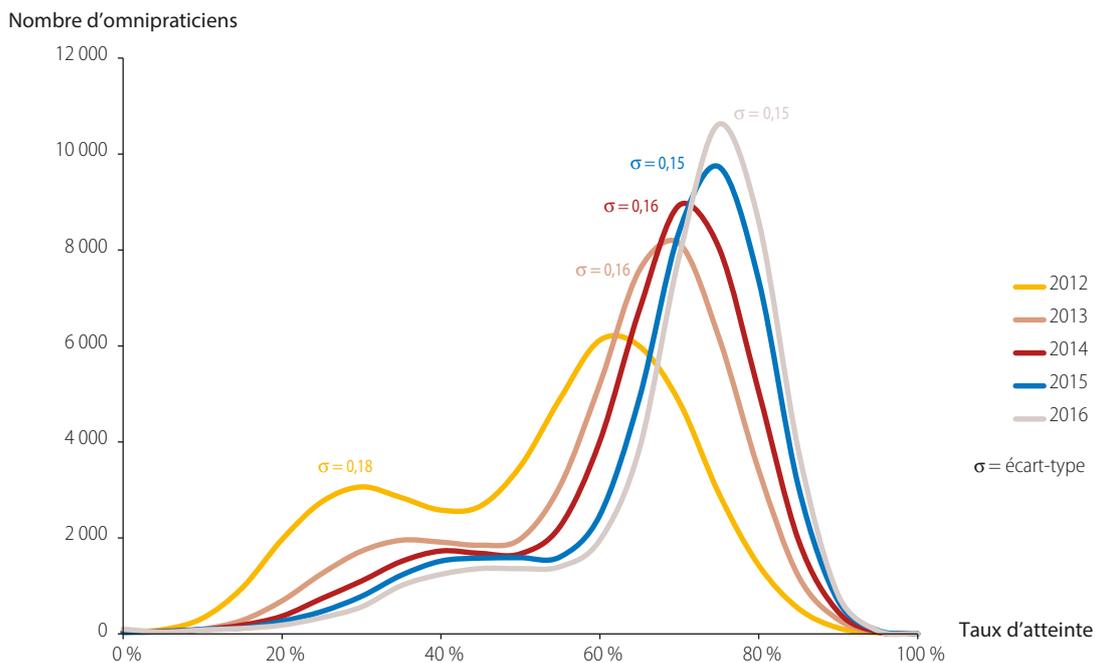
### Une progression sur l'ensemble des volets

Définie pour servir les objectifs de santé publique tout en améliorant l'efficacité du système de soins, la Rosp en vigueur en 2016 compte quatre volets distincts : 1/ le suivi des maladies chroniques ; 2/ la prévention ; 3/ l'optimisation et l'efficacité des prescriptions ; 4/ l'organisation du cabinet et la qualité de service<sup>52</sup>.

L'analyse des taux d'atteinte par volets<sup>53</sup> depuis la mise en place de la Rosp montre que les résultats des médecins généralistes et des médecins à expertise particulière ont progressé sur l'ensemble des volets, et ce de manière particulièrement significative sur les deux volets qui concernent, d'une part, l'efficacité des prescriptions et, d'autre part, l'organisation du cabinet (+ 23 points).

► FIGURE 86

#### Évolution du taux d'atteinte des indicateurs de la Rosp, entre 2012 et 2016



Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients – France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

Sur la seule année 2016, la progression pour chaque volet est plus modérée. On observe une stabilisation des résultats sur le volet qui concerne le suivi des maladies chroniques avec un taux d'atteinte à 60,8 % en 2016 (+ 0,2 point) et une légère régression sur le volet prévention (41,8 % versus 42,1 %). Les

taux d'atteinte des résultats pour les volets « efficacité de la prescription » et « organisation du cabinet » continuent de progresser, mais de manière moins dynamique que les années précédentes (environ 3 points) (tableau 52).

52 Tous les indicateurs de la Rosp ont été élaborés à partir des référentiels des autorités de santé, sur la base de consultations des sociétés savantes, et soumis à des discussions exigeantes lors des négociations conventionnelles. Ce fut le cas tant pour les généralistes que pour les deux nouvelles spécialités qui se sont vus assigner des objectifs d'amélioration de pratiques, en 2012 pour les cardiologues et en 2013 pour les gastro-entérologues.

53 Champs de calcul utilisés précisés supra.

► **TABLEAU 52**

**Évolution du taux d'atteinte des objectifs de la Rosp, entre 2012 et 2016 en fonction du volet**

Volets	Taux d'atteinte					Progression 2012-2016
	2012	2013	2014	2015	2016	
Suivi des maladies chroniques	50,3 %	56,7 %	58,9 %	60,6 %	60,8 %	+ 10,5 points
Prévention	35,1 %	40,4 %	41,0 %	42,1 %	41,8 %	+ 6,7 points
Prescription	56,0 %	64,1 %	69,9 %	76,1 %	79,3 %	+ 23,3 points
Organisation du cabinet	63,3 %	76,3 %	80,9 %	83,3 %	86,3 %	+ 23,0 points

Champ : omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle médecin traitant d'au moins 200 patients - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

L'évolution croissante des taux d'atteinte des résultats observés depuis la mise en place du dispositif confirme l'impact positif de la Rosp. Les résultats plus modérés observés au cours de la

dernière année témoignent toutefois d'un ralentissement du dispositif au bout de cinq ans, certains objectifs ayant notamment été atteints. Il est par ailleurs nécessaire de revoir certains

indicateurs devenus obsolètes ou moins pertinents du fait de l'évolution des recommandations en vigueur ou du cadre réglementaire, ce qui a été mis en œuvre dans la nouvelle convention.

► **ENCADRÉ 23**

## Nouvelle convention, ce qui change à partir de 2017 – Un dispositif renforcé et refondu en profondeur

La nouvelle convention médicale signée en août 2016 par trois des principaux syndicats représentatifs des médecins (MG France, FMF, Le Bloc) a entériné la logique engagée d'une rémunération diversifiée des médecins libéraux autour de trois piliers, et ainsi confirmé l'intérêt de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour valoriser la qualité des pratiques médicales.

Le dispositif retenu, qui entre en vigueur dès 2017, a été revu pour mieux prendre en compte la réalité des pratiques et encourager la mobilisation dans la durée. Comme acté conjointement avec les partenaires conventionnels, il est recentré sur les seuls indicateurs de qualité des pratiques cliniques déclinés au travers des trois grands volets instaurés en 2011.

De plus, il prévoit la mise en place d'une procédure de concertation entre les partenaires conventionnels au sein de la Commission paritaire nationale permettant une actualisation du dispositif tout au long de la convention, sans recourir nécessairement à la signature d'avenants conventionnels.

Au total, 29 indicateurs de pratique

clinique sont inscrits dans la convention de 2016 (dont 4 déclaratifs), contre 24 (dont 5 déclaratifs) dans celle de 2011. Ils se répartissent de la manière suivante entre les volets :

- 8 sont dédiés au suivi des maladies chroniques ;
- une part croissante de ces indicateurs est consacrée à la prévention (12 indicateurs, au lieu de 8 précédemment, pour 41 % des points) ;
- 9 portent sur l'efficacité de la prescription ;
- 17 sont nouveaux, 8 ont été reconduits de la convention de 2011 sans modification majeure et 3 ont été sensiblement modifiés (dont un dédoublé) pour tenir compte des évolutions intervenues sur leur champ.

Les indicateurs ont été élaborés conjointement par les parties signataires de la convention, en fonction de l'importance du problème sanitaire couvert, en tenant compte des avis et référentiels émis par les différentes agences sanitaires et autorités publiques de santé (HAS) ; INCa ; ANSM ; et Santé publique France, l'agence nationale de santé publique) ainsi que des

recommandations internationales existantes et des propositions du Collège de médecine générale. Ceux-ci mettent notamment l'accent sur la prévention et la lutte contre la iatrogénie chez les personnes âgées.

Pour plus de cohérence, ce qui relevait du volet « organisation du cabinet » a été revu et transféré au sein d'un nouveau dispositif de rémunération *ad hoc*, le forfait structure.

La Rosp s'étend également au suivi des enfants par le médecin traitant de l'enfant. 10 indicateurs spécifiques à la prise en charge des enfants, dont 8 consacrés à la prévention (obésité, vaccination, antibiorésistance, suivi bucco-dentaire, etc.), ont ainsi été définis par un avenant signé par les partenaires conventionnels le 30 décembre 2016. La réflexion sur les indicateurs spécifiques aux médecins spécialistes en endocrinologie est en cours avec les partenaires conventionnels.

À noter, les Rosp destinées aux cardiologues et gastro-entérologues ont été reconduites, avec les mêmes indicateurs.

## Le bilan et les évolutions volet par volet

En 2011, tous les indicateurs ont été précisément choisis et négociés avec les syndicats représentatifs de la profession pour améliorer la santé publique et la qualité du service au patient.

Définis sur la base des référentiels et des recommandations des autorités de santé en vigueur, ils répondent à plusieurs objectifs. Ils incitent les médecins à mieux prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques. Ils s'attachent également à favoriser la prévention et le dépistage, notamment pour les catégories de populations les plus à risque. Ils ont enfin vocation à optimiser les prescriptions au regard des référentiels et du rapport bénéfice/risque, fondement de toute démarche de soins.

### Le suivi des pathologies chroniques

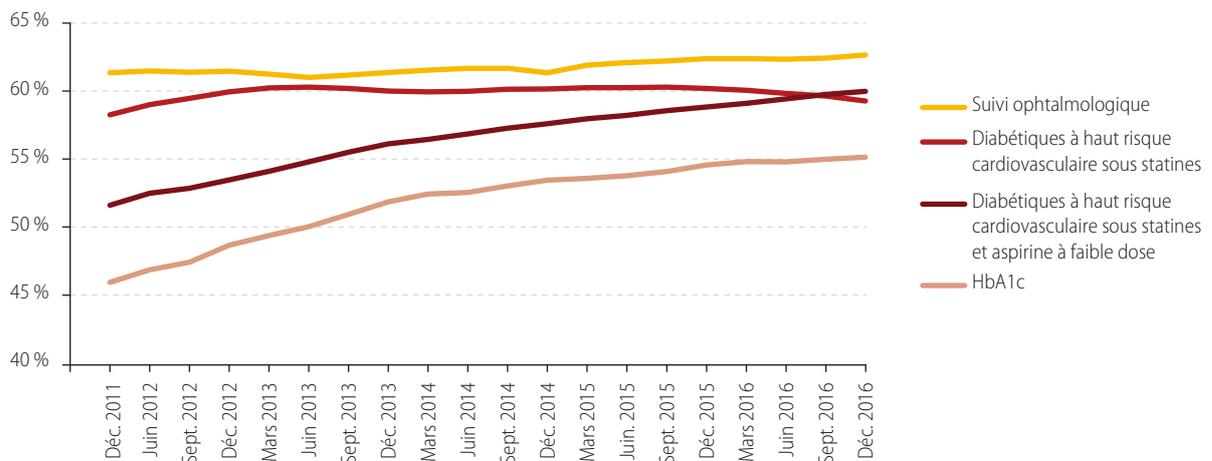
Dans le cadre de la précédente convention, l'amélioration du suivi des patients diabétiques, indispensable pour prévenir et éviter les complications de cette pathologie grave (affections cardiovasculaires, perte de la vue, insuffisance rénale...), a été

définie comme un axe de progression prioritaire. 8 indicateurs (dont 4 déclaratifs) avaient été élaborés en 2011 à partir des recommandations de la HAS afin de mesurer la qualité du suivi, notamment au regard du risque de complications : périodicité recommandée du contrôle glycémique (dosages d'HbA1c) et objectifs cibles d'HbA1c notamment.

