
Améliorer la qualité du système de santé
et maîtriser les dépenses :
propositions de l'Assurance maladie pour 2014

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 2014 (loi du 13 août 2004)

Sommaire

1. Une analyse médicalisée de l'ONDAM.....	9
1.1. Une approche nouvelle de l'analyse des dépenses de santé	10
1.1. Analyse médicalisée des dépenses d'Assurance maladie en 2011.....	11
1.1.1. La répartition médicalisée des dépenses de l'ONDAM.....	11
1.1.2. Fréquence des pathologies et épisodes de soins	21
1.1.3. La composition des dépenses par pathologie et par type de soins	30
1.2. Les dynamiques d'évolution entre 2010 et 2011	32
1.2.1. L'évolution des effectifs de malades traités	32
1.2.2. L'évolution des dépenses	34
1.3. Typologie de la population ayant recours au système de soins	36
1.4. Focus sur les épisodes hospitaliers ponctuels	40
2. Impact du vieillissement et soins aux personnes âgées.....	45
2.1. L'état de santé et les besoins de soins des personnes âgées : une analyse à partir de la cartographie des maladies.....	47
2.2. La part du vieillissement et des évolutions de pratiques dans la croissance des dépenses : exemple des soins hospitaliers	50
2.3. Une prise en charge complexe qui n'est pas toujours adaptée	58
2.4. Les aspects économiques de la prise en charge en EHPAD	63
3. Des marges sur les processus de soins et la pertinence des soins	68
3.1. L'optimisation des processus de soins	71
3.1.1. La chirurgie de la cataracte	72
3.1.2. Les poses de prothèses de hanche	79
3.1.3. La chirurgie pour syndrome du canal carpien.....	85
3.1.4. La bronchopathie chronique obstructive (BPCO)	91
3.1.5. Le traitement des plaies chroniques	94
3.2. La pertinence des soins.....	100
3.2.1. La chirurgie de l'obésité	101
3.2.1. Les thyroïdectomies	104
3.2.2. Le traitement du cancer de la prostate	107
3.2.3. La cholécystectomie pour lithiase vésiculaire et les interventions ORL (amygdalectomies, adénoïdectomies et poses d'aérateurs transtympaniques)	109
4. Des marges d'efficience dans certains segments d'offre de soins	112
4.1. La chirurgie ambulatoire.....	113
4.2. Les produits de santé.....	114
4.2.1. Des actions qui ont permis de modérer l'évolution de ce poste dans la période récente	114

4.2.2.	Mais des dépenses qui restent globalement élevées par rapport à nos voisins.....	116
4.2.3.	Une propension à prescrire massivement des produits plus chers même lorsque leur prix n'est pas justifié par le service médical rendu.....	117
4.2.4.	Le rôle de la prescription à l'hôpital dans la diffusion des molécules en ville et l'absence d'alignement entre les intérêts des établissements et ceux de la régulation d'ensemble.....	123
4.2.5.	La problématique des médicaments biosimilaires.....	125
4.3.	Les produits de la LPP (liste des produits et prestations).....	128
4.4.	Les transports.....	131
4.5.	Les soins infirmiers.....	135
4.6.	Les arrêts de travail.....	145
5.	Propositions.....	147
	Un effort partagé dans la durée pour relever les défis actuels.....	148
5.1.	Eclairer le patient dans ses choix, favoriser la prévention et la pertinence des soins.....	149
5.2.	Améliorer la qualité des soins et optimiser les processus de soins.....	155
5.3.	Améliorer les parcours des personnes âgées et leur prise en charge.....	160
5.4.	Mobiliser les marges de manœuvre dans les différents secteurs d'offre de soins.....	164
6.	Evolution tendancielle des dépenses et synthèse des mesures proposées.....	181
6.1.	Evolution tendancielle des dépenses.....	182
6.1.1.	Tendances d'évolution en volume pour les soins de ville.....	182
6.1.2.	Prévisions tendanciennes ONDAM.....	184
6.2.	Mesures proposées pour respecter un ONDAM progressant de 2,4 % en 2014.....	184

Liste des propositions

◆ Proposition 1 – Renforcer la lutte contre le tabagisme.....	149
◆ Proposition 2 – Développer l’information sur la qualité, le bon usage du système de soins et le médicament à destination des usagers du système de santé.....	151
◆ Proposition 3 - Développer les outils d’aide à la décision pour les patients pour leur permettre un choix mieux éclairé.....	152
◆ Proposition 4 – Elargir et renforcer les programmes d’amélioration de la pertinence des soins, notamment pour les interventions chirurgicales.....	154
◆ Proposition 5 – Accompagner la structuration des équipes de soins de proximité pour améliorer la prise en charge des parcours des patients dans le cadre de la stratégie nationale de santé.....	155
◆ Proposition 6 – Chirurgie de la cataracte : ajuster progressivement les tarifs pour tenir compte des gains productivité réalisés, dans le cadre d’une contractualisation globale.....	156
◆ Proposition 7 – Prothèse de hanche : Mettre en place un retour d’information aux établissements sur les reprises d’interventions en orthopédie et une responsabilisation financière dans une deuxième étape.....	158
◆ Proposition 8 - Optimiser la rééducation post-opératoire.....	158
◆ Proposition 9- Améliorer la prise en charge des personnes âgées en sortie d’hospitalisation.....	160
◆ Proposition 10- Améliorer la prévention et le traitement des plaies chroniques (ulcères de jambe et escarres) par des programmes spécifiques.....	161
◆ Proposition 11- Poursuivre le moratoire sur le tarif global dans l’attente d’un meilleur équilibre de l’allocation des ressources aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.....	163
◆ Proposition 12- Ajuster les incitations tarifaires de la chirurgie ambulatoire et mettre en œuvre des seuils minima d’activité pour la chirurgie.....	164
◆ Proposition 13 - Alléger les normes pour la pratique de certains actes.....	165
◆ Proposition 14- Revoir le prix de la rosuvastatine en cohérence avec l’ensemble de la classe des statines compte tenu du service médical rendu équivalent ou, à défaut, instaurer une procédure d’entente préalable sur cette molécule.....	165
◆ Proposition 15 - Poursuivre le rapprochement des prix des génériques avec les autres pays.....	167
◆ Proposition 16 - Faire progresser la part des génériques et des prescriptions dans le répertoire.....	168
◆ Proposition 17 – Réduire significativement le prix du Lucentis.....	169
◆ Proposition 18– Mieux encadrer la prescription des nouveaux anticoagulants oraux (NACO).....	170
◆ Proposition 19 - Favoriser l’usage des médicaments biosimilaires.....	171
◆ Proposition 20 - Baisser les tarifs sur certains produits de la LPP et se donner les moyens d’éviter le détournement des lignes génériques de la LPP.....	172
◆ Proposition 21 – Négocier un accord pluriannuel avec les biologistes portant sur les volumes et les prix afin de permettre une stabilité de la dépense sur 3 ans.....	174
◆ Proposition 22- Renforcer les actions médicalisées sur les arrêts de travail.....	174
◆ Proposition 23 – Ouvrir des droits aux indemnités journalières pour les salariés ayant une petite activité.....	174
◆ Proposition 24- Expérimenter la mise en place dans quelques départements volontaires d’une « carte de transport assis » pour les patients chroniques qui ont des transports itératifs.....	175
◆ Proposition 25 – Faciliter le recours au véhicule personnel.....	176
◆ Proposition 26: Accompagner les établissements de santé sur la gestion des sorties de patients et simplifier la mécanique des contrats prévus par la LFSS 2010.....	177

- ◆ Proposition 27: Mettre en œuvre un programme permettant de développer l'autonomie des patients insulino-dépendants 178

Liste des tableaux

Tableau 1 – Nombre et % de patients ayant plusieurs pathologies et/ou traitements en 2011	28
Tableau 2 – Dépense totale, effectifs et dépense moyenne par pathologie en 2011	29
Tableau 3 – Evolution de la polyopathie entre 2010 et 2011.....	33
Tableau 4 – Caractéristiques des groupes de population- régime général.....	38
Tableau 5 – Evolution des effectifs de chacun des groupes de population – régime général	39
Tableau 6 - Nombre de séjours en 2010 et 2011 pour les principaux motifs d'hospitalisation ponctuelle.....	41
Tableau 7 - Premiers motifs de séjours – poids dans le total des séjours et dans le total des dépenses d'hospitalisation MCO (régime général)	41
Tableau 8 – Les dix causes principales d'hospitalisation ponctuelle en fonction de l'âge en 2011 ...	42
Tableau 9 - Proportions de personnes de 75 ans et plus selon le nombre de pathologies ou traitements	48
Tableau 10 - Evolution du nombre de séjours et décomposition des effets.....	52
Tableau 11 – Evolution du nombre de séjours par niveau de sévérité.....	56
Tableau 12 – Evolution du nombre de séjours avec codage de certaines comorbidités.....	57
Tableau 13 – Hospitalisations évitables selon les critères de Weissman – Fréquence dans la population générale et parmi les plus de 75 ans.....	61
Tableau 14 - Postes inclus dans le forfait selon le type d'EHPAD	64
Tableau 15 - Capacité d'accueil des EHPAD étudiés	64
Tableau 16 - Recours aux soins par type d'EHPAD - 2012.....	65
Tableau 17 - Estimation des économies potentielles en soins de ville (hors transport, hors IJ) si réduction de la durée de cicatrisation	99
Tableau 18 - Parmi les hommes pris en charge pour un cancer de la prostate en 2009, fréquence des troubles urinaires ou de l'érection à deux ans, par âge	109
Tableau 19 - Structure de consommation par pays :	119
Tableau 20 - Les produits biosimilaires disponibles en Europe en 2012.....	125
Tableau 21 - Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM en 2013.....	182
Tableau 22 – Evolutions tendanciennes en volume – régime général, France métropolitaine	182
Tableau 23 – Evolutions tendanciennes et écart à l'ONDAM	184

Liste des figures

Figure 1 - Montant des dépenses remboursées par pathologie 2011	11
Figure 2 - Dépenses liées aux maladies cardiovasculaires - 2011	12
Figure 3 - Dépenses liées au diabète, à l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie - 2011. 12	
Figure 4 - Dépenses liées au cancer - 2011.....	13
Figure 5 - Dépenses liées à la santé mentale – 2011.....	13
Figure 6 -Dépenses liées aux maladies neurologiques et dégénératives - 2011	14
Figure 7 – Dépenses liées aux autres pathologies chroniques	15
Figure 8 – Répartition en % des dépenses remboursées selon les pathologies et traitements	16
Figure 9 - Effectifs de bénéficiaires du régime général par pathologie / traitement	21
Figure 10 – Fréquence des pathologies et traitements selon l'âge.....	25
Figure 11 – Fréquence des pathologies selon les départements.....	26
Figure 12 – Dépense totale, dépense moyenne et fréquence par groupe de pathologies - 2011	29

Figure 13 - Répartition des dépenses des grands groupes de pathologies ou de prises en charge par postes	30
Figure 14 - Répartition des postes de dépenses par grands groupes de pathologies ou prises en charge.....	31
Figure 15 - Evolution des effectifs par pathologie et traitement entre 2010 et 2011 (régime général)	32
Figure 16 - Evolution des dépenses totales par groupe de pathologies (2010/2011)	35
Figure 17 - Evolution entre 2010 et 2011 des dépenses totales, des effectifs (régime général) et des dépenses moyennes (régime général)	36
Figure 18 - Evolution entre 2010 et 2011 des effectifs et des dépenses par groupe de pathologies.	36
Figure 19 - Répartition de la population du régime général en différents groupes selon leurs caractéristiques en termes de pathologies et de recours aux soins (régime général).....	37
Figure 20 - Prévalence des pathologies et traitements parmi les plus de 75 ans	47
Figure 21 - Nombre moyen de pathologies et traitements en fonction de l'âge	48
Figure 22 - Décomposition de la croissance des volumes d'activité en court séjour	Erreur ! Signet non défini.
Figure 23 - Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) - 2009-2011	52
Figure 24 - Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours en cardiologie (autre que cardiologie interventionnelle)- 2009-2011	53
Figure 25 - Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours en cardiologie interventionnelle - 2009-2011	54
Figure 26 - Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours pour cataracte - 2009-2011.....	54
Figure 27 - L'évolution du nombre de séjours par région, hors effets démographiques (effet « pratiques »).....	55
Figure 28 - Décomposition de la croissance des volumes d'activité en court séjour.....	56
Figure 29 - Evolution des taux de personnes de 65 ans et plus traitées par benzodiazépines à demi-vie longue	59
Figure 30 - Evolution des indicateurs ROSP sur les benzodiazépines entre 2011 et 2012.....	59
Figure 31 - Montants payés 2011 (remboursement CNAMTS et reste à charge), millions d'euros ...	72
Figure 32 - schéma du processus de soins - chirurgie de la cataracte.....	72
Figure 33 - Interventions de la cataracte pour 100 000 habitants (hospitalisation complète et de jour) Interventions chirurgicales selon code CIM-9-CM, 2005 - 2010 (source OCDE).....	73
Figure 34 -Taux de recours standardisé/1000 habitants, par territoire de santé (O2C05) - 2010....	73
Figure 35 -Part des interventions effectuées en hospitalisation complète Interventions chirurgicales selon code CIM-9-CM, 2005 et 2010	74
Figure 36 - Part des séjours pour cataracte réalisés en chirurgie ambulatoire (GHM en J) en 2011	74
Figure 37 - Nombre de séjours d'interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie GHM O2C05, France entière, 2012	75
Figure 38 - Tarif français reconstitué pour GHM O2C05J et O2C051 - 2011	76
Figure 39 - Comparaison internationale des tarifs de la chirurgie de la cataracte Allemagne, Angleterre, France, 2011-2012.....	77
Figure 40 - Nombre de séjours de poses de prothèse totale de hanche GHM 08C48, France entière, 2012.....	79
Figure 41 - Durée moyenne de séjour de poses de prothèse totale de hanche GHM 08C48, France entière, 2012	79
Figure 42 - Montants payés (remboursement CNAMTS et reste à charge) 2011, millions d'euros, tous régimes.....	80

Figure 43 - Schéma du processus de soins - pose de prothèse totale de hanche (PTH) (hors cause traumatique)	80
Figure 44 - Taux standardisés selon l'âge de l'arthroplastie de la hanche par 100 000 habitants 2008 ou dernière année disponible	81
Figure 45 - Taux de reprise PTH au 1 ^{er} semestre 2011 en fonction du nombre de patients opérés	82
Figure 46 - Tarif français reconstitué pour GHM 08C481 à 08C483 - 2011	83
Figure 47 - Tarif français reconstitué pour la prothèse - 2011	83
Figure 48 - Comparaison internationale des tarifs de la pose de prothèse totale de hanche - 2012	84
Figure 49 - Coûts comparés des différents types de parcours de soins post-opératoires pour la rééducation pour prothèse de hanche - tous régimes.....	84
Figure 50 - Nombre annuel de libérations du nerf médian dans le canal carpien, par code acte, en France de 2001 à 2010 (source ATIH).....	85
Figure 51 - Nombre d'interventions chirurgicales pour syndrome du canal carpien.....	86
Figure 52 - Tarif reconstitué pour GHM 01C131 et 01C13J (même tarif) - 2013	86
Figure 53 - Schéma du processus de soins - traitement du syndrome du canal carpien.....	87
Figure 54 - Montants remboursés - 2011, en millions d'euros.....	87
Figure 55 - Montants remboursés par risque (maladie - accidents du travail et maladies professionnelles) 2011, en millions d'euros	88
Figure 56 - Principales séquences de prescripteurs pour les patients ayant bénéficié d'IJ post-opératoires, uniquement (81,5% des patients).....	90
Figure 57 - Principales séquences de prescripteurs pour les patients ayant bénéficié d'IJ préopératoires et post-opératoires (18,5%des patients)	90
Figure 58 - Schéma du processus de soins - BPCO.....	91
- Figure 59 - Répartition par âge et sexe - escarres	94
Figure 60 - Répartition par âge et sexe - ulcères	95
Figure 61 - Schéma du processus de soins - Escarres	96
Figure 62 - Schéma du processus de soins - Ulcères de jambe	96
Figure 63 - Estimation des dépenses d'Assurance maladie remboursées.....	97
Figure 64 - Durée de cicatrisation des plaies chroniques en France	98
Figure 65 - Evolution des actes de chirurgie bariatrique, par technique chirurgicale, de 2006 à 2011	102
Figure 66 - Taux standardisé d'interventions pour chirurgie bariatrique en 2011 et prévalence de l'obésité	103
Figure 67 - Nombre d'actes par type de technique et proportion dans le total des actes de chirurgie bariatrique.....	103
Figure 68 - Schéma du processus de soins : thyroïdectomie pour cancer nodule ou goitre thyroïdien	105
Figure 69 - Taux de patients avec chirurgie de la thyroïde et ratio thyroïdectomies pour cancer / nodule bénin.....	106
Figure 70 - Schéma du processus de soins d'un patient diagnostiqué d'un cancer de la prostate ...	108
Figure 71 - Evolution des interventions ORL.....	111
Figure 72 - Evolution du taux de chirurgie ambulatoire entre 2007 et 2011.....	113
Figure 73 - Taux de chirurgie ambulatoire 2011 - 38 gestes	113
Figure 74 - Nombre d'unités standards par habitant, 8 classes.....	115
Figure 75 - Parts des écarts de consommation (volumes) avec la France	115
Figure 76 - Evolution du taux de générique dans le répertoire entre 2004 et 2012	116
Figure 77 - Nombre d'unités standards par habitant, 8 classes.....	117
Figure 78 - Coût moyen par habitant en 2011, 8 classes, euros	117
Figure 79 - Statines - Prix fabricant moyen par unité standard (HT en euros).....	119

Figure 80 - Prévalence, incidence des patients traités par NACO et AVK : évolution 2009-2012 ...	120
Figure 81 - Patients incidents NACO et AVK, dernier trimestre 2012	121
Figure 82 - Patients incidents NACO, dernier trimestre 2012.....	121
Figure 83 - Croissance des dépenses par type de prescription en millions d'euros en 2009 et 2011	123
Figure 84 - Part de marché des médicaments biosimilaires en volume (% d'unités standards)	126
Figure 85 - Structure par molécule des prescriptions d'EPO (% d'unités standards)	126
Figure 86 - Structure par molécule des prescriptions de facteurs de croissance (% d'unités standards)	127
Figure 87 - Evolution des dépenses de LPP (hors DMI en établissements hospitaliers publics) - régime général.....	128
Figure 88 - Évolution du nombre de bandelettes remboursées par l'Assurance maladie.....	128
Figure 89 - Taux d'évolution des dépenses de transport, en valeur et en volume.....	131
Figure 90 - Répartition des dépenses de transports en fonction des pathologies et traitements ...	132
Figure 91 - Les soins en AMI : nombre de patients et d'actes selon la durée des soins en semaines	135
Figure 92 - Répartition des dépenses de soins infirmiers par pathologie (en 2011).....	136
Figure 93 - Nombre de patients AMI et AIS par tranche d'âge	138
Figure 94 - Taux de recours des patients AMI et AIS par tranche d'âge en 2012.....	138
Figure 95 - Nombre d'actes moyens par consommant	138
Figure 96 - Profils des patients en fonction de l'intensité de leur recours aux soins AMI En pourcentage.....	139
Figure 97 - Profils des patients en fonction de l'intensité de leur recours aux soins AIS	139
Figure 98 - Part de chaque de chaque poste de dépenses dans le total des dépenses de soins de ville de chaque catégorie de patient	139
Figure 99 - Fonctions de répartitions des actes infirmiers en 2011 (consommants)	140
Figure 100 - Répartition des montants remboursables de soins infirmiers en 2012	140
Figure 101 - Evolution des montants remboursés des soins infirmiers et des soins de ville.....	141
Figure 102 - Croissance en volume des principaux postes de dépenses de soins infirmiers.....	141
Figure 103 - Evolution des effectifs d'infirmiers libéraux et taux d'accroissement actuel	142
Figure 104 - Décomposition de la croissance des effets entre 2006 et 2011.....	143
Figure 105 - Densité par département et nombre moyen d'actes par infirmière APE* en 2011	144
Figure 106 - Evolution du volume des indemnités journalières - régime général, tous risques, données CJO-CVS.....	145
Figure 107 - 3 niveaux d'organisation des professionnels de santé en médecine de ville	156
Figure 108 - Nombre d'unités standards de Lucentis (Ranibizumab).....	169
Figure 109 - Montée en charge des NACO sur le marché européen.....	171
Figure 110 - Proportion de diabétiques traités par insuline et proportion des diabétiques insulino- traités dont le traitement est administré par une infirmière libérale, par département - 2011	Erreur ! Signet non défini.
Figure 111 - Evolutions annuelles en volume et projection 2014	183

1. Une analyse médicalisée de l'ONDAM

1.1. Une approche nouvelle de l'analyse des dépenses de santé

L'analyse habituelle de l'ONDAM ou de la dépense de santé opère une répartition par nature de dépenses calquée sur la structuration de l'offre de soins : soins hospitaliers, soins de ville, médecins, dentistes, infirmiers, médicament... L'analyse présentée dans cette première partie vise à repositionner la dépense de santé sur sa finalité première : la prise en charge de la santé de nos concitoyens et la recherche de la qualité et de l'efficacité du système de soins.

L'analyse repose en premier lieu sur une meilleure connaissance par grand type de pathologie et de besoin de soins : combien de personnes sont prises en charge pour cancer, maladies cardiovasculaires graves, maladies neuro-dégénératives, etc. et quel est le coût correspondant ? Quels sont les problèmes de santé dont les enjeux sont les plus importants en termes de nombre de personnes concernées et de coût ? Combien de personnes ont recours au système de soins pour des épisodes ponctuels, des opérations de chirurgie, des soins ambulatoires courants ? La croissance des dépenses est-elle liée au nombre de personnes traitées ou à des évolutions des coûts de traitements ? Quelle part est liée à des facteurs démographiques ?

En donnant une visibilité sur ce à quoi sont utilisées in fine les ressources, cet éclairage complémentaire contribue à mieux articuler le débat sur les moyens et celui sur les finalités du système de soins et les objectifs de santé publique. Il est rendu possible par l'amélioration récente des systèmes d'information de l'Assurance maladie et leur enrichissement progressif par des données médicales (diagnostics pour les patients en affection de longue durée, diagnostics des séjours hospitaliers, médicaments traceurs de certaines affections...).

Pour chaque pathologie ou processus de soins, l'analyse peut être approfondie en identifiant les soins fournis au titre de chacune des catégories de l'offre, afin de permettre d'optimiser l'intervention des différents segments de l'offre, mettre en évidence les différences de pratique et de coût, ainsi que, ultérieurement, les corrélations avec les résultats de santé.

Il peut ensuite donner lieu à des analyses plus fines des processus de soins relatifs à certaines pathologies, pour rechercher les voies d'une amélioration des résultats de santé aussi bien que d'une optimisation des ressources. C'est l'objet de développements ultérieurs dans le présent rapport.

1.1. Analyse médicalisée des dépenses d'Assurance maladie en 2011

Appréhender la nature et l'ampleur des problèmes de santé qui s'adressent au système de soins constitue un élément de connaissance essentiel pour asseoir une stratégie de santé.

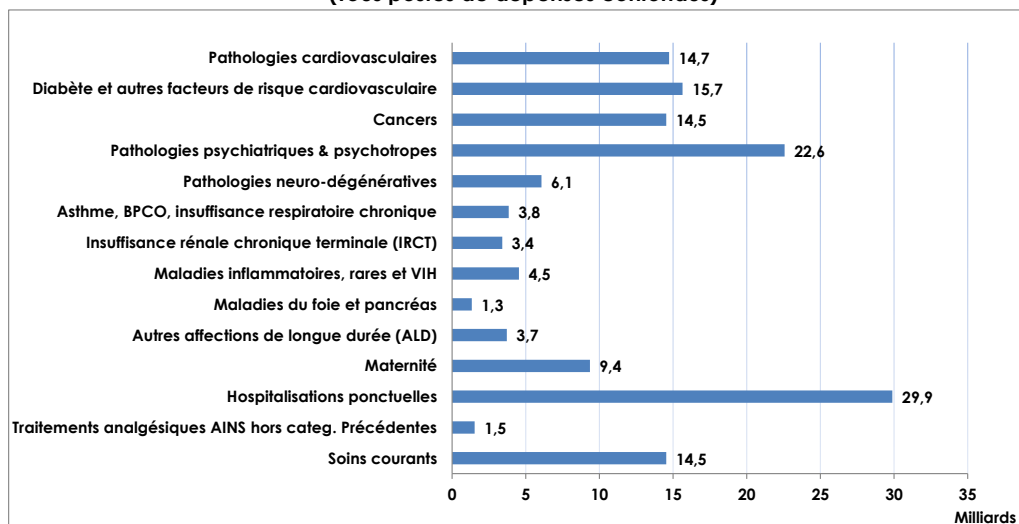
L'analyse menée ici à partir des données de remboursement des soins permet de cartographier les dépenses d'Assurance maladie en fonction des pathologies prises en charge (1.1.1) et d'analyser les problèmes de santé sous-jacents et les enjeux épidémiologiques (1.1.2) et la répartition des prises en charge en fonction des différents secteurs d'offre de soins (1.1.3).

1.1.1. La répartition médicalisée des dépenses de l'ONDAM

Hors établissements médico-sociaux et hors certains fonds et dotations forfaitaires¹, les dépenses d'Assurance maladie, pour l'ensemble des régimes, se sont élevées en 2011 à 146 milliards d'euros.

Ces dépenses se répartissent par grand groupe de pathologies de la manière suivante² :

Figure 1 - Montant des dépenses remboursées par pathologie 2011
(Tous postes de dépenses confondus)



Au sein des **pathologies cardiovasculaires**, qui représentent 10% des dépenses totales, soit **14,5 milliards d'euros**, deux pathologies dominant en termes de coût : la maladie coronaire (qu'elle soit

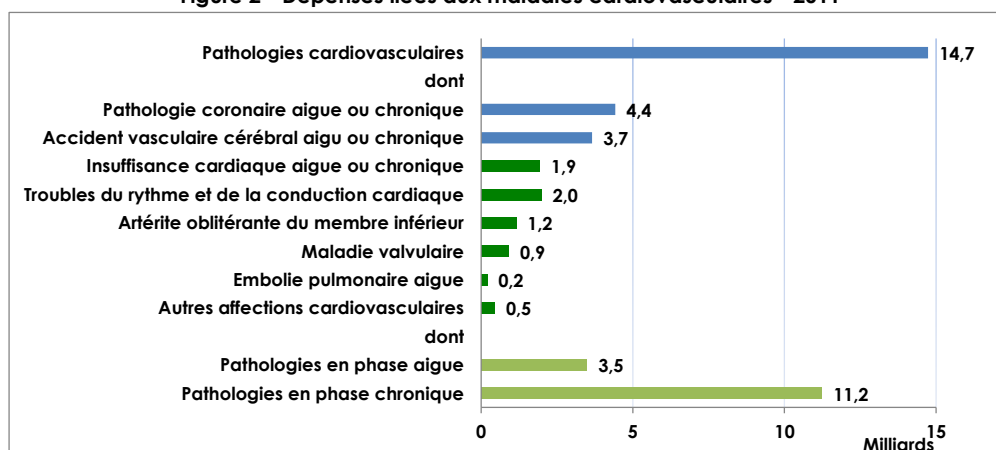
¹ Le champ couvert par les dépenses réparties dans la cartographie exclut les dépenses non individualisables par patient : les MIGAC, le FMESP, FAC, FIR. Elles comprennent en revanche les indemnités journalières pour maternité et les dépenses pour invalidité. Pour 2011, les dépenses d'ONDAM tous régimes sont de 166,6 Mds, auxquelles on rajoute 3 Mds d'IJ maternité et 5,6 Mds de dépenses d'invalidité, et on soustrait 29,8 Mds, dont les principales composantes sont les dépenses du secteur médico-social (15,8 Mds) et les MIGAC (8,1 Mds).

² Cette répartition s'appuie sur un travail réalisé à partir des données du système d'information de l'Assurance maladie et qui a consisté, dans un premier temps, à repérer pour chaque bénéficiaire l'ensemble de ses pathologies (à l'aide des diagnostics portés en cas d'hospitalisation ou en cas d'ALD et éventuellement des traitements médicamenteux), et dans un deuxième temps à répartir les dépenses entre ces pathologies, pour chacun des postes (soins de médecins, médicaments, séjours hospitaliers,...). Deux encadrés en pages 12 et 13 décrivent à grands traits la démarche (encadré 1) et précisent la liste des pathologies retenues pour l'analyse (encadré 2). Pour une présentation plus approfondie et détaillée de la méthodologie, on se reportera à l'annexe 1.

aiguë - infarctus du myocarde - ou chronique) et l'AVC (AVC aigu ou séquelles d'AVC), qui représentent ensemble 55% du total. L'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme viennent ensuite avec 13-14% (Figure 2).

Ces pathologies chroniques connaissent des phases aiguës qui entraînent une hospitalisation : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, décompensation pour les insuffisances cardiaques, embolie pulmonaire. Ces épisodes aigus comptent pour environ un quart des dépenses totales, les trois quarts étant consacrés aux soins aux malades en phase chronique.

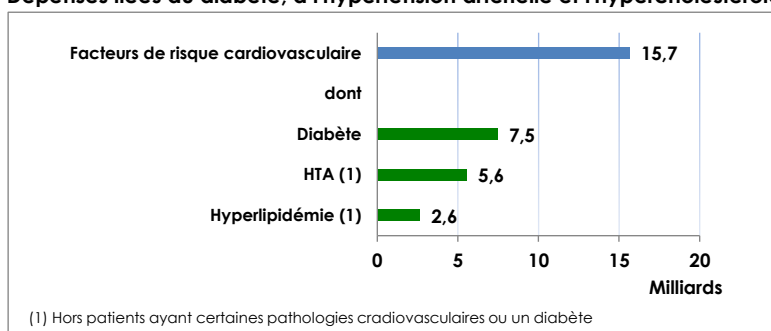
Figure 2 - Dépenses liées aux maladies cardiovasculaires - 2011



On peut ajouter à ces pathologies les traitements des **facteurs de risque cardiovasculaire** que sont le **diabète**, l'**hypertension artérielle** et l'**hyperlipidémie**³. Les populations traitées pour ces facteurs de risque étant numériquement très importantes, les dépenses totales, avec **15,6 milliards d'euros**, avoisinent celles qui sont consacrées aux pathologies cardiovasculaires identifiées.

Avec **7,5 milliards d'€**, le **diabète** représente un enjeu de santé et économique majeur.

Figure 3 - Dépenses liées au diabète, à l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie - 2011



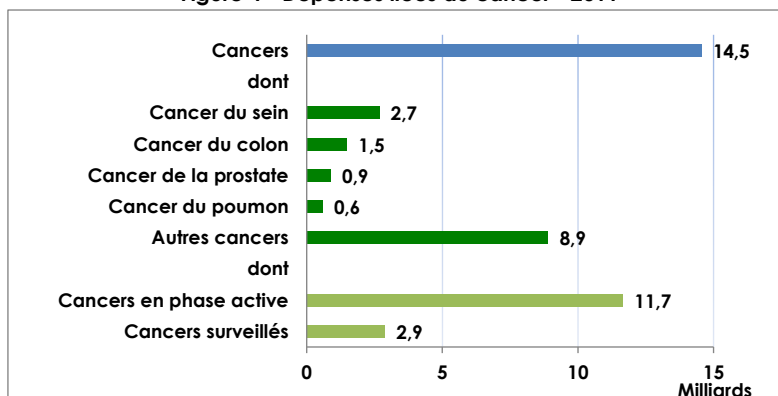
Au total, pathologies et facteurs de risque cardiovasculaires représentent 30,2 milliards d'euros, soit 20,7 % du total des dépenses remboursées.