Depuis la mise en place du dispositif, une amélioration des pratiques est observée sur l'ensemble des indicateurs mesurés sur ce volet. L'évolution a été particulièrement significative pour les indicateurs concernant les dosages d'HbA1c (+ 9,2 points) et le suivi des diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine faible dosage (+ 8,4 points). Après cinq années d'application sans prise en compte des nouvelles recommandations en vigueur, les résultats ont été plus modérés en 2016. Dans le détail, ils montrent que les pratiques se stabilisent sur la réalisation des dosages d'HbA1c (+ 0,5 point) et du fond d'œil (+ 0,3 point). On observe, par ailleurs, une légère régression concernant la part des diabétiques à haut risque cardiovasculaires sous statines (figure 87).

### ► FIGURE 87

#### Évolution des indicateurs relatifs au suivi des diabétiques, de décembre 2011 à décembre 2016



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

– Depuis 2011, les indicateurs concernant les dosages d'HbA1c ont évolué de + 9,2 points. En 2016, la part des patients diabétiques ayant eu trois ou quatre dosages de l'HbA1c a atteint 55,1 %, l'objectif étant fixé à 65 %. Les dernières recommandations publiées par la HAS en 2014 préconisent désormais uniquement deux dosages de l'HbA1c pour les patients dont l'objectif glycémique est atteint et si le traitement n'est pas modifié, ce qui pourrait expliquer en partie le ralentissement de la progression observée au cours des deux dernières années.

– Le suivi des diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine à faible dosage a progressé de 8,4 points depuis la mise en place de la Rosp. Cette progression signifie qu'un nombre plus important de patients bénéficient d'un traitement conforme aux recommandations, pour lesquels on

voit ainsi à réduire le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire.

– La part de patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil a progressé de 1,3 point depuis 2011 (62,7 %, avec un objectif cible de 80 %). L'investissement et les initiatives permettant de réduire les disparités d'accès à un ophtalmologiste, qui existent sur le territoire et sont un frein à l'évolution des pratiques, notamment avec la mise en place du dépistage de la rétinopathie diabétique par les orthoptistes et les ophtalmologistes, doivent être poursuivis pour favoriser la réalisation de cet examen essentiel à l'identification précoce des complications oculaires du diabète, qui permet la prévention de la déficience visuelle.

– Après une stabilisation en 2015, la part de patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire qui bénéficient du traitement recommandé par statines a connu une régression en

2016. Elle a progressé d'un point depuis 2011, mais reste insuffisante (59,3 % des patients) au regard de l'objectif cible fixé à 75 % (**tableau 53**).

► **TABLEAU 53**

**Les résultats sur le volet « suivi des pathologies chroniques » en synthèse**

	<b>Indicateurs</b>	<b>Objectifs cibles</b>	<b>Résultats à fin déc. 2011</b>	<b>Résultats à fin déc. 2016</b>	<b>Évolution déc. 2011 à déc. 2016 en points</b>
HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu trois ou quatre dosages de l'HbA1c dans l'année	≥ 65 %	45,9 %	55,1 %	+ 9,2
Suivi ophtalmologique	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	≥ 80 %	61,3 %	62,7 %	+ 1,3
Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statines	≥ 75 %	58,3 %	59,3 %	+ 1,0
Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine à faible dose	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine à faible dosage ou anticoagulant	≥ 65 %	51,6 %	60 %	+ 8,4

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

► **ENCADRÉ 24**

## Quelles évolutions pour le suivi des maladies chroniques ?

La Rosp définie dans le cadre de la convention médicale 2016/2021 élargit le volet consacré au suivi des pathologies chroniques à la prévention du risque cardiovasculaire.

Ce volet comprend désormais 8 indicateurs contre 9 auparavant dont 2 déclaratifs (au lieu de 5).

6 nouveaux indicateurs ont été définis.

Parmi les indicateurs initiaux, seuls ceux consacrés aux dosages d'HbA1c et à la réalisation d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie sont maintenus tout en prenant en compte les dernières recommandations en vigueur en la matière.

### La prévention

8 indicateurs de prévention ont été définis dans le cadre de la Rosp en 2011. Ils se distinguent par leur double finalité : éviction des risques iatrogéniques, d'une part, dépistage et vaccination, d'autre part.

### Une amélioration continue des indicateurs relatifs à la iatrogénie médicamenteuse

La progression observée depuis la mise en place du dispositif pour l'ensemble des indicateurs concernant la prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes âgées de plus de 65 ans, responsable de nom-

breuses hospitalisations chaque année<sup>54</sup>, se confirme en 2016. Cette amélioration correspond à une diminution du nombre de patients consommant certains médicaments à risque iatrogénique élevé et/ou à une réduction des durées de traitement.

Depuis 2011, une baisse de 4,1 points de la part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue<sup>56</sup> dans l'année a été enregistrée. La diminution progressive du recours aux benzodiazépines à demi-vie longue constatée au cours des trois premières années s'est poursuivie en 2016, permettant de limiter les effets délétères de ces produits (interactions médicamenteuses, augmentation des chutes...).

La progression est moins marquée pour la part des patients dont la durée de traitement par benzodiazépine est supérieure à 12 semaines, qui se stabilise à 14,3 % en 2016, soit une baisse de 0,7 point par rapport à 2011 pour un objectif cible fixé à 12 %.

À la suite du déremboursement de la majorité des vasodilatateurs, en raison d'un service médical rendu (SMR) jugé insuffisant, ceux-ci ne sont aujourd'hui plus prescrits aux patients de plus de 65 ans, conformément aux recommandations (tableau 54).

#### ► TABLEAU 54

Les résultats sur la prévention du risque iatrogénique en synthèse (indicateurs à objectif décroissant)

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2016	Évolution déc. 2016 - déc. 2011 en points
Vasodilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année	≤ 5 %	10,6 %	0,9 %	- 9,7
Benzodiazépines à demi-vie longue	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	≤ 5 %	13,7 %	9,6 %	- 4,1
Durée de traitement par benzodiazépines	Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à douze semaines	≤ 12 %	15,0 %	14,3 %	- 0,7

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

Du fait de l'évolution du contexte, la surprescription des vasodilatateurs aux patients âgés de plus de 65 ans ne représente plus un enjeu de santé publique et a été supprimée de la nouvelle Rosp.

Les efforts doivent en revanche être poursuivis pour réduire l'usage prolongé des benzodiazépines, qui peut avoir des conséquences particulièrement graves chez les personnes âgées (sommolence, troubles de la mémoire, confusion, chutes). Deux indicateurs sont consacrés à cet enjeu dans la Rosp définie par la nouvelle convention médicale.

#### Une amélioration sur la prescription d'antibiotiques

Une réduction importante du nombre de prescriptions d'antibiotiques chez les patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD a été observée depuis la mise en place de la Rosp. Depuis 2011, la prescription d'antibiotiques pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans a diminué de 7,1 points, ce qui représente pour l'année 2016 un total d'environ 2 millions de prescriptions évitées. À noter, ces chiffres concernent la prescription d'antibiotiques des médecins auprès de leurs patients les ayant déclarés comme médecins traitants. Cette différence de périmètre peut expliquer que cette tendance ne soit pas observée dans d'autres études (figure 88).

54 On l'évalue à 130 000 hospitalisations par an et à 10 000 décès par an. La loi de santé publique de 2004 l'avait inscrite dans ses priorités et sa prévention fait donc l'objet d'une mobilisation de l'Assurance Maladie depuis presque dix ans.

Source : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000115/0000.pdf>.

55 La demi-vie est le temps mis par une substance (médicament, noyau radioactif ou autres) pour perdre la moitié de son activité pharmacologique, physiologique ou radioactive. C'est l'indicateur utilisé en pharmacologie pour évaluer la durée d'activité d'un médicament dans le corps humain.

► **FIGURE 88**

**Évolution de l'indicateur relatif à la prescription d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD de décembre 2011 à décembre 2016 (indicateur à objectif décroissant)**



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

Après une stabilisation en 2015 à 39,6 prescriptions pour 100 patients (contre plus de 45 prescriptions pour 100 patients

en 2011), le ratio a enregistré une nouvelle baisse d'un point en 2016 (tableau 55).

► **TABLEAU 55**

**Les résultats sur la prévention du risque iatrogénique lié à la prescription d'antibiothérapie en synthèse**

(indicateur à objectif décroissant)

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2016	Évolution déc. 2011 - déc. 2016 en points
Antibiothérapie	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	≤ 37	45,7	38,6	- 7,1

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

Ces résultats témoignent de l'impact positif des actions conduites par l'Assurance Maladie à différents niveaux pour sensibiliser et faire évoluer les pratiques et la perception des médecins mais aussi des patients (Rosp, actions d'information à destination des médecins, mise à disposition de tests de diagnostic rapide des angines à streptocoques).

Au regard de l'enjeu de santé publique que représente la lutte contre l'antibiorésistance, la mobilisation doit être maintenue pour faire évoluer durablement les pratiques. Deux indicateurs sont consacrés à cette problématique dans le cadre de la nouvelle convention afin notamment de suivre plus spécifiquement la prescription des antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération ; fluoroquinolones). Pour conforter la mobilisation sur le bon usage des antibiotiques chez les enfants, deux indicateurs portent sur ce sujet dans la Rosp pour le médecin traitant de l'enfant.

**Une remobilisation nécessaire sur les champs de la vaccination et du dépistage**

Les objectifs fixés en 2011 dans le cadre de la Rosp relatifs à l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein et à celle de la vaccination contre la grippe visaient à encourager l'amélioration des taux de couverture nationaux du dépistage et de la vaccination, insuffisants par rapport aux objectifs fixés par les pouvoirs publics (80 % des femmes de 25 à 65 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 80 % des femmes de 50 à 74 ans pour le dépistage du cancer du sein et 75 % des populations à risque<sup>56</sup> pour la vaccination antigrippale).

Malgré un ralentissement marqué de la baisse de ces pratiques, les résultats observés dans ces domaines depuis la mise en place du dispositif témoignent des difficultés sur ce volet.

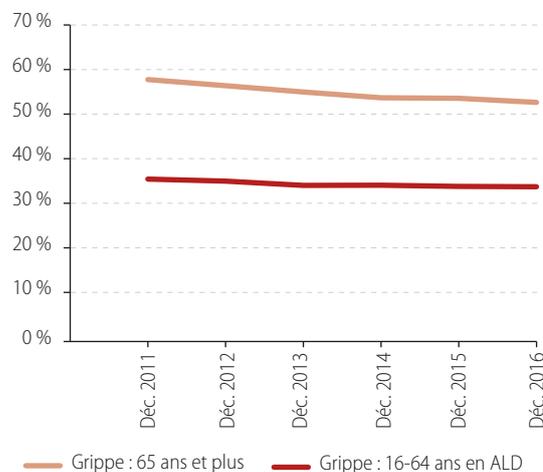
<sup>56</sup> Les personnes âgées de 65 ans et certaines catégories de personnes considérées comme fragiles : les patients souffrant de certaines pathologies chroniques (affections respiratoires, cardiovasculaires, diabète, etc.), les femmes enceintes, et les personnes en situation d'obésité morbide.

En effet, si la baisse des résultats en matière de vaccination a ralenti au cours des dernières années, elle reste mal orientée. La part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière a ainsi diminué de 5,1 points depuis 2011, avec une nouvelle réduction de 0,9 point en 2016. Celle des patients adultes de 16 à 64 ans en ALD a, quant à elle, diminué de 1,7 point depuis la mise en place du dispositif et de 0,1 point en 2016.

Cette tendance ne résulte pas de facteurs à la seule main des médecins, d'où l'importance d'agir collectivement et de renforcer la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes, médecins mais aussi autorités de santé, Assurance Maladie, agences sanitaires en faveur de la vaccination (figure 89).