³ Pour l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie, il s'agit de personnes traitées par des médicaments spécifiques (antihypertenseurs et hypolipémiants) mais qui n'ont ni certaines pathologies cardiovasculaires listées ci-dessus (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque), ni diabète. Pour ces dernières en effet, on considère en effet que ces médicaments sont partie intégrante du traitement de leur pathologie et ils ne sont pas comptabilisés en tant que tels.

Les dépenses imputables au **traitement des cancers** sont d'un niveau équivalent à celles qui concernent les pathologies cardiovasculaires : **14,5 milliards d'euros**, soit 10% des dépenses totales. Quatre cancers ont été individualisés, parmi lesquels le cancer du sein (19% du total) et du colon (10%) engendrent les coûts de prise en charge les plus élevés (Figure 4).

Une distinction a également été opérée entre les cancers « actifs » (ayant donné lieu à une hospitalisation ou une mise en ALD en 2010 ou 2011) et les cancers plus anciens (plus de deux ans). On sait en effet que les dépenses sont très élevées au début de la maladie et qu'elles reviennent ensuite à des niveaux beaucoup plus bas lorsque le cancer est en phase de surveillance. 80% des dépenses sont liées à des cancers en phase active.

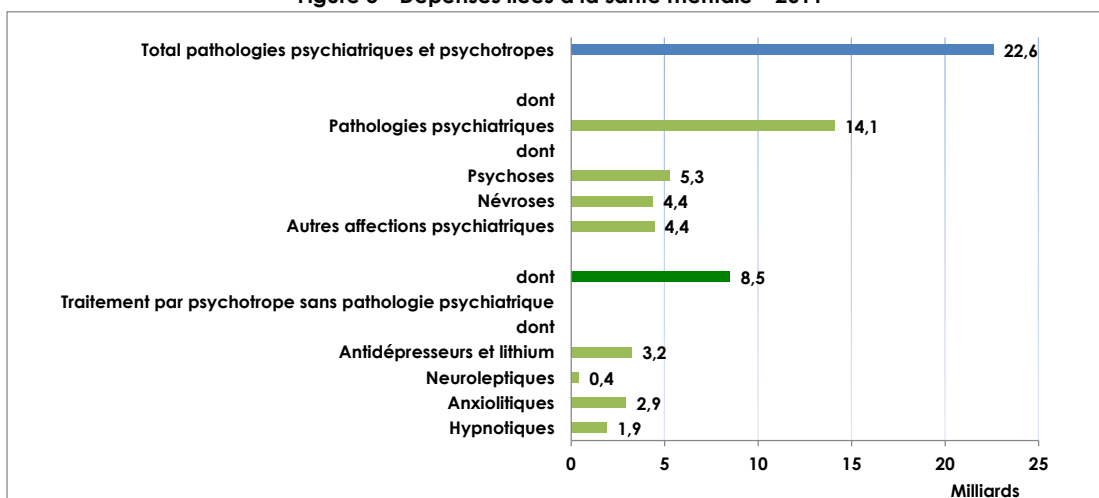
Figure 4 - Dépenses liées au cancer - 2011



Avec **22,6 milliards d'euros**, la **santé mentale** mobilise des ressources importantes. Il faut néanmoins préciser que sous ce terme sont inclus des problèmes de santé de nature très différente :

- d'une part des pathologies psychiatriques pour lesquelles un diagnostic peut être identifié, et dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD ; elles représentent 14,1 milliards d'euros, 60% de ce poste et 10% des dépenses totales ;
- et d'autre part des troubles qui n'ont pas entraîné d'hospitalisation ou d'ALD, mais qui ont amené les individus à une consommation régulière de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques). Les dépenses correspondantes s'élèvent à 8,5 milliards d'euros (6% des dépenses totales).

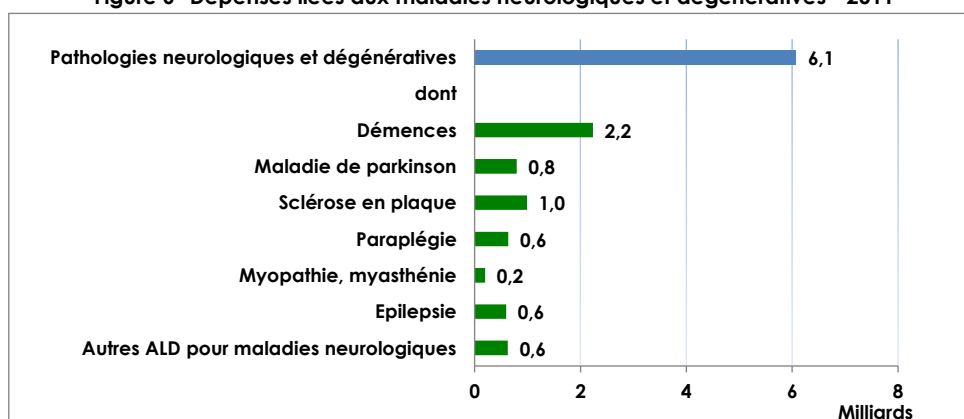
Figure 5 - Dépenses liées à la santé mentale – 2011



Rappelons que les dépenses du secteur médico-social ne sont pas comprises dans ces sommes (notamment la prise en charge dans les structures pour personnes handicapées).

La prise en charge des **pathologies neurologiques et dégénératives** représente **6 milliards d'euros** (4,2% des dépenses totales), dont la moitié pour la maladie de Parkinson et les démences, notamment les pathologies du grand âge (Alzheimer...).

Figure 6 -Dépenses liées aux maladies neurologiques et dégénératives - 2011



Les autres pathologies qui ont pu être identifiées dans cette analyse sont :

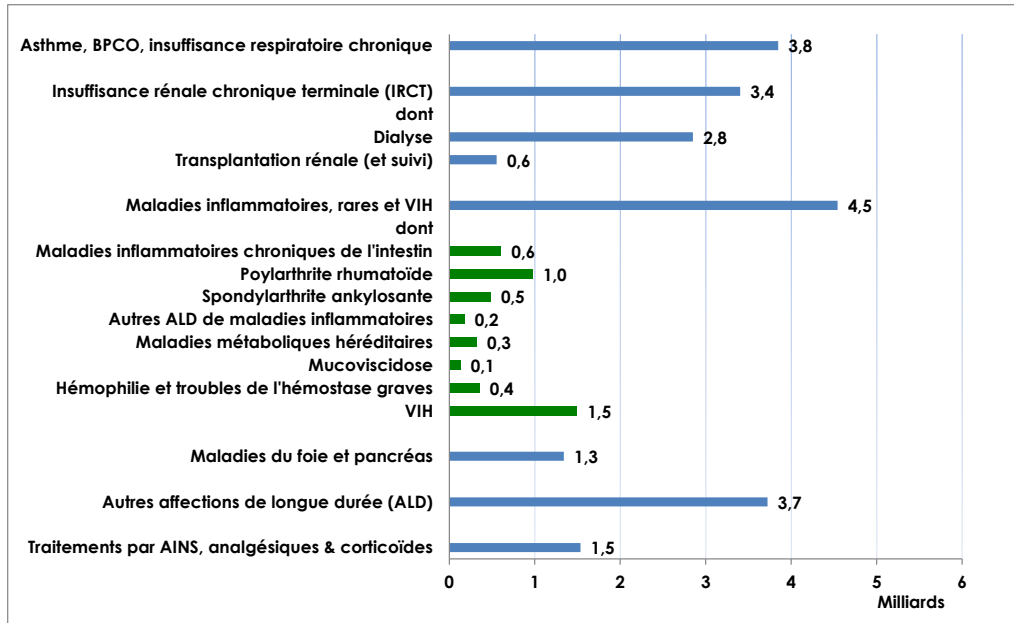
- les **pathologies respiratoires** (asthme, BPCO, insuffisance respiratoire chronique), représentant 3,8 milliards d'euros ;
- **l'insuffisance rénale chronique terminale** (3,3 milliards d'euros) ; plus de 80% de ce coût est lié aux dialyses ;
- les maladies inflammatoires, les maladies rares et le VIH qui totalisent 4,6 milliards d'euros ;
- les maladies du foie et du pancréas (1,3 milliard d'euros).

Les **autres maladies chroniques** (donnant lieu à une prise en charge en ALD, incluant les ALD 31 et 32, et non présentes dans les catégories précédentes) totalisent quant à elles un montant de dépenses de 3,7 milliards d'euros.

Enfin une dernière catégorie que l'on peut rattacher à un contexte d'affection chronique est un ensemble de pathologies qui donnent lieu à des traitements médicamenteux réguliers par **anti-inflammatoires, analgésiques et corticoïdes** (telles que l'arthrose, les lombalgies, dorsalgies,...). L'estimation de 1,5 milliard d'euros de dépenses imputées à ces pathologies constitue une estimation par défaut, la méthode appliquée dans cette analyse conduisant à une sous-estimation di coût.⁴

⁴ En effet n'ont été comptabilisés ici que les patients n'ayant aucune pathologie identifiée, ni aucun traitement médicamenteux (hypotenseurs, hypolipémiants, psychotropes) ni aucun épisode de soins ponctuel (maternité ou hospitalisation).

Figure 7 – Dépenses liées aux autres pathologies chroniques



Si l'on globalise **l'ensemble des maladies lourdes et chroniques** listées ci-dessus, elles représentent au total **92 milliards d'euros** sur les 146 qui peuvent faire l'objet d'une imputation, soit **63%**.

Le reste, soit 54 milliards d'euros (37%) concerne des recours aux soins qui ne s'inscrivent pas dans un contexte de chronicité. Il s'agit soit d'épisodes qui peuvent être coûteux, mais qui sont limités dans le temps (comme la prise en charge de la maternité, ou bien des épisodes hospitaliers ponctuels), soit de soins courants, qui représentent un faible montant par individu mais concernent des populations nombreuses⁵.

Les frais de soins de santé imputables à la **maternité** s'élèvent à **9,4 milliards d'euros** (6% du total), dont un tiers d'indemnités journalières maternité.

Les **épisodes hospitaliers ponctuels**, c'est-à-dire sans rapport avec une pathologie chronique (cancer, pathologie cardiovasculaire, respiratoire, psychiatrique, etc.) représentent en 2011 **29,9 milliards d'euros**, soit 21% des dépenses totales.

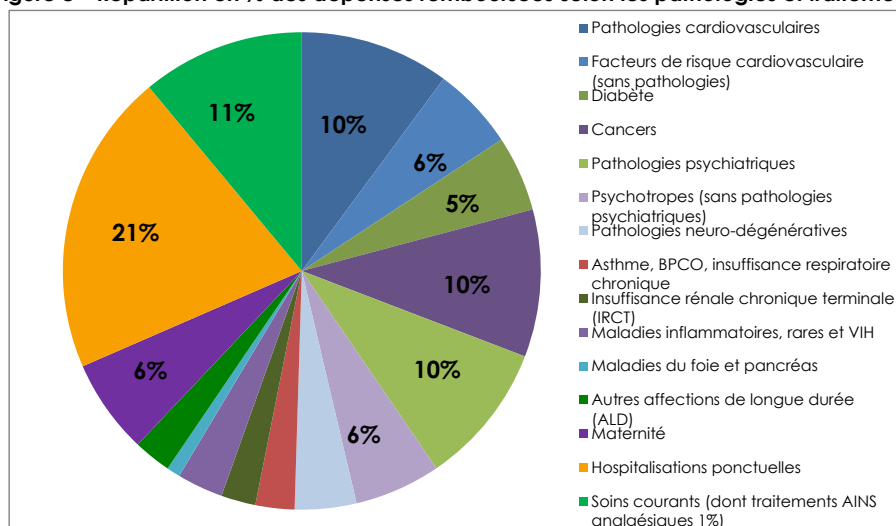
Ils concernent 7,3 millions de personnes, pour un total de 10,5 millions de séjours : parmi les motifs de recours on trouve notamment des explorations (endoscopies), les interventions de chirurgie fonctionnelle (cataracte, prothèses de hanche et de genou, hernies...). Les motifs de recours font l'objet d'une analyse plus détaillée *infra*.

⁵ Il y a bien sûr une marge d'imprécision dans la distinction entre maladies chroniques, épisodes ponctuels et soins courants telle qu'elle est opérée ici, car le recensement des maladies chroniques ne peut prétendre à l'exhaustivité. Voir annexe 1 pour une discussion sur ce point.

Enfin les **soins courants**, qui concernent l'ensemble de la population ayant recours aux soins dans l'année (qu'elle ait ou non par ailleurs des pathologies identifiées, des traitements médicamenteux indiquant des troubles chroniques et/ou des épisodes ponctuels de recours aux soins) représentent **14,5 milliards d'euros**, soit 10% de l'ensemble des coûts répartis.

En synthèse :

Figure 8 – Répartition en % des dépenses remboursées selon les pathologies et traitements



Avec 63% des dépenses totales, on retrouve le poids majeur des pathologies lourdes et chroniques. Mais l'analyse met aussi en évidence l'enjeu économique que représentent des situations de recours aux soins plus limité dans le temps, comme la maternité (6%) et surtout les hospitalisations ponctuelles (pour chirurgie fonctionnelle par exemple), qui représentent 21% du total : ce constat a motivé une analyse plus détaillée des séjours concernés que l'on trouvera plus loin dans ce rapport. Le reste, soit 10%, recouvre des soins courants qui concernent une très large part de la population.

Au sein des pathologies chroniques, les cancers et les maladies cardio-vasculaires, qui sont les principales causes de décès et qui donnent lieu à des traitements intensifs, représentent logiquement une part très importante (10% dans les deux cas). On peut noter aussi l'importance du diabète, qui représente à lui seul 5% - en gardant à l'esprit que ce montant ne comprend pas le coût des complications cardio-vasculaires et rénales du diabète, qui sont rattachées aux pathologies correspondantes.

Moins souvent évoqué est le poids relativement important des ressources consacrées aux pathologies psychiatriques (10%), et plus encore à la santé mentale prise dans un sens très large (16%), si l'on inclut la population qui n'ont pas de pathologies psychiatrique identifiée lors d'un séjour hospitalier ou une mise en ALD, mais qui prend régulièrement des psychotropes. L'importance de ces pathologies est attestée par les analyses internationales en termes de « *burden of disease* », même si elles ne font pas partie des maladies constituant les causes principales de décès.

L'analyse permet également d'estimer l'impact en termes de coût des maladies neurologiques et dégénératives, dont la prévalence s'accroît avec le vieillissement de la population, et d'autres maladies fréquentes ou plus rares (maladies respiratoires, insuffisance rénale chronique terminale, maladies inflammatoires,...).

Les coûts de prise en charge des différentes pathologies résultent à la fois de leur fréquence, c'est-à-dire du nombre de personnes traitées par le système de soins pour ces affections, et du coût de leur traitement, compte tenu des thérapeutiques disponibles et des modalités de soins. Ces deux aspects sont analysés dans les pages qui suivent.

Encadré 1 : Méthode d'estimation des dépenses par pathologie

Objectif

- Répartir le montant des dépenses remboursées et remboursables par l'Assurance maladie par pathologies ou type de recours aux soins et par grands postes de dépenses.

Champ des dépenses réparties

- Seules les dépenses individualisables relevant de l'ONDAM et celles relatives aux prestations en espèces versées au titre de la maternité et de l'invalidité sont prises en compte. Sont donc hors champ les dépenses relevant des MIGAC, FMESP, FAC, FIR, ainsi que les dépenses relevant de l'ONDAM médico-social.

1ère étape : caractérisation des pathologies chroniques et soins ponctuels pour chaque patient

Pour chacun des bénéficiaires du régime général ont été repérés :

- toutes les pathologies chroniques identifiables à partir des diagnostics d'ALD, des diagnostics d'hospitalisation, des traitements médicamenteux ; les algorithmes précis utilisés pour chacune des pathologies sont présentés rapidement en encadré 2 et décrits plus en détail dans l'annexe 1 ;
- indépendamment de ces problèmes de santé chroniques, des épisodes de recours aux soins liés à des maternités ou à des hospitalisations ponctuelles, c'est-à-dire pour des motifs ne se rapportant pas aux pathologies chroniques identifiées (par exemple une prothèse de genou pour un patient ayant par ailleurs une broncho-pneumopathie chronique obstructive).

2ème étape : Affectation des dépenses

- L'affectation des dépenses a été faite de manière descendante, en répartissant les montants remboursés pour chacun des postes de soins (soins de généralistes, spécialistes, médicaments, hospitalisation en court séjour,...), ces dépenses par poste étant calées sur l'ONDAM.
- Les dépenses des bénéficiaires ayant eu recours aux soins dans l'année mais n'ayant aucune des pathologies ou situations de recours aux soins repérées comme indiqué ci-dessus sont classées comme des soins courants.
- Lorsqu'un bénéficiaire a une seule pathologie chronique identifiée (ou épisode hospitalier ponctuel), on défalque du montant de ses dépenses le montant moyen correspondant aux soins courants (estimé comme indiqué ci-dessus), et le solde est affecté à la pathologie ou à l'épisode de soins.
- Lorsqu'un bénéficiaire a plusieurs pathologies et/ou épisodes de soins ponctuels, ses dépenses (hors soins courants) sont réparties au prorata des dépenses moyennes par pathologie ou épisode, telles qu'elles sont observées pour les bénéficiaires n'ayant que cette unique situation de recours aux soins.

Une description plus détaillée de la méthode et une discussion de ses limites sont fournies en annexe 1.

Encadré 1 : liste des pathologies et épisodes de soins retenus

(pour une description plus précise de la méthodologie, des codes retenus et des règles d'inclusion / exclusion, se reporter à l'annexe 1)

Maladies cardiovasculaires

- Infarctus aigu du myocarde (IDM) :
 - Accident vasculaire cérébral aigu
 - Insuffisance cardiaque aiguë
 - Embolie pulmonaire aiguë
 - Maladie coronaire
 - Séquelle d'accident vasculaire cérébral et
 - accident ischémique transitoire
 - Insuffisance cardiaque chronique
 - Artérite oblitérante du membre inférieur
 - Troubles du rythme et de la conduction cardiaque
 - Maladie valvulaire
 - Autres affections cardiovasculaires : Bénéficiaires des ALD cardiovasculaires autres
- Personnes hospitalisées l'année n pour ce motif
- Bénéficiaires d'une ALD au titre de cette pathologie et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années pour ce motif*

Facteurs de risque vasculaire

- Diabète : Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'antidiabétiques oraux ou d'insuline dans l'année ou l'année précédente et/ou bénéficiaires de l'ALD Diabète
 - Antihypertenseurs
 - Hypolipémiants
- Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments spécifiques dans l'année

Cancers

- Cancer du sein actif chez la femme
 - Cancer du côlon actif
 - Cancer du poumon actif
 - Cancer de la prostate actif
 - Autres cancers actifs
 - Cancer du sein sous surveillance chez la femme :
 - Cancer du côlon sous surveillance
 - Cancer du poumon sous surveillance
 - Cancer de la prostate sous surveillance
 - Autres cancers sous surveillance
- Bénéficiaires d'une ALD au titre de ce cancer avec date de début l'année n ou n-1 et/ou personnes hospitalisées pour ce cancer ou pour soins médicaux en rapport avec ce cancer durant l'année n ou n-1
- Bénéficiaires d'une ALD à ce titre avec date de début postérieure à l'année n-1, et/ou personnes hospitalisées pour ce cancer durant au moins une des 5 dernières années*

Affections psychiatriques

- Troubles psychotiques
 - Troubles névrotiques (dont Dépression / Névrose)
 - Troubles du développement mental
 - Troubles de l'alimentation, liés à des substances psycho-actives, troubles du comportement et de la personnalité
 - Autres affections psychiatriques : ALD uniquement
- Bénéficiaires d'une ALD à ce titre et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années - dans un établissement de santé MCO ou psychiatrique - pour ce motif**

* Diagnostic principal ou relié sur les 5 dernières années, diagnostic associé sur l'année en cours uniquement

** Diagnostic principal ou relié sur les 5 dernières années, pas d'utilisation des diagnostics associés

Traitements psychotropes

Patients ayant reçu au moins 3 délivrances :

- d'antidépresseurs ou de lithium
- de neuroleptiques
- d'anxiolytiques
- d'hypnotiques

au cours de l'année n, et n'ayant aucune pathologie psychiatrique identifiée

Maladies neurologiques et dégénératives

- Démences
- Maladie de Parkinson
- Sclérose en plaque (SEP)
- Paraplégie
- Myopathie / Myasthénie
- Epilepsie
- Autres affections neurologiques : ALD uniquement

Bénéficiaires d'une ALD à ce titre et/ou ayant reçu des médicaments spécifiques au cours de l'année n et/ou personnes hospitalisées pour ce motif durant au moins une des 5 dernières années**

Risque maternité

Femmes de 15 à 49 ans prises en charge pour le risque maternité à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse

Asthme - BPCO - Insuffisance respiratoire chronique

Bénéficiaires ayant reçu au moins trois délivrances dans l'année de médicaments spécifiques et/ou bénéficiaires d'une ALD à ce titre et/ou personnes hospitalisées pour ces motifs durant au moins une des 5 dernières années.

Maladies inflammatoires, maladies rares et VIH

- Maladies chroniques inflammatoires de l'intestin
- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondylarthrite ankylosante
- Autres maladies inflammatoires
- Mucoviscidose
- Hémophilie et troubles de l'hémostase graves
- VIH / SIDA
- Maladies métaboliques héréditaires : ALD uniquement

Bénéficiaires d'une ALD à ce titre et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années pour ce motif* (sauf VIH**)

Insuffisance rénale chronique terminale

- Dialyse : personnes hospitalisées pour dialyse (ou ayant des forfaits de dialyse)
- Transplantation rénale : hospitalisation pour ce motif dans l'année
- Suivi de transplantation rénale : personnes recevant des médicaments spécifiques

Maladies du foie et du pancréas

Bénéficiaires d'une ALD à ce titre et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années pour ce motif*

Autres affections de longue durée

Autres bénéficiaires en ALD non présents dans les catégories précédentes

Hospitalisations ponctuelles

Personnes hospitalisées dans l'année pour un motif autre que ceux considérés ci-dessus

* Diagnostic principal ou relié sur les 5 dernières années, diagnostic associé sur l'année en cours uniquement

** Diagnostic principal ou relié sur les 5 dernières années, pas d'utilisation des diagnostics associés

1.1.2. Fréquence des pathologies et épisodes de soins

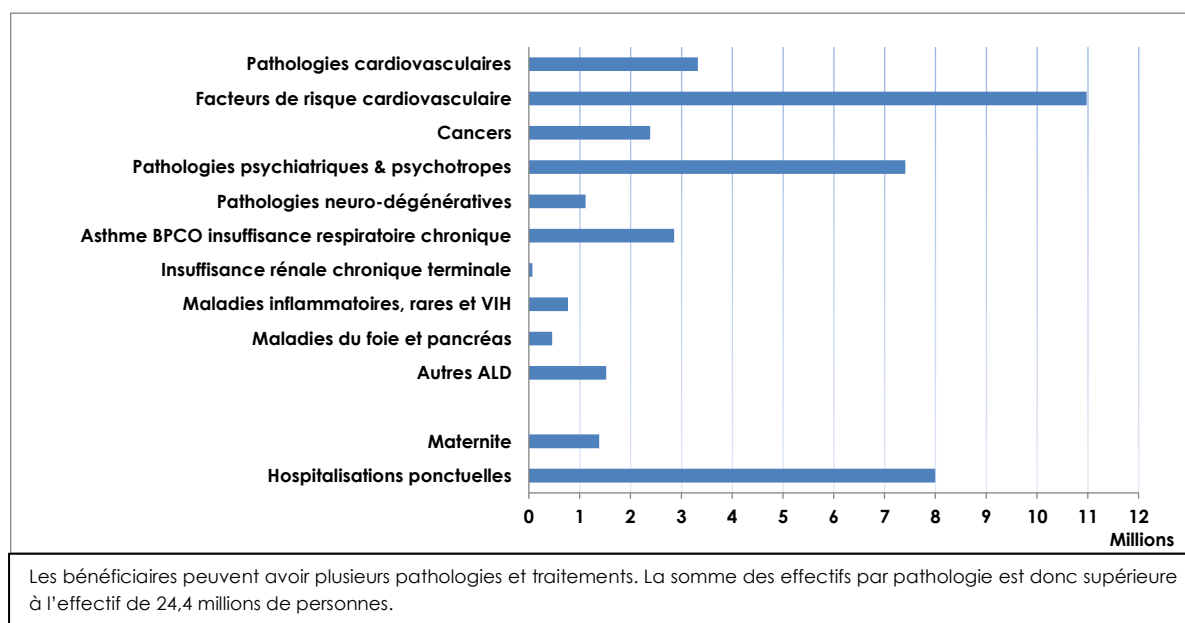
Au-delà de l'analyse des dépenses globales, l'exploitation des données issues du remboursement des soins permet d'appréhender les réalités épidémiologiques sous-jacentes à ces coûts. Si ces éléments ne permettent de repérer, par construction, que les patients traités pour ces pathologies, avec les biais que cela peut entraîner⁶, et s'ils ne remplacent évidemment pas les enquêtes épidémiologiques ou les registres qui permettent d'évaluer les prévalences de manière précise, l'exercice qui est mené ici présente l'intérêt de fournir une photographie d'ensemble des affections dont souffre la population et pour lesquelles le système de soins est mobilisé.

L'analyse concerne ici **uniquement les bénéficiaires du régime général** (contrairement à l'analyse des coûts qui est extrapolée à l'ensemble des régimes).

Fréquence des pathologies et traitements

Sur 58,8 millions de personnes qui ont eu des soins remboursés par le régime général au cours de l'année 2011⁷, 24,4 millions (42%) ont au moins une pathologie, ou un traitement particulier, ou une maternité, ou un épisode hospitalier ponctuel, individualisé par la cartographie. Le reste de la population (34,3 millions de personnes, 58%) n'a eu que des soins courants.

Figure 9 - Effectifs de bénéficiaires du régime général par pathologie / traitement



⁶ Ce qui renvoie à des réalités épidémiologiques (par exemple l'accroissement de la prévalence du diabète, en lien avec la progression de l'obésité), mais aussi à la manière dont le système de soins intervient sur ces pathologies : à état de santé identique, une augmentation du dépistage ou une propension à traiter plus précocement feront apparaître un plus grand nombre de malades.

⁷ Il s'agit des personnes qui ont été affiliées au régime général à un moment ou à un autre de l'année. L'effectif est donc logiquement supérieur à celui des bénéficiaires couverts à un moment donné ou couverts tout au long de l'année par le régime général. En outre, il y a une légère surestimation liée à des doubles comptes pour des personnes changeant de statut.

Sans surprise, on retrouve **cinq grandes catégories de pathologies chroniques** connues comme étant les plus fréquentes, pathologies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques, diabète, cancers et pathologies psychiatriques.

- *Pathologies cardiovasculaires : 3,3 millions de personnes, 5,7% des bénéficiaires*

Les pathologies coronaires sont les plus fréquentes (1,4 million de personnes, 2,4% des bénéficiaires). On trouve 667 000 personnes avec un accident vasculaire cérébral (aigu ou chronique) et 526 000 avec une insuffisance cardiaque (aiguë ou chronique). 289 000 personnes (0,5% de la population) ont eu un épisode aigu, c'est à dire une hospitalisation dans l'année pour infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque ou embolie pulmonaire.

- *Maladies respiratoires chroniques (dont l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'insuffisance respiratoire) : 2,9 millions de personnes, 4,9% des bénéficiaires*
- *Diabète : 2,8 millions de personnes, 4,7% des bénéficiaires*
- *Ensemble des cancers : 2,4 millions de personnes, 4,1% des bénéficiaires*

Les deux cancers les plus fréquemment retrouvés sont ceux du sein (1,8% des femmes) et de la prostate (1,4% des hommes). Les cancers en phase active, c'est à dire ayant nécessité une hospitalisation ou une prise en charge pour ALD dans les 2 ans, concernent 1,6% des bénéficiaires (923 000 personnes), soit 39% des personnes identifiées comme ayant un cancer.

- *Pathologies psychiatriques : 1,7 million de personnes, 2,8% des bénéficiaires.*

Rappelons qu'il s'agit uniquement ici de celles qui ont constitué un motif d'hospitalisation dans les cinq dernières années ou donnent lieu à une prise en charge en ALD.

Parmi les pathologies psychiatriques les plus fréquentes ayant motivé une hospitalisation sur les cinq dernières années ou une mise en ALD, on compte 920 000 personnes prises en charge pour des troubles névrotiques (dépressions et névroses) et 377 000 pour des troubles psychotiques.

D'autres groupes hétérogènes incluent des pathologies moins fréquentes : les affections de longue durée non comprises dans les autres catégories (2,6% au total), les pathologies neurologiques et dégénératives (1,9%), un groupe constitué de maladies inflammatoires, de maladies rares et du VIH (1,3%), et un groupe constitué des maladies du foie et du pancréas (0,8%).

Rappelons qu'une même personne peut cumuler plusieurs pathologies ou motifs de recours, et qu'il n'est donc pas possible d'additionner les effectifs relatifs à chacune d'entre elles.

Outre ces pathologies repérées à partir des diagnostics d'ALD ou d'hospitalisation, la cartographie médicale identifie des groupes de patients traités par des médicaments d'usage relativement fréquent et spécifique : les antihypertenseurs, hypolipémiants, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques et neuroleptiques. Pour ces groupes, seuls les patients n'ayant pas déjà une maladie

identifiée, (certaines pathologies cardio-vasculaires ou diabète pour les traitements du risque vasculaire, psychiatriques pour les traitements psychotropes), ont été considérés.

- *Des traitements antihypertenseurs et hypolipémiants* ont été délivrés⁸ à respectivement 11% et 6,7% des bénéficiaires (au total 14% des personnes sont traitées par l'une ou l'autre de ces catégories).
- *5,8 millions de personnes prennent des traitements psychotropes⁷, soit 10% des bénéficiaires.* Les proportions sont de 5,5%, 4,8%, 3,0% et 0,6% respectivement pour les médicaments anxiolytiques, antidépresseurs et lithium, hypnotiques et neuroleptiques.

Au total, ce sont près de 13% des bénéficiaires (7,4 millions de personnes) qui ont soit une pathologie psychiatrique identifiée (2,8%), soit un traitement psychotrope dans l'année mais sans pathologie retrouvée (10%).