► FIGURE 89

Évolution des indicateurs concernant la vaccination antigrippale de décembre 2011 à décembre 2016



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

► TABLEAU 56

Les résultats sur les indicateurs de vaccination en synthèse

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2016	Évolution déc. 2011 - déc. 2016 en points
Grippe 65 ans et plus	Part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75 %	57,8 %	52,7 %	- 5,1
Grippe 16-64 ans en ALD	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne et vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75 %	35,4 %	33,7 %	- 1,7

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

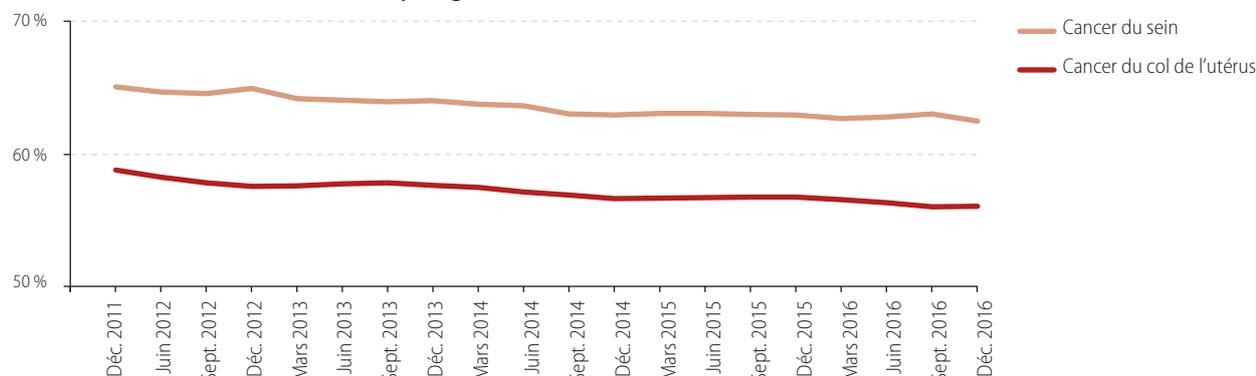
Afin d'inverser la tendance, toutes les actions d'informations ou d'incitation qui contribuent à encourager la vaccination antigrippale doivent être encouragées. Les objectifs prévus dans la Rosp sont ainsi maintenus dans le cadre de la nouvelle convention et élargis aux patients de 16 à 64 ans qui présentent une maladie respiratoire chronique.

Les constats concernant le dépistage des cancers féminins sont les mêmes. Les pratiques restent trop éloignées des recommandations et évoluent à la baisse (figure 90).

Après une phase de stabilisation en 2015, le nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans qui ont effectué un frottis cervico-vaginal au cours des trois dernières années a à nouveau diminué de 0,7 point en 2016.

► **FIGURE 90**

**Évolution des indicateurs relatifs au dépistage des cancers de décembre 2011 à décembre 2016**



Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

S'agissant du cancer du sein, le nombre de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des deux

dernières années a également diminué en 2016 à 62,3 %, soit une baisse de 0,5 point (tableau 57).

► **TABLEAU 57**

**Les résultats sur les indicateurs de dépistage en synthèse**

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2011	Résultats à fin déc. 2016	Évolution déc. 2011 – déc. 2016 en points
Cancer du sein	Part des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	≥ 80 %	64,9 %	62,3 %	- 2,6
Cancer du col de l'utérus	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	≥ 80 %	58,7 %	55,9 %	- 2,8

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
Source : Cnamts (Sniiram)

Les pathologies cancéreuses restent la première cause de mortalité et notamment de mortalité évitable. Dans ce contexte, le dépistage précoce qui offre de véritables chances de guérison s'impose comme une priorité de santé publique. Dépistés tôt, le cancer du sein, le cancer de l'utérus ou le cancer colorectal peuvent se guérir dans neuf cas sur dix. Dans le cadre du plan Cancer 2014-2019, de nombreuses actions ont été mises en place pour favoriser des diagnostics précoces et

garantir l'accès de tous à une médecine de qualité et aux innovations dans ce domaine. L'évolution du programme de dépistage organisé du cancer colorectal, le plan d'actions pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein lancé en avril 2017 ou encore la mise en place en 2018 d'un programme de dépistage organisé du col de l'utérus créent un contexte favorable à l'évolution des pratiques dans ce domaine.

Tous les leviers doivent être activés pour faire bouger les lignes. Dans ce contexte, les indicateurs consacrés au dépistage des cancers féminins font partie des douze indicateurs suivis pour le volet prévention dans le cadre de la Rosp qui entre en vigueur en 2017. Ils sont renforcés par un nouvel indicateur consacré au dépistage du cancer colorectal chez les patients de 50 à 74 ans au cours des deux dernières années.

► **ENCADRÉ 25**

## Quelles évolutions du volet prévention ?

Les indicateurs consacrés à la prévention évoluent considérablement : ils occupent une place importante dans la Rosp définie dans la nouvelle convention médicale.

12 indicateurs, dont 2 déclaratifs, sont consacrés à la prévention (contre 8 en 2011) et répartis autour de cinq axes prioritaires définis par les partenaires conventionnels : la vaccination, le

dépistage des cancers, la iatrogénie, l'antibiothérapie et les conduites addictives.

5 nouveaux indicateurs ont été définis et l'indicateur consacré à la part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines a été dédoublé afin de dissocier les benzodiazépines hypnotiques des benzodiazépines anxiolytiques dont les durées de

traitement recommandées diffèrent.

Parmi les nouveautés, le dépistage du cancer colorectal a été ajouté aux autres dépistages du volet prévention, afin de renforcer sa détection à un stade précoce, et donc la possibilité qu'il soit guéri. Des indicateurs destinés à prévenir les conduites addictives (tabac, alcools) sont également introduits.

► **FIGURE 91**

### Détail des indicateurs « prévention » de la Rosp issue de la nouvelle convention

**Prévention**

👁 Nouveaux indicateurs    🔄 Indicateurs modifiés    ⚖ Indicateurs 2011 non modifiés

Sous-thème	Indicateur	Objectif cible	Nombre de points
GRIPPE	⚖ Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75 %	20
	🔄 Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyper-réactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	≥ 75 %	20
DÉPISTAGE DES CANCERS	⚖ Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	≥ 80 %	40
	⚖ Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	≥ 80 %	40
	👁 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	≥ 70 %	55
IATROGÉNIE	👁 Part des patients MT > 75 ans, ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de deux psychotropes prescrits	0 %	35
	🔄 Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > 4 semaines	≥ 7 %	35
	🔄 Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytiques et dont la durée de traitement est > 12 semaines	≤ 24 %	35
ANTI-BIOTHÉRAPIE	⚖ Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	14	35
	👁 Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> génération ; fluoroquinolones)	≤ 27 %	35
CONDUITES ADDICTIVES	👁 Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite dans l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	≥ 75 %	20
	👁 Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite dans l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	≥ 75 %	20
<b>TOTAL</b>			<b>390</b>

### L'optimisation et l'efficacité des prescriptions

Ce volet de la Rosp vise à concilier respect des bonnes pratiques et maîtrise médicalisée des dépenses.

Depuis la mise en place du dispositif en 2011, les taux de prescription ont progressé de manière significative et continue pour l'ensemble des indicateurs observés. L'objectif a été atteint, voire dépassé, pour 5 des 7 indicateurs définis, dont 4 concernent la prescription dans le répertoire. La Rosp aura ainsi contribué à faire évoluer les pratiques de prescription au service de l'ef-

ficiance globale du système de soins permettant d'atteindre, voire de dépasser, les objectifs fixés.

En 2016, la progression s'est poursuivie pour l'ensemble des indicateurs, de manière toutefois plus modérée. Des progrès peuvent cependant encore être réalisés sur deux catégories de molécules, les inhibiteurs d'enzymes de conversion (IEC) et les antibiotiques.

Malgré une augmentation de 4,6 points depuis 2011, qui s'est poursuivie en 2016 (+ 1,5 point), le taux de recours aux IEC

**ANNEXE 3**  
**LA RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS**  
**DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) CINQ ANS APRÈS**

plutôt qu'aux sartans sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (exprimées en nombre de boîtes), à 44 %, reste inférieur à l'objectif fixé de 65 %.

La prescription d'antibiotiques dans le répertoire a également continué à progresser en 2016 avec un taux de 85,9 % (+ 1,8 point), mais reste inférieure à l'objectif fixé de 90 %.

Concernant la prescription dans le répertoire, la progression s'est poursuivie en 2016 sur les cinq classes de médicaments avec une dynamique plus soutenue pour la prescription d'antidépresseurs (+ 4,9 points par rapport à 2015) (**tableau 58**).

► **TABLEAU 58**

**Les résultats sur les indicateurs d'efficience des prescriptions en synthèse**

	<b>Indicateurs</b>	<b>Objectifs cibles</b>	<b>Résultats à fin déc. 2011</b>	<b>Résultats à fin déc. 2016</b>	<b>Évolution déc. 2011– déc. 2016 en points</b>
Antibiotiques	Part de prescriptions d'antibiotiques réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 90 %	78,6 %	85,9 %	7,4
IPP	Part de prescriptions d'IPP réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 85 %	71,3 %	99,9 %	28,6
Statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 70 %	38,2 %	71,8 %	33,6
Antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	> 65 %	64,1 %	83,2 %	19,1
Antidépresseurs	Part de prescriptions d'antidépresseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les douze derniers mois	≥ 80 %	66,0 %	91,5 %	25,5
IEC-sartans	Part des IEC sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boîtes)	≥ 65 %	39,4 %	44,0 %	4,6
AAP	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi les patients traités par AAP	≥ 85 %	82,0 %	87,2 %	5,2

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée - France entière  
 Source : Cnamts (Sniiram)

► **ENCADRÉ 26**

## Quelles évolutions du volet optimisation et efficacité des prescriptions ?

Afin de maintenir cette dynamique dans la durée, les indicateurs d'efficacité de la prescription ont été étendus à 9 (contre 7 en 2011) et répartis en deux axes : prescription dans le répertoire des génériques (ou biosimilaires) et efficacité des prescriptions.

3 indicateurs ont été repris à l'identique et 6 nouveaux indicateurs ont été retenus,

dont un portant sur la prescription globale dans le répertoire, sans distinction de molécules, et un portant sur la prescription de biosimilaires parmi les prescriptions d'insuline glargine.

Ces indicateurs sont définis dans le cadre de la nouvelle convention conformément aux recommandations et sur la base des pratiques observées

et des nouvelles inscriptions dans le répertoire. Ils pourront être amenés à évoluer en fonction des nouvelles recommandations dans le cadre de la procédure d'actualisation des indicateurs prévue par la convention médicale.

► **FIGURE 92**

### Détails des indicateurs « efficacité » de la Rosp issue de la nouvelle convention

#### Efficacité

👁 Nouveaux indicateurs    🔄 Indicateurs modifiés    = Indicateurs 2011 non modifiés

Sous-thèmes	Indicateur	Objectif cible	Nombre de points
PRESCRIPTIONS DANS LE RÉPERTOIRE	🔄 Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 97 %	50
	= Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 92 %	45
	👁 Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 94 %	30
	👁 Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 86 %	30
	👁 Indice global de prescription dans le reste du répertoire	À déterminer	10
PRESCRIPTIONS DE BIOSIMILAIRES	👁 Prescription de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	≥ 20 %	30
EFFICACITÉ DES PRESCRIPTIONS	= Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par anti-agrégants plaquettaires	≥ 94 %	45
	👁 Part des patients MT diabétiques traités par metformine	≥ 93 %	45
	👁 Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	≥ 99 %	45
<b>TOTAL</b>			<b>330</b>

#### L'organisation du cabinet et la qualité de service

Les indicateurs relatifs à l'organisation du cabinet et à la qualité de service ont été fixés en 2011 pour améliorer l'accueil et la qualité du suivi et de la prise en charge des patients.

L'utilisation de logiciels métier comprenant un logiciel d'aide à la prescription certifié contribue à faciliter et améliorer la pratique du médecin grâce à la mise en place d'un dossier médical informatisé (comportant l'ensemble des antécédents, données cliniques et paracliniques du patient) et à la sécurisation des

prescriptions (signalement d'éventuelles interactions médicamenteuses, contre-indications, etc.).

Les résultats observés sur ce volet depuis 2012 ont montré que la Rosp a permis de renforcer significativement l'équipement des médecins et l'information au service des patients et des médecins eux-mêmes.

En 2016, les pratiques sont restées stables pour la majorité des indicateurs pour l'ensemble des médecins éligibles à la rémunération du volet organisation du cabinet<sup>57</sup>. Seules celles concernant

57 Ayant les prérequis.

l'usage de logiciels d'aide à la prescription et l'élaboration d'une synthèse annuelle ont évolué positivement.

L'usage des logiciels d'aide à la prescription, qui permet d'automatiser certaines vérifications pouvant être longues pour anticiper d'éventuelles interactions médicamenteuses, a progressé d'un point pour l'ensemble de ces médecins (59 %). Depuis la mise en place de la Rosp, cette pratique a progressé de quinze points. L'utilisation croissante de ces logiciels, outils précieux d'aide à la décision, favorise la diffusion de bonnes pratiques.

En 2016, 84 % des médecins généralistes et médecins à expertise particulière concernés par cet indicateur et remplissant les prérequis élaborent une synthèse annuelle pour leur patientèle « médecin traitant » à partir du dossier informatisé et la mettent à leur disposition sur demande (contre 71 % en 2012). Cette progression constante depuis 2012 est un signe positif. La fiche de synthèse médicale contribue à améliorer le suivi des patients et la coordination des soins entre professionnels de santé. Le développement de cette pratique est un véritable gage de la qualité du suivi et de la prise en charge pour les patients.

► **ENCADRÉ 27**

## Quelles évolutions du volet organisation du cabinet ?

Dans le cadre de la nouvelle convention, les indicateurs de la Rosp portant sur l'organisation du cabinet sont désormais intégrés dans un nouveau forfait dédié à la modernisation du cabinet, à la coordination et au renforcement des services offerts aux patients, appelé « forfait structure »

Fonctionnant selon la même logique que la Rosp (par un système à points), celui-ci

reprend et actualise les indicateurs (dits de prérequis) du volet organisation – comme le taux de télétransmissions ou, plus récemment, l'utilisation d'un logiciel de messagerie sécurisée spécifique pour communiquer avec les autres professionnels de santé.

Mais il les étend à de nouveaux objectifs destinés à apporter des contributions supplémentaires comme coder un

certain nombre de données médicales pour des études scientifiques, à renforcer une prise en charge mieux coordonnée des patients (participation à une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé) et à fournir différents services aux patients : prise de rendez-vous auprès d'un spécialiste, prise en charge médico-sociale, accès aux droits...

### Les rémunérations versées pour l'année 2016

En généralisant la Rosp, les partenaires conventionnels se sont attachés à valoriser la qualité des soins et de la prise en charge des patients, le développement de la prévention et le renforcement de l'efficacité des prescriptions. Elle fait désormais partie intégrante de la rémunération des médecins et vient compléter le paiement à l'acte, qui reste le socle de la rémunération en médecine libérale, et les rémunérations forfaitaires.

Les résultats obtenus génèrent pour l'ensemble des médecins concernés cette année (90 710 médecins) une rémunération moyenne complémentaire annuelle de 4 593 euros, calculée en fonction de leurs résultats sur les différents indicateurs (*versus* 4 514 euros en 2015), soit + 1,8 %.

Parmi eux, les 56 724 médecins généralistes et médecins à expertise particulière sont rémunérés à hauteur de 6 619 euros en moyenne (*versus* 6 402 euros en 2015), soit une hausse de 3,4 %.

Les médecins généralistes seuls perçoivent, pour leur part, 6 983 euros en moyenne (*versus* 6 756 euros en 2015), soit une hausse de 3,4 %. Ce complément de rémunération valorise le rôle de médecin traitant des médecins généralistes, au centre du système de soins.

Pour les autres médecins spécialistes, dans leur très grande majorité uniquement concernés par le volet « organisation », la rémunération moyenne annuelle reste stable à 951 euros (*versus* 945 euros en 2015).

Les cardiologues et gastro-entérologues rémunérés, qui disposent d'indicateurs cliniques spécifiques, perçoivent en moyenne 2 475 euros et 2 277 euros pour les progrès réalisés sur le plan clinique et sur le volet organisation.

Au total, l'ensemble de la Rosp représente une dépense brute de 416,6 millions d'euros pour 2016 pour l'Assurance Maladie, qui est provisionnée dans l'Ondam, à nouveau respecté cette année.

Entre 2012 et 2016, cet investissement a crû de 41,5 %, à un rythme moyen annuel de 9,1 %, en raison de l'évolution positive des résultats de la Rosp en matière de santé publique, d'efficacité et de modernisation du cabinet (294,4 millions en 2012, 351,9 millions en 2013, 377,4 millions en 2014, 404 millions d'euros en 2015).

# Annexe 4 : Méthodologie de la cartographie médicalisée des dépenses pour les années 2012, 2013, 2014 et 2015

## 1. Caractérisation des pathologies, états de santé et traitements

Une description synthétique des groupes de pathologies et traitements de la cartographie est proposée en **encadré 2**. Pour plus de détails, vous pouvez consulter le site ameli.fr : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/methodologie.php>.

## 2. Affectation des dépenses aux pathologies, états de santé et traitements

**Mise en garde :** en raison des améliorations apportées dans la méthodologie essentiellement du côté des dépenses (voir ci-dessous), il n'est pas possible de comparer directement les résultats présentés dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2017 publié en juillet 2016 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 population ont été appliqués aux données de 2013 et 2014. Un traitement spécifique a par ailleurs été réalisé pour 2012, afin de pouvoir disposer, pour la première fois, de données consolidées sur quatre années, au lieu de trois dans les versions précédentes publiées.

## Évolutions/améliorations 2018

Les principales améliorations méthodologiques apportées cette année sur les dépenses sont :

- l'intégration dans le champ de la cartographie de la rémunération du médecin traitant (RMT), qui a pu être rattachée aux individus et qui augmente, de fait, le montant des dépenses (voir les postes « soins de généralistes » et « soins d'autres spécialistes ») affectées aux pathologies (voir étape 2 pour plus de détails) ;
- la réaffectation directe des dépenses des séjours en établissements de SSR aux pathologies concernées, dépenses qui faisaient auparavant l'objet d'une proratisation. Ce changement de méthodologie a conduit à modifier sensiblement les dépenses affectées à certains groupes de population, comparativement, toutes choses égales par ailleurs, aux versions des années précédentes (voir étape 4 pour plus de détails).

Pour 2012, faute de pouvoir relancer l'ensemble des programmes, il a été décidé de ne corriger que les postes de dépenses impactés par les modifications méthodologiques apportées (voir ci-dessus) et d'estimer les effectifs et dépenses réaffectées (autres que celles des séjours en établissements SSR) de 2012. Cette estimation a été réalisée en appliquant aux données de 2013 (version de juillet 2017) les taux d'évolution 2012-2013 observés dans la précédente version de la cartographie (version de juillet 2016). Les dépenses 2012 des séjours en SSR ont toutefois pu être directement actualisées en appliquant la nouvelle méthodologie d'affectation, puisque les données PMSI-SSR 2012 étaient disponibles dans les bases. Pour la première fois, on dispose donc ainsi de données consolidées sur quatre années.

## Étape 1 : Constitution des combinaisons

Chaque bénéficiaire (du régime général) a une combinaison de pathologies, états de santé et traitements<sup>58</sup> (tableau 59).

Toutes les combinaisons existantes sont repérées, avec, pour chacune, les effectifs concernés.

### ► TABLEAU 59

#### Exemples de combinaisons de pathologies, états de santé et traitements

Combinaisons	Diabète	Démence	Parkinson	...	Cancer de la prostate	Cancer du sein	Effectifs
A	0	1	1		0	0	NA : effectifs de consommateurs avec les deux pathologies Alzheimer et Parkinson
B	1	0	0	0	0	0	NB : effectifs de consommateurs avec la seule pathologie diabète
...	...	...	...	...	...	...	...
Z	0	0	0	0	0	0	NZ : effectifs de consommateurs sans aucune pathologie

## Étape 2 : Affectation des montants par poste de dépenses pour chaque combinaison

Le champ des dépenses prises en compte dans l'étude est celui des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Seules les dépenses individualisables (c'est-à-dire rattachables à un individu) correspondant aux différents postes de l'Ondam ainsi que les prestations en espèces pour maternité et invalidité sont prises en compte (voir étape 6).

Les dépenses, par poste, sont connues pour chaque bénéficiaire à partir :

- du Sniiram pour les dépenses des soins de ville et des cliniques privées ;
- du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les dépenses des séjours hospitaliers des différents segments de l'hospitalisation publique (MCO ; SSR ; recueil d'informations médicalisé en psychiatrie ((RIMP) ; HAD).

Les dépenses sont regroupées dans les trois grands postes suivants : les soins de ville, les soins hospitaliers et les prestations en espèces. Ces dernières concernent uniquement les assurés du régime général *stricto sensu* (c'est-à-dire hors sections locales mutualistes) et comprennent les IJ pour maladie, accident du travail, maladie professionnelle ou maternité, ainsi que les prestations d'invalidité.

Concernant les soins hospitaliers, dans un souci de cohérence avec les dépenses des séjours hospitaliers en établissements publics, les honoraires des professionnels de santé réalisés en cliniques privées sont rattachés aux séjours hospitaliers privés (MCO, psychiatrie et SSR) et non aux soins de ville.

À l'inverse, les dépenses relatives aux forfaits techniques, IRM/ scanner réalisés en ville ou lors de soins externes en établissements MCO privés, ont été rattachées aux soins de ville.

Au final, le poste « hôpital » regroupe les dépenses liées aux séjours en MCO et aux produits de la liste en sus (établissements publics et privés), celles liées aux séjours (publics et privés) en SSR et en psychiatrie (y compris celles du secteur ambulatoire), ainsi que celles relatives aux actes et aux consultations externes (en public) et à la HAD.

La décomposition actuelle ne recoupe donc pas totalement la séparation « soins ambulatoires » *versus* « soins hospitaliers ».

Plusieurs traitements sont réalisés en amont, sur les données sources, de façon à améliorer la qualité des tables initiales de dépenses par individu. En particulier :

- les données extrêmes des postes des soins de ville (hors médicaments et autres produits de santé) supérieures au 99,99<sup>e</sup> percentile sont bornées à la valeur du 99,99<sup>e</sup> percentile ou, le cas échéant, à celle du seuil de référence retenu, considérant qu'au-delà de ce seuil il s'agissait de valeurs extrêmes aberrantes. Pour le poste « autres produits de santé », les dépenses sont bornées au-delà du montant correspondant au 99,99<sup>e</sup> percentile. Pour le poste médicaments, aucune correction n'est réalisée, les analyses préalables effectuées ayant montré que les dépenses extrêmes n'étaient pas forcément aberrantes (traitements de l'hémophilie notamment). 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/AT-MP », dans la mesure où

<sup>58</sup> Les pathologies, états de santé et traitements, repérées grâce aux algorithmes médicaux développés, constituent 56 « groupes de population », auxquels s'ajoute le groupe de population « hospitalisation ponctuelle », qui comprend des patients ayant été hospitalisés et pour lesquels le motif du séjour ne peut être rattaché (voir étape 3) aux pathologies repérées par les 56 algorithmes médicaux (voir partie précédente de l'annexe 4).

il n'est pas possible de distinguer les deux risques, le plafond est calculé sur la base de la réglementation relative aux AT-MP pour laquelle les montants plafonds d'IJ sont supérieurs. Les données extrêmes des actes et consultations externes (supérieures au 99,9<sup>e</sup> percentile) sont bornées sur la valeur du 99,9<sup>e</sup> percentile ; – de même, les postes de dépenses avec des montants négatifs (par exemple, régularisations de dépenses au titre des années précédentes) sont mis à zéro.