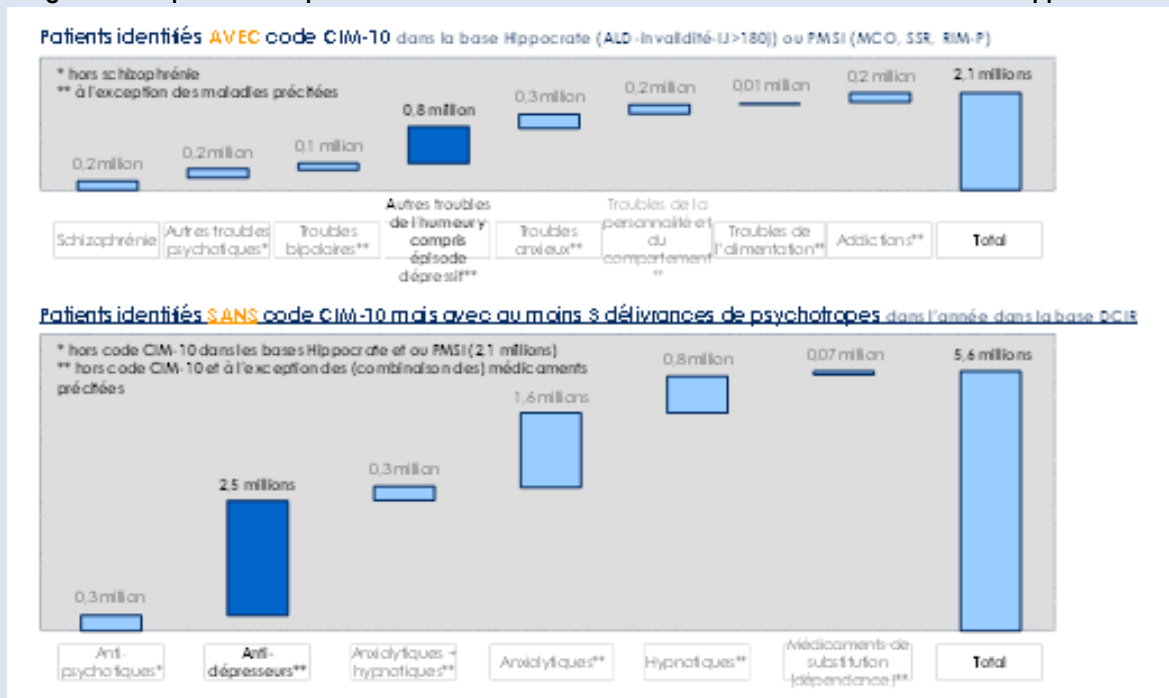
L'effectif est plus élevé si l'on ajoute aux critères d'ALD, d'hospitalisation pour trouble psychiatrique ou de traitement par psychotropes d'autres critères complémentaires, notamment les motifs d'arrêts de travail de plus de six mois, ou les motifs d'invalidité, ou encore les diagnostics associés posés lors d'une hospitalisation qui n'est pas motivée par une pathologie psychiatrique (par exemple une dépression codée en diagnostic associé pour un patient ayant un traitement pour cancer). Avec cette définition plus extensive que celle qui a été retenue dans l'analyse médicalisée globale, on dénombre 8,2 millions de personnes de plus de 18 ans. L'encadré ci-après analyse leur répartition en fonction des pathologies et des types de traitement.

⁸ Au moins trois délivrances dans l'année

Encadré 3 – Analyse complémentaire sur les pathologies psychiatriques et psychotropes

Avec les critères les plus larges, on dénombre 8,2 millions d'adultes (18 ans et plus) ayant eu des soins en rapport avec la sphère de la santé mentale. Sur la base d'une hiérarchie médicale fondée sur la sévérité apparente décroissante des maladies (voir méthodologie en annexe 1), ces patients ont été répartis en 16 groupes :

Figure 16 – Répartition des patients sur la base d'une hiérarchie médicale fondée sur la sévérité apparente

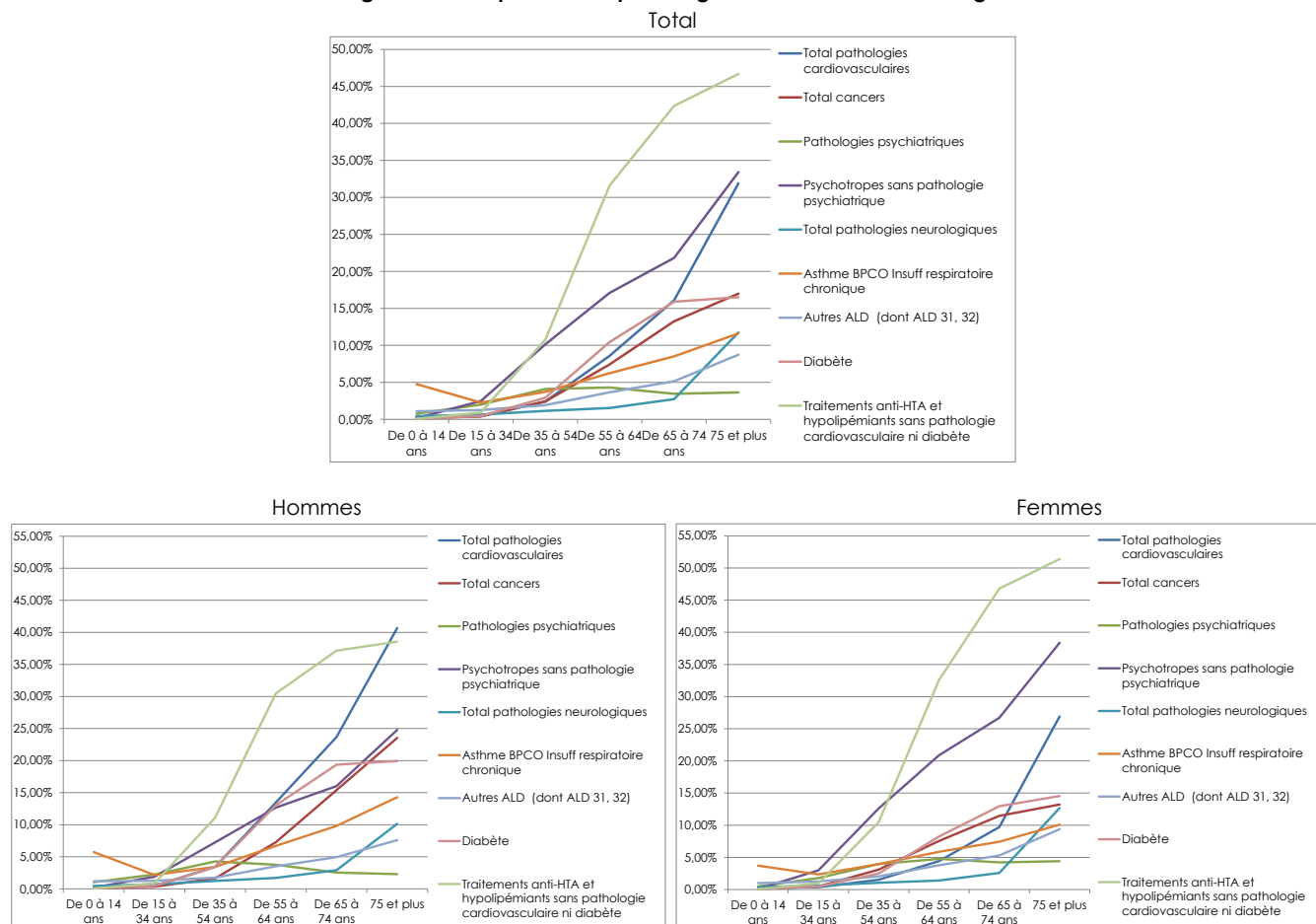


On dénombre ainsi parmi les adultes 2,1 millions de patients identifiés par le code CIM-10 de la maladie codé à partir de l'ALD, d'une hospitalisation ou d'une indemnité journalière de longue durée, dont plus d'un tiers souffre d'épisodes dépressifs caractérisés (« autres troubles de l'humeur »). On compte également 5,6 millions d'adultes ayant une consommation «régulière» de médicament liés à la santé mentale parmi lesquels les consommateurs d'antidépresseurs sont également les plus nombreux (2,5 millions de personnes). Enfin, on compte 500 000 patients identifiés seulement à partir d'une consultation psychiatrique ou de soin en centre médico psychologique (CMP).

La fréquence des pathologies selon l'âge

La fréquence des pathologies et traitements augmente avec l'âge, de manière variable selon les maladies (Figure 10).

Figure 10 – Fréquence des pathologies et traitements selon l'âge



Chez les **adultes âgés de 65 à 74 ans**, les pathologies cardiovasculaires et le diabète dominent (16% pour chaque groupe), avec une prédominance masculine nette dans les deux cas. Viennent ensuite les cancers (13%) et les maladies respiratoires chroniques (8,5%). 42% des personnes dans cette tranche d'âge prennent des traitements antihypertenseurs et/ou hypolipémiants (hors certaines pathologies cardiovasculaires identifiées et diabète), et 22% des psychotropes (hors pathologie psychiatrique identifiée), les femmes étant nettement plus nombreuses que les hommes. Si l'on cumule les pathologies psychiatriques diagnostiquées et les traitements par psychotropes, on trouve 25% de la population de cette tranche d'âge.

Au-delà de 75 ans, près d'une personne sur deux est traitée par antihypertenseurs et/ou hypolipémiants (hors patients ayant des pathologies cardio-vasculaires identifiées ou un diabète). Un tiers est traité par psychotropes, et si l'on y ajoute les pathologies psychiatriques, 37% de cette classe d'âge sont concernés par des problèmes de santé mentale (43% parmi les femmes). Dans cette tranche d'âge les pathologies cardiovasculaires sont particulièrement fréquentes (32%), suivies des cancers (17%) et du diabète (16%), toutes ces pathologies étant plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Les maladies respiratoires chroniques et les maladies neurologiques et dégénératives, notamment démences et maladie de Parkinson, touchent 12% des personnes dans cette tranche d'âge.

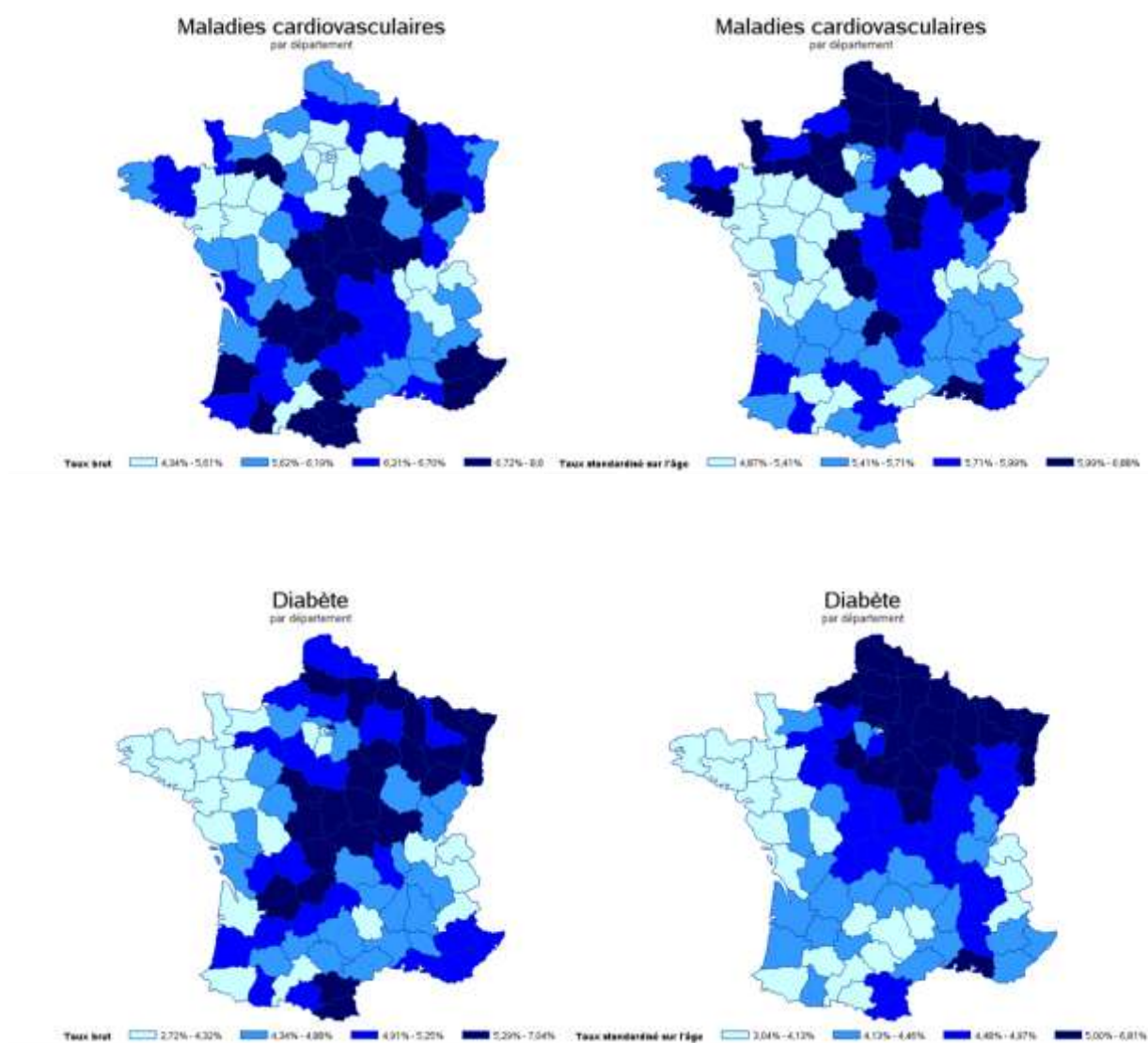
Les disparités géographiques

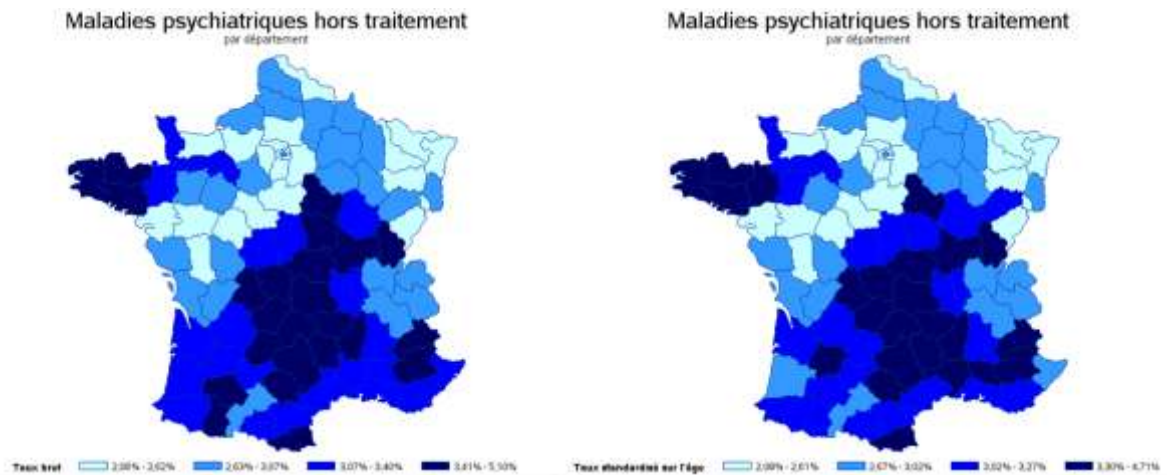
La fréquence des pathologies est variable sur le territoire. Les cartes par département ci-dessous en donnent quelques illustrations (les taux indiqués sont avant et après prise en compte des différences de structures d'âge).

On retrouve le gradient Nord-Sud connu en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires et le diabète, avec des écarts entre départements extrêmes de 40% pour les maladies cardiovasculaires et de 1 à 2,2 pour le diabète (en taux standardisés).

La fréquence plus élevée des pathologies psychiatriques diagnostiquées en Bretagne, dans le centre de la France et dans le Sud renvoie probablement à des logiques d'offre de soins, au-delà des caractéristiques des populations, avec des écarts très importants, de 1 à 2,3 entre départements extrêmes (toujours en taux standardisés).

Figure 11 – Fréquence des pathologies selon les départements
Maladies cardiovasculaires, diabète et pathologies psychiatriques





Les combinaisons de pathologies et la polypathologie

Dans ce qui précède, les pathologies, traitements et épisodes de soins ont été analysés séparément. Mais l'on sait qu'une des problématiques auxquelles le système de soins est confronté est l'importance croissante de la polypathologie, liée notamment à l'allongement de l'espérance de vie et à l'amélioration de la qualité des soins.

L'analyse croisée des pathologies et des traitements montre que cette situation de pathologies et traitements multiples est fréquente.

Si l'on se limite aux pathologies diagnostiquées, 20,9% des bénéficiaires ont au moins une pathologie dans une grande catégorie (une maladie cardiovasculaire, un cancer, une maladie inflammatoire,...). Parmi eux, près de 30% ont au moins une atteinte dans une autre catégorie (c'est-à-dire une maladie cardio-vasculaire + un cancer, ou un diabète + une maladie psychiatrique, etc.), 8% en ont au moins deux autres atteintes et 2% au moins trois (Tableau 1).

Si l'on inclut non seulement les pathologies diagnostiquées mais également les traitements par antihypertenseurs, hypolipémiants et psychotropes, et si l'on comptabilise non plus les catégories, mais les pathologies elles-mêmes, ce sont 35,1% des bénéficiaires qui ont au moins une pathologie ou un traitement. Parmi ceux-ci, la moitié en ont au moins deux, 23% au moins trois et 10% au moins quatre.

Les pathologies cardiovasculaires et les cancers sont les groupes de pathologies dans lesquels les bénéficiaires cumulent davantage de comorbidités : 82% des patients ayant une maladie cardiovasculaire ont au moins une autre pathologie ou traitement, et 33% au moins trois autres ; ces proportions sont de 76% et 28% respectivement pour les patients atteints de cancer.

Tableau 1 – Nombre et % de patients ayant plusieurs pathologies et/ou traitements en 2011

Combinaisons des grandes catégories de pathologies (10 regroupements, hors traitements hors maternité et hospitalisations ponctuelles)

		Parmi l'ensemble de la population		Parmi ceux avec au moins une pathologie	
Aucune		46 476 300	79,1%		
Nombre de grandes catégories associées	1 seule	8 766 900	14,9%	8 766 900	71,4%
	>=2	3 511 700	6,0%	3 511 700	28,6%
	>=3	921 700	1,6%	921 700	7,5%
	>=4	196 900	0,3%	196 900	1,6%
Population		58 754 900	100,0%	12 278 600	100,0%

Combinaisons de toutes les pathologies et tous les traitements hors maternité et hospitalisations ponctuelles

		Parmi l'ensemble de la population		Parmi ceux avec au moins une pathologie	
Aucune		38 119 300	64,9%		
Nombre de pathologies (tops) associées	1 seule	10 583 000	18,0%	10 583 000	51,3%
	>=2	10 052 600	17,1%	10 052 600	48,7%
	>=3	4 789 000	8,2%	4 789 000	23,2%
	>=4	2 111 800	3,6%	2 111 800	10,2%
Population		58 754 900	100,0%	20 635 600	100,0%

Combinaisons de toutes les pathologies et tous les traitements hors maternité et hospitalisations ponctuelles selon l'existence d'une grande catégorie de pathologies

		Maladies cardiovasculaires		Diabète		Cancers		Maladies respiratoires chroniques		Maladies psychiatriques	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de pathologies / traitements associées en 2011	1 seule	610 400	18,4%	1 098 900	39,5%	563 600	23,6%	1 243 200	43,5%	726 500	43,8%
	>=2	2 715 300	81,6%	1 680 800	60,5%	1 822 100	76,4%	1 616 300	56,5%	932 300	56,2%
	>=3	1 875 400	56,4%	899 800	32,4%	1 195 700	50,1%	1 078 500	37,7%	439 700	26,5%
	>=4	1 095 900	33,0%	450 800	16,2%	661 300	27,7%	633 800	22,2%	178 400	10,8%
Population		3 325 700	100,0%	2 779 600	100,0%	2 385 600	100,0%	2 859 500	100,0%	1 658 800	100,0%

Effectifs et coûts de traitement

Le tableau 2 et la figure 12 mettent en relation la dépense totale par pathologie, les effectifs de patients concernés et la dépense moyenne par tête en 2011.

On voit ainsi que si les dépenses relatives aux pathologies respiratoires et à l'insuffisance rénale chronique terminale sont du même ordre de grandeur, les composantes de la dépense – effectifs de malades traités et coûts moyens de traitement – sont très différents.

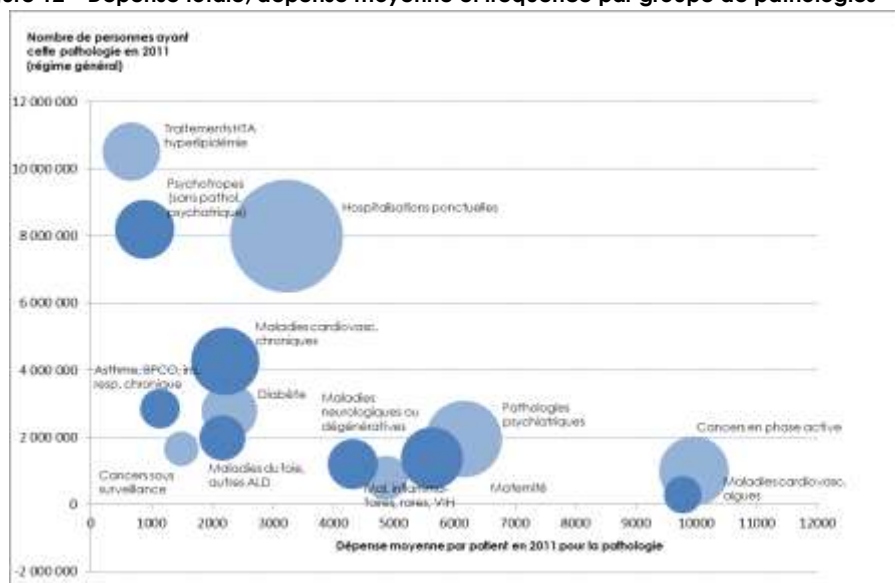
Les coûts moyens pour des traitements d'hypertension ou d'hyperlipidémie sont limités (850 euros), mais ils concernent des populations très nombreuses.

L'effectif important de patients concernés par des hospitalisations ponctuelles, combiné à un coût moyen assez élevé (3 200 euros), explique le poids important de ce poste dans la dépense globale.

Tableau 2 – Dépense totale, effectifs et dépense moyenne par pathologie en 2011

	Dépenses totales 2011 tous régimes (millions d'euros)	Dépenses totales 2011 régime général (millions d'euros)	Effectifs régime général 2011	Dépenses moyennes 2011
Pathologies cardiovasculaires	14 738	12 527	3 325 700	3770
<i>dont pathologies cardiovasculaires aiguës</i>	3 495	2 970	289 500	10260
<i>dont pathologies cardiovasculaires chroniques</i>	11 243	9 557	3 221 200	2970
Cancers	14 545	12 363	2 385 600	5180
<i>dont cancers en phase active</i>	11 657	9 908	923 800	10730
<i>dont cancer surveillés</i>	2 888	2 455	1 550 100	1580
Diabète	7 458	6 339	2 779 600	2280
Traitements anti-HTA et hypolipémiants sans pathologie cardiovasculaire ni diabète	8 194	6 965	8 200 000	850
Pathologies psychiatriques et psychotropes	22 579	19 192	7 410 000	2590
<i>dont pathologies psychiatriques</i>	14 074	11 963	1 658 800	7210
<i>dont psychotropes sans pathologie psychiatrique</i>	8 505	7 229	5 751 200	1260
Pathologies neuro-dégénératives	6 071	5 161	1 116 900	4620
Asthme BPCO	3 847	3 270	2 859 500	1140
Insuffisance rénale chronique terminale	3 403	2 893	67 200	43050
Maladies inflammatoires, rares et VIH	4 543	3 862	769 900	5020
Maladies du foie	1 340	1 139	458 200	2490
Autres ALD	3 722	3 163	1 523 200	2080
Maternité	9 354	7 951	1 383 000	5750
Hospitalisations ponctuelles	29 895	25 411	7 276 900	3490

Figure 12 – Dépense totale, dépense moyenne et fréquence par groupe de pathologies - 2011



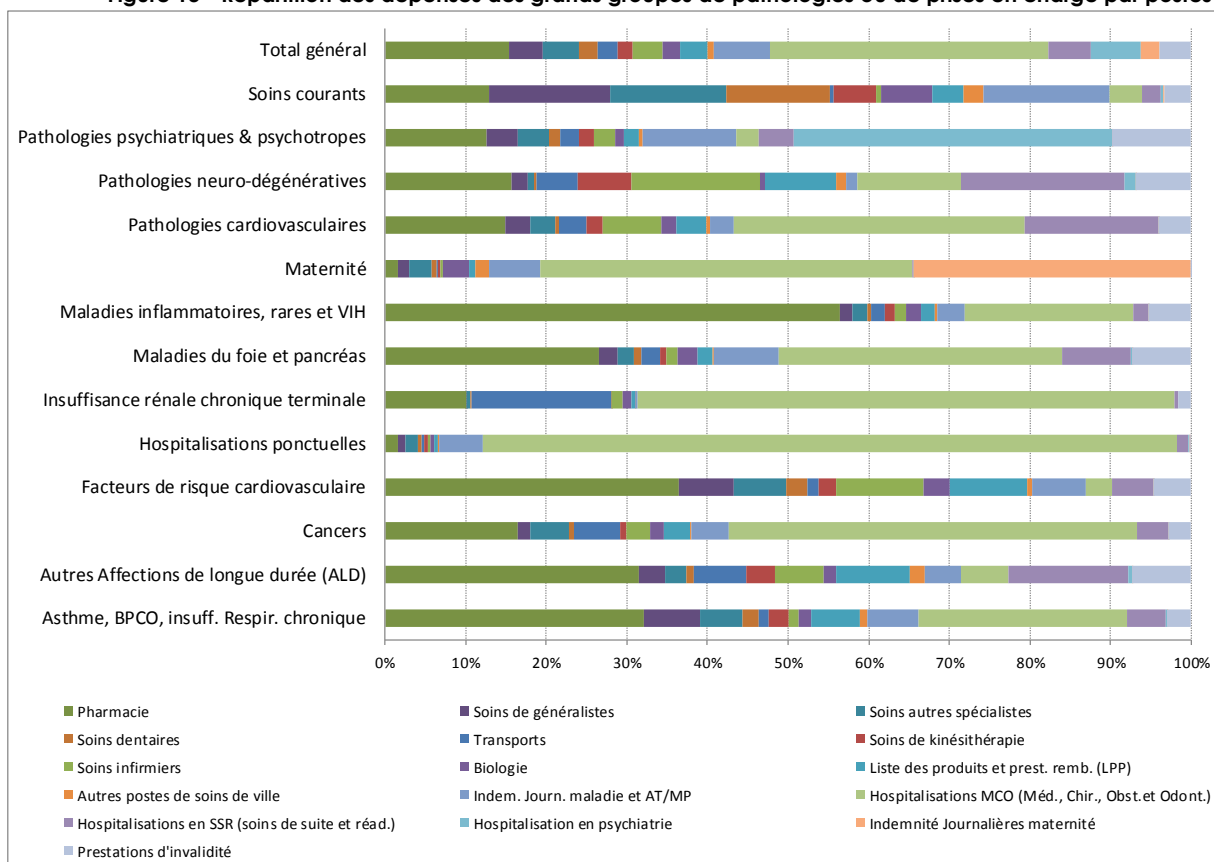
Grille de lecture : la dépense moyenne par patient est en abscisse et l'effectif en ordonnée, la dépense totale est proportionnelle à la taille de la bulle. L'insuffisance rénale chronique terminale, dont les coûts moyens de traitement sont très élevés ne figure pas sur le graphique.

1.1.3. La composition des dépenses par pathologie et par type de soins

Selon les pathologies, la composition des dépenses par type de soins est très variable.

On note ainsi (Figure 13) le poids de la pharmacie pour le groupe des maladies inflammatoires, des maladies rares et du VIH. L'hospitalisation (séances en centres d'hémodialyse) et les transports constituent l'essentiel des dépenses imputables à l'insuffisance rénale chronique, qui sont pour l'essentiel des coûts de dialyse. Avec l'hospitalisation en établissement psychiatrique, les prestations en espèces (indemnités journalières mais aussi invalidité) sont une composante importante du coût des maladies mentales.

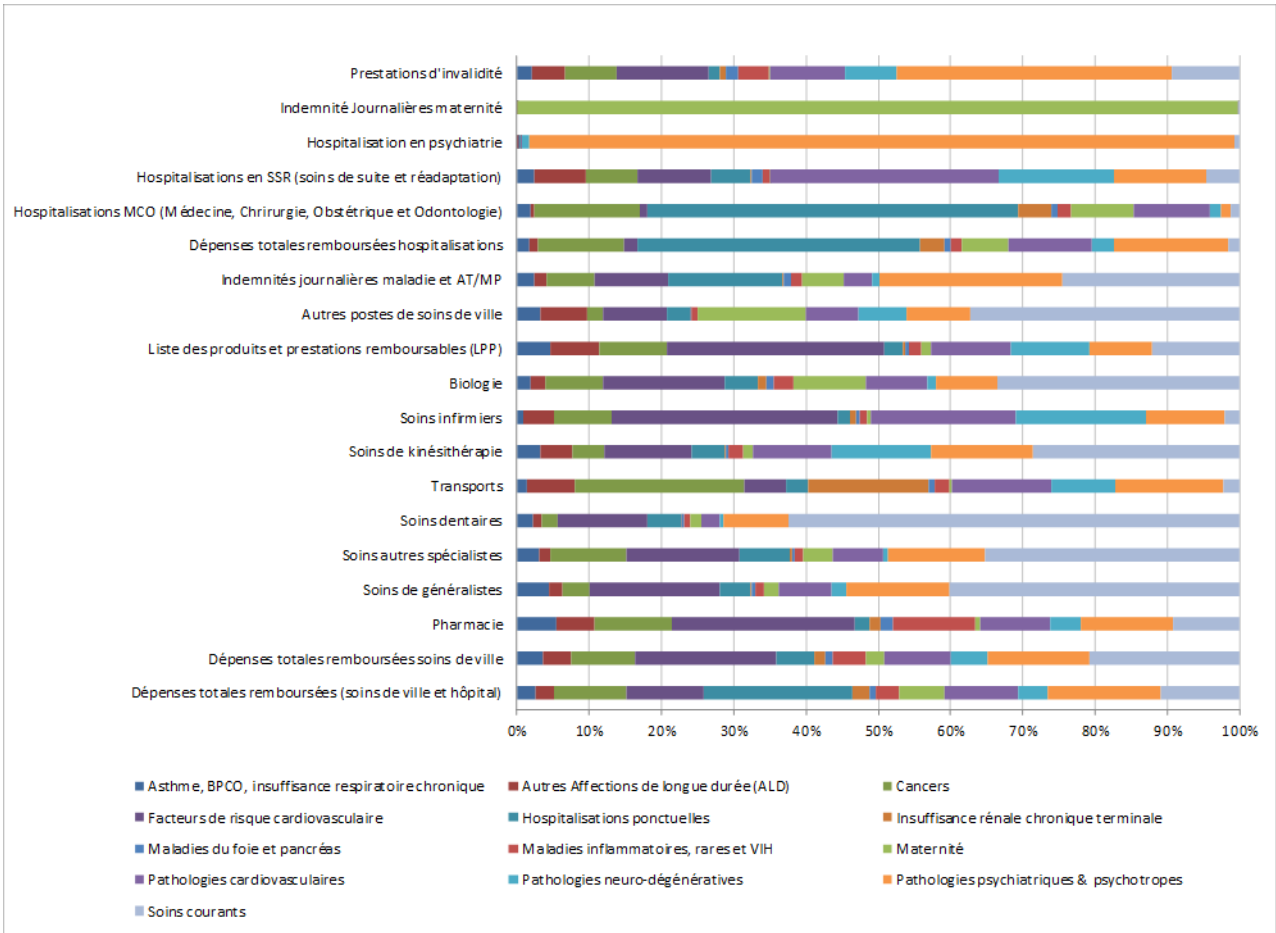
Figure 13 - Répartition des dépenses des grands groupes de pathologies ou de prises en charge par postes



La répartition peut également être analysée selon la grille de lecture inverse : quels sont les types de patients qui ont recours à tel ou tel type de soins, et vers qui l'activité des professionnels est orientée ?