L'affectation des dépenses relatives aux séjours hospitaliers en MCO, SSR et en psychiatrie fait l'objet d'un traitement spécifique (voir étapes 3 et 4).

Par sommation, on obtient les montants de dépenses, par poste, pour chaque combinaison de pathologies/traitements/épisodes de soins.

## Évolutions/améliorations 2018

La rémunération du médecin traitant<sup>59</sup> (RMT) a été intégrée cette année dans le champ de la cartographie sur les honoraires des généralistes et spécialistes. En effet, bien que versée au médecin traitant, elle peut être rattachée dans les bases à un individu. En matière de méthodologie, le montant de la RMT a été ventilé sur les postes « soins des généralistes » et « soins des spécialistes » des différents groupes de population. Cette ventilation a été effectuée sur la base de la proportion des personnes ayant au moins une ALD (en rapport ou non) observée dans chaque groupe

de population. Ce traitement a été réalisé non seulement sur les données de la nouvelle version de la cartographie (juillet 2017), mais également sur les données 2012 et 2013 de la version précédente de la cartographie (juillet 2016) afin de pouvoir disposer d'estimations pour 2012 cohérentes avec les données 2013, 2014 et 2015 de la nouvelle version. L'inclusion de la RMT induit une augmentation des dépenses réaffectées de l'ordre de 300 millions d'euros (régime général).

Des modifications ont également été apportées au poste de dépenses relatif aux « séjours en établissements SSR » (voir étape 4).

### Étape 3 : Rattachement des séjours hospitaliers en MCO

Les informations sur les hospitalisations en MCO, et en particulier les diagnostics principaux (DP) et reliés (DR), permettent de distinguer les séjours qui sont liés à une pathologie chronique de ceux qui sont des épisodes hospitaliers ponctuels sans lien direct avec une pathologie chronique ou lourde. Cela permet donc d'affecter les dépenses des séjours soit à une des 52 pathologies, états de santé ou traitements identifiés (les quatre groupes de patients traités par psychotropes n'ayant, par construction, pas d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique), soit de les affecter à une catégorie « épisode hospitalier ponctuel », qui regroupe les hospitalisations sans rapport avec ces 52 groupes de population.

Lorsque les algorithmes utilisent une liste de codes CIM-10 pour repérer les patients dans le PMSI-MCO, ce sont ces mêmes listes de codes qui permettent d'affecter chaque séjour à l'un des 52 groupes de population si le DP et/ou le DR du séjour est dans la liste des motifs médicaux en CIM-10 du top. Dans certains cas (VIH et diabète), c'est le GHM qui a permis de classer le séjour dans un groupe de population. Ont également été utilisés les forfaits de dialyse (IRCT), voire parfois certains actes médicaux.

Un même séjour ne peut être attribué qu'à un seul groupe de population. Toutefois, dans certains cas, un même séjour pouvait concerner deux groupes de population. Des règles de gestion ont été définies pour traiter ces cas en donnant la priorité au groupe de population qui paraissait le plus spécifique et, lorsque le rattachement pouvait concerner également deux groupes considérés comme spécifiques

(par exemple « troubles psychotiques » et « maladies du foie ou du pancréas »), l'attribution a été faite sur la base du diagnostic principal. Si le DP et/ou le DR du séjour ne sont dans aucun des motifs médicaux des 52 groupes de population, alors le séjour est classé dans la catégorie « épisode hospitalier ponctuel » et les personnes concernées auront, en plus de leurs éventuelles pathologies chroniques, un « top » épisode hospitalier ponctuel<sup>60</sup>.

Pour certains groupes de population, la règle de gestion des séjours en rapport avec un groupe de population donné prend en compte le diagnostic associé. C'est le cas notamment pour l'hémophilie dans les versions de la cartographie à partir de juillet 2016.

Pour plus de précisions sur les règles d'affectations des séjours en rapport ou non, il est conseillé de se reporter aux documents méthodologiques disponibles sur le site suivant : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/methodologie.php>.

Toutes les hospitalisations MCO des individus n'ayant aucune des pathologies, états de santé ou traitements identifiés sont basculées dans le top « épisode hospitalier ponctuel ».

Par convention, les hospitalisations MCO des nouveau-nés sont rattachées directement aux dépenses MCO du top maternité.

Les dépenses des séjours MCO en établissements privés des personnes n'ayant aucune des pathologies ou traitements

59 Versement d'un forfait annuel de 40 euros au médecin traitant de chaque personne en ALD.

60 Ce « top » correspond à un groupe de population supplémentaire.

identifiés sont conservées, considérant qu'il pouvait s'agir de passages aux urgences.

Concernant les dépenses relatives aux séjours MCO en établissements privés, la valorisation des séjours est effectuée directement sur la base des facturations PMSI transmises par l'Atih. Pour les séjours MCO en public, la valorisation repose également sur les données transmises par l'Atih.

#### **Étape 4 : Valorisation et rattachement des séjours en établissements psychiatriques et en établissements de SSR et en HAD**

Les établissements psychiatriques et ceux de SSR utilisent des systèmes de recueil d'informations spécifiques (respectivement le Rimp et le PMSI-SSR) qui permettent de décrire leur activité et de rattacher les séjours, de façon générale, aux bénéficiaires de soins grâce au même numéro d'identification que celui utilisé dans le Sniiram. À la différence du secteur MCO, ces recueils d'activités ne sont pas associés à des tarifs de séjour, et on ne peut donc pas valoriser les séjours directement à partir de ces seules données.

La disparition de plusieurs des sources d'information utilisées les années précédentes pour estimer un coût moyen journalier par établissement public (psychiatrie et SSR) et type de séjour a conduit à une refonte complète de la méthode. L'estimation d'un coût moyen journalier pour chaque établissement et type

de séjour repose sur l'utilisation des données comptables (dotation aux établissements) ainsi que sur les tables transmises par l'Atih relatives à l'activité dans ces établissements. Les informations présentes dans ces tables permettent d'estimer un coût moyen journalier qui sert ensuite à valoriser les séjours sur la base de leur durée.

Les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics (9 % à 12 % des dépenses selon les années considérées) sont prises en compte et réaffectées par proratisation aux personnes ayant des maladies psychiatriques mais également à celles ayant uniquement pris de façon chronique des traitements par psychotropes.

Les séjours en établissements psychiatriques sont rattachés de façon directe aux pathologies du patient en fonction des diagnostics principaux et associés du séjour, comme pour les séjours MCO (mêmes règles d'affectation).

Les dépenses pour HAD sont intégrées dans le champ de la cartographie depuis la version publiée en juillet 2016. La valorisation des dépenses HAD est faite par individu à l'aide de la tarification T2A (groupes homogènes de tarifs affectés à chaque sous-séquence des séjours de l'individu). Contrairement aux trois autres champs sanitaires (MCO, SSR, psychiatrie), les dépenses HAD ne sont pas affectées directement à la pathologie mais par proratisation.

### **Évolutions/améliorations 2018**

Une modification importante concerne le changement de méthode de réaffectation des dépenses relatives aux séjours en établissements SSR. En effet, les séjours en établissements SSR sont désormais rattachés de façon directe, et non plus par proratisation, aux pathologies du patient en fonction de l'affection étiologique, puis de la morbidité principale et de la finalité de prise en charge, et de règles de gestions particulières pour traiter les situations complexes.

Cette amélioration a un impact direct et significatif sur les montants affectés à chacune des pathologies, entraînant

notamment une forte augmentation du montant SSR rattaché aux hospitalisations ponctuelles (+ 1,5 milliard d'euros pour le régime général en 2014, soit + 90 %) au détriment de celui affecté aux autres groupes de population, et notamment aux maladies cardio-neurovasculaires (- 683 millions d'euros pour le régime général en 2014 soit - 37 %). Aucune comparaison ne peut donc être réalisée avec les versions antérieures publiées.

Par ailleurs, l'amélioration de la qualité du codage et de la remontée des informations des établissements psychiatriques et de ceux de SSR se poursuit, ce qui peut avoir un impact dans le cadre de comparaisons annuelles.

#### **Étape 5 : Affectation individuelle d'un montant de dépenses correspondant à la consommation courante de soins**

Indépendamment des soins pour des pathologies lourdes ou chroniques et des recours à l'hospitalisation, les assurés consomment des soins dits « courants » pour soigner les pathologies bénignes (infections virales bénignes, angines, gastro-entérites sans gravité...). Afin de ne pas surestimer les dépenses de soins de ville affectées à un groupe de population donné, la méthodologie adoptée conduit, avant toute affectation de dépenses à un groupe de population, à retrancher aux dépenses par poste (soins de ville uniquement) de chaque individu (consommant du poste) un montant correspondant

à un montant de dépenses pour ces soins dits « courants » sur le poste considéré.

Pour déterminer les montants forfaitaires des dépenses à retrancher de chaque poste, on se fonde sur les dépenses des bénéficiaires qui n'ont aucune des pathologies, états de santé ou traitements ou hospitalisations ponctuelles. Ces dépenses sont ventilées par poste et sont analysées par âge et par sexe.

L'analyse de la distribution de ces dépenses (par âge, sexe, poste) permet de définir le montant par poste à retrancher au titre de la « consommation courante de soins » sur la base du deuxième décile. Le montant retranché varie ainsi selon l'âge et le sexe des individus, ainsi que selon les postes considérés.

La méthodologie a été appliquée pour l'ensemble des postes « soins de ville », à l'exception des postes « transport » et « soins de sages-femmes », qui ont été considérés comme non pertinents. En effet, le recours aux transports chez les « consommateurs de soins courants » est globalement très faible, et vraisemblablement peu induit par des soins courants. De même, les soins de sages-femmes sont considérés, pour l'essentiel, comme induits par la maternité. Ont été également exclus les postes relatifs aux IJ maternité et à l'invalidité (en revanche, la méthodologie a été appliquée aux IJ maladie/AT-MP, dont on peut penser qu'une partie peut être induite par les soins courants).

Le montant total correspondant à la « consommation courante de soins » a ainsi été isolé dans la cartographie des dépenses, ainsi que les effectifs correspondants<sup>61</sup>. Toutefois, dans les tableaux et graphiques de résultats présentés dans la première partie du rapport, ces dépenses ont été ajoutées par convention à celles des consommateurs sans pathologies, états de santé, traitements ou hospitalisations ponctuelles identifiés grâce aux algorithmes médicaux, l'ensemble constituant les dépenses correspondant aux « soins courants ».

#### Étape 6 : Réaffectation aux 57 pathologies ou groupes de population<sup>62</sup> des différents postes de dépenses

La méthodologie utilisée pour réaffecter les dépenses des différents postes, à l'exception des dépenses d'hospitalisation MCO et des IJ maternité, aux 57 pathologies ou groupes de population identifiés grâce aux algorithmes médicaux est la suivante :

##### Calcul des montants pour les combinaisons renvoyant à un seul groupe de population

Lorsqu'un bénéficiaire appartient à un seul des 57 groupes de population identifiés, on défalque du montant de ses dépenses le montant moyen correspondant à la consommation courante de soins (estimé comme indiqué à l'étape 5) et le solde est affecté à ce groupe de population.

Les « épisodes hospitaliers ponctuels » sont considérés comme un « top » (c'est-à-dire un groupe de population) à part entière et font donc l'objet d'une affectation des dépenses identiques à celle des 56 autres « tops ».

#### Pour les autres combinaisons

Lorsqu'un bénéficiaire appartient à plusieurs groupes de population, ses dépenses (hors consommation courante de soins) sont réparties au prorata des dépenses moyennes, telles qu'elles sont observées pour les bénéficiaires n'appartenant qu'à un groupe de population considéré.