On observe par exemple que les malades qui sont transportés sont notamment des patients atteints de cancer (23%), d'insuffisance rénale chronique (17%) et de pathologies psychiatriques (15%) (Figure 14).

Figure 14 - Répartition des postes de dépenses par grands groupes de pathologies ou prises en charge



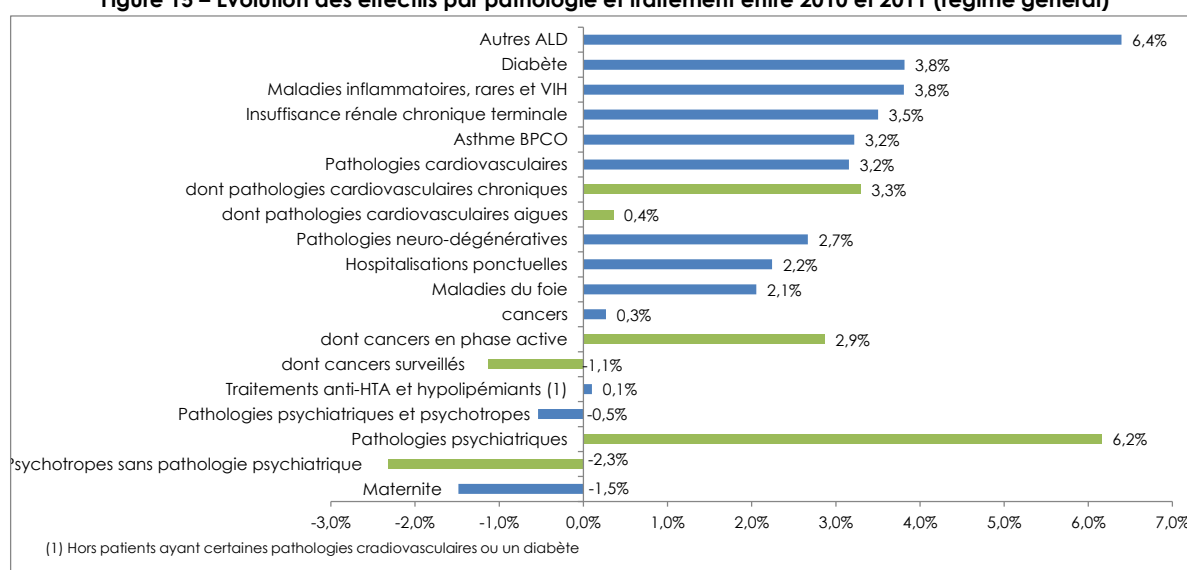
1.2. Les dynamiques d'évolution entre 2010 et 2011

1.2.1. L'évolution des effectifs de malades traités

Le nombre de bénéficiaires du régime général ayant recours aux soins s'est accru de 1% entre 2010 et 2011.

La moitié de cette évolution (+0,5%) reflète la croissance démographique de la population française. Sur les 0,5% restants, une partie est sans doute due à la part croissante prise par le régime général dans la couverture de la population, mais cette évolution est difficile à estimer avec précision.

Figure 15 – Evolution des effectifs par pathologie et traitement entre 2010 et 2011 (régime général)



Les pathologies ayant les plus fortes croissances en termes de nombre de malades traités sont le diabète (+3,8%), le groupe des maladies inflammatoires, maladies rares et VIH (+3,8%, dont +7,1% pour la spondylarthrite ankylosante, +4,3% pour la polyarthrite rhumatoïde, +3,9% pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin), l'insuffisance rénale chronique terminale (+3,5%).

Le taux d'évolution très rapide observé sur les maladies psychiatriques (+6,2%) ne reflète probablement pas une réalité épidémiologique, mais au moins en partie un meilleur repérage lié à la montée en charge du PMSI psychiatrique. On observe d'ailleurs, concomitamment, une baisse du nombre de consommateurs de psychotropes sans pathologie identifiée (-2,3%), ce qui conforte cette hypothèse. Si l'on cumule les deux groupes de population, l'effectif total est légèrement décroissant (-0,5%).

Le nombre de patients pris en charge pour une pathologie respiratoire chronique s'accroît de +3,2%. La même évolution s'observe globalement pour les maladies cardiovasculaires, avec une certaine stabilisation pour les épisodes aigus (+0,4%). Le nombre de personnes traitées pour hypertension ou hyperlipidémie sans avoir de maladie cardio-vasculaire identifiée est stable également.

Le nombre total de patients atteints de cancer apparaît presque stable (+0,3%), mais le nombre de cancers en phase active, qui représentent 80% des dépenses totales, s'accroît de +2,9%.

Concernant les épisodes plus ponctuels de recours aux soins, l'effectif de femmes ayant des soins au titre de la maternité diminue (-1,5%) ; à l'inverse le nombre de personnes qui ont été hospitalisées pour un motif sans rapport avec les pathologies chroniques décrites ci-dessus augmente (+2,4%).

Si la fraction de la population qui a au moins une pathologie ou un traitement médicamenteux chronique identifiés n'évolue pas (elle représente en 2010 comme en 2011 35,1% du total des bénéficiaires ayant utilisé le système de soins dans l'année), les combinaisons de pathologies pour un même patient sont plus fréquentes.

Tableau 3 – Evolution de la polypathologie entre 2010 et 2011

Combinaisons des grandes catégories de pathologies (10 regroupements, hors traitements hors maternité et hospitalisations ponctuelles) – régime général

Année	Aucune		Nombre de grandes catégories associées								Population N
			1 seule		>=2		>=3		>=4		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
2010	46 213 000	79,45%	8 590 500	14,77%	3 360 900	5,78%	865 400	1,49%	179 900	0,31%	58 164 400
2011	46 476 300	79,10%	8 766 900	14,92%	3 511 700	5,98%	921 700	1,57%	196 900	0,34%	58 754 900

Combinaisons de toutes les pathologies et tous les traitements hors maternité et hospitalisations ponctuelles – régime général

Année	Aucune		Nombre de pathologies (tops) associés								Population N
			1 seule		>=2		>=3		>=4		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
2010	37 714 000	64,84%	10 502 800	18,06%	9 947 600	17,10%	4 730 400	8,13%	2 075 300	3,57%	58 164 400
2011	38 119 300	64,88%	10 583 000	18,01%	10 052 600	17,11%	4 789 000	8,15%	2 111 800	3,59%	58 754 900

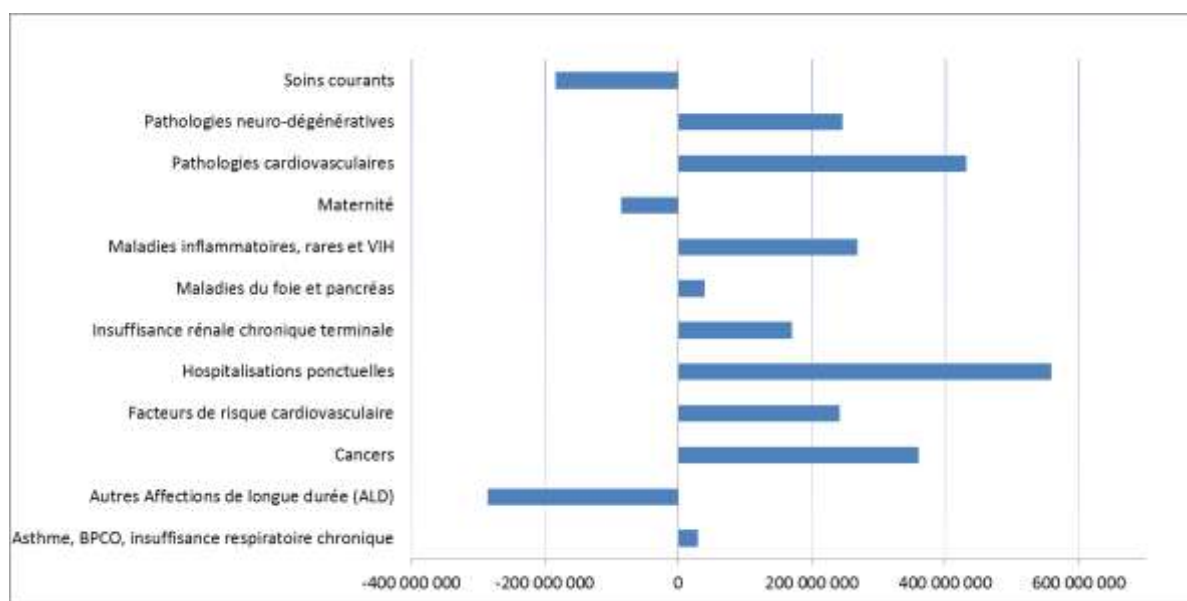
Combinaisons de toutes les pathologies et tous les traitements hors maternité et hospitalisations ponctuelles selon l'existence d'une grande catégorie de pathologies – régime général

	Année	Nombre de pathologies (tops) associés								Population N
		1 seule		>=2		>=3		>=4		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N
Parmi ceux avec										
Maladies cardiovasculaires	2010	597 800	18,54%	2 626 200	81,46%	1 810 900	56,17%	1 055 300	32,73%	3 224 000
	2011	610 400	18,35%	2 715 300	81,65%	1 875 400	56,39%	1 095 900	32,95%	3 325 700
Diabète	2010	1 066 100	39,82%	1 611 400	60,18%	860 700	32,15%	430 500	16,08%	2 677 500
	2011	1 098 900	39,53%	1 680 800	60,47%	899 800	32,37%	450 800	16,22%	2 779 600
Cancers	2010	570 400	23,97%	1 808 800	76,03%	1 185 700	49,84%	653 100	27,45%	2 379 200
	2011	563 600	23,62%	1 822 100	76,38%	1 195 700	50,12%	661 300	27,72%	2 385 600
Maladies respiratoires chroniq	2010	1 200 400	43,33%	1 570 000	56,67%	1 045 200	37,73%	610 400	22,03%	2 770 300
	2011	1 243 200	43,48%	1 616 300	56,52%	1 078 500	37,72%	633 800	22,17%	2 859 500
Maladies psychiatriques	2010	699 400	44,76%	863 200	55,24%	400 500	25,63%	159 300	10,20%	1 562 600
	2011	726 500	43,80%	932 300	56,20%	439 700	26,51%	178 400	10,76%	1 658 800

1.2.2. L'évolution des dépenses

Entre 2010 et 2011, les dépenses totales prises en charge par le régime général (sur le champ qui peut être réparti⁹) ont augmenté de +2,0%, soit 2,8 Mds d'€.

Les principales évolutions en montant concernent les hospitalisations ponctuelles (+ 560 Millions d'€), les pathologies cardiovasculaires (+ 430 millions d'€), les cancers (+ 360 millions d'€)



Hors santé mentale compte tenu des évolutions dans le recueil des séjours psychiatriques

L'évolution est contrastée selon les pathologies.

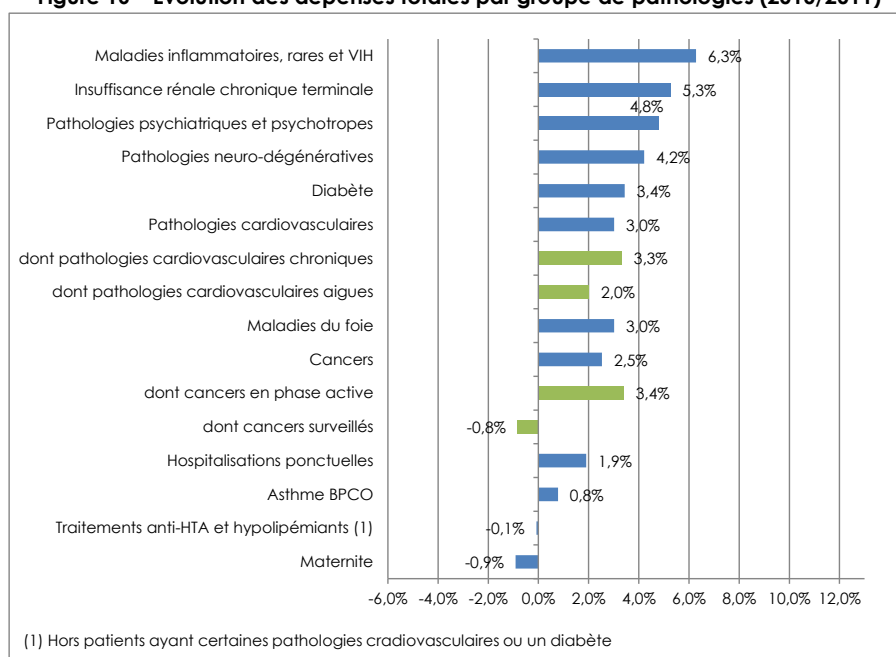
Les croissances les plus rapides sont observées pour le groupe des maladies inflammatoires, maladies rares et VIH (+6,3%), pour l'insuffisance rénale chronique terminale (+5,3%) et pour la santé mentale, au sens large (pathologies psychiatriques ou traitement psychotropes sans pathologie psychiatrique identifiée) (+4,8%).

Pour ces derniers, comme on l'a dit précédemment, les évolutions entre 2010 et 2011 sont entachées d'un biais lié à l'amélioration de l'exhaustivité du PMSI psychiatrie qui conduit probablement à un meilleur repérage des pathologies par les diagnostics hospitaliers en 2011. La progression des effectifs de population souffrant de pathologies psychiatriques est donc surestimée, et de même à l'inverse la baisse des effectifs de personnes traités par psychotropes sans pathologie psychiatrique identifiée. Le même biais se retrouve sur les dépenses, et la

⁹ Rappel : il s'agit des dépenses de l'ONDAM hors établissements et services médico-sociaux, hors MIGAC, FMESP, FAC et FIR (tous ces postes de dépenses n'étant pas individualisables par patient), auxquelles sont ajoutées les dépenses d'IJ maternité et d'invalidité. Les dépenses correspondantes sont de 145,8 Mds en 2011 et de 142,9 en 2010, soit une augmentation de 2 %. Cette croissance est inférieure à celle de l'ONDAM, notamment du fait de l'exclusion des dépenses médico-sociales dont l'évolution est plus dynamique.

décomposition des évolutions est donc sujette à caution. On peut néanmoins noter que si l'on cumule pathologies et traitements, la progression globale est assez soutenue (+4,8%).

Figure 16 – Evolution des dépenses totales par groupe de pathologies (2010/2011)



Viennent ensuite par ordre décroissant les maladies neurologiques et dégénératives (+4,2%), le diabète (+3,4%), les pathologies cardiovasculaires et les maladies du foie et du pancréas (+3,0%), les cancers (+2,5%).

Au sein des pathologies cardiovasculaires, on observe, comme pour les effectifs, des évolutions de dépenses pour les pathologies chroniques supérieures à celles des épisodes aigus ; à l'inverse pour les cancers, ce sont les cancers en phase active dont les dépenses progressent plus vite, là encore en cohérence avec les évolutions d'effectifs.

Les progressions les plus modérées s'observent pour les hospitalisations ponctuelles (+1,9%) et les pathologies respiratoires (+0,8%). Les coûts des traitements hypotenseurs et hypolipémiants sont stables (rappelons qu'il s'agit des patients qui n'ont pas certaines pathologies cardiovasculaires ou un diabète), les dépenses liées à la maternité diminuent.

Globalement, ce sont les dynamiques de patients traités qui fondent en 2011 l'évolution des dépenses, beaucoup plus que d'éventuelles évolutions de processus de soins qui se traduiraient dans l'évolution du coût moyen de traitement par patient (Figure 17 et Figure 18).

Figure 17 – Evolution entre 2010 et 2011 des dépenses totales, des effectifs (régime général) et des dépenses moyennes (régime général)

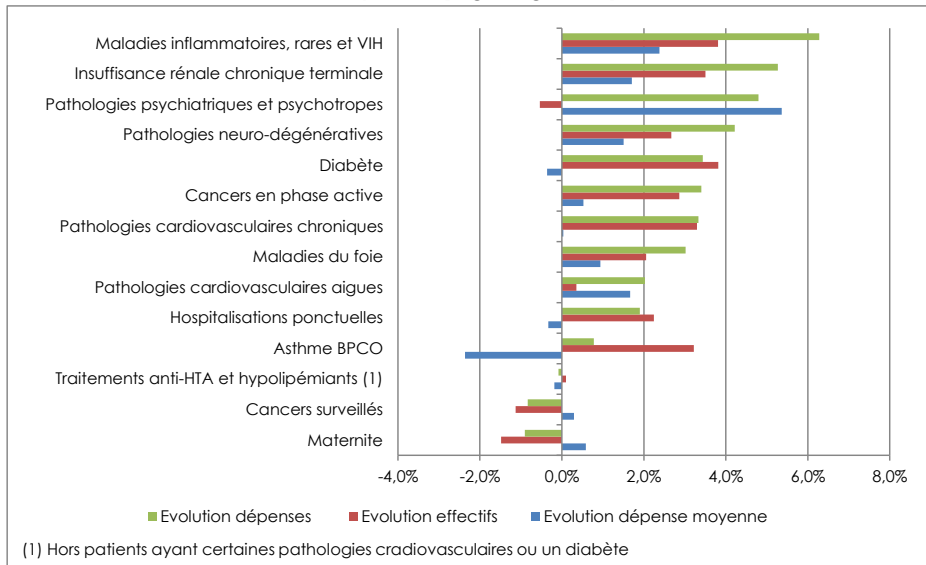
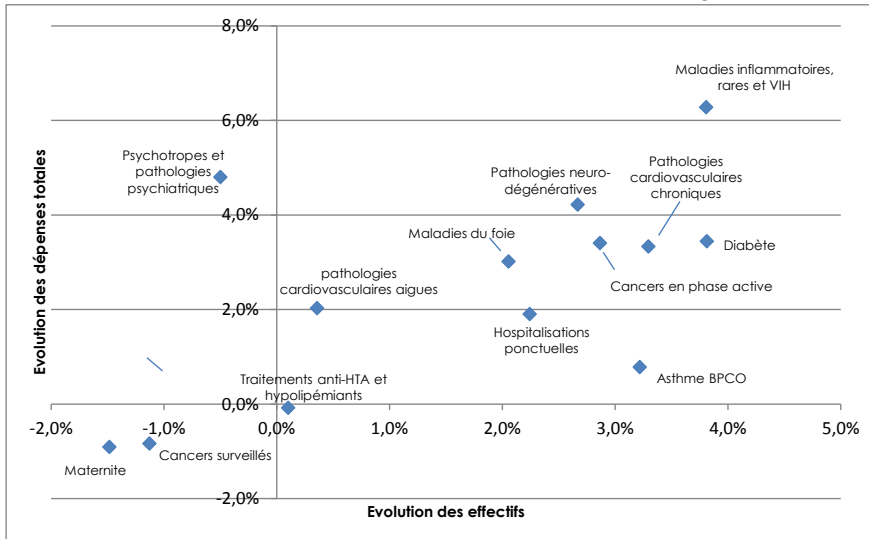


Figure 18 – Evolution entre 2010 et 2011 des effectifs et des dépenses par groupe de pathologies

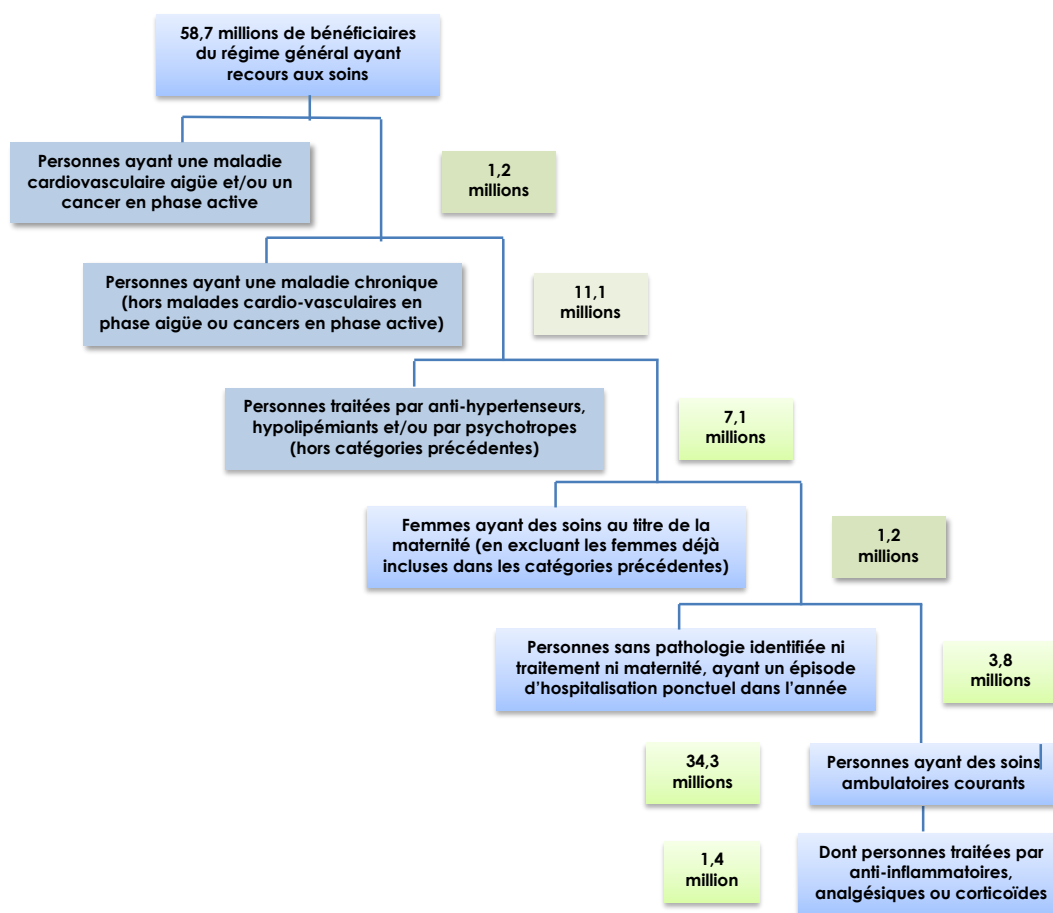


1.3. Typologie de la population ayant recours au système de soins

Les analyses qui précèdent sont fondées sur un recensement de toutes les pathologies et traitements repérables pour un individu donné : on appréhende ainsi des maladies, mais non des patients considérés avec l'ensemble de leurs problèmes de santé.

Une approche complémentaire a donc été menée pour définir différents groupes de populations, en fonction des pathologies qui les affectent et de leur gravité. Contrairement aux approches de prévalence développées précédemment, ces groupes sont mutuellement exclusifs.

Figure 19 – Répartition de la population du régime général en différents groupes selon leurs caractéristiques en termes de pathologies et de recours aux soins (régime général)



Sur les 58,8 millions de personnes couvertes par le régime général de l'Assurance maladie en 2011 et ayant eu recours aux soins¹⁰ :

- 1,2 million de personnes ont des pathologies cardiovasculaires en phase aiguë (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque ou embolie pulmonaire dans l'année) ou des cancers en phase active (ces personnes pouvant par ailleurs avoir d'autres maladies chroniques) ;
- 11,1 millions ont des maladies chroniques (y compris pathologies cardiovasculaires sans épisode aigu, ou cancers en phase de surveillance) ; ces maladies sont caractérisées, au sens où elles ont motivé une mise en ALD ou entraîné une hospitalisation dans l'année ;
- 7,1 millions n'ont pas de maladie identifiée au sens indiqué ci-dessus, mais elles ont été traitées au cours de l'année 2011 par antihypertenseurs, par hypolipémiants et/ou par des psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques) ; ce sont donc des personnes qui ont des facteurs de risque vasculaire (hypertension, hypercholestérolémie) ou des difficultés psychiques amenant les médecins à les traiter par médicaments ;

¹⁰ On estime à environ 3,5 millions le nombre de personnes qui n'ont eu aucun recours aux soins au cours de l'année 2011.

- 1,2 million de femmes ont des soins au titre du risque maternité (en excluant les maternités de femmes déjà incluses dans les catégories précédentes au titre des pathologies ou des traitements) ;
- 3,8 millions de personnes n'ont aucune pathologie identifiée en phase aiguë ou chronique, ni traitement au long cours, ni maternité, mais ont un épisode d'hospitalisation ponctuel dans l'année, notamment pour des interventions chirurgicales ; il y a bien sûr également des épisodes hospitaliers de ce type pour les personnes incluses dans les catégories précédentes (le nombre total de personnes concernées par des épisodes de ce type est, comme on l'a vu précédemment, de 8 millions de personnes) ;
- 34,3 millions de personnes ont uniquement des soins courants, sans pathologie identifiée, hospitalisation ou maternité. Il peut exister néanmoins, au sein de cette population, des personnes qui souffrent de troubles autres que ceux identifiés précédemment : ainsi 1,4 million de personnes prennent régulièrement des anti-inflammatoires, analgésiques, corticoïdes, ce qui peut refléter des problèmes d'arthrose, de lombalgie,...

Ces grandes catégories regroupent des patients qui présentent, au cours de l'année considérée, des types et niveaux de besoins de soins ayant une relative homogénéité, depuis les soins très lourds pour des maladies à fort risque vital jusqu'aux soins ambulatoires courants. Cette classification est globalement en accord avec les taux de décès, et elle est évidemment très discriminante du point de vue de la dépense moyenne observée (Tableau 4).

Tableau 4 – Caractéristiques des groupes de population- régime général

		Age moyen	Taux de décès		Effectifs	Dépenses totales d'Assurance maladie	%		Dépense moyenne par personne
				Ajusté sur l'âge			des effectifs	des dépenses d'Assurance maladie	
1	Personnes avec pathologies cardiovasculaires en phase aiguë et/ou cancers actifs	67 ans	19,3%	10,4%	1 191 200	19 492,3 M€	2,0%	16,2%	16 630 €
2	Personnes avec autres maladies chroniques	56 ans	3,1%	1,4%	11 087 400	61 952,7 M€	18,9%	51,6%	5 590 €
3	Personnes sous traitements antihypertenseurs, hypolipémiants ou psychotropes	59 ans	0,4%	0,3%	7 135 200	11 402,4 M€	12,1%	9,5%	1 600 €
4	Femmes en maternité sans pathologie chronique	30 ans	0,0%	0,0%	1 221 600	6 144,4 M€	2,1%	5,1%	5 030 €
5	Personnes avec hospitalisation ponctuelle sans pathologie identifiée	28 ans	Brut	0,6%	3 775 300	9 693,1 M€	6,4%	8,1%	2 570 €
6	Consommateurs de soins ambulatoires courants	29 ans	0,1%	0,4%	34 343 900	11 318,9 M€	58,4%	9,4%	330 €

Entre 2010 et 2011, les deux premiers groupes, correspondant aux personnes les plus malades, sont ceux dont les effectifs ont augmenté le plus, respectivement +2,3% et +2,8%. Leur part dans les effectifs totaux est passée de 2,00% à 2,03% pour le groupe 1 des phases aiguës et de 18,55% à 18,87% pour le groupe 2 des autres pathologies.

Les effectifs de patients hospitalisés ponctuellement (sans pathologie chronique ou aigüe identifiée) ont augmenté de +1,5%, leur poids est passé de 6,40% à 6,45%.

Le nombre de patients traités par antihypertenseurs, hypolipémiants ou psychotropes sans pathologie identifiée diminue, ainsi que celui des femmes en maternité (-1,7% dans les deux cas).

Le nombre de personnes n'ayant que des soins courants augmente de 1%, comme l'ensemble des bénéficiaires du régime général ayant recours aux soins dans l'année.

Tableau 5 – Evolution des effectifs de chacun des groupes de population – régime général

	2011	% du total	2010	% du total	Evolution 2011/2010
Personnes avec pathologies cardiovasculaires aiguës et cancers actifs	1 191 221	2,03%	1 164 833	2,00%	2,3%
Personnes avec autres pathologies (hors pathologies précédentes)	11 087 426	18,87%	10 786 603	18,55%	2,8%
Personnes traitées par antihypertenseurs, hypolipémiants ou psychotropes	7 135 291	12,14%	7 255 697	12,47%	-1,7%
Risque maternité (sans pathologie ni traitement)	1 221 640	2,08%	1 243 251	2,14%	-1,7%
Personnes avec hospitalisation ponctuelle (sans pathologie, traitement ou maternité)	3 775 363	6,43%	3 720 914	6,40%	1,5%
Personnes ayant des soins ambulatoires courants	34 343 967	58,45%	33 993 146	58,44%	1,0%
Total des bénéficiaires ayant recours aux soins dans l'année	58 754 900	100%	58 164 400	100%	1,0%

1.4. Focus sur les épisodes hospitaliers ponctuels

Les épisodes hospitaliers ponctuels représentent en 2011 29,9 milliards d'euros, soit 21% des dépenses totales.

Sont qualifiés d'épisodes ponctuels des hospitalisations dont le motif d'hospitalisation est sans rapport avec les pathologies identifiées dans la cartographie médicale (cancer, pathologie cardiovasculaire, respiratoire, psychiatrique,...) ; certains d'entre eux peuvent donc être en rapport avec d'autres maladies non individualisées. Rappelons que ces hospitalisations ponctuelles peuvent concerner des patients qui ont, par ailleurs, une pathologie identifiée (par exemple une prothèse de hanche pour une personne ayant une insuffisance cardiaque), et que les dépenses correspondantes comprennent, outre des coûts hospitaliers, les dépenses de soins de suite et, le cas échéant, d'arrêts de travail liés à l'hospitalisation elle-même.

En 2011, on dénombre près de **10,5 millions d'épisodes hospitaliers ponctuels** (hors séances et prise en charge des nouveau-nés, hors IVG), dans les établissements de santé privé et public du champ médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Ces séjours concernent **7,3 millions de patients**.

Par rapport à 2010, on observe une augmentation du nombre d'épisodes hospitaliers ponctuels de 2,4%, soit 248 000 séjours supplémentaires, correspondant à une augmentation du nombre de patients de 2,2% (160 000 patients).

Une dizaine de motifs d'hospitalisation totalisent à eux seuls plus d'un tiers des séjours de l'année (35%), et le nombre de séjours augmente entre 2010 et 2011 pour presque tous ces motifs. Les endoscopies digestives représentent à elles-seules 11% des séjours ; les interventions de chirurgie fonctionnelles les plus fréquentes (cataracte, chirurgie de la main et du poignet, chirurgie de la bouche et des dents, chirurgies majeures orthopédiques, arthroscopies, chirurgie ORL, hernies) totalisent 18% des séjours, et leur nombre croît de +4,4% entre 2010 et 2011. Les gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, les symptômes digestifs et les signes et symptômes sont les autres motifs les plus fréquents (7% au total) et sont, eux, en légère diminution (Tableau 6).

Les séjours de chirurgie orthopédique et traumatologique représentent une part plus importante des dépenses que des séjours (Tableau 7).

Selon l'âge, la répartition des motifs de recours varie beaucoup (Tableau 8).

Tableau 6 - Nombre de séjours en 2010 et 2011 pour les principaux motifs d'hospitalisation ponctuelle

		Nombre de séjours en 2011	% du total en 2011	Nombre de séjours en 2010	Evolution
Explorations					
	Endoscopie digestive	1 098 000	11,0%	1 072 000	2,4%
Chirurgie fonctionnelle					
	Chirurgie de la cataracte	556 000	5,6%	531 000	4,7%
	Chirurgie de la main et du poignet	296 000	3,0%	286 000	3,5%
	Chirurgie de la bouche et des dents	261 000	2,4%	247 000	5,7%
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	242 000	2,0%	232 000	4,3%
	Arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires	205 000	2,0%	198 000	3,5%
	Amygdalectomie, adénoïdectomie, pose de drains transtympaniques	176 000	1,8%	168 000	4,8%
	Hernies	176 000	1,8%	170 000	3,5%
Médecine					
	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	226 000	2,2%	225 000	0,0%
	Symptômes digestifs	198 000	2,0%	195 000	1,5%
	Signes et symptômes	279 000	2,8%	297 000	-6,1%

Tableau 7 - Premiers motifs de séjours – poids dans le total des séjours et dans le total des dépenses d'hospitalisation MCO (régime général)

		% dans le total en termes de	
		nombre de séjours	Dépenses
Explorations			
	Endoscopies digestives	11,0%	3,8%
Chirurgie fonctionnelle			
	Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche fémur genou)	2,0%	9,2%
	Cataractes	5,6%	3,6%
	Chirurgies main, poignet	3,0%	1,5%
	Chirurgies de la bouche et des dents	2,4%	1,0%
	Infections respiratoires	1,6%	3,3%
	Chirurgies rachis/moelle	2,5%	0,9%
	Chirurgie digestive majeure	2,0%	0,4%
	Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires	2,0%	2,0%
	Amygdalectomies, VG, drains transtympaniques	1,8%	0,5%
Médecine			
	Signes et symptômes	2,8%	2,7%
	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif	2,2%	1,7%
	Symptômes digestifs	2,0%	0,9%

Tableau 8 - Les dix causes principales d'hospitalisation ponctuelle en fonction de l'âge en 2011

n : patients ; s : séjours

Quel que soit l'âge	0-14 ans	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et plus
10 464 000 séjours 7 277 000 patients 19,33 milliards € (100%)	1 029 000 séjours (10%) 831 000 patients 1,35 milliard € (7%)	1 534 000 séjours (15%) 1 446 000 patients 2,16 milliards € (11%)	2 514 000 séjours (24%) 1 811 000 patients 3,95 milliards € (21%)	1 790 000 séjours (17%) 1 190 000 patients 3,25 milliards € (17%)	1 541 000 séjours (15%) 967 000 patients 3,16 milliards € (16%)	2 051 000 séjours (19%) 1 248 000 patients 5,45 milliards € (28%)
Endoscopie digestive (1 098 000)	amygdalectomie et/ou adénoïdectomie et pose de drains trans-tympaniques (150 000)	chirurgies de la bouche et des dents (192 000)	Endoscopie digestive (360 000)	Endoscopie digestive (312 000)	Endoscopie digestive (221 000)	Chirurgie de la cataracte (298 000)
Chirurgie de la cataracte (556 000)	Chirurgie urologique (65 000)	Endoscopie digestive (97 000)	chirurgies de la main et du poignet (108 000)	Chirurgie de la cataracte (71 000)	Chirurgie de la cataracte (164 000)	Chir. orthopédiques majeures (dt hanche genou) (116 000)
chirurgie de la main et du poignet (296 000)	gastroentérites et maladies diverses du tube digestif (65 000)	interruption volontaire de grossesse (90 000)	arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires (84 000)	chirurgies de la main et du poignet (63 000)	Chir. orthopédiques majeures (dt hanche genou)(61 000)	Endoscopie digestive (103 000)
signes et symptômes (279 000)	bronchites, bronchiolites et asthme (46 000)	chirurgies de la main et du poignet (54 000)	chirurgies de l'utérus et des annexes (82 000)	signes et symptômes (45 000)	chirurgies de la main et du poignet (34 000)	infections respiratoires (76 000)
chirurgie de la bouche et des dents (261 000)	signes et symptômes (31 000)	arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires (51 000)	toxicomanies et alcoolisme (67 000)	arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires (44 000)	signes et symptômes (35 000)	signes et symptômes (72 000)
chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et genou) (242 000)	traumatismes crâniens (26 000)	autres chirurgies gynécologiques autres que le sein (47 000)	signes et symptômes (58 000)	chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou) (41 000)	hernies (32 000)	autres maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, T. SID (54 000)
arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires (205 000)	Chirurgie Fractures, entorses, luxations, tractions (26 000)	iatrogénie, intoxications médicamenteuses et chimiques (40 000)	autres chirurgies gynécologiques autres que le sein (57 000)	hernies (39 000)	gastroentérites et maladies diverses du tube digestif (29 000)	gastroentérites et maladies diverses du tube digestif (51 000)
symptômes digestifs (198 000)	chirurgies de la main et du poignet (25 000)	autres chirurgies ORL (39 000)	endoscopies génito-urinaires, avec ou sans anesthésie (55 000)	symptômes digestifs (32 000)	symptômes digestifs (26 000)	cardiologie autres (43 000)
amygdalectomie et/ou adénoïdectomie et pose de drains trans-tympaniques (176 000)	infections reins et voies urinaires, lithiases (22 000)	chirurgies rectum/anus (hors résections) (39 000)	chirurgie inter spécialités (52 000)	cardiologie autres (30 000)	autres maladies immunitaires, du Sang, des Organes hématopoïétiques, T. SID(25 000)	maladies osseuses et arthropathies (37 000)
gastroentérites et maladies diverses du tube digestif (225 000)	infections respiratoires (22 000)	chirurgie inter spécialités (37 000)	iatrogénie, intoxications médicam. et chimiques (50 000)	chirurgie de la cheville ou du pied (28 000)	cardiologie autres (25 000)	symptômes digestifs (34 000)

Parmi les séjours ponctuels, 66% concernent des patients ayant au moins une pathologie individualisée dans la cartographie médicale des patients, soit 6,9 millions de personnes, dont :

- 680 000 séjours pour endoscopies digestives ;
- 472 000 pour cataractes ;
- 219 000 pour signes et symptômes
- 206 000 pour chirurgie orthopédique majeure ;
- 154 000 séjours pour chirurgie de la main et du poignet ;

La moyenne d'âge de ces patients qui ont d'autres pathologies est plus élevée (60 ans) que pour l'ensemble des patients ayant une hospitalisation ponctuelle (45 ans).

Les motifs de recours des patients hospitalisés ponctuellement et sans pathologie individualisée dans la cartographie médicale des patients se répartissent en 2011 de la manière suivante :

- 419 000 séjours pour endoscopies digestives ;
- 211 000 pour chirurgies de la bouche et des dents ;
- 145 000 pour amygdalectomie et/ou adénoïdectomie et pose de drains transtympaniques ;
- 142 000 séjours pour chirurgie de la main et du poignet ;
- 121 000 pour arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires.

Leur moyenne d'âge n'est que de 28 ans.

Les séjours d'hospitalisation ponctuelle pour séances (environ 600 000 en 2011), quel que soit le motif, concernent 84 000 patients. Les premiers motifs sont les chimiothérapies pour affection non tumorale (98 000 séjours) et les transfusions (72 000 séjours).

Répartition des patients selon le caractère *urgent*¹¹ versus *programmé*

En 2011, 21% des séjours pour hospitalisation ponctuelle débutent par une unité médicale autorisée à délivrer des soins en urgence, soit 2,2 millions de séjours, dont 113 000 pour infection respiratoire, 110 000 pour gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, 101 000 pour iatrogénie, intoxications médicamenteuses et chimiques (cette catégorie comprend aussi les tentatives de suicide), 96 000 pour symptômes digestifs.

Par rapport à 2010, on observe une augmentation de 9% du nombre de séjours ayant débuté par une unité médicale autorisée à délivrer des soins en urgence. On retrouve en 2010 la iatrogénie et les intoxications médicamenteuses et chimiques (98 000 séjours), les gastroentérites et maladies diverses du tube digestif (101 000 séjours), les symptômes digestifs (89 000 séjours) ainsi que les infections respiratoires (94 000 séjours).

¹¹ Dans son guide méthodologique de recueil de l'information médicale en MCO, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) propose un algorithme d'identification des hospitalisations après un passage aux urgences. C'est cet algorithme qui a été utilisé ici.

Répartition des séjours selon le type d'établissement et de prise en charge

En 2011, sur les 10,5 millions de séjours hospitaliers ponctuels, 59 % ont lieu dans les établissements publics de santé ou établissement privés à but non lucratif (ex DG), et 41 % ont lieu dans des établissements de santé privés privées (ex OQN).

2,9 millions de séjours sont réalisés en ambulatoire, soit 28 % des séjours. Les cliniques privées réalisent 72 % des séjours en ambulatoire.

La réalisation d'une endoscopie digestive représente le motif de venue le plus fréquent en ambulatoire avec 766 000 séjours. Les autres motifs les plus fréquents d'hospitalisation en ambulatoire sont la chirurgie de la cataracte (466 000 séjours), la chirurgie de la bouche et des dents (238 000 séjours), la chirurgie de la main et du poignet (234 000 séjours), l'amygdalectomie et/ou l'adénoïdectomie et la pose de drains transtympaniques (122 000 séjours), et l'arthroscopie et la biopsie ostéo-articulaire (100 000 séjours).

2. Impact du vieillissement et soins aux personnes âgées

Le vieillissement de la population pose à notre système de santé deux types de défis :

- celui de la soutenabilité financière : comment arriver à maîtriser la croissance des dépenses de santé dans un contexte où la démographie des personnes âgées, la fréquence des pathologies et l'innovation thérapeutique génèrent des financements plus importants ?

- mais aussi celui de la qualité du service apporté aux personnes les plus âgées, qui souffrent souvent de pathologies chroniques multiples, associées pour certains à des besoins d'aide. Pour ces populations complexes et fragiles, la nécessité de coordonner au long cours les interventions de professionnels multiples, d'organiser des parcours fluides, de gérer les transitions pour éviter les ruptures, d'articuler les soins avec d'autres services concourant à la qualité de vie sont autant d'enjeux sur lesquels notre système de santé doit s'améliorer.

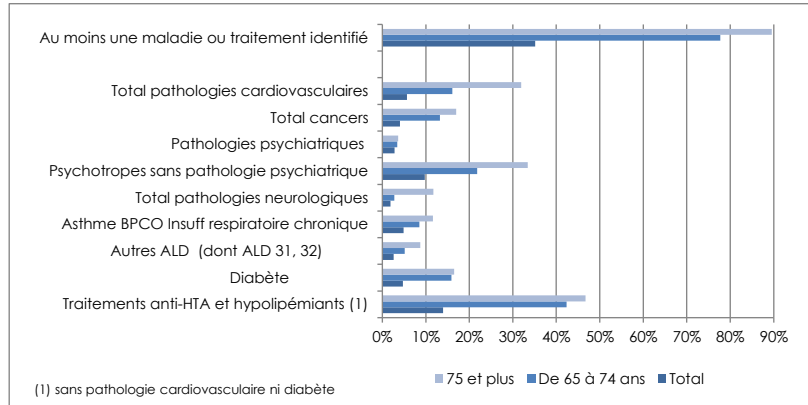
Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie s'est penché en 2010 sur ces deux aspects dans son rapport « Vieillesse, longévité et Assurance maladie » ; il a précisé certaines de ses propositions dans sa contribution au débat sur la dépendance des personnes âgées (« Assurance maladie et perte d'autonomie ») en 2011. Sur la base de ses conclusions, des expérimentations visant à améliorer le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) sont aujourd'hui lancées dans un certain nombre de territoires.

Les analyses et les réflexions qui suivent s'inscrivent dans la poursuite de ces travaux et visent à approfondir certains éléments de diagnostic sur ces deux volets : d'une part le rôle des facteurs démographiques dans la croissance des dépenses de soins, d'autre part des illustrations, évidemment non exhaustives, de marges de progrès qui peuvent être génératrices à la fois d'une meilleure qualité et d'une plus grande efficacité des soins aux personnes âgées. Elles sont précédées d'un rapide aperçu de l'état de santé de la population de plus de 75 ans, telle qu'on peut l'approcher à partir de la cartographie des pathologies présentée en partie 1.

2.1.L'état de santé et les besoins de soins des personnes âgées : une analyse à partir de la cartographie des maladies

La cartographie des maladies présentée dans la partie précédente permet de dresser un portrait de l'état de santé aux âges élevés et de la fréquence des différentes pathologies.

Figure 20 - Prévalence des pathologies et traitements parmi les plus de 75 ans
 Comparaison avec les 65-75 ans et la population totale – champ régime général y.c. SLM



Sur les 4,8 millions de personnes de 75 ans et plus couvertes par le régime général, 90%, soit 4,3 millions, ont au moins une pathologie ou un traitement chronique¹².

Près d'un tiers sont atteints de pathologies cardiovasculaires : 13% souffrent de maladie coronaire, 7% d'insuffisance cardiaque, 7% ont eu un AVC dans les cinq dernières années, 13% ont des troubles du rythme. Les hommes sont particulièrement touchés (41% pour l'ensemble des pathologies).

Globalement la fréquence des maladies cardio-vasculaires double par rapport à celle de la tranche d'âge immédiatement précédente ((32% versus 16% pour les 65-75 ans)), et le risque de décompensation s'accroît également fortement (163 000 personnes ont eu un infarctus, un AVC, une embolie pulmonaire ou une décompensation pour insuffisance cardiaque dans l'année, soit 3,4% versus 1,1% dans la tranche 65-75 ans).

17% ont eu un cancer traité dans les cinq dernières années, dont 6% un cancer en phase active (c'est-à-dire ayant motivé une ou mise en ALD lors deux dernières années).

Un homme sur cinq et une femme sur six sont diabétiques dans cette tranche d'âge, et près de la moitié de la population est traitée pour hypertension ou hyperlipidémie (42% et 22% respectivement). Il n'y a cependant pas, pour ces facteurs de risque, de décrochage net par rapport à la tranche d'âge 65-75 ans.

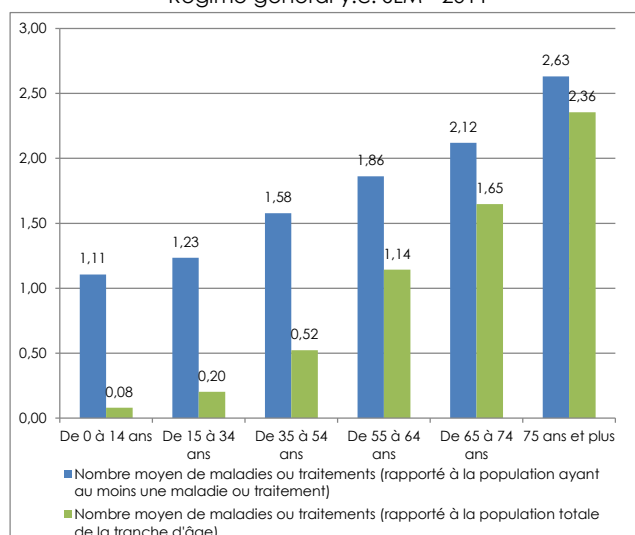
¹² Parmi la liste des pathologies et traitements tels qu'ils ont été identifiés dans la cartographie présentée en partie 1. Comme cela a déjà été indiqué supra, les personnes peuvent avoir plusieurs pathologies ou traitement et les effectifs et % ne sont donc pas sommables.

En revanche, on voit progresser très fortement à ces âges élevés la prescription de psychotropes : un tiers de la population en prend (près de 40% des femmes et 25% des hommes), contre 22% pour les 65-75 ans (10% pour l'ensemble de la population). Ce sont notamment les anxiolytiques (19%), les antidépresseurs (13%), les hypnotiques (12%).

De même, les maladies neuro-dégénératives deviennent beaucoup plus fréquentes puisqu'elles touchent 13% des personnes de 75 ans et plus (3% dans la tranche d'âge 65-75 ans), et notamment les démences (9% versus 0,8%) et la maladie de Parkinson (3,5% versus 0,3%). La fréquence des maladies respiratoires augmente également (12% des personnes en sont atteintes après 75 ans).

Outre la prévalence des pathologies prises isolément, c'est la polypathologie qui devient beaucoup plus fréquente dans les classes d'âges les plus élevées. Une personne de plus de 75 ans qui a une maladie ou un traitement en a en moyenne 2,6 (2,1 dans la classe d'âge précédente). L'accélération est plus marquée encore si l'on rapporte le nombre de maladies à la population totale de la classe d'âge (2,4 pour les plus de 75 ans, 1,6 pour les 65-75 ans), car la prévalence globale des pathologies augmente parallèlement.

Figure 21 – Nombre moyen de pathologies et traitements en fonction de l'âge
Régime général y.c. SLM - 2011



Lorsque les personnes de 75 ans et plus souffrent d'une maladie respiratoire chronique, dans plus d'un cas sur deux elles ont au moins quatre pathologies ou traitements chroniques, et c'est le cas pour 43% des personnes qui ont une maladie cardiovasculaire ou un cancer.

Tableau 9 - Proportions de personnes de 75 ans et plus selon le nombre de pathologies ou traitements

Régime général y.c. SLM - 2011

	Proportion de personnes selon le nombre de pathologies ou traitements					Effectif total	
	0	1 seule	>=2	>=3	>=4		
Au sein de la population totale des 75 ans et plus	10,5%	22,5%	67,0%	41,0%	21,5%	100,0%	4 757 976
Parmi les personnes de 75 ans et plus ayant au moins							
Une maladie ou un traitement		25,2%	74,8%	45,8%	24,0%	100,0%	4 259 866
Une maladie cardiovasculaire		10,4%	89,6%	68,0%	43,1%	100,0%	1 518 090
Un diabète		23,7%	76,3%	48,7%	27,6%	100,0%	785 496
Un cancer		8,4%	91,6%	69,0%	42,7%	100,0%	807 785
Une maladie respiratoire chronique		4,7%	95,3%	77,6%	53,0%	100,0%	552 511
Une maladie psychiatrique		11,5%	88,5%	60,9%	32,6%	100,0%	173 262

En dehors des affections chroniques, 1,2 million de personnes de 75 ans et plus, un quart de la population de cette classe d'âge, ont eu en 2011 une ou plusieurs hospitalisations¹³ pour un motif non lié à ces affections (1,6 en moyenne). De fait, elles représentent 17% des personnes hospitalisées pour ces motifs et 20% des séjours correspondants, pour 8% de l'effectif total.

Ces deux millions de séjours concernent pour les plus fréquents la chirurgie de la cataracte (298 000 séjours), les chirurgies majeures orthopédiques, dont hanche et genou (116 000 séjours), les endoscopies digestives (103 000 séjours), les infections respiratoires (76 000 séjours).

L'analyse qui précède montre l'intérêt de cette cartographie réalisée à partir des données médico-administratives pour appréhender l'état de santé de la population. Ces données comportent en effet de plus de plus d'informations médicalisées codées à l'occasion des soins délivrés en ville ou à l'hôpital, et leur exhaustivité peut permettre des analyses très fines.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, elles peuvent nourrir la réflexion sur les priorités de santé publique et permettre de mieux appréhender les populations visées par les programmes ainsi définis. Ainsi l'approche des populations âgées les plus fragiles (auxquelles s'adresseront les expérimentations visant à améliorer les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie - PAERPA) peut-elle être utilement alimentée par une exploitation affinée des données qui viennent d'être rapidement présentées. Par exemple, la combinaison de certaines pathologies, dont on peut penser qu'elles conduisent à un risque fort de fragilité (association de maladies conduisant à une altération des capacités cognitives - pathologies neuro-dégénératives ou psychiatriques - et d'autres catégories de maladies, ou bien épisodes aigus dans un contexte de multi-morbidité chronique,...) peut être un élément de repérage de situations devant faire l'objet d'une attention particulière, même si elle est à associer à d'autres dimensions (isolement, entourage,...). Il est possible également, pour la population à risque ainsi identifiée, d'analyser ensuite la qualité des soins fournis (conformité aux recommandations de suivi et de traitement pour des personnes de cet âge, qualité de la prescription médicamenteuse et risque d'interactions et de iatrogénie, fréquence des hospitalisations en urgence,...), afin de se fixer des objectifs d'amélioration.

Dans son avis sur « Vieillesse, longévité et Assurance maladie », le HCAAM avait déploré que le phénomène d'accélération de dépenses de soins au grand âge, dont la pertinence lui paraissait parfois discutable eu égard à la vulnérabilité des personnes concernées, « reste peu décrit et mal connu ».

De ce point de vue les données présentées ci-dessus, qui permettent d'avoir une approche précise des cumuls de pathologies dont souffrent les personnes âgées, et qui ouvrent la voie à une approche de la qualité des prises en charge, constituent des premiers éclairages.

¹³ Hospitalisation complète ou hospitalisation de jour

2.2. La part du vieillissement et des évolutions de pratiques dans la croissance des dépenses : exemple des soins hospitaliers

Peut-on arriver à maîtriser la croissance des dépenses de santé alors même que le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques qui accompagne l'allongement de la durée de la vie posent des problèmes nouveaux ? Le facteur démographique est en effet souvent invoqué comme un facteur majeur de la croissance des dépenses ; dès lors qu'il s'agit d'un phénomène exogène et inéluctable, la régulation est peu opérante, sauf à opérer un rationnement des soins qui est inacceptable.

L'importance de ce facteur démographique est relativisée par de nombreux scientifiques. Ils mettent en avant le fait que même si les dépenses augmentent fortement avec l'âge, l'impact global reste limité, car le vieillissement moyen d'une population est un phénomène très lent. Des simulations ont été conduites à de nombreuses reprises, et l'impact serait de 0,5 à 0,7 point de croissance par an actuellement¹⁴, ce qui, pour reprendre l'expression du HCAAM, « *n'a certes rien de négligeable, mais n'a pas le caractère d'une « déferlante* » ».

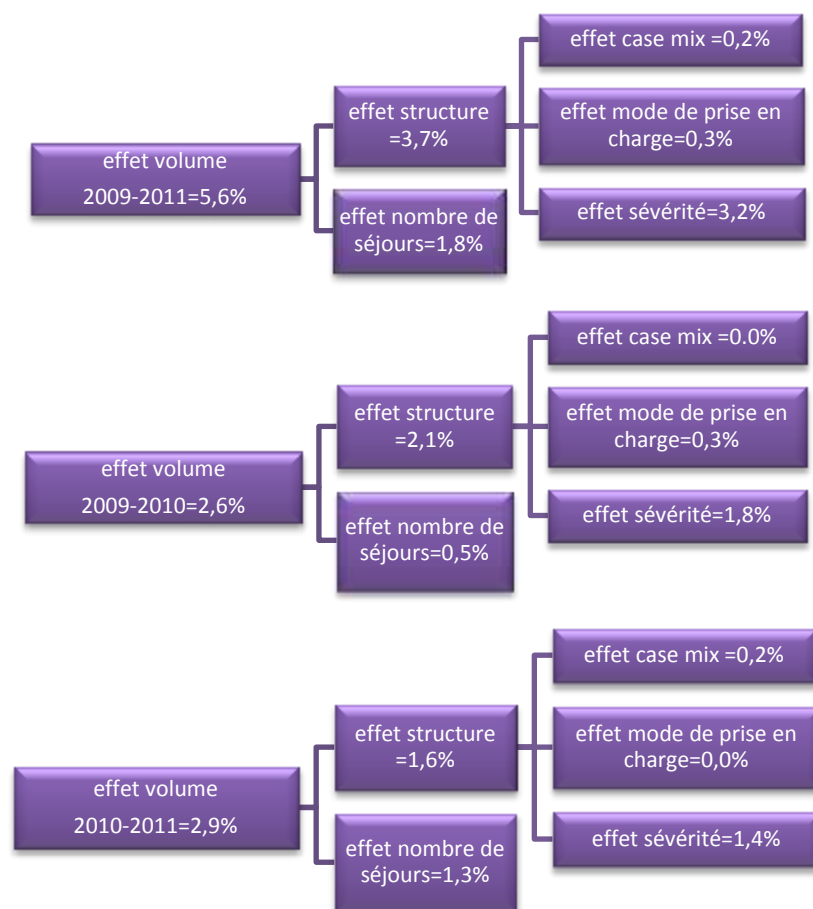
Néanmoins cette estimation ne prend en compte *que l'effet mécanique* du vieillissement : elle suppose que le profil de consommation de soins selon l'âge reste identique, et donc implicitement que la prévalence des maladies reste la même à un âge donné. C'est là qu'il y a débat : l'état de santé des personnes âgées s'améliore-t-il, grâce à la prévention et au recul de l'apparition des maladies, ou vit-on plus longtemps et mieux avec les mêmes maladies grâce aux progrès de la médecine ? Selon que l'on est dans l'un ou l'autre de ces scénarios, les besoins à âge donné diminuent ou augmentent, et donc allègent ou majorent l'effet mécanique de la déformation de la pyramide des âges. Sur les décennies passées, les analyses empiriques concluent plutôt à une amélioration de l'état de santé à âge égal. Mais les incertitudes qui demeurent (par exemple, en lien avec la progression de l'obésité et du diabète) conduisent en général les prévisionnistes à retenir plusieurs scénarios contrastés en la matière.

L'hypothèse que l'augmentation du volume des soins s'explique très largement par le vieillissement de la population est fréquemment avancée dans le cas des soins hospitaliers, et notamment pour expliquer les volumes d'activité des hôpitaux publics.

C'est pourquoi il a paru intéressant d'approfondir cette question en décomposant l'évolution des volumes de séjours hospitaliers. L'analyse a été menée sur l'ensemble de l'activité de court séjour, secteurs public et privé confondus : l'objectif était en effet de dégager les facteurs pouvant contribuer à la croissance des soins hospitaliers, indépendamment des catégories d'offreurs les assurant. Elle a porté sur la période 2009-2011 et grâce aux données fournies par l'ATIH, elle a pu dégager les évolutions hors changements tarifaires et à classification constante : il s'agit donc des évolutions en volume – ou pour reprendre la terminologie de l'ATIH, en « volume économique » (c'est-à-dire non seulement l'évolution du nombre de séjours, mais aussi de leur structure par GHS).

¹⁴ Il s'agit uniquement de l'effet du vieillissement, il faut y ajouter l'augmentation de la population française pour avoir l'effet démographique total.

Figure 22 - Décomposition de la croissance des volumes d'activité en court séjour
2009-2011, 2009-2010 et 2010-2011



Entre 2009 et 2011, sur deux ans, l'évolution du **volume d'activité** (au sens : quantité de séjours + effets de structure, ou « volume économique ») a été de **+5,6%**.

Un tiers de cette évolution est due à une **augmentation du nombre de séjours** (+1,8% entre 2009 et 2011), les **deux tiers à des effets de structure**, c'est-à-dire de déformation de l'activité vers des séjours plus lourds et plus coûteux (+3,7%).

Parmi ces effets de structure, l'effet prédominant est l'effet « sévérité », c'est-à-dire la diminution du nombre de séjours de niveau de sévérité 1 (faible) au profit des niveaux 2, 3 et 4, qui correspondent à des patients plus sévères, pour lesquels les tarifs sont plus élevés. L'effet « case mix » (c'est-à-dire l'évolution des motifs d'hospitalisation) et l'effet mode de prise en charge (c'est-à-dire le changement de la répartition des séjours entre hospitalisation complète et hospitalisation de jour) sont très faibles.

Ces différents effets sont détaillés ci-dessous.

Les établissements de santé prennent en charge davantage de patients

Sur la période 2009-2011, comme cela a déjà été montré dans les analyses de l'ATIH, la croissance du nombre de séjours résulte d'une augmentation du nombre de patients traités, et non d'une augmentation du nombre de séjours par patient. Ainsi, le nombre de patients hospitalisés a augmenté de 0,6 % en 2010 puis 1,4 % en 2011 alors que le nombre de séjours par patient restait quasiment stable (+0,04 % et -0,05 % respectivement).

Tableau 10 - Evolution du nombre de séjours et décomposition des effets

	2009	2010	2011	Evolution 2010/2009	Evolution 2011/2010
nombre de séjours (en milliers)	16 449	16 548	16 764	0,6%	1,3%
nombre de patients (en milliers)	11 950	12 018	12 181	0,6%	1,4%
nombre de séjours par patient	1,376	1,377	1,377	0,04%	-0,05%

Données : Séjours (hors séances) PMSI MCO 2009, 2010 et 2011 pour les patients sans code retour erroné (0.5%) des séjours).

L'effet démographique apparaît prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, mais est minoritaire pour de nombreux segments d'activité

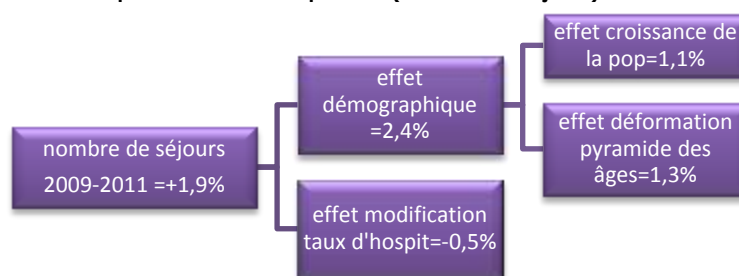
Plusieurs facteurs peuvent expliquer une augmentation du nombre de séjours hospitaliers :

- en premier lieu, la population française s'accroît tous les ans de l'ordre de +0,5% par an : toutes choses égales par ailleurs, on peut s'attendre à une augmentation identique du nombre d'hospitalisations ;
- deuxième facteur, l'évolution de la pyramide des âges : en effet, dans la mesure où le recours à l'hospitalisation s'accroît avec l'âge, une augmentation de la proportion de personnes âgées se traduit mécaniquement par une augmentation du nombre de séjours ;
- enfin, à âge donné, le taux d'hospitalisation peut augmenter ou diminuer : du fait de l'épidémiologie (certaines pathologies augmentent, d'autres régressent), et/ou parce que l'innovation thérapeutique, les changements dans les traitements, l'évolution des recommandations médicales se traduisent par une évolution du recours à l'hôpital pour une pathologie donnée.

Dans ce qui suit les deux premiers effets combinés sont appelés « effet démographique » et le troisième « effet de modification des taux d'hospitalisation », ou encore « effet pratiques de soins ».

L'effet démographique explique largement l'augmentation du nombre de séjours hospitaliers : il devrait en effet conduire, à taux d'hospitalisation par âge inchangé, à une augmentation de +2,4% du nombre de séjours sur les 2 années de l'analyse. Si l'augmentation effectivement constatée est de 1,9%, c'est qu'on hospitalise un peu moins à âge donné (-0,5%).

Figure 23 – Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) – 2009-2011



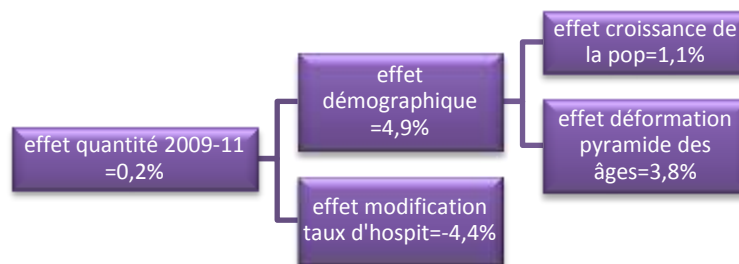
Mais ce résultat global masque des résultats particuliers par pathologie qui vont dans des sens opposés. En effet, quand on décompose l'analyse par segment d'activité, l'effet résiduel « hors

démographie », donc l'effet « pratiques de soins », est parfois très important, dans le sens positif comme dans le sens négatif¹⁵. Dans cet effet, il peut y avoir :

- **des baisses de taux d'hospitalisation à structure d'âge donnée** : plusieurs disciplines médicales sont dans ce cas ; on peut attribuer cela à un transfert vers des prises en charge plus techniques (interventionnelles notamment) ou à une meilleure prise en charge globale avec un transfert en ambulatoire, ou encore à des évolutions épidémiologiques favorables (baisse en traumatologie, pour le VIH, en cardiologie non interventionnelle...).