L'affectation des dépenses est donc faite de manière descendante, en répartissant les montants remboursés pour chacun des postes de soins (soins de généralistes, spécialistes, médicaments, hospitalisations en court séjour...).

Une illustration de la méthode d'affectation des dépenses pour les patients ayant plusieurs pathologies est proposée dans l'encadré ci-après (encadré 28).

#### Cas particuliers des dépenses d'hospitalisation MCO et psychiatriques

Pour les hospitalisations en établissements de santé MCO ou psychiatriques, les dépenses hospitalières sont affectées aux groupes de population essentiellement sur la base des diagnostics principaux et reliés (voir étape 4). Ainsi, nous distinguons deux cas :  
 – si l'hospitalisation est associée à un seul des 56 groupes de population repérés par les algorithmes médicaux, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté au poste « dépenses hospitalières » du groupe de population repéré (en distinguant frais de séjour, dispositifs médicaux implantables et médicaments en sus);  
 – si le DP et le DR ne font pas partie de ceux conduisant aux 56 groupes de population repérés par les algorithmes médicaux, alors ce séjour et les dépenses associées sont affectés au groupe de population « hospitalisations ponctuelles ».

61 C'est-à-dire que toute personne d'un âge et d'un sexe donnés qui consomme dans un poste un montant correspondant au deuxième décile de la distribution est isolée dans la catégorie « soins ambulatoires courants ».

62 Les 57 groupes de population concernés par la méthode d'affectation des dépenses par proratisation sont : les 56 groupes de population identifiés par les algorithmes médicaux (y compris les quatre groupes de population traités par psychotropes) ainsi que le groupe « hospitalisations ponctuelles ».

► **ENCADRÉ 28**

Prenons l'exemple d'une dépense d'IJ maladie/AT-MP de 2 millions d'euros pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétiques et ont eu un infarctus du myocarde. Comment répartir cette dépense entre les deux pathologies ?

**1<sup>re</sup> étape : on détermine la dépense moyenne du poste IJ maladie/AT-MP pour les patients atteints d'une unique pathologie :**

Dépense moyenne du poste IJ maladie/AT-MP des personnes diabétiques sans autre pathologie : 160 euros par an	Dépense moyenne du poste IJ maladie/AT-MP des personnes ayant un infarctus sans autre pathologie : 1 295 euros par an
---	---

Ces dépenses moyennes constituent les clés de proratisation qui vont être utilisées pour répartir les 2 millions d'euros du poste IJ maladie/AT-MP entre le diabète et l'infarctus du myocarde.

Toutefois, afin d'améliorer la stabilité des clés de proratisation, un traitement spécifique des valeurs extrêmes est réalisé au préalable. La correction consiste à borner les dépenses individuelles sur le montant correspondant au 99,9<sup>e</sup> percentile, dès lors que la dépense individuelle est supérieure à ce montant. Ce traitement est effectué uniquement pour le calcul des clés de proratisation et ne modifie pas la dépense individuelle.

**2<sup>e</sup> étape : on répartit au prorata la dépense de 2 millions d'euros entre les deux pathologies :**

Dépenses du poste IJ maladie/AT-MP affectées au diabète $2\,000\,000 \times 160 / (160 + 1\,295)$ = 219 931	Dépenses du poste IJ maladie/AT-MP affectées à l'infarctus du myocarde $2\,000\,000 \times 1\,295 / (160 + 1\,295)$ = 1 780 069
---	---

Au final, sur une dépense totale de 2 millions d'euros d'IJ maladie/AT-MP observée pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétiques et ont eu un infarctus du myocarde, 219 931 euros seront affectés à la prise en charge du diabète et 1 780 069 euros à la prise en charge de l'infarctus du myocarde.

**Étape 7 : Calcul des montants affectés à chaque groupe de population**

**Pour les 57 groupes de population faisant l'objet d'une réaffectation des dépenses par proratisation**

Au total, le montant de dépenses affecté à une pathologie est calculé par sommation :

- des dépenses de patients n'ayant que cette pathologie (après avoir retranché le montant forfaitaire de dépenses correspondant à la consommation courante de soins telle que décrit à l'étape 5) ;
- des dépenses proratisées imputables à la pathologie pour les patients ayant plusieurs pathologies (ou traitements ou épisodes de soins) ;
- des dépenses hospitalières en établissements de santé MCO ou psychiatriques correspondant aux séjours en lien avec la pathologie.

**Pour les autres groupes de population**

Les dépenses affectées au groupe « traitement antalgique ou anti-inflammatoire » ainsi que celles affectées au groupe « pas de pathologie, maternité, hospitalisation MCO ou traitement antalgique » correspondent à l'ensemble des dépenses des individus appartenant à ces groupes respectifs après retrait des dépenses relatives à la « consommation courante de soins ».

L'affectation des dépenses à ces deux groupes, exclusifs entre eux mais aussi exclusifs des 57 autres groupes, est donc effectuée de façon directe (et non pas par proratisation) sur la base

des dépenses des personnes appartenant au groupe considéré.

Par ailleurs, la somme des dépenses retranchées à ce titre à chacun des individus de la population (voir étape 5) et qui correspond à la « consommation courante de soins » est, par convention, pour la présentation des résultats, ajoutée à celles du groupe « pas de pathologie, maternité, hospitalisation MCO ou traitement antalgique », afin de constituer le groupe de dépenses « soins courants ».

**Étape 8 : Calage sur les grands agrégats de l'Ondam et extrapolation tous régimes**

**Articulation entre l'Ondam et le champ des dépenses prises en compte dans la cartographie**

L'objectif principal de la cartographie est de rattacher les dépenses d'assurance maladie à des personnes en fonction des pathologies et des recours aux soins. Certaines dépenses qui sont dans le périmètre de l'Ondam, comme les Migac hospitalières ou encore les dépenses des établissements publics médico-sociaux, sont non individualisables et ne peuvent donc pas, de fait, être rattachées à un bénéficiaire de soins. Ces dépenses, présentes dans l'Ondam mais non individualisables, sont donc de fait exclues du champ de notre cartographie des dépenses. De manière symétrique, certaines des dépenses financées par l'Assurance Maladie ne sont pas strictement dans l'Ondam, mais sont toutefois affectables individuellement et donc intéressantes à intégrer. C'est le cas des IJ maternité (qui comprennent également les IJ versées pour adoption et congés paternité) et des prestations en espèces versées pour invalidité.

Ces dépenses, bien que hors du champ de l'Ondam, ont été prises en compte dans notre cartographie (**tableau 60**).

### Extrapolation à tous les régimes

En pratique, la méthode appliquée consiste à calculer, pour chaque poste de dépenses, un coefficient de passage entre le montant des dépenses obtenu sur la population étudiée et celui de l'Ondam. Les dépenses affectées, pour chaque poste de dépenses, ont ensuite été multipliées par le coefficient de passage correspondant. L'extrapolation à tous les régimes est effectuée à la fin, sur la base des dépenses réaffectées, ce qui simplifie considérablement le processus.

Les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics et les dépenses des hospitalisations à domicile (HAD) sont également prises en compte dans le calage sur les grands agrégats.

## Évolutions 2018

La rémunération du médecin traitant (RMT) intégrée cette année dans le champ de la cartographie a donc également été prise en compte dans l'extrapolation des honoraires des généralistes et spécialistes.

### ► TABLEAU 60

## Correspondance entre le champ Ondam<sup>(a)</sup> et celui de la cartographie médicalisée des dépenses, en 2015

	Dépenses remboursées (milliards d'euros)			Part des dépenses du champ Ondam prises en compte dans la cartographie à champ Ondam pour les honoraires en cliniques privées	Postes Ondam hors champ de la cartographie
	Constatées en 2015	Prises en compte dans la cartographie	Prises en compte dans la cartographie à champ Ondam pour les honoraires en cliniques privées		
Soins de ville (y compris IJ maladie AT/MP <sup>(b)</sup> )	83,1	76,3	80,2	97 %	Permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM <sup>(c)</sup> , FAC <sup>(d)</sup> , aides à la télétransmission
Établissements de santé	76,4 <sup>(1)</sup>	71,9 <sup>(2)</sup>	68	89 %	Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG, etc.), Migac <sup>(e)</sup>
Établissements et services médico-sociaux	17,7	0	0	0 %	Tous
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR)	3,0	0	0	0 %	FIR <sup>(f)</sup>
Autres prises en charge (FMESPP <sup>(g)</sup> , Fiqs <sup>(h)</sup> , etc.)	1,6	0	0	0 %	FMESPP, Fiqs
Total Ondam	182	148,2	148,2	81 %	
Postes hors champ Ondam (IJ maternité et invalidité)		10,2	10		
Total dépenses de la cartographie		158,4	158,4		

(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 : mission 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) Fiqs : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

(1) L'Ondam 2015, un nouveau sous-objectif retraçant les dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR) financées par l'Assurance Maladie.

(2) Les honoraires en cliniques privées sont attribués aux établissements de santé dans la cartographie, contrairement au champ Ondam constaté, où ces derniers sont affectés aux soins de ville.

Source : Cnamts

---

# Index

---

# Figures

Figure 1 :	Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2015 entre les différents groupes de population considérés : 134 milliards d'euros pour le régime général (158 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes)	5
Figure 2 :	Répartition des dépenses d'assurance maladie du régime général, en 2015 entre les différents groupes de population considérés	6
Figure 3 :	Nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2015 pour chaque groupe de population considéré (57,1 millions de personnes au total)	7
Figure 4 :	Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales pour chaque groupe de population considéré, en 2015	8
Figure 5 :	Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales entre 2014 et 2015, pour chaque groupe de population considéré	11
Figure 6 :	Évolution des dépenses totales remboursées, entre 2012 et 2015, pour chaque groupe de population considéré	12
Figure 7 :	Évolution des effectifs entre 2012 et 2015 pour chaque groupe de population considéré	13
Figure 8 :	Taux de croissance annuel moyen des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales entre 2012 et 2015, pour chaque groupe de population considéré (hors maladies du foie ou du pancréas)	14
Figure 9 :	Taux de croissance annuel moyen des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par an et par patient et des dépenses totales entre 2012 et 2015, pour chaque groupe de population considéré (hors maladies du foie ou du pancréas)	15
Figure 10 :	Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales entre 2012 et 2015, par catégorie de cancers actifs	17
Figure 11 :	Cancers du sein actifs - Évolution des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2015, par poste	18
Figure 12 :	Maladies cardio-neurovasculaires - Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales, en 2015	19
Figure 13 :	Maladies cardio-neurovasculaires chroniques - Taux de croissance annuel moyen des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2015	19
Figure 14 :	Maladies coronaires chroniques - Évolution des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2015, par poste	20
Figure 15 :	Maladies du foie ou du pancréas - Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2015	21
Figure 16 :	Maladies du foie ou du pancréas - Évolution des dépenses moyennes par patient, entre 2012 et 2015, par poste	21
Figure 17 :	Évolution du montant des dépenses pour les traitements antiviraux à action directe (AAD) de l'hépatite C, selon le type de traitement, et pour les anciens traitements, entre 2014 et 2015	22
Figure 18 :	Évolution du nombre de patients traités pour diabète, de 2012 à 2015	23
Figure 19 :	Diabète - Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2015	23
Figure 20 :	Diabète - Évolution des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2015, par poste	24
Figure 21 :	Insuffisance rénale chronique terminale - Taux de croissance annuel moyen des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2015	25
Figure 22 :	Insuffisance rénale chronique terminale - Évolution des dépenses moyennes par patient, entre 2012 et 2015, par poste	25
Figure 23 :	Taux d'hospitalisation ponctuelle en fonction de l'âge des patients et de l'existence d'une maladie chronique	28
Figure 24 :	Répartition des séjours pour hospitalisation ponctuelle selon les principaux domaines d'activité, en fonction de l'âge du patient, en 2015	29
Figure 25 :	Répartition des hospitalisations ponctuelles de 2015 par catégorie d'activité de soins	30
Figure 26 :	Répartition des séjours pour hospitalisation ponctuelle selon les catégories d'activité de soins, en fonction de l'âge du patient, en 2015	30
Figure 27 :	Nombre de séjours pour hospitalisation ponctuelle par catégorie d'activité de soins, en 2013 et 2015	31
Figure 28 :	Projections de l'évolution des effectifs pour les maladies respiratoires chroniques	35
Figure 29 :	Projections de l'évolution des effectifs pour les maladies psychiatriques	35
Figure 30 :	Projections de l'évolution des effectifs pour les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	36
Figure 31 :	Projections de l'évolution des effectifs pour le diabète	36
Figure 32 :	Projections de l'évolution des effectifs pour les maladies cardio-neurovasculaires	37
Figure 33 :	Nombre d'adhésions aux programmes Prado, selon le volet, entre 2010 et 2016	41
Figure 34 :	Évolution du taux de passage en SSR pour la chirurgie orthopédique (hanche et genou), entre 2013 et 2015	42
Figure 35 :	Évolution des taux de recours aux SSR pour les établissements MCO sous MSAP SSR et les autres établissements, pour l'arthroplastie du genou et de la hanche, entre 2010 et 2015	43

Figure 36 :	Évolution de la durée moyenne de séjour pour les accouchements physiologiques, entre 2013 et 2015 (en jours)	46
Figure 37 :	Évolution des effectifs de patients et des durées moyennes de séjour (DMS) pour la chirurgie de la hanche et du genou dans les établissements Prado, entre 2013 et 2015	47
Figure 38 :	Impact de la Raac	48
Figure 39 :	Nombre moyen de molécules par patient (patients âgés de 66 à 75 ans avec ALD ou de plus de 75 ans)	52
Figure 40 :	Poids du répertoire des génériques dans le marché remboursable, en volume, en 2016	53
Figure 41 :	Nombre total de séjours par activité pour l'année 2015 avec estimation du nombre de séjours évitables (taux cible correspondant au troisième quartile des taux départementaux)	59
Figure 42 :	Évolution du montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées, entre 2005 et 2016	61
Figure 43 :	Part des dépenses hospitalières dans le PIB et dans la dépense courante de santé, en 2014 (ou année la plus proche), pour une sélection de pays de l'OCDE	65
Figure 44 :	Évolution du taux de chirurgie ambulatoire pour chacun des 18 gestes marqueurs, entre 2008 et 2015	69
Figure 45 :	Évolution du taux global de chirurgie ambulatoire entre 2008 et 2015, ancien et nouveau périmètre	69
Figure 46 :	Décomposition des dépenses moyennes de soins de ville remboursées (dans le mois qui précède et le mois qui suit) aux patients opérés pour cholécystectomie et âgés de moins de 60 ans, par poste de soins et selon le groupe (chirurgie ambulatoire versus hospitalisation complète), en 2015	71
Figure 47 :	Évolution du nombre d'établissements entre 2010 et 2015, selon leur activité pour chirurgie du cancer du côlon	72
Figure 48 :	Évolution du nombre d'établissements entre 2012 et 2015, selon leur activité pour chirurgie du cancer du sein	73
Figure 49 :	Périmètre des enveloppes « ambulatoire » et « hospitalisation » étudiées à partir des données de la cartographie	74
Figure 50 :	Évolution des dépenses moyennes par patient, dépenses « ambulatoires » et « hospitalières », entre 2012 et 2015	75
Figure 51 :	Évolution 2012-2015 des dépenses moyennes ambulatoires par poste, pour sept groupes de pathologies	76
Figure 52 :	Évolution de la somme des dépenses moyennes ambulatoires et hospitalières(a), entre 2012 et 2015	77
Figure 53 :	Décomposition des effets expliquant la croissance du nombre d'actes infirmiers en ville, sur les périodes 20062011 et 20122016	79
Figure 54 :	Densité départementale d'infirmier(e)s, standardisée sur l'âge, et nombre moyen d'actes (AMI ou AIS) par infirmier(e), en 2015	80
Figure 55 :	Décomposition de la croissance du nombre de passages aux urgences, entre 2010 et 2015	81
Figure 56 :	Répartition du nombre de passages aux urgences par tranche d'âge, en 2010 et 2015	82
Figure 57 :	Chronologie des passages aux urgences mois par mois pour les patients âgés de 60 ans et plus, en 2014	83
Figure 58 :	Part des patients consultant un médecin généraliste et ayant eu une prescription d'antibiotiques, sur la période avant ou après les visites DAM	89
Figure 59 :	Évolution des prescriptions de dosage de PSA (total et libre) suite à l'action de maîtrise médicalisée	91
Figure 60 :	Évolution des prescriptions de dosage de PSA (total et libre) suite à l'action de maîtrise médicalisée - données détaillées	91
Figure 61 :	Document sur la non-prescription d'antibiotiques remis aux médecins	95
Figure 62 :	Évolution de la cohorte de 949 571 patients nouvellement traités par antidépresseurs, de 2011 à 2014	100
Figure 63 :	Taux de prévalence des patients susceptibles d'être atteints d'une épilepsie, en fonction du sexe, en 2014	106
Figure 64 :	Taux de prévalence des patients épileptiques en 2014 et densité des médecins spécialistes en neurologie en 2016 par département	106
Figure 65 :	Corrélation entre la densité départementale de neurologues et le taux de personnes traitées par antiépileptique (sans hospitalisation ni ALD), en 2014	107
Figure 66 :	Taux de mortalité par classe d'âge chez les adultes de 15 ans et plus	108
Figure 67 :	Contacts avec le système de santé trois mois avant et douze mois après la première délivrance du traitement	109
Figure 68 :	Activité des neurologues libéraux en 2015 : répartition des actes et des honoraires	110
Figure 69 :	Évolution du nombre d'interventions de chirurgie bariatrique selon la technique utilisée	112
Figure 70 :	Évolution du prix par année de vie gagnée à l'inscription de chacun des médicaments anticancéreux, de 1995 à 2016	127
Figure 71 :	Évolution du prix par année de vie gagnée dans le cancer du sein	127
Figure 72 :	Évolution du prix, calculé sur la durée de traitement, en fonction de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) du produit à son inscription	128
Figure 73 :	Évolution du bénéfice (années de vie gagnées) des médicaments avec l'année d'inscription, selon les caractéristiques méthodologiques de l'essai	128
Figure 74 :	Évolution du prix par année de vie gagnée dans le mélanome	129

Figure 75 :	Évolution du prix calculé sur la durée du traitement, dans le cancer du poumon	130
Figure 76 :	Évolution du bénéfice (années de vie gagnées) des médicaments dans le cancer du poumon	130
Figure 77 :	Comparaison des modes de financement actuels et du forfait à l'épisode de soins potentiel dans le cas du parcours de soins pour la réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac)	133
Figure 78 :	Distribution des délais avant une première reprise	134
Figure 79 :	Distribution des délais avant une seconde reprise	135
Figure 80 :	Distribution des coûts de complications hospitalières	136
Figure 81 :	Distribution des gains et pertes des établissements liés à l'application du bundled payment selon leur activité et leurs pratiques, en 2013	138
Figure 82 :	Cartographie du taux de complications et reprises par région	138
Figure 83 :	Nombre de publications par pays dans le domaine de la recherche sur les services de santé, entre 2005 et 2015	151
Figure 84 :	Répartition des publications de 2010 à 2015 dans le domaine de la recherche en services de santé par ville, en France	152
Figure 85 :	Montant attribué par type d'appel à projets et nombre total de projets financés dans le champ de la recherche en services de santé, entre 2010 et 2016	154
Figure 86 :	Évolution du taux d'atteinte des indicateurs de la Rosp, entre 2012 et 2016	172
Figure 87 :	Évolution des indicateurs relatifs au suivi des diabétiques, de décembre 2011 à décembre 2016	174
Figure 88 :	Évolution de l'indicateur relatif à la prescription d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD, de décembre 2011 à décembre 2016	177
Figure 89 :	Évolution des indicateurs concernant la vaccination antigrippale, de décembre 2011 à décembre 2016	178
Figure 90 :	Évolution des indicateurs relatifs au dépistage des cancers de décembre 2011 à décembre 2016	179
Figure 91 :	Détail des indicateurs « prévention » de la Rosp issue de la nouvelle convention	180
Figure 92 :	Détails des indicateurs « efficience » de la Rosp issue de la nouvelle convention	182

## Tableaux

Tableau 1 :	Répartition des dépenses extrapolées à l'ensemble des régimes en 2015 (158 milliards d'euros) entre les différents groupes de population considérés (en millions d'euros)	6
Tableau 2 :	Effectifs et dépenses remboursées moyennes par patient en 2015 pour chaque groupe de population considéré	9
Tableau 3 :	Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales entre 2012 et 2015, pour chaque groupe de population considérée	16
Tableau 4 :	Principales caractéristiques des hospitalisations ponctuelles, en 2013 et 2015	26
Tableau 5 :	Caractéristiques des hospitalisations ponctuelles selon l'existence ou non d'une maladie chronique et principales évolutions, entre 2013 et 2015	27
Tableau 6 :	Effectifs et dépenses pour les principaux domaines d'activité occasionnant des hospitalisations ponctuelles, en 2015	28
Tableau 7 :	Chirurgie avec nuitée(s) : 21 % des séjours - Des patients plus âgés et davantage porteurs de maladies chroniques, avec une facturation de dispositifs médicaux en sus des GHS importante	31
Tableau 8 :	Chirurgie sans nuitée : 20 % des séjours - Des patients plus jeunes avec des séjours principalement dans le privé sans passage par les urgences	31
Tableau 9 :	Médecine avec nuitées(s) : 28 % des séjours - Des patients plus âgés, porteurs de maladies chroniques, des séjours plus fréquents dans le public, souvent avec une entrée par les urgences	32
Tableau 10 :	Médecine sans nuitée : 9 % des séjours - Des patients moins âgés, porteurs de maladies chroniques, forts consommateurs de médicaments en sus du GHS, des séjours essentiellement publics	32
Tableau 11 :	Actes interventionnels non opératoires : 21 % des séjours - Des patients moins porteurs de maladies chroniques, une activité concentrée dans le privé	32
Tableau 12 :	Résultats des projections d'effectifs à 2020 pour chaque groupe de pathologies	34
Tableau 13 :	Comparaison des taux de croissance annuels moyens, entre les périodes 2013-2015 et 2016-2020 pour chaque groupe de pathologies	38
Tableau 14 :	Récapitulatif des économies attendues des actions de l'Assurance Maladie en 2018	40
Tableau 15 :	Dépenses par bénéficiaire selon la modalité de dialyse, en 2012	44
Tableau 16 :	Taux d'évolution entre 2010 et 2015 des taux de chirurgie ambulatoire des établissements soumis à MSAP et des autres établissements, pour différents gestes chirurgicaux	45