Ainsi, le nombre de séjours en cardiologie (autres que cardiologie interventionnelle ou rythmologie) est stable entre 2009 et 2011 (Figure 24). Cette stabilité résulte de deux effets contraires : un effet théorique du vieillissement (3,8 %) de la population important pour ces pathologies (insuffisance cardiaque,...) compensé par un recours à l'hospitalisation à âge donné pour ces motifs qui diminue assez fortement (-4,4 %) en raison sans doute d'une meilleure prise en charge des patients concernés (éducation thérapeutique, ...).

Figure 24 – Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours en cardiologie (autre que cardiologie interventionnelle)– 2009-2011

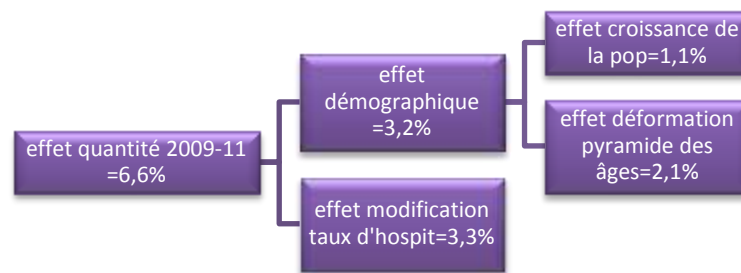


- à l'inverse, **des hausses de taux d'hospitalisation à structure d'âge donnée** : on trouve surtout des activités techniques : arthroscopies, allergologie, cardiologie interventionnelle, rythmologie interventionnelle, ...mais aussi les séjours dans les domaines de la toxicologie / alcool où on assiste, dans ce cas précis, à une augmentation importante du nombre de séjours par patient.

Par exemple, en cardiologie interventionnelle, la quantité de séjours augmente de 6,6% entre 2009 et 2011 (Figure 25), à la fois en raison de l'effet démographique (+3,2 %) mais aussi en raison d'une diffusion de la technique plus importante à âge donné (+3,8%).

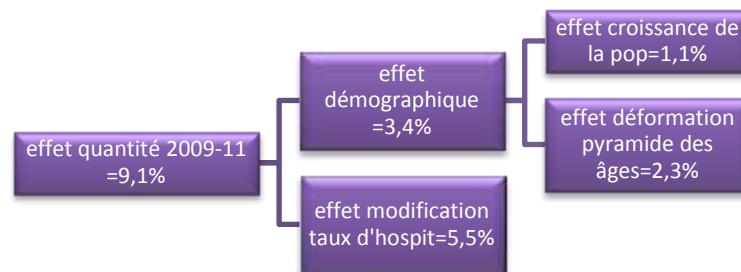
¹⁵ Voir annexe pour une analyse détaillée par segment d'activité.

Figure 25 – Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours en cardiologie interventionnelle – 2009-2011



Parmi les prises en charge où l'effet démographique est minoritaire, on trouve également de nombreuses activités chirurgicales : cataractes, chirurgie des dents, urologie, chirurgie du rachis,... Pour la cataracte, l'augmentation de 9,1% des séjours entre 2009 et 2011 s'explique à 60% par une plus grande diffusion de l'intervention à âge donné (Figure 26).

Figure 26 – Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours pour cataracte – 2009-2011



On a dans ces cas une nette augmentation des indications toutes choses égales par ailleurs, ce qui peut amener à s'interroger sur les questions de pertinence et de pratiques dans ces différents domaines.

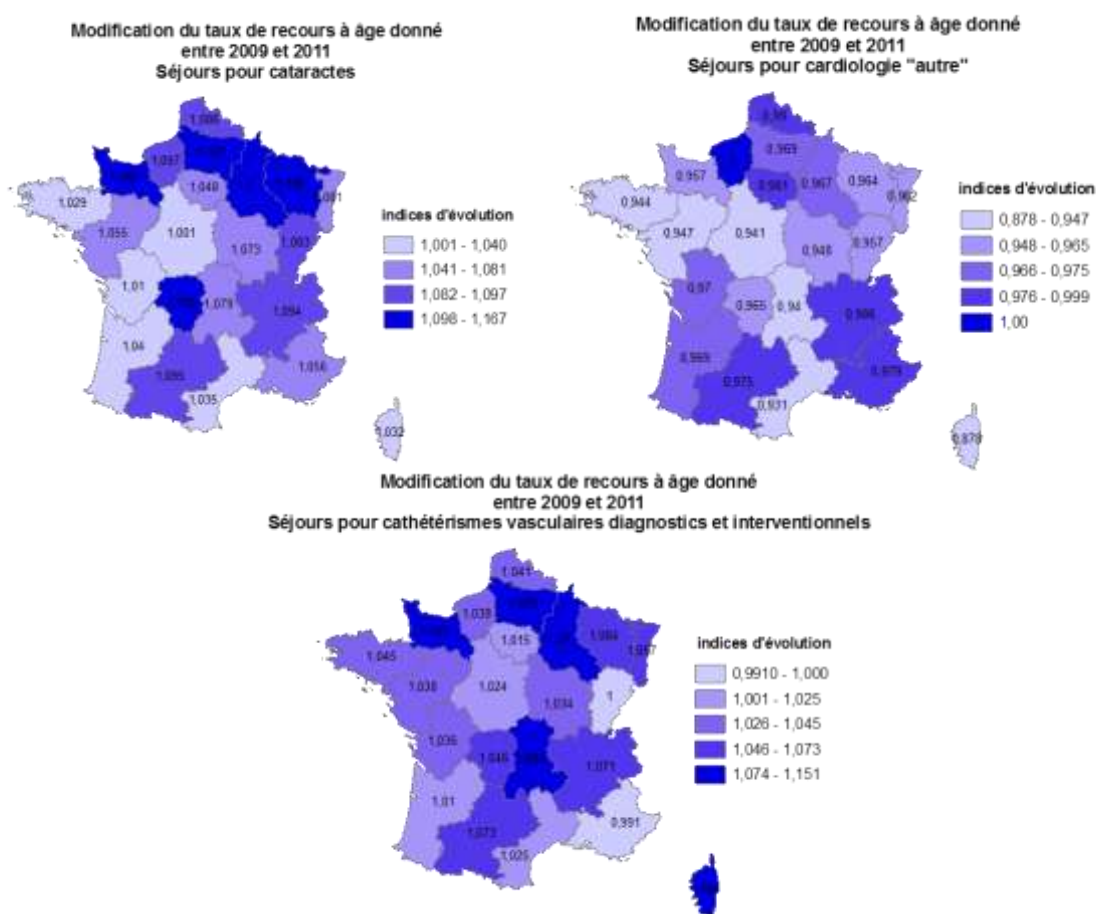
L'activité en médecine est tirée par l'impact du vieillissement alors que celle de chirurgie est presque autant liée à l'augmentation des taux d'hospitalisation à âge donné qu'au vieillissement

En médecine, pour les segments d'activité concernés, l'évolution du nombre de séjours est de 1,2%, combinaison de 3,1% pour l'effet démographique théorique et de -1,8% pour l'effet résiduel (donc un certain succès de la politique de maîtrise des hospitalisations évitables ou de la prévention, ou autre explication). Et hors endoscopies, on a un effet total de 0,5% pour un effet démographique de 3,2% et un effet résiduel de -2,7%.

La situation de la chirurgie est très différente : les effets 'démographie' et 'taux d'hospitalisation' jouent tous deux à la hausse et sont à peu près de même niveau. Pour un effet total de +3,8%, l'effet démographique atteint +2,2% et se combine à un effet des changements des taux d'hospitalisation par âge de +1,6 %. Lorsqu'on exclut les activités liées à la traumatologie, on a même un total de 4% dont 2,2% et 1,9% respectivement pour les deux effets.

Par ailleurs, l'analyse géographique montre que l'effet « pratiques » national recouvre des évolutions très différentes selon les régions / départements, relativisant à nouveau l'impact de l'effet démographique.

Figure 27 – L'évolution du nombre de séjours par région, hors effets démographiques (effet « pratiques »)



Ainsi, concernant la cataracte, on observe pour certaines régions une modification du taux de recours à âge donné très importante (Basse-Normandie, Limousin, Picardie), à l'inverse d'autres régions (Centre, Poitou-Charentes) pour lesquelles aucun changement notable n'est observé.

On retrouve ces disparités régionales dans le recours aux soins à âge donné pour d'autres types d'actes, comme la cardiologie interventionnelle et la cardiologie autre qu'interventionnelle (insuffisance cardiaque,...).

Si pour la cardiologie interventionnelle, les différences pourraient s'expliquer par une diffusion des techniques différente d'une région à l'autre, en revanche, pour les autres séjours en cardiologie, les différences régionales dans les pratiques s'expliquent plus difficilement.

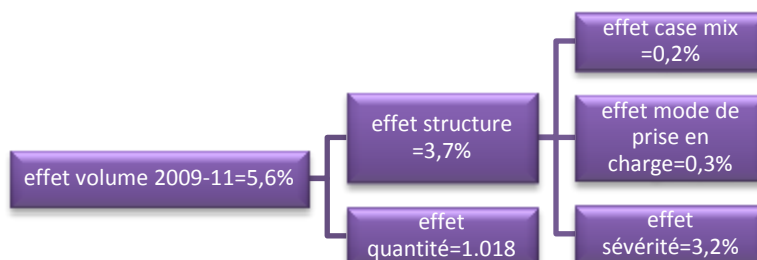
L'évolution de la structure des séjours par niveau de sévérité pousse fortement à la hausse le volume économique

Comme rappelé en introduction de cette partie, sur l'ensemble de la période 2009-11, le facteur qui joue le plus dans la progression des volumes d'activité n'est pas l'augmentation du nombre de séjours, mais l'effet de structure, c'est-à-dire de déformation de l'activité vers des séjours plus lourds et plus coûteux. (+3,7% sur la période 2009-2011). Il explique les deux tiers de la croissance du volume économique.

Cet effet de structure combine à la fois les changements de mode de prise en charge (hospitalisation complète vs hospitalisation de jour ou de très courte durée), les changements entre racines de GHM et les changements de structure entre niveaux de sévérité au sein d'un même GHM.

Sur ces trois composantes, ce sont les évolutions de la structure des séjours entre niveaux de sévérité qui est prépondérant (3,2 points sur 3,7).

Figure 28 - Décomposition de la croissance des volumes d'activité en court séjour 2009-2011



Les effectifs de séjours de niveaux 1 ont baissé entre 2009 et 2011 de plus de 300 000 (dont une part s'explique par la hausse des hospitalisations dans les GHM ambulatoires), alors que ceux des niveaux 2, 3 et 4 ont augmenté respectivement de 70 000, 170 000, et de 62 000.

Tableau 11 – Evolution du nombre de séjours par niveau de sévérité

	nombre de séjours supplémentaires		
	2009-10	2010-11	2009_11
niveau 1	-192 669	-109 049	-301 718
niveau 2	34 228	36 143	70 371
niveau 3	89 006	79 939	168 945
niveau 4	33 093	29 097	62 190
séjours en ambulatoire	148 589	196 319	344 908
séjours de très courte durée	-82 698	-30 595	-113 293

Ces évolutions sont le résultat d'un codage plus fréquent des comorbidités, qui fait passer les séjours dans les niveaux de sévérité supérieurs. Cette amélioration du codage traduit certainement une meilleure prise en compte de l'état de santé des patients, notamment des plus âgés, mais on ne peut nier que la T2A crée également une incitation tarifaire à optimiser la facturation par ce biais. Certaines de ces comorbidités ont vu en effet leur fréquence s'élever très fortement sur la période (Tableau 12). Par exemple, les codes de malnutrition qui conduisent au niveau de sévérité 3 (et 4 pour les patients très âgés) ont été multipliés par 2 entre 2009 et 2011¹⁶ ; les séjours avec codage de carence en vitamine D, qui mène au niveau de sévérité 2 (et 3 pour les patients âgés) ont été multipliés par 3,3 ; les séjours avec ulcère de décubitus, comorbidité qui amène au même niveau de sévérité 2 ou 3 pour les plus âgés, ont pour leur part été multipliés par 2,4. L'ampleur de ces évolutions interpelle.

¹⁶ Sur la base des séjours de niveaux de sévérité 1, 2, 3 et 4

Tableau 12 – Evolution du nombre de séjours avec codage de certaines comorbidités

	sev	nombre de séjours concernés			indices d'évolution		
		2009	2010	2011	2009-10	2010-11	2009-11
Malnutrition protéino-énergétique modérée	2	3 235	4 732	6 208	1,463	1,312	1,919
	3	44 808	69 310	95 326	1,547	1,375	2,127
	4	8 702	14 363	20 838	1,651	1,451	2,395
Malnutrition protéino-énergétique grave, sans précision	2	3 152	4 230	5 290	1,342	1,251	1,678
	3	50 147	71 343	92 795	1,423	1,301	1,850
	4	14 915	22 723	31 115	1,523	1,369	2,086
Carence en vitamine D, sans précision	2	11 375	23 968	34 608	2,107	1,444	3,042
	3	11 683	27 115	40 601	2,321	1,497	3,475
	4	1 832	4 831	7 663	2,637	1,586	4,183
Autres anémies précisées	2	23 574	34 122	38 369	1,447	1,124	1,628
	3	15 075	22 350	27 117	1,483	1,213	1,799
	4	4 747	7 377	9 441	1,554	1,280	1,989
Chutes à répétition, non classées ailleurs	2	1 583	1 947	2 326	1,230	1,195	1,469
	3	25 778	34 690	40 400	1,346	1,165	1,567
	4	3 991	5 830	7 404	1,461	1,270	1,855
Zone de pression et ulcère de décubitus de stade I	2	4 281	6 629	9 860	1,548	1,487	2,303
	3	5 114	8 546	12 905	1,671	1,510	2,523
	4	1 838	3 079	4 715	1,675	1,531	2,565
Hypovolémie	2	21 197	21 699	24 288	1,024	1,119	1,146
	3	30 900	33 313	38 478	1,078	1,155	1,245
	4	8 780	10 532	13 459	1,200	1,278	1,533
Agents résistant à la pénicilline	2	1 810	3 260	5 108	1,801	1,567	2,822
	3	2 007	3 928	6 291	1,957	1,602	3,135
	4	1 697	2 659	4 379	1,567	1,647	2,580

Un faible impact du développement de la prise en charge ambulatoire

L'effet de substitution (effet prise en charge) entre hospitalisation complète et hospitalisation de jour a un impact faiblement positif entre 2009 et 2011 ; le développement plus important de la prise en charge ambulatoire devrait contribuer à modérer le volume hospitalier, mais la méthode adoptée ici gommant l'effet d'évolution des tarifs sur la période étudiée, associée au fait que pour les principaux GHM concernés, un tarif identique a été fixé pour la prise en charge ambulatoire et la prise en charge classique, contribuent à minorer l'impact de cet effet.

En synthèse, si le vieillissement peut apparaître en première approche comme le facteur essentiel de la croissance du volume d'activité hospitalière, une analyse plus fine conduit à nuancer ce diagnostic : l'impact sur le nombre de séjours est majeur pour certaines activités, mais sur d'autres segments les évolutions sont beaucoup plus liées à des effets de « pratiques » et d'augmentation du taux de recours à âge donné, notamment dans les activités techniques qui se diffusent pour certaines de manière rapide.

Ce constat ne concerne d'ailleurs pas que les soins hospitaliers : une analyse des soins infirmiers dans la suite de ce rapport conclut dans le même sens.

Si la régulation ne peut agir sur la démographie, phénomène exogène et inéluctable, elle a vocation à s'intéresser aux pratiques de soins et au bénéfice qu'elles apportent à la population. On retrouve là la problématique de la pertinence des stratégies médicales ainsi que la problématique du rapport coût/qualité des soins, qui seront abordées plus loin à propos de certaines interventions. S'y ajoutent, pour l'activité hospitalière, les marges de manœuvre liées au développement des prises en charge les plus légères (ambulatoire notamment), ainsi qu'une nécessaire vigilance sur les pratiques de codage des comorbidités.

2.3. Une prise en charge complexe qui n'est pas toujours adaptée

Comme pour le reste de la population, il existe pour les personnes les plus âgées des situations de sous-traitement, mais aussi de sur-traitement et de non pertinence de certains soins prodigués ; et ces dernières peuvent être d'autant plus préjudiciables qu'il s'agit souvent de malades fragiles, avec un nombre important de pathologies chroniques et des risques de décompensation accrus – et qui représentent une fraction importante de la population la plus âgée, comme le montrent les données présentées plus haut.

Le HCAAM a insisté sur ce risque dans son avis de 2010 sur « Vieillesse, longévité et Assurance maladie » en soulignant que « *nonobstant l'accumulation des pathologies, la fragilité des personnes concernées rend plus délicate la multiplication des gestes et prescriptions diagnostiques* » et « *qu'il est permis de penser qu'une partie de ce sur-accroissement de la dépense en fonction de l'âge correspond à une dépense inutile, voire dangereuse, qui doit être évitée dans l'intérêt même des personnes concernées.* »

Les exemples sont nombreux. Certains sont bien connus, comme la iatrogénie médicamenteuse, ou les hospitalisations évitables, mais le système peine à changer les pratiques dans ce domaine. Commentent également à être questionnés les rapports bénéfice/ risque de certains traitements ou de certains dépistages, qui sont sans doute réalisés de manière trop extensive aux âges élevés.

La iatrogénie médicamenteuse

La problématique de la iatrogénie médicamenteuse est aujourd'hui bien connue. Son impact a fait l'objet de diverses publications, en France et à l'international. La Haute autorité de santé a estimé en 2006 qu'elle était responsable de plus de 10% des hospitalisations des personnes de plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires¹⁷.

Des actions ont été mises en œuvre pour faire face à ce problème majeur de santé publique. La Haute autorité de santé et l'ANSM ont élaboré des recommandations, la HAS a proposé des outils aux professionnels¹⁸. La CNAMTS a mené des campagnes d'information et de sensibilisation des médecins généralistes sur la prescription de médicaments non recommandés, comme les benzodiazépines à demi-vie longue. Des objectifs dans ce domaine ont été inscrits dans la convention médicale, puis intégrés dans la rémunération sur objectifs de santé publique.

Des améliorations sont observées : ainsi la proportion de personnes de plus de 65 ans traitées par benzo-diazépines à demi-vie longue a diminué progressivement sur les sept dernières années (Figure 29). La diminution est particulièrement sensible en 2012 sur l'indicateur de la rémunération sur objectifs (-11%). Mais on observe en revanche un recul sur l'indicateur concernant la durée de traitement : la part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines est de 16% en 2012, ce qui représente une hausse de 6% sur l'année, contraire aux recommandations de la Haute

¹⁷ Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé - Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. Professeur Sylvie Legrain, HAS 2006

¹⁸ Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé et Prévention de la iatrogénie - Plateforme professionnelle - Indicateurs d'alerte et de maîtrise - mars 2011

Autorité de Santé selon lesquelles la durée de prescription doit être limitée à 4 à 12 semaines au regard de l'indication (Figure 30). L'usage prolongé des benzodiazépines quelle que soit leur demi-vie, est associé à des somnolences, des troubles de la mémoire, des confusions, des chutes, surtout chez les personnes âgées. Lorsqu'un traitement est nécessaire, leur utilisation doit être la plus courte possible.

Figure 29 – Evolution des taux de personnes de 65 ans et plus traitées par benzodiazépines à demi-vie longue
(% de personnes traitées dans le mois - 2006-2012)

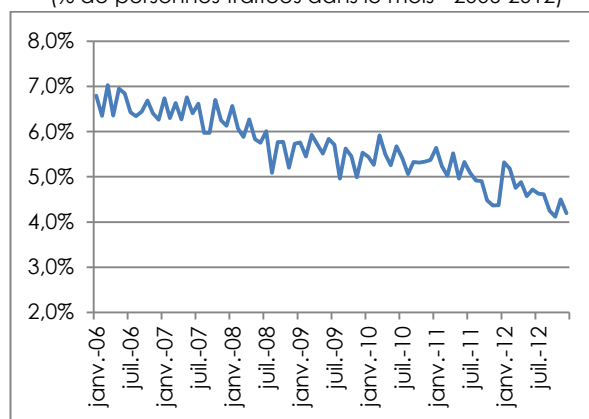


Figure 30 – Evolution des indicateurs ROSP sur les benzodiazépines entre 2011 et 2012

La prévention	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Évolution en points Déc 2012 - Déc 2011	Évolution en pourcentage Déc 2012 - Déc 2011
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%	12,1%	-1,6	-11%
durée de traitement par benzodiazépines	Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	<= 12%	15,0%	15,9%	0,9	6%

Globalement, les pratiques évoluent peu, bien que ce problème de la iatrogénie médicamenteuse soit identifié depuis un grand nombre d'années maintenant. Sans doute parce que les situations sont complexes, que la spécialisation de la médecine peut conduire, pour reprendre l'expression du HCAAM, à une «une addition arithmétique de maladies d'organes», et qu'il n'est pas facile de supprimer des médicaments une fois qu'ils sont sur l'ordonnance. Mais un facteur aggravant propre à la France est aussi la propension à prescrire très largement et très rapidement les molécules nouvellement apparues sur le marché, y compris aux patients âgés pour lesquels les essais cliniques sont souvent insuffisants pour appréhender pleinement la balance bénéfique / risque. La diffusion des nouveaux anti-coagulants oraux (NACO) en fournit un exemple caractéristique : au dernier trimestre 2012, les initiations de traitement anticoagulant parmi les personnes de plus de 80 ans ont été faites à près de 50% avec ces nouveaux médicaments, alors même que ces patients très âgés présentent des risques sur lesquels les recommandations de l'ANSM ont alerté.

Certains pays, comme la Suède, ont mis au point des listes préférentielles de médicaments qui incitent à une prescription prudente, en mettant en avant des médicaments éprouvés et qui ont un recul suffisant pour pouvoir juger de leur impact en population réelle, notamment pour certaines catégories de patients généralement peu présents dans les essais cliniques. Cette démarche a été aussi initiée dans certains EHPAD en France.

Des hospitalisations évitables

La problématique des hospitalisations qui pourraient être évitées en prévenant des situations d'exacerbation des pathologies par des prises en charge adaptées en amont, ou par des organisations alternatives à domicile, est également bien connue.

Les personnes de plus de 75 ans représentent 43% des hospitalisations dites « évitables », au sens du concept développé par une équipe nord-américaine et qui a donné lieu à de nombreuses publications comparatives entre zones géographiques¹⁹, et près de 60% des journées correspondant à ces séjours (Tableau 13). Parmi les premiers motifs figurent les décompensations pour insuffisance cardiaque et les pneumonies.

C'est tout l'enjeu des expérimentations PAERPA, par la recherche concrète d'une meilleure coordination clinique et d'une meilleure articulation des services disponibles, d'arriver à réduire ces situations d'hospitalisation souvent urgentes et que les dysfonctionnements du système de soins accentuent.

L'Assurance maladie s'inscrit pleinement dans cette démarche de coordination, qu'elle cherche à faciliter au travers de programmes qui visent à organiser l'accompagnement des personnes en sortie d'hospitalisation, en lien avec le médecin traitant et les soignants de proximité. Ces programmes sont ciblés sur des problèmes bien identifiés, et pour lesquels il s'agit avant tout d'assurer un rôle de facilitateur.

Ainsi concernant l'insuffisance cardiaque, cause la plus importante d'hospitalisation évitable, l'Assurance maladie a conçu avec la Société française de cardiologie et les syndicats de médecins un programme d'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation, pour éviter des réhospitalisations ultérieures qui sont fréquentes. Ce programme fait partie des axes d'action qui avaient été proposés dans le précédent rapport annuel, remis en juillet 2012, et qui ont été retenus par le Ministère. Il se fonde sur des visites régulières par des infirmières libérales formées, coordonnées par le médecin traitant, et est aujourd'hui en cours de test dans cinq territoires. D'autres initiatives, inspirées par le même principe, sont également en cours dans d'autres régions.

Outre les hospitalisations en urgence en court séjour, des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation pourraient être également évitées : c'est l'objectif du programme d'accompagnement du retour à domicile déployé par l'Assurance maladie (PRADO orthopédie) que de faciliter une prise en charge en ville en post-opératoire, pour des patients la plupart du temps âgés.

¹⁹ Rates of Avoidable Hospitalization by Insurance Status in Massachusetts and Maryland Joel S. Weissman, PhD; Constantine Gatsonis, PhD; Arnold M. Epstein, MD, MA. JAMA. 1992;268(17):2388-2394

Tableau 13 – Hospitalisations évitables selon les critères de Weissman – Fréquence dans la population générale et parmi les plus de 75 ans

	Nombre de Patients (en milliers)					Nombre de séjours (en milliers)					Nombre de journées (en milliers)				
	Ensemble		75 ans et plus			Ensemble		75 ans et plus			Ensemble		75 ans et plus		
HEs d'hospitalisation Chapitre de la CIM10	Nombre	%	Nombre	Poids des 75 ans et plus	%	Nombre	%	Nombre	Poids des 75 ans et plus	%	Nombre	%	Nombre	Poids des 75 ans et plus	%
Ensemble des Hospitalisations évitables	666,4		289,5	43,4%		690,1		300,5	43,5%		5 065,8		2 983,8	58,9%	
Insuffisance cardiaque congestive	193,5	29,0%	143,0	73,9%	49,4%	205,5	29,8%	151,2	73,5%	50,3%	1 977,7	39,0%	1 517,7	76,7%	50,9%
Pneumonie	152,7	22,9%	76,9	50,4%	26,6%	155,2	22,5%	78,2	50,4%	26,0%	1 345,1	26,6%	823,1	61,2%	27,6%
Gangrène	45,6	6,8%	19,0	41,8%	6,6%	47,2	6,8%	19,7	41,7%	6,5%	384,6	7,6%	195,5	50,8%	6,6%
Pyélonéphrite	73,0	11,0%	17,9	24,5%	6,2%	75,0	10,9%	18,1	24,2%	6,0%	397,5	7,8%	169,9	42,7%	5,7%
Hypertension maligne	38,6	5,8%	16,4	42,6%	5,7%	39,6	5,7%	16,8	42,4%	5,6%	200,3	4,0%	114,3	57,1%	3,8%
Cellulite infectieuse	66,5	10,0%	6,6	10,0%	2,3%	67,5	9,8%	6,7	10,0%	2,2%	223,5	4,4%	52,8	23,6%	1,8%
Appendice perforé	36,6	5,5%	4,1	11,1%	1,4%	37,1	5,4%	4,2	11,4%	1,4%	306,9	6,1%	61,7	20,1%	2,1%
Asthme	44,6	6,7%	2,7	6,2%	0,9%	47,2	6,8%	2,8	6,0%	0,9%	112,3	2,2%	19,7	17,6%	0,7%
Diabète	10,2	1,5%	1,5	14,9%	0,5%	10,8	1,6%	1,5	14,2%	0,5%	83,6	1,7%	16,3	19,5%	0,5%
Ulcère	2,6	0,4%	1,1	42,7%	0,4%	2,7	0,4%	1,1	42,5%	0,4%	23,0	0,5%	11,2	48,5%	0,4%
Conditions immunisantes	2,4	0,4%	0,1	3,3%	0,0%	2,5	0,4%	0,1	3,3%	0,0%	11,2	0,2%	1,7	15,2%	0,1%

PR% - Poids relatif du HE par rapport au nombre total (% en colonne)

Poids %, - Poids des patients de 75 ans et plus parmi les hospitalisation de ce HE (% en ligne)

Sources • Base nationale PMSI-MCO, exploitation CNAMTS

Un rapport bénéfique / risque en débat pour certains dépistages ou traitements

Parmi les soins aux personnes âgées qui méritent un examen attentif de leur rapport bénéfique / risque figurent la propension croissante au dépistage de certaines pathologies et ses conséquences en termes de décisions thérapeutiques. Cette problématique n'est d'ailleurs pas spécifique à une classe d'âge particulière, la question de la pertinence étant un enjeu transversal comme le montre la partie 3.2.

L'Assurance maladie a déjà, dans des publications précédentes, alerté sur la pratique qui existe dans les faits, même si elle n'est pas recommandée par la Haute Autorité de Santé, du dépistage de masse du cancer de la prostate par le PSA. Ce dépistage est aussi fréquent après 75 ans qu'avant, alors que les recommandations dans certains pays le déconseillent explicitement en mettant en avant une balance bénéfique / risque défavorable. Il ne semble pas réduire la mortalité et induit *a contrario* des examens de confirmation (biopsies) et des traitements (chirurgie, radiothérapie,...) dont les effets secondaires sont nombreux : une analyse complémentaire dans la suite de ce rapport (partie 3) permet de les analyser de manière détaillée.

La même réflexion peut être menée concernant le dépistage des cancers de la thyroïde et le rapport bénéfique / risque d'un certain nombre de thyroïdectomies qui sont pratiquées aujourd'hui de plus en plus largement. Une analyse de ce processus de soins est également détaillée plus loin dans ce rapport.

Cette problématique touche d'autres domaines, et elle se combine parfois avec l'observation inverse, c'est-à-dire un sous-traitement par rapport aux recommandations. C'est le cas par exemple pour le diabète : la couverture des patients diabétiques à haut risque cardio-vasculaire par des statines n'est pas complète, même si elle progresse. De même le contrôle de la pression artérielle, aujourd'hui insuffisant pour une proportion importante de patients diabétiques, devrait conduire à un accroissement des traitements hypotenseurs. Mais à l'inverse, on sait également qu'une partie des traitements hypotenseurs est prescrite à tort à la suite d'une seule mesure de la pression artérielle au cabinet du médecin. C'est pourquoi certaines agences étrangères recommandent, en dessous d'un certain seuil, de ne traiter qu'après la confirmation de l'HTA par la réalisation d'une mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou d'une automesure. Ceci a amené l'Assurance maladie à proposer, en collaboration avec la société française d'HTA, d'expérimenter dans quelques départements la distribution d'appareils d'automesure tensionnelle afin d'éviter le traitement de ces « HTA blouse blanche ».

2.4. Les aspects économiques de la prise en charge en EHPAD

Améliorer les parcours de soins et de santé des populations suppose de pouvoir les identifier. C'est pourquoi la possibilité, depuis quelques années, de chaîner les informations sur les séjours hospitaliers issues du PMSI et celles sur les remboursements de soins de ville a constitué un progrès majeur. Une difficulté subsiste néanmoins lorsque les soins ne sont pas facturés individuellement mais font l'objet de dotations globales à des structures, ce qui est le cas notamment pour un certain nombre d'établissements et services du secteur médico-social. Ainsi, jusqu'à présent, il n'était pas possible d'identifier les personnes résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et donc de relier les soins prodigués dans ces établissements à ceux fournis à l'extérieur, en ambulatoire ou en hospitalisation. Cette lacune empêchait une réelle analyse des parcours de soins des personnes âgées, les données disponibles ne donnant qu'une vision très parcellaire du recours aux soins pour 600 000 personnes.

La mise en place d'un outil de transmission et de traitement automatisés des listes de résidents, appelé ResidEHPAD, autorisé par décret en 2010, testé en 2011, puis généralisé à l'ensemble de la France en 2012, a permis de combler cette lacune. Il est désormais possible de connaître le parcours complet des personnes concernées, les périodes passées dans et hors de l'EPAHD et les soins qui leur sont fournis en ville et dans les établissements hospitaliers, en complément de ceux qui financés forfaitairement aux établissements dans lesquels ils résident.

Cette avancée ouvre un potentiel important d'analyse pour orienter l'action publique et d'ores et déjà les premiers travaux réalisés, même s'ils sont loin d'être complets, jettent un éclairage intéressant sur certains aspects économiques de la prise en charge en EHPAD. Ils ont permis en effet de reconstituer le coût complet des soins pour des personnes résident en EHPAD, selon leur option tarifaire, en 2012²⁰.

Les EHPAD ont en effet depuis la réforme de 1999 une tarification ternaire, avec un tarif journalier afférent à l'hébergement, un tarif journalier afférent à la dépendance et un tarif journalier afférent aux soins. Quatre options tarifaires existent pour le forfait soins :

- un tarif partiel ou un tarif global, qui couvrent un champ plus ou moins large en termes de types de soins inclus dans le forfait,
- combinés avec l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

Le Tableau 14 ci-dessous précise les postes de soins inclus dans le forfait en fonction de l'option tarifaire.

L'étude a porté sur 5 656 établissements (81% du total), hébergeant 453 600 résidents (85% du total), dont 375 900 couverts par le régime général. Les données de la CNSA sur les montants des forfaits de soins versés à chaque EHPAD²¹ ont pu être appariées avec les données individuelles sur

²⁰ Les résultats ont par ailleurs permis de contribuer à la mission IGAS en cours sur la tarification des EHPAD.

²¹ Il s'agit des forfaits versés hors crédits non reconductibles –CNR– et corrigé des reprises de résultats d'exploitation. Une analyse complémentaire des crédits non reconductibles devra cependant être conduite, car dans la pratique ils constituent effectivement un coût pour l'Assurance maladie.

les mouvements des résidents et sur leurs consommations de soins (issues de ResidEHPAD, du SNIIRAM et du PMSI).

Tableau 14 - Postes inclus dans le forfait selon le type d'EHPAD²²

Postes retenus	Inclus dans le forfait (X)			
	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG Avec PUI
A00-Forfait*	X	X	X	X
A01-Infirmier (hors dialyse périt.)	X	X	X	X
B02-Medicament		X		X
B03-Masseur-kine			X	X
B05-Generaliste			X	X
B06-LPP	Arrêté du 30/05/08 X	X	X	X
B07-Laboratoire			X	X
B08-Autre Auxiliaire			X	X
B10-Radiologie			X	X
C04-Transport				
C08-Specialiste				
C11-Dentaire				
D12-Hopital				
D13-Clinique				
D14-Hono clinique**				
E15-Total				

* A l'intérieur d'un EHPAD, le forfait de soins moyen annuel est donc le même pour tous les résidents
 ** Honoraires des praticiens libéraux ayant effectué un acte durant un séjour en clinique

Sur les 5 656 EHPAD étudiés, les EHPAD en tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur sont de loin les plus nombreux. Les EHPAD en tarif global avec PUI ont des capacités d'accueil supérieures en moyenne à celle des EHPAD en tarif partiel et sans PUI.

Tableau 15 - Capacité d'accueil des EHPAD étudiés

Type d'EHPAD	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
Capacité moyenne (lits)	74,3	110,7	91,6	146,0
Médiane (lits)	72	85	80	119
Nombre d'EHPAD	4166	198	753	539
PMP moyen	171 [169,4;171,7]	177 [169,9;184,6]	175 [171,8;178,4]	188 [183,1;191,9]
GMP moyen	685 [682,4;687,7]	699 [689,1;709,3]	717 [711,2;722,6]	731 [724,1;738,7]

Les établissements se différencient également par la lourdeur des patients qu'ils prennent en charge, laquelle est mesurée au travers de deux indicateurs, le PMP (pathos moyen pondéré) qui reflète la charge en soins requis et le GMP (GIR moyen pondéré) qui est un indicateur de

²² Le coût de certains dispositifs médicaux, petit matériel et matériel amortissable a été réintégré dans le forfait journalier de « soins » des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur au 1er août 2008 (arrêté du 30 mai 2008). La liste inclut des dispositifs médicaux inscrits à la LPP (fauteuils roulants à pousser ou manuel non affecté à un résident particulier pour un handicap particulier, déambulateurs, nutrition entérale -pompes et nutriments- en cas de dénutrition, matelas et coussins anti-escarres...), qu'ils soient ou non prescrits, et du petit matériel ou du matériel amortissable (abaisse-langue, gants, armoires à pharmacie, chariot de soins, stérilisateur...) qui sont d'usage courant dans le cadre des soins dispensés aux résidents de ces structures.

dépendance. Les niveaux des tarifs pour chaque établissement sont fixés par une formule qui tient compte de ces deux dimensions (cf. encadré 3 ci-après).

Les EHPAD en tarif global avec PUI ont un GMP supérieur de 6,7% et un PMP supérieur de 9,9% à ceux des EHPAD en tarif partiel sans PUI²³.

Ces différences doivent être gardées à l'esprit lorsque l'on analyse les coûts complets moyens par résident dans les différents types d'EHPAD.

Tableau 16 - Recours aux soins par type d'EHPAD - 2012

Base de remboursement

		Recours aux soins à la place				Recours aux soins à la place - théorique ²⁴					
		Nombre de résidents	310 195	19 864	63 762	58 800	Nombre de résidents	310 195	19 864	63 762	58 800
		Poste	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI	Poste	TP sans PUI	TP avec PUI	TG sans PUI	TG avec PUI
		Forfait	10 203	11 767	14 310	15 776	Forfait	10 893	12 029	14 723	16 051
Inclus EHPAD	Infirmier	15	12	13	10	Infirmier	15	12	13	10	
	Médicament	968	328	694	26	Médicament	968	328	694	26	
Inclus selon le type d'EHPAD	Masseur-kiné	559	559	28	14	Masseur-kiné	559	559	28	14	
	Généraliste	274	237	19	7	Généraliste	274	237	19	7	
	LPP	170	104	132	65	LPP	170	104	132	65	
	Laboratoire	142	119	11	4	Laboratoire	142	119	11	4	
	Autre Auxiliaire	44	47	5	2	Autre Auxiliaire	44	47	5	2	
	Radiologie	16	14	9	5	Radiologie	16	14	9	5	
	Toujours en sus du forfait	Transport	367	292	296	218	Transport	367	292	296	218
	Spécialiste	44	39	32	18	Spécialiste	44	39	32	18	
	Dentaire	13	12	12	8	Dentaire	13	12	12	8	
Hospitalisation	Hôpital	1790	1331	1397	1147	Hôpital	1790	1331	1397	1147	
	Clinique	248	193	202	117	Clinique	248	193	202	117	
	Hono/Clinique	80	71	67	32	Hono/Clinique	80	71	67	32	
	ATU	0,65	0,63	0,4	0,16	ATU	0,65	0,63	0,4	0,16	
	sa-total	4 729	3 360	2 918	1 672	sa-total	4 729	3 360	2 918	1 672	
	TOTAL	14 932	15 127	17 227	17 448	TOTAL	15 622	15 389	17 641	17 723	

En première approche, ces chiffres conduisent à s'interroger :

- sur l'écart de tarif entre les EHPAD avec et sans pharmacie à usage intérieur ; le montant des dépenses de médicaments délivrés en officine pour les résidents des EHPAD sans PUI apparaît en effet très inférieur à l'écart de tarif ;

- sur la variabilité du coût complet des résidents, qui apparaît nettement plus élevé dans les établissements à tarif global. Il est vrai que les dépenses qui sont en sus du forfait sont significativement inférieures, et notamment les dépenses d'hospitalisation en court séjour, ce qui peut refléter une meilleure capacité de ces établissements à éviter des hospitalisations. Néanmoins

²³ Il faut noter cependant que ces données ont été établies sur la base des résidents présents lors des coupes PATHOS réalisées entre 2007 et 2012. Le PMP moyen et le GMP moyen ont pu évoluer au fil des années et donc le forfait ne pas correspondre à la situation actuelle des résidents en termes de pathologie et de dépendance.

²⁴ La différence entre les deux tableaux provient de l'application du tarif plafond dit théorique avec les valeurs GMP et PMP de l'établissement qui pouvait être assez différents du tarif pratiqué avant la mise en œuvre du modèle de tarification au PMP/GMP, des principes de convergence ont été mis en place pour réduire au fil du temps les écarts.

le niveau du forfait fait plus que compenser cette moindre dépense ; même si l'on tient compte de la lourdeur plus importante de la patientèle, il reste un écart de 9 à 10%.

La réflexion doit être poursuivie :

- d'une part pour calibrer de manière efficiente, et équitable entre les différents types d'EHPAD, le montant des forfaits ; il convient notamment d'appréhender l'exhaustivité des postes de dépenses (SSR, psychiatrie) et d'analyser le coût des soins pour les personnes hébergées à la fois du point de vue de l'Assurance maladie, mais aussi du reste à charge pour les patients ;

- d'autre part, pour comparer le contenu des soins qui sont délivrés en EHPAD par rapport à ceux délivrés à domicile, à pathologie et niveau de dépendance identique.

Encadré 3 : Caractérisation des résidents en EHPAD et tarification

Notions de dépendance GMP (GIR moyen pondéré)

- Pour la tarification, la dépendance est mesurée par la grille AGGIR - Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource.
- Le modèle comporte 10 variables d'activité corporelle et mentale (dites discriminantes) et 7 variables d'activité domestique et sociale (dites illustratives) effectuées par la personne seule

Corporelle et mentale :	Domestique et sociale :
1. Cohérence	1. Gestion
2. Orientation	2. Cuisine
3. Toilette	3. Ménage
4. Habillage	4. Transports
5. Alimentation	5. Achats
6. Elimination urinaire et fécale	6. Suivi du traitement
7. Transferts	7. Activités du temps libre
8. Déplacements à l'intérieur	
9. Déplacements à l'extérieur	
10. Alerter	

Chaque variable peut prendre trois modalités A, B ou C, selon que la personne :

- fait seule ou pas, et :
- spontanément ou pas / totalement ou pas / habituellement ou pas / correctement ou pas

Les résidents sont classés dans 6 groupes iso-ressources (GIR). Le GMP = GIR moyen pondéré de l'EHPAD.

Notions de soins requis PMP

Dans la détermination du tarif des EHPAD entrent également en compte les besoins en soins requis des résidents mesurés au moyen de l'outil PATHOS.

- Une coupe « un jour donné » est réalisée par le médecin coordonnateur de l'EHPAD pour classer les résidents dans 50 états pathologiques (permettant un codage simplifié des pathologies).
- Les patients sont également classés dans 12 profils de stratégie thérapeutique ou profils de soins : pour chaque état pathologique choix d'un profil et un seul.
- Les 50 états pathologiques croisés avec 12 profils permettent d'évaluer les besoins sur 8 postes de soins (charge en soins exprimée en points) : médecin gériatre, médecin psychiatre, soins infirmiers, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, pharmacie et petit matériel.

Deux indicateurs globaux sont issus de ces classements traités par un algorithme. Le PATHOS moyen pondéré (PMP) est la moyenne pondérée de la charge en soins.

Le tarif soins est fixé par le DG-ARS et est plafonné :

- Tarif journalier plafond = valeur annuelle du point * (GMP + 2,59 * PMP)
- Forfait annuel global de soins plafond = tarif journalier * capacité exploitée

3. Des marges sur les processus de soins et la pertinence des soins

La cartographie médicalisée des dépenses détaillée en première partie met en évidence des enjeux épidémiologiques – l’ampleur des problèmes de santé traités par le système de soins - ainsi que les enjeux économiques qui leurs sont associés. Comment mieux prévenir et prendre en charge ces maladies, dont beaucoup touchent des personnes âgées souvent poly-pathologiques et qui ont des besoins multiples, dans le cadre des ressources financières disponibles ?

Ce défi ne peut être relevé que par une exigence accrue d’efficacité des soins, avec deux objectifs qu’il faut résolument poursuivre :

- prodiguer au patient des soins pertinents,
- les organiser de façon à optimiser les coûts.

Des marges, on le sait, existent sur ces deux aspects, et ce dans tous les systèmes de santé. Un récent rapport de *l’Institute of Medicine*²⁵ américain a estimé à 30% des dépenses de santé de ce pays, les montants dépensés en pure perte pour les patients (750 milliards de \$), dont 8% pour des soins inutiles ou non pertinents et 5% pour des soins délivrés de façon inefficace – ces estimations étant considérées comme des valeurs plancher.

Même si l’on peut penser que les Etats-Unis se distinguent par un gaspillage de ressources important, cette problématique n’est pas pour autant absente des autres pays. Ainsi les problématiques de sur-traitement et de sur-diagnostic prennent une place croissante dans les colonnes des journaux médicaux, certains parlent d’une « épidémie moderne »²⁶. Dans deux mois, en septembre 2013, se tiendra aux Etats-Unis une conférence internationale dédiée à la prévention du sur-diagnostic, organisée par des universités, le *British Medical Journal* et la plus importante organisation de consommateurs²⁷.

Plus près de nous, l’Académie Nationale de Médecine vient de rendre un rapport dans lequel elle pointe de nombreux domaines dans lesquels les soins prodigués ne sont pas toujours pertinents : les bilans, les dépistages de masse, les examens biologiques, l’imagerie lourde, la thérapeutique médicamenteuse, la chirurgie. Elle fait le constat que « les appels incantatoires en faveur de la pertinence n’ont que des échos modestes sur le terrain ».²⁸

Des stratégies de soins pertinentes, mais également des processus de soins optimisés : car là aussi des marges existent, utiliser les niveaux de plateaux techniques adéquats, éviter de renvoyer dans les structures les plus lourdes les patients qui n’ont pas besoin d’y être, choisir les médicaments moins chers à efficacité comparable... Dans un contexte financier où toutes les marges de manœuvre doivent être mobilisées, des efforts de productivité doivent aussi être faits par les offreurs de soins quand c’est possible, et les prix doivent être ajustés pour tenir compte des gains réalisés dans le système et pour inciter à des choix efficaces.

²⁵ The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes: Workshop Series Summary, Institute of Medicine, 2011

²⁶ Ray Moynihan, Jenny Doust, David Henry. Preventing overdiagnosis : how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502

²⁷ “Preventing Overdiagnosis” – conférence organisée en Septembre 2013 par le Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, l’université de Bond (Australie) et l’organisation Consumer Reports, en partenariat avec le *BMJ*.

²⁸ Améliorer la pertinence des stratégies médicales. René Mornex. Académie Nationale de Médecine, avril 2013.

Pour identifier ces marges, l'Assurance maladie a développée dans son précédent rapport de propositions une **approche par processus de soins**, qui permet d'objectiver de façon précise, à partir des données, des éléments du parcours des patients, et qui a permis d'identifier des actions d'optimisation concrètes. Cette approche, qui avait porté en 2012 sur six pathologies ou processus de soins (arthroplastie du genou, hernies inguinales et crurales, chirurgie des varices des membres inférieurs, cancer colorectal, diabète, insuffisance cardiaque) est poursuivie ici pour cinq autres processus : trois concernant la chirurgie fonctionnelle (la chirurgie de la cataracte, la pose de prothèses de hanche et la chirurgie du canal carpien), et deux relatifs à des pathologies chroniques (la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les soins délivrés aux patients ayant des plaies chroniques). Pour chacun d'entre eux l'analyse cherche à mettre en évidence des marges d'efficacité, c'est-à-dire d'amélioration de la qualité aussi bien que de réduction des coûts.

D'autres interventions ou processus sont analysés au regard de la question de la **pertinence des soins**, qui fait l'objet d'un développement spécifique, car cette problématique, comme cela a été souligné ci-dessus, devient majeure dans beaucoup de pays. Elle peut être soulevée pour un certain nombre d'interventions chirurgicales, dont certaines citées ci-dessus ; mais parfois l'exploration des processus de soins conduisant à ces interventions conduit à questionner aussi les étapes en amont de la chirurgie, et notamment l'opportunité de certaines pratiques de dépistage et de diagnostic.

D'autres **marges d'optimisation sont analysées par secteur**, car elles sont transversales à de nombreuses pathologies et interventions diagnostiques et thérapeutiques : le recours à la chirurgie ambulatoire, aux médicaments, aux dispositifs médicaux, aux transports, aux soins infirmiers et aux arrêts de travail font l'objet de réflexions sur les pistes d'efficacité propres à chacun de ces segments de l'offre de soins, qui sont développées dans la partie suivante (partie 4).

3.1. L'optimisation des processus de soins

La cartographie des dépenses détaillée en première partie met en évidence l'enjeu économique des hospitalisations ponctuelles (c'est-à-dire non en rapport avec des maladies chroniques), notamment du fait du développement des interventions de chirurgie fonctionnelle.

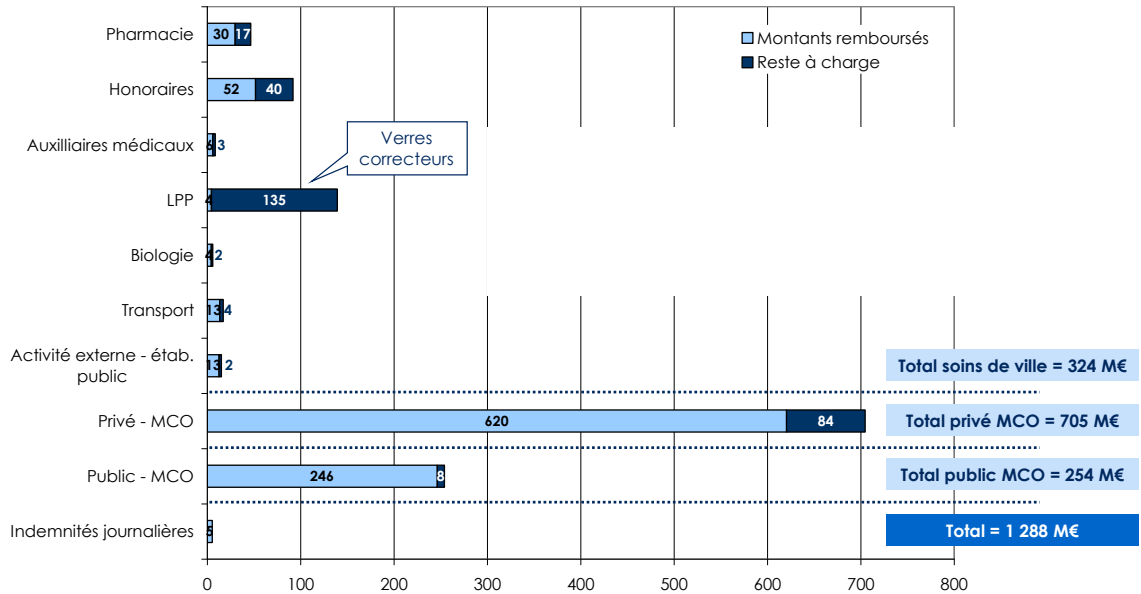
Dans le rapport publié en 2012, trois catégories d'interventions chirurgicales ont fait déjà l'objet d'une analyse détaillée qui a montré que des marges d'efficience existaient dans les processus de soins correspondants : arthroplastie du genou, hernies inguinales et crurales et chirurgie des varices des membres inférieurs. Des constats similaires peuvent être faits pour trois autres processus de soins concernant des interventions chirurgicales : la **chirurgie de la cataracte**, la **pose de prothèses de hanche** et la **chirurgie du canal carpien**.

Les processus de soins concernant deux pathologies chroniques, la **bronchopathie chronique obstructive (BPCO)** et les soins aux malades souffrant de **plaies chroniques**, ont également fait l'objet d'une analyse. Dans les deux cas, des enjeux majeurs existent en termes d'amélioration des parcours des patients, avec en premier lieu des conséquences potentiellement importantes sur la mortalité et la qualité de vie des personnes et qui peuvent amener parallèlement à une réduction des coûts.

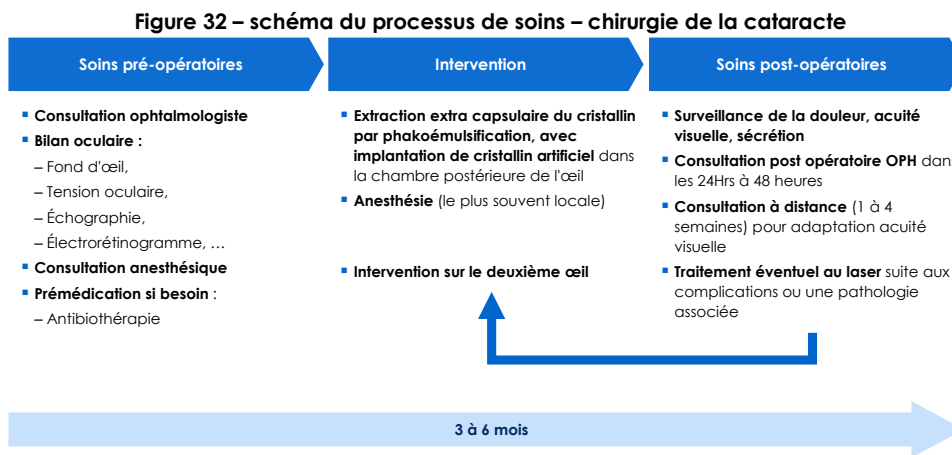
3.1.1. La chirurgie de la cataracte

C'est l'acte chirurgical le plus fréquent : en 2012, 717 000 interventions ont été pratiquées, pour un coût total de 1,3 milliard d'euros.

Figure 31 - Montants payés 2011 (remboursement CNAMTS et reste à charge), millions d'euros



Le processus complet s'étend sur 3 à 6 mois avec les étapes pré et post-opératoires :



Des interventions plus fréquentes en France que dans d'autres pays avec des variations géographiques

Les données de l'OCDE font état d'une fréquence élevée en France par rapport à d'autres pays comparables (15% de plus que les Pays-Bas, 70 à 80% de plus que la Suède, le Royaume-Uni ou l'Espagne).²⁹

**Figure 33 - Interventions de la cataracte pour 100 000 habitants (hospitalisation complète et de jour)
Interventions chirurgicales selon code CIM-9-CM, 2005 – 2010 (source OCDE)**

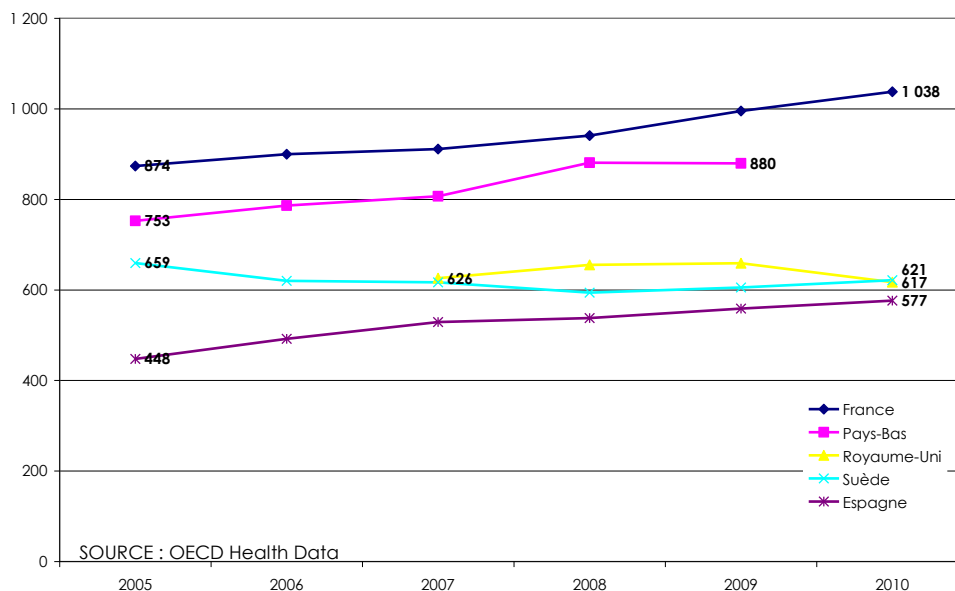
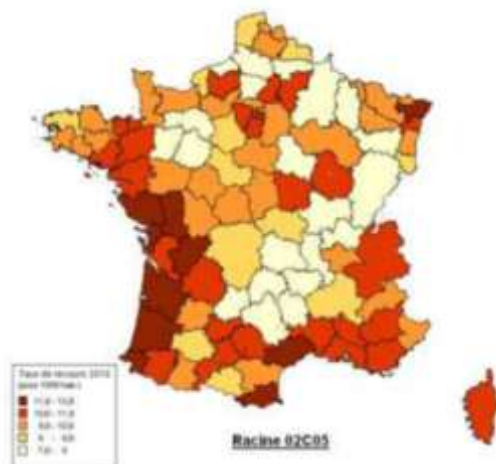


Figure 34 - Taux de recours standardisé/1000 habitants, par territoire de santé (02C05) - 2010

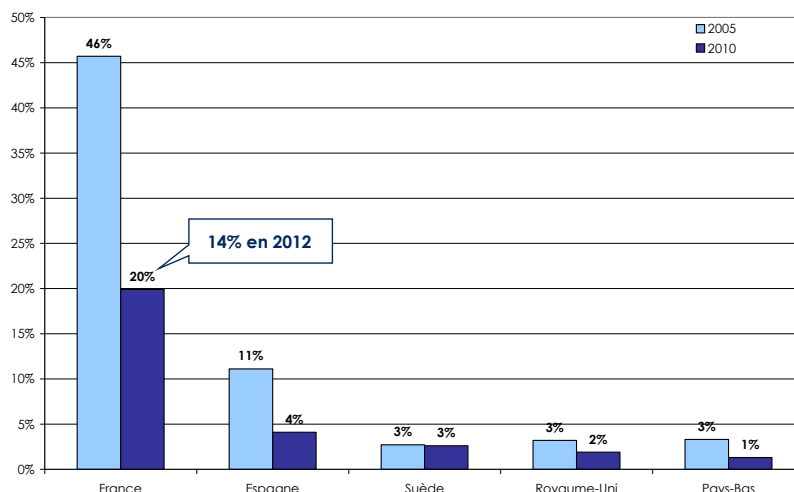


²⁹ Les données ne sont pas standardisées selon l'âge, mais les écarts observés ne peuvent s'expliquer par des différences de structures d'âge des populations. En 2011 la part des personnes de 65 ans et plus en France (16,7%) est effectivement supérieure à celle des Pays-Bas (15,6%), mais elle est équivalente à celle du Royaume-Uni et inférieure à celle de l'Espagne (17,1%) et de la Suède (18,5%).

Une part de chirurgie ambulatoire croissante qui pourrait encore augmenter

La part des interventions réalisées en hospitalisation complète a fortement diminué dans les années récentes : de 46% en 2005, elle est passée à 20% en 2011 et 14% en 2012. Elle est cependant encore très supérieure à celle que l'on observe dans d'autres pays, même si l'écart s'est réduit.

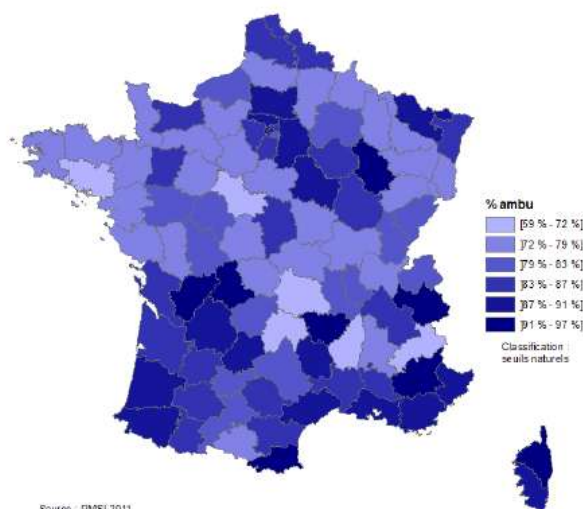
**Figure 35 - Part des interventions effectuées en hospitalisation complète
Interventions chirurgicales selon code CIM-9-CM, 2005 et 2010**



NOTE : pour Royaume-Uni 2005 = 2007SOURCE : OECD Health Data

Le taux de chirurgie ambulatoire reste d'ailleurs assez variable entre départements, de 60% à 97% en 2011.

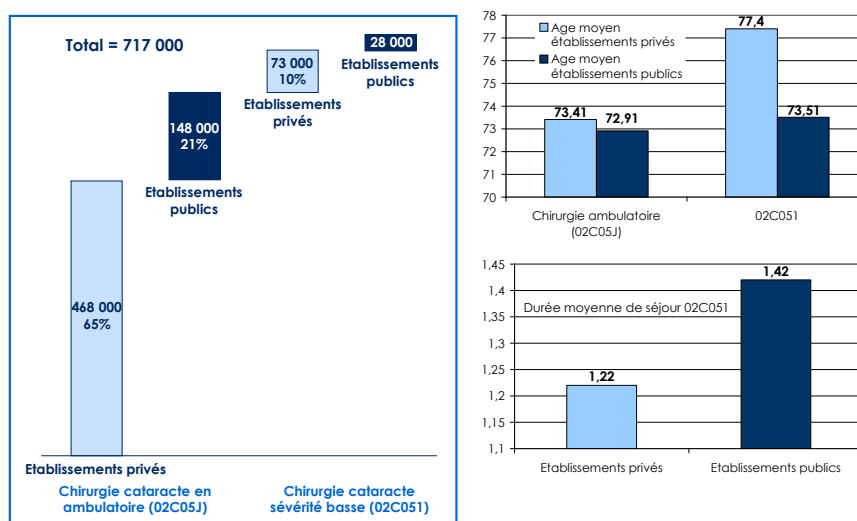
Figure 36 - Part des séjours pour cataracte réalisés en chirurgie ambulatoire (GHM en J) en 2011



En revanche, il est aujourd'hui peu différent en établissement public ou privé (84% versus 87%). Les cliniques privées, qui réalisent les trois quart des interventions, prennent en charge des patients plus âgés en moyenne, en hospitalisation complète comme en chirurgie ambulatoire. La

durée moyenne de séjour en cas d'hospitalisation complète est un peu inférieure (1,22 jour *versus* 1,42).

**Figure 37 - Nombre de séjours d'interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
GHM 02C05, France entière, 2012**



La problématique des implants multifocaux

Les implants pour le traitement de la cataracte ont été réintégrés dans les GHS en mars 2005. Avant leur réintégration dans les GHS, ils étaient inscrits, sous description générique, à la LPP au tarif de 182,94€ TTC. Ils ont été évalués par la HAS et l'ANSM en 2008³⁰.

Ces implants intraoculaires standards, utilisés pour remplacer le cristallin cataracté, n'effectuent pas la mise au foyer des objets rapprochés, de sorte que la plupart des patients ayant subi une chirurgie de la cataracte ont besoin de porter des lunettes pour voir de près. Or depuis une dizaine d'années sont apparus sur le marché de nouveaux types d'implants intraoculaires, dit multifocaux, qui corrigent les conséquences de l'ablation du cristallin (presbytie) ; mais ils corrigent également, au-delà, les anomalies de la réfraction (astigmatisme ou myopie). Dans ce marché en expansion avec l'augmentation croissante de la demande liée au vieillissement de la population, les produits proposés sont en constante évolution.

Or, ces implants multifocaux sont beaucoup plus chers que les implants unifocaux (de l'ordre de 300 € en plus d'après les informations disponibles). Certains établissements facturent au patient ce différentiel entre le tarif d'un implant simple (avant retrait de la LPP) et celui de l'implant multifocal. Pour cela ils s'appuient sur les dispositions de l'article R. 162-32-2 du code de la sécurité sociale définissant les catégories de prestations pour exigence particulière du patient, sans fondement médical, pouvant être facturées à l'assuré, ce qui apparaît comme un détournement de cette procédure.

Les implants multifocaux n'ont jamais été évalués par la HAS, aucun fabricant n'a déposé de demande de remboursement sur la LPP (liste en sus) et aucune demande d'évaluation de la

³⁰ Afssaps et HAS, avril 2008. Mise au point sur les implants intraoculaires monofocaux utilisés dans le traitement chirurgical de la cataracte

technique n'a été faite de la part des sociétés savantes. Il est donc difficile d'avoir une visibilité sur le marché de ces implants, tant en termes de prix que de volume ou de chiffre d'affaires.