Tableau 17 : Évolution du nombre d'adhésions aux sorties précoces	46
Tableau 18 : Évolution de la durée moyenne de séjour entre 2012 et 2014 pour les poses de prothèses de la hanche et du genou (en jours)	46
Tableau 19 : Taux de pénétration moyen des biosimilaires par pays en 2016	55
Tableau 20 : Coût moyen d'un trajet selon le mode de transport choisi	56
Tableau 21 : Hypothèses d'économies sur les transports sanitaires	57
Tableau 22 : Ensemble des économies attendues sur les indemnités journalières	58
Tableau 23 : Évolution du montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées	60
Tableau 24 : Indicateurs sur les lits de court séjour en 2014 (ou année la plus proche), pour une sélection de pays de l'OCDE	66
Tableau 25 : Évolution du nombre et de la densité de lits ainsi que de la durée de séjour en MCO, psychiatrie et SSR, entre 1980 et 2000	67
Tableau 26 : Évolution du nombre de places et de séjours en hospitalisation complète et partielle en MCO et SSR, entre 2008 et 2014	68
Tableau 27 : Dépenses moyennes de soins de ville remboursées aux patients opérés pour cholécystectomie et âgés de moins de 60 ans, par poste de soins et selon le groupe (chirurgie ambulatoire versus hospitalisation complète), en 2015	71
Tableau 28 : Évolution des dépenses moyennes par patient, ambulatoires et hospitalières, entre 2012 et 2015, pour sept groupes de pathologies	76
Tableau 29 : Évolution des dépenses ambulatoires et hospitalières de l'ensemble des patients du régime général, entre 2012 et 2015	78
Tableau 30 : Caractéristiques des usagers fréquents des urgences ayant plus de 60 ans, en 2014	84
Tableau 31 : Économies réalisées au titre de la maîtrise médicalisée (en millions d'euros), depuis 2005	88
Tableau 32 : Évolution de la prescription d'antibiotiques chez les médecins généralistes visités et chez les médecins généralistes témoins, avant et après les visites	90
Tableau 33 : Niveaux d'observance dans plusieurs pathologies ou groupes de pathologies	97
Tableau 34 : Méthodes et dispositifs de collecte de données sur l'observance	98
Tableau 35 : Coût de l'observance dans plusieurs pathologies ou groupes de pathologies	99
Tableau 36 : Motifs d'interruption de traitements pour trois stratégies thérapeutiques dans la prévention de la récurrence des troubles bipolaires	100
Tableau 37 : Effectif et prévalence selon l'âge des patients susceptibles d'être atteints d'une épilepsie en 2014	105
Tableau 38 : Évolution de l'activité de chirurgie bariatrique, entre 2011 et 2015	112
Tableau 39 : Qualité du suivi des patients opérés en 2009, selon le type de chirurgie (en 2014 soit cinq ans après l'opération)	114
Tableau 40 : Part des patients âgés hébergés en Ehpad ayant eu au moins une prescription dans l'année 2015 par famille d'antibiotiques	117
Tableau 41 : Indicateurs de prévention de la Rosp à la suite de la convention médicale signée en 2016	121
Tableau 42 : Indicateurs de la Rosp médecin traitant de l'enfant	121
Tableau 43 : Répartition par classe d'âge des taux de reprise	135
Tableau 44 : Répartition par classe d'âge et niveau de sévérité des taux de complication	136
Tableau 45 : Classification des patients bénéficiant d'une prothèse de la hanche selon l'âge, la sévérité et la pathologie initiale	137
Tableau 46 : Expérimentations organisationnelles, ou avec un impact organisationnel, portées par les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), de 2007 à 2017	142
Tableau 47 : Répartition des crédits du Fonds d'investissement régional (FIR) par mission, en 2015	143
Tableau 48 : Nouveaux modèles de soins promus par le National Health Service (NHS)	146
Tableau 49 : Montants proposés pour le fonds de transformation du NHS	146
Tableau 50 : Les neuf étapes pour la construction d'une stratégie de diffusion à grande échelle du réseau ExpandNet de l'OMS	147
Tableau 51 : Montant total de l'ensemble des projets de recherche en services de santé (RSS) alloués, par type de structures financées, selon le type d'appel à projets, entre 2012 et 2015	154
Tableau 52 : Évolution du taux d'atteinte des objectifs de la Rosp, entre 2012 et 2016 en fonction du volet	173
Tableau 53 : Les résultats sur le volet « suivi des pathologies chroniques » en synthèse	175
Tableau 54 : Les résultats sur la prévention du risque iatrogénique en synthèse	176
Tableau 55 : Les résultats sur la prévention du risque iatrogénique lié à la prescription d'antibiothérapie en synthèse	177
Tableau 56 : Les résultats sur les indicateurs de vaccination en synthèse	178
Tableau 57 : Les résultats sur les indicateurs de dépistage en synthèse	179

Tableau 58 : Les résultats sur les indicateurs d'efficacité des prescriptions en synthèse	181
Tableau 59 : Exemples de combinaisons	185
Tableau 60 : Correspondance entre le champ Ondam(a) et celui de la cartographie médicalisée des dépenses, en 2015	190

## Encadrés

Encadré 1 : Mises en garde préalables	4
Encadré 2 : Description des groupes de pathologies et traitements de la cartographie en quelques lignes	9
Encadré 3 : Projections, méthodes et limites	33
Encadré 4 : Zoom sur les programmes Prado	41
Encadré 5 : Zoom sur l'évolution des modes de prise en charge pour l'insuffisance rénale chronique	44
Encadré 6 : Zoom sur l'évolution des modes de prise en charge en Ehpad	44
Encadré 7 : Zoom sur la diminution des réhospitalisations	45
Encadré 8 : Zoom sur le développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac)	48
Encadré 9 : Zoom sur le développement des hébergements non médicalisés pour patients	48
Encadré 10 : Zoom sur le développement de la médecine ambulatoire	49
Encadré 11 : Zoom sur le Cages	50
Encadré 12 : Zoom sur l'action d'accompagnement hypolipémiants	51
Encadré 13 : Zoom sur l'action d'accompagnement sur les antidiabétiques	51
Encadré 14 : Zoom sur l'action d'accompagnement des facteurs de croissance	53
Encadré 15 : Zoom sur la campagne d'information sur les génériques 2016/2017 et son bilan	54
Encadré 16 : Zoom sur la classe des anti-TNF	55
Encadré 17 : Zoom sur les transports de patients dialysés	57
Encadré 18 : Un outil d'aide à la décision pour la médecine générale	93
Encadré 19 : Déploiement d'une démarche novatrice au service d'une innovation organisationnelle (boîte à outils chirurgie ambulatoire)	94
Encadré 20 : Les complications de la chirurgie bariatrique	115
Encadré 21 : Méthode de l'étude sur l'élaboration d'un forfait « reprises et complications » dans le cadre des arthroplasties de la hanche	133
Encadré 22 : Les États généraux de l'innovation organisationnelle en santé (Egios)	144
Encadré 23 : Nouvelle convention, ce qui change à partir de 2017 – Un dispositif renforcé et refondu en profondeur	173
Encadré 24 : Quelles évolutions pour le suivi des maladies chroniques ?	175
Encadré 25 : Quelles évolutions du volet prévention ?	180
Encadré 26 : Quelles évolutions du volet optimisation et efficacité des prescriptions ?	182
Encadré 27 : Quelles évolutions du volet organisation du cabinet ?	183
Encadré 28 : Exemple d'une dépense d'indemnités journalières maladie/AT-MP	189

---

# Glossaire

---



**G-CSF** : *Granulocyte Colony Stimulating Factor*

**GDR** : gestion du risque

**GHM** : groupe homogène de malades

**GHS** : groupe homogène de séjours

**GLP1** : glucagon-like peptide1

**HAD** : hospitalisation à domicile

**HAS** : Haute Autorité de santé

**HbA1c** : hémoglobine glyquée

**HCAAM** : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie

**HCL** : Hospices civils de Lyon

**HCSP** : Haut Conseil de la santé publique

**HDJ** : hospitalisation de jour

**IDE** : infirmier(e)s diplômés d'État

**IEC** : inhibiteur de l'enzyme de conversion

**IGA** : Inspection générale de l'administration

**Igas** : Inspection générale des affaires sociales

**IGF** : Inspection générale des finances

**IJ** : indemnités journalières

**INCa** : Institut national du cancer

**INR** : *International Normalized Ratio*

**Insee** : Institut national de la statistique et des études économiques

**IPP** : inhibiteur de la pompe à protons

**IRCT** : insuffisance rénale chronique terminale

**Irdes** : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

**Iresp** : Institut de recherche en santé publique

**IRM** : imagerie par résonance magnétique

**IVG** : interruption volontaire de grossesse

**LEEM** : Les entreprises du médicament

**LFSS** : loi de financement de la Sécurité sociale

**LPP** : liste des produits et prestations

**MAIA** : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

**MCO** : médecine, chirurgie, obstétrique

**MG** : médecins généralistes

**MG France** : Fédération française des médecins généralistes

**Mici** : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

**Migac** : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

**MK** : masseur-kinésithérapeute

**MMG** : maison médicale de garde

**MPA** : majoration personne âgée

**MPC** : majoration forfaitaire transitoire applicable à la consultation CS

**MPR** : *Medication Possession Ratio*

**MSA** : mutualité sociale agricole

**MSAP** : mise sous accord préalable

**MSP** : maison de santé pluriprofessionnelles

**MT** : médecin traitant

**NGAP** : nomenclature générale des actes professionnels

**NHS** : *National Health Service*

**Nice** : *National Institute for Health and Care Excellence*

**OA** : ostéoarticulaire

**OCDE** : Organisation de coopération et de développement économiques

**Omedit** : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**Ondam** : objectif national des dépenses d'assurance maladie

**ONSSF** : Organisation nationale des syndicats de sages-femmes

**Optam** : option pratique tarifaire maîtrisée

**Optam-CO** : option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique

**Paerpa** : personne âgée en risque de perte d'autonomie

**PAM (régime des)** : praticiens et auxiliaires médicaux

**PDC** : *Proportion of Days Covered*

**PDSA** : permanence des soins ambulatoires

**PHEV** : prescriptions hospitalières exécutées en ville

**PHMEV** : prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville

**PHRC** : programme hospitalier de recherche clinique

**PIB** : produit intérieur brut

**PLFSS** : projet de loi de financement de la Sécurité sociale

**PMI** : protection maternelle et infantile

**PMSI** : programme de médicalisation des systèmes d'information

**PNRT** : programme national de réduction du tabagisme

**Prado** : programme d'accompagnement du retour à domicile

**PSA** : *prostate-specific antigen* (pour antigène prostatique spécifique)

**QPC** : question prioritaire de constitutionnalité

**Raac** : réhabilitation améliorée après chirurgie

**RCMI** : radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité

**RIMP** : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie

**RMT** : rémunération du médecin traitant

**Rosp** : rémunération sur objectifs de santé publique

**RPPS** : répertoire partagé des professionnels de santé

**RSI** : régime social des indépendants

**RSS** : recherche en services de santé

**SFMT** : société française de médecine du travail

**sida** : syndrome d'immunodéficience acquise

**SLM** : section locale mutualiste

**SML** : Syndicat des médecins libéraux

**SNAO** : Syndicat national autonome des orthoptistes

**SNIL** : Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux

**Sniiram** : système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie

**Sofmer** : Société française de médecine physique et de réadaptation

**sophia** : service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les malades chroniques

**SPILF** : Société de pathologie infectieuse de langue française

**SPLF** : Société de pneumologie de langue française

**SSR** : soins de suite et de réadaptation

**SYNOM** : Syndicat national des opticiens mutualistes

**T2A** : tarification à l'activité

**TAP** : transport assis professionnalisé

**TDI** : Télé-expertise Dossier traitant

**TNS** : traitement nicotinique de substitution

**TSN** : territoire de soins numérique

**TTE** : téléconsultation médecin traitant avec Ehpad

**Uncam** : Union nationale des caisses d'assurance maladie

**Unocam** : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

**UNSSF** : Union nationale et syndicale des sages-femmes

**USPO** : Union des syndicats de pharmaciens d'officine

**VIH** : virus de l'immunodéficience humaine

**VSL** : véhicule sanitaire léger

**Directeur de la publication :**

Nicolas Revel, directeur général de la Cnamts,  
Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés,  
50 avenue du Professeur-André-Lemierre, 75986 Paris Cedex 20

**Design et réalisation :**

W



Caisse nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés  
50 avenue du Professeur-André-Lemierre – 75986 Paris Cedex 20  
[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)