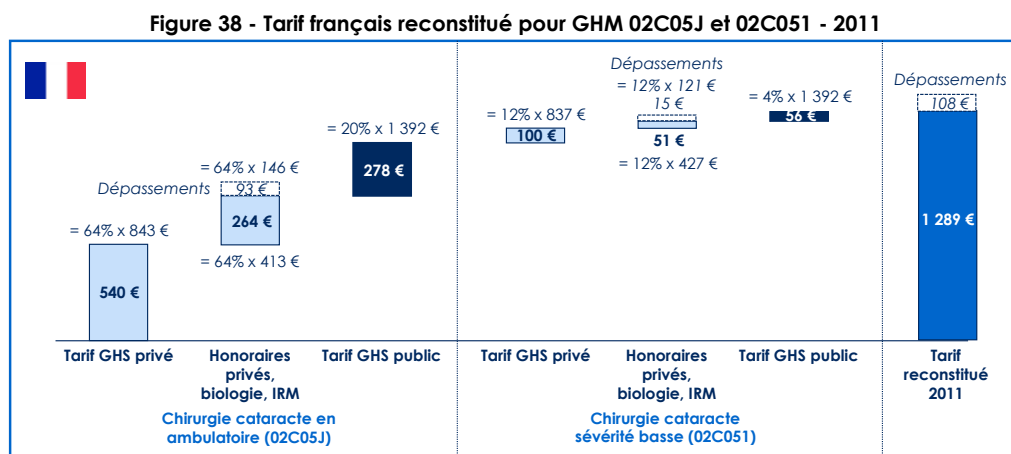
Il n'y a pas de consensus professionnel publié, ni sur le choix des implants unifocaux³¹, ni sur les indications et recommandations d'utilisation des implants multifocaux. Les problèmes posés par ces derniers sont :

- le prix pour les patients,
- l'absence d'évaluation (avec notamment des incertitudes sur les résultats à long terme),
- l'absence de recommandations sur les critères de sélection des patients susceptibles de tirer un éventuel bénéfice de ce type d'implants, compte tenu de certains inconvénients et contre-indications connus (indépendance aux lunettes qui n'est pas totale, diminution des contrastes, phénomènes d'éblouissement, de flou ou de halo, dont les fabricants estiment qu'ils seraient moins fréquents et moins intenses avec les dernières générations d'implants).

Des tarifs élevés par rapport à l'Allemagne et au Royaume-Uni, notamment pour la chirurgie ambulatoire

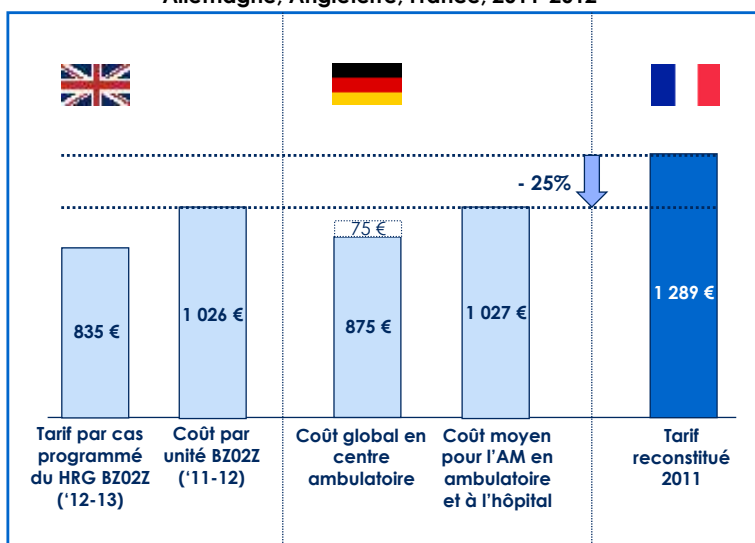
En France le tarif moyen reconstitué d'une intervention pour cataracte (en ambulatoire ou en hospitalisation complète) peut être estimé à 1289 euros en 2011, sans dépassements (1 397 dépassements compris). Ce tarif est de 25% plus élevé que le tarif pratiqué en Allemagne et en Angleterre.

Même si le tarif du GHS privé a baissé de 5% en France en 2013 par rapport à 2011 (de 828 € à 789 €), l'écart avec les deux autres pays reste important.



³¹ Après leur évaluation par la HAS et l'AFSSAPS en 2008 le marché des implants cristalliniens monofocaux n'a pas sensiblement évolué ; les évolutions de conception des dispositifs semblent avoir été considérées comme de nature incrémentale et n'ont pas en général donné lieu par les fabricants à des études cliniques spécifiques de supériorité. L'AFSSAPS n'a pas recueilli d'informations pouvant mettre en cause certain(s) type(s) d'implant(s) en termes de performance et/ou de sécurité et les données disponibles ne permettent pas d'établir de recommandations quant au choix de l'implant.

Figure 39 - Comparaison internationale des tarifs de la chirurgie de la cataracte
 Allemagne, Angleterre, France, 2011-2012³²



Le fait d'avoir, en France, augmenté le tarif de la chirurgie ambulatoire pour l'aligner sur celui de l'hospitalisation complète crée certes une incitation au développement de la pratique ambulatoire, ce qui était l'objectif, mais cet intéressement crée de fait une rente pour les offreurs, puisqu'il s'agit d'un mode de prise en charge moins coûteux en fonctionnement. Il faut rappeler que d'autres pays ont procédé à l'inverse, c'est-à-dire ont considéré qu'à partir du moment où la pratique normale était la chirurgie ambulatoire, c'était le coût de cette dernière qui devait fonder la rémunération de l'établissement pour cette intervention (ce qui constitue également une incitation tarifaire, mais dans le sens d'une désincitation plutôt que d'une incitation positive).

Il faut aussi réfléchir aux conditions d'organisation qui permettent de réaliser au meilleur coût cette chirurgie très courante, très standardisée et dont le niveau de risque est très faible. Prenant appui sur l'expérience d'autres systèmes de santé, qui avaient ouvert la voie d'une spécialisation de certaines structures sur ces types d'interventions, l'Assurance maladie a proposé à plusieurs reprises la création de centres autonomes, à l'instar par exemple de ce qui existe en Allemagne.

Une visite conjointe de quelques-uns de ces centres avec le Ministère a permis d'une part de mieux comprendre le contexte de la genèse de ces structures outre-Rhin, et d'autre part de vérifier précisément leurs conditions de fonctionnement. Les centres visités n'ont apparemment rien à

³²Pour l'Angleterre, les deux chiffres représentent d'une part le tarif du HRG (DRG anglais) pour la cataracte en 2012-2013 (835 euros), d'autre part le coût moyen par intervention observé en 2011-2012 (1 026 euros) : il est possible en effet qu'il y ait dans certains cas des suppléments en plus du tarif. Pour l'Allemagne, figurent d'une part le coût en chirurgie ambulatoire (facturé selon la classification des actes médicaux applicable en médecine de ville quelle que soit la structure utilisée, centre autonome de chirurgie ambulatoire ou structure hospitalière de chirurgie ambulatoire), d'autre part le coût moyen estimé tenant compte de la répartition des interventions entre chirurgie ambulatoire et hospitalisation complète.

envier aux hôpitaux en termes de qualité des soins fournis, mais ils bénéficient d'une organisation plus légère, à la fois en termes :

- d'organisation administrative, moins mobilisatrice en personnel du fait de leur spécialisation et de procédures très standardisées et rodées,
- d'instances règlementaires (absence d'une série de commissions / comités obligatoires dans les établissements hospitaliers)
- de normes de fonctionnement (présence d'un anesthésiste sur place, équipement des salles de réveil...), avec la possibilité pour les praticiens d'acquérir une formation complémentaire pour assurer certains gestes.

Même si les contextes sont différents (avec notamment l'existence depuis longtemps en France, à l'inverse de l'Allemagne, de cliniques qui se sont déjà pour certaines spécialisées dans des interventions standardisées de chirurgie fonctionnelle), cet exemple montre que ce type de chirurgie n'a pas besoin d'un contexte hospitalier (avec la lourdeur inhérente à des structures de taille importante, qui doivent faire face à l'urgence et assurer l'ensemble des activités de soins nécessaires) pour être réalisée avec l'exigence de qualité qui doit accompagner toute intervention médicale.

Des expérimentations de « bundled payment » aux Etats-Unis

Il y a une vingtaine d'années (1993), Medicare a lancé une expérimentation de « bundled payment » en rémunérant par un seul forfait le coût de l'intervention et celui des soins pré-opératoires et post-opératoires (120 jours après), et la chirurgie de la cataracte était parmi les interventions sélectionnées pour cette expérimentation. Les réductions négociées ont été modestes (de 2% à 5%), certains actes post-opératoires (capsulotomie postérieure au laser) ont diminué mais sans qu'il soit possible de savoir la part due au report des interventions après la fin de la période incluse dans le forfait, et aucun impact n'a été constaté concernant les résultats cliniques³³.

³³ SOURCE : Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science, Agency for Healthcare Research and Quality, August 2012.

3.1.2. Les poses de prothèses de hanche

98 000 prothèses totales de hanche ont été posées en 2012, pour un coût total de 1,1 milliard d'euros. Les deux tiers des interventions ont lieu dans les établissements privés. Les durées de séjour varient selon le niveau de gravité, mais aussi selon le secteur. A niveau de gravité égal, elles sont un peu inférieures dans le secteur privé.

Figure 40 - Nombre de séjours de poses de prothèse totale de hanche
GHM 08C48, France entière, 2012

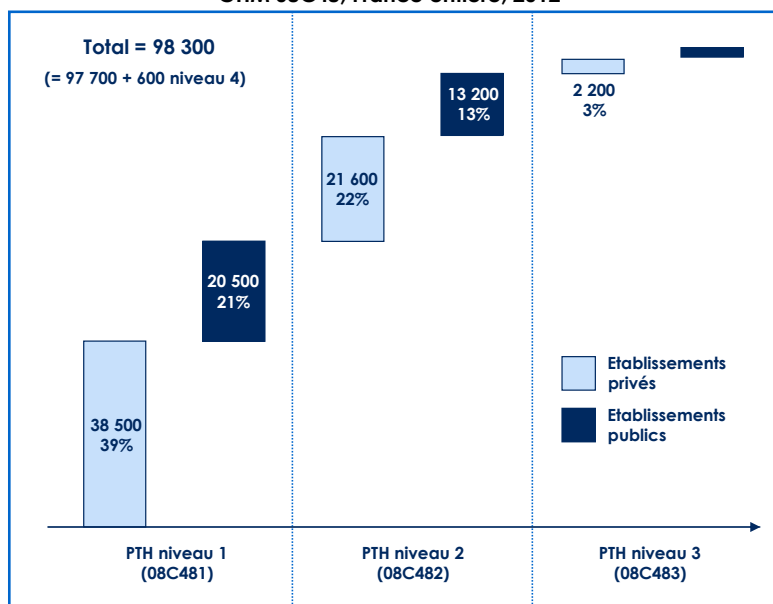
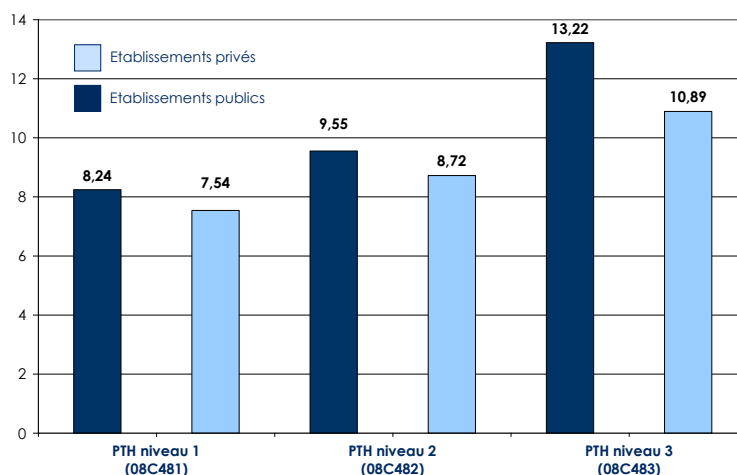
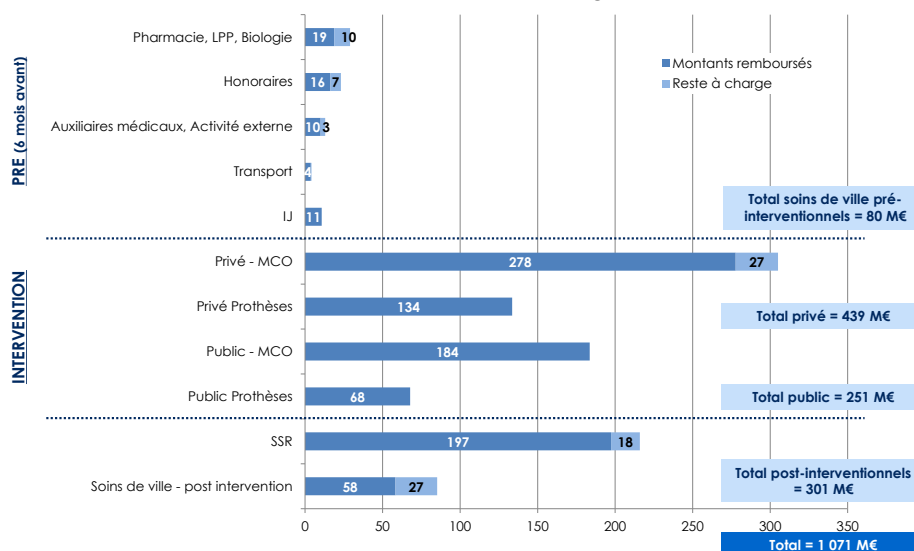


Figure 41 - Durée moyenne de séjour de poses de prothèse totale de hanche
GHM 08C48, France entière, 2012



Un peu moins des deux tiers des dépenses sont liés aux séjours hospitaliers pour l'intervention elle-même (690 millions d'euros), 7% aux soins de ville pré-opératoires (80 millions d'euros) et 28% aux soins post-opératoires (300 millions d'euros, dont 215 millions d'euros pour les séjours en établissements de soins de suite et de rééducation).

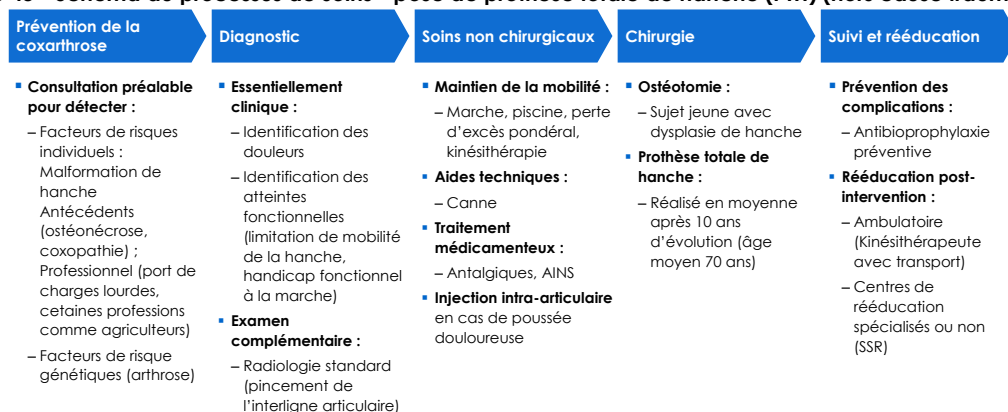
Figure 42 - Montants payés (remboursement CNAMTS et reste à charge) 2011, millions d'euros, tous régimes



SOURCE : SNIIRAM, analyse CNAMTS

Le processus de soins peut être schématisé ci-dessous :

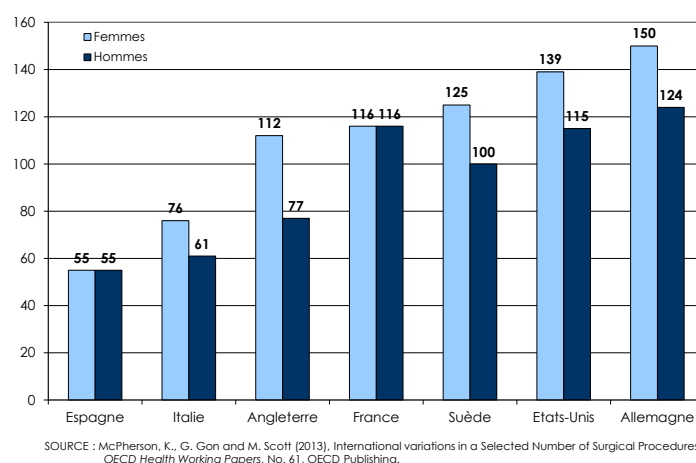
Figure 43 - Schéma du processus de soins - pose de prothèse totale de hanche (PTH) (hors cause traumatique)



Un nombre d'interventions moyen par rapport à d'autres pays

Les fréquences d'interventions pour arthroplastie de la hanche sont très variables d'un pays à l'autre et les taux français ne paraissent pas anormalement élevés ou bas. Tout au plus peut-on s'interroger sur l'absence de différence entre hommes et femmes, différence qui existe dans beaucoup de pays.

**Figure 44 - Taux standardisés selon l'âge de l'arthroplastie de la hanche par 100 000 habitants
2008 ou dernière année disponible**



La prothèse de hanche est l'une des interventions sur lesquelles on a vu se développer des *outils d'aide à la décision* pour les patients.

En effet une des réflexions issue de l'expérience internationale, et notamment du constat de l'étonnante variabilité géographique des interventions de soins (que l'on retrouve dans tous les pays), est que pour certains types d'interventions, il y a un arbitrage à faire entre les bénéfices et les risques, et que celui-ci doit impliquer fortement le patient. Mettant en pratique cette réflexion, un certain nombre d'expériences ont été menées pour permettre aux patients de faire ce choix avec des outils d'aide à la décision bien conçus. Elles montrent souvent que bien informés, les patients vont plus souvent dans le sens d'une décision de *ne pas intervenir*. Par exemple, une expérience menée en 2009 au sein d'une organisation Group Health aux Etats-Unis, et concernant précisément les patients atteints d'arthrose de la hanche, a montré qu'à caractéristiques comparables, le taux d'intervention était diminué de 26% parmi les patients informés par rapport au groupe témoin³⁴. A noter que pour la prothèse de genou, qui était également concernée par l'expérimentation, la diminution a atteint 38%.

D'autres résultats vont dans le même sens, et ces outils d'aide à la décision ont fait l'objet d'une évaluation de la collaboration Cochrane actualisée récemment³⁵.

Des taux de complications et de reprises variables selon le lieu de pose

Sur 50 205 patients opérés durant le 1er semestre 2011, 530 patients (547 opérations) ont eu une reprise de l'intervention dans les 6 mois. Le taux de reprise moyen est donc de 1,1%. 94% des reprises sont réalisées dans le même établissement que celui de l'opération initiale

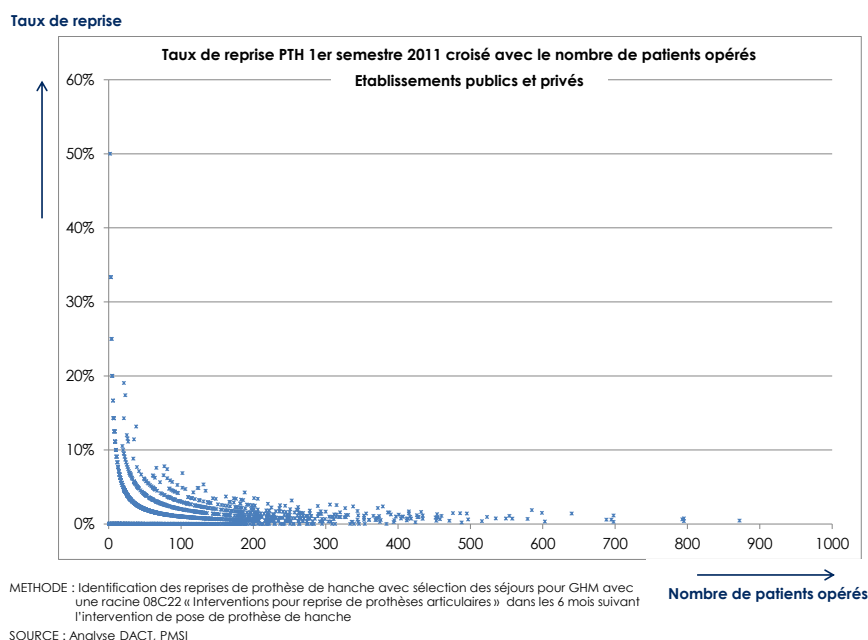
322 établissements (40%) ont eu au moins une opération avec reprise dans les 6 mois. Pour ces établissements, le taux de reprise va de 0,3% à 50%. Le taux est supérieur à 2% pour la moitié d'entre eux, et à 4% pour un quart.

³⁴ Arterburn et al, Introducing Decision Aids At Group Health Was Linked To Sharply Lower Hip And Knee Surgery Rates And Costs, Health Affairs, 2013

³⁵ Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Légaré F, Thomson R. Cochrane Collaboration, 2011.

L'analyse en fonction du niveau d'activité montre qu'il existe une corrélation entre le taux de reprise par établissement et le nombre de patients opérés dans un établissement : le taux de reprise est d'autant plus faible que le nombre d'interventions pratiquées est important (Figure 45).

Figure 45 – Taux de reprise PTH au 1^{er} semestre 2011 en fonction du nombre de patients opérés



33

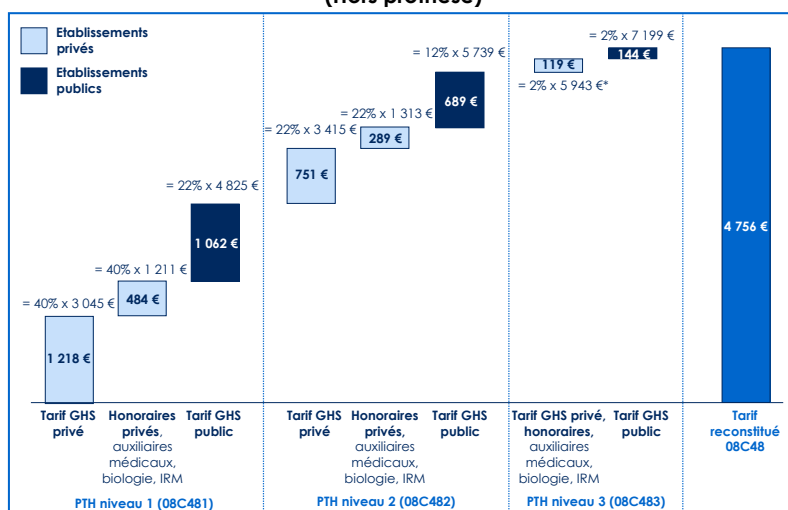
En Suède, en 2009, un « bundled payment » « OrthoChoice » a été introduit pour l'arthroplastie de la hanche et du genou, avec une garantie de prestataire pendant 2 à 5 ans après la chirurgie. Les patients qui en relèvent sont ceux qui sont en relativement bonne santé (scores pré-opératoires ASA 1 et ASA 2) pour assurer une population homogène. Le prix a été fixé à 8 500 \$ (6 320 €), sans ajustement au risque compte tenu de l'homogénéité des patients. 3,2% du remboursement a été retenu et versé en fonction de la performance. Sont inclus dans le forfait les soins pré-opératoires, l'intervention, la rééducation jusqu'à six jours et la visite de contrôle dans les trois mois. Surtout, le prestataire prend à sa charge toute intervention chirurgicale supplémentaire liée à la prothèse dans les deux ans après l'opération, prolongée à cinq ans si le patient a été traité avec des antibiotiques pour une infection profonde au cours des deux premières années.

Les évaluations préliminaires semblent montrer que les prestataires ont modifié leurs pratiques pour améliorer les résultats, réduire les complications et améliorer l'expérience du patient (notamment le suivi des référentiels, la standardisation du processus de traitement, le développement de manuels et de check-lists, la spécialisation et la formation du personnel, les investissements dans l'amélioration de la qualité de l'air bloc opératoire, etc.). L'expérience est à ce stade jugée positivement.

Des tarifs comparables à ceux de l'Allemagne et du Royaume-Uni mais des prothèses plus chères

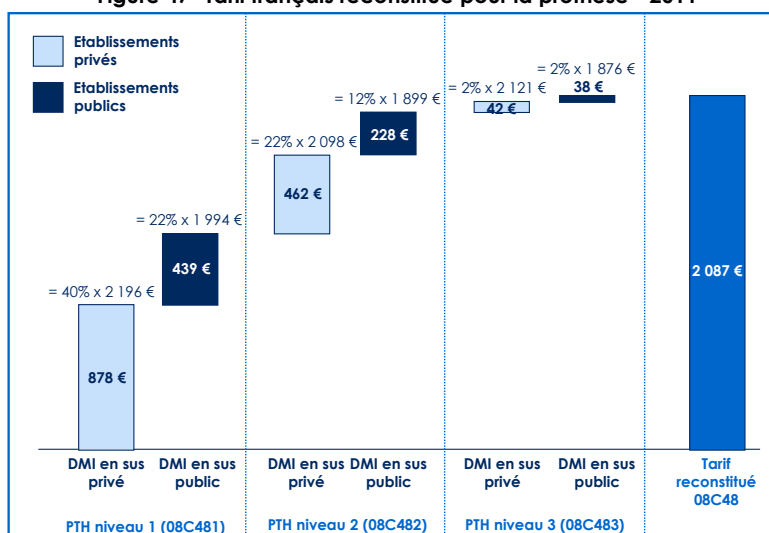
Le tarif moyen pondéré du séjour, en tenant compte de la répartition par secteur, par niveau de GHS et en ajoutant les honoraires en cliniques a été estimé en 2011 à 4756 €, auxquels il faut ajouter un tarif moyen de 2087 € pour la prothèse, soit un total de 6843 €.

**Figure 46 - Tarif français reconstitué pour GHM 08C481 à 08C483 - 2011
(Hors prothèse)**



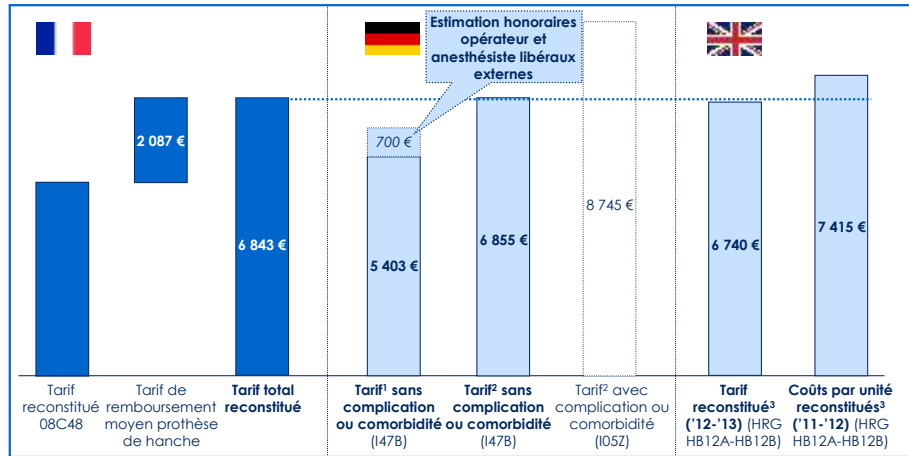
* = 1 613 € honoraires, auxiliaires médicaux, biologie, IRM + 4 330 € (tarif privé GHS niveau 3) = 5 943 €

Figure 47 - Tarif français reconstitué pour la prothèse - 2011



Le tarif global de l'intervention, prothèse incluse, est similaire à celui qui a pu être estimé en Allemagne et au Royaume-Uni.

Figure 48 - Comparaison internationale des tarifs de la pose de prothèse totale de hanche – 2012



¹ Forfait si opérateur et anesthésiste libéraux externes

² Prix pour les unités principales fonctionnant avec des médecins salariés

⁴ En prenant l'activité de 2011-2012 : 78% sans complications ni comorbidités (CC), 15% avec CC intermédiaires et 7% avec des CC majeures

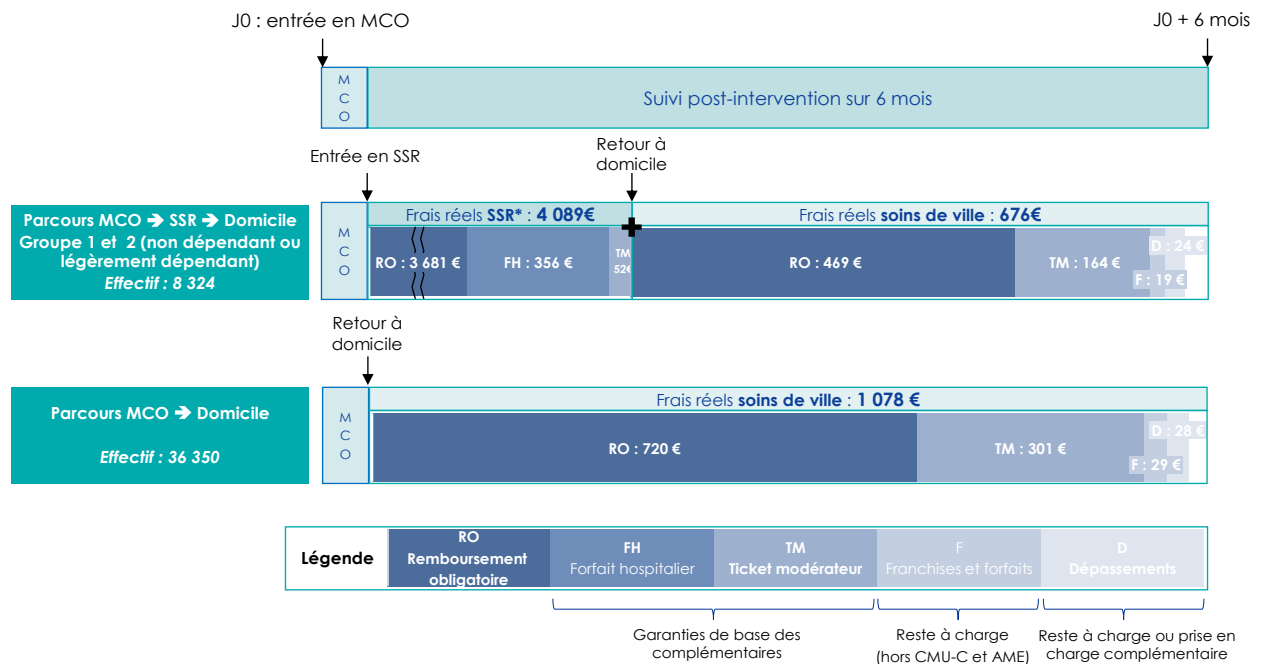
Des parcours non optimaux pour la rééducation post-opératoire

Environ 10 % des patients non dépendants ou légèrement dépendants vont en service de soins de suite après leur intervention.

Le coût complet du suivi post-intervention à six mois est alors de 4765 euros en moyenne, alors qu'il est de 1078 euros pour un suivi avec rééducation en ville. Ceci se traduit bien entendu par un coût supérieur pour l'Assurance maladie (4150 euros versus 720), mais aussi pour le patient, qui a un reste à charge moyen de 563 euros dans le premier cas, de 358 euros dans le second.

Le programme d'accompagnement du retour à domicile PRADO orthopédie, qui facilite une prise en charge à domicile, apporte donc un gain à la fois pour l'Assurance maladie et pour l'assuré ou sa complémentaire.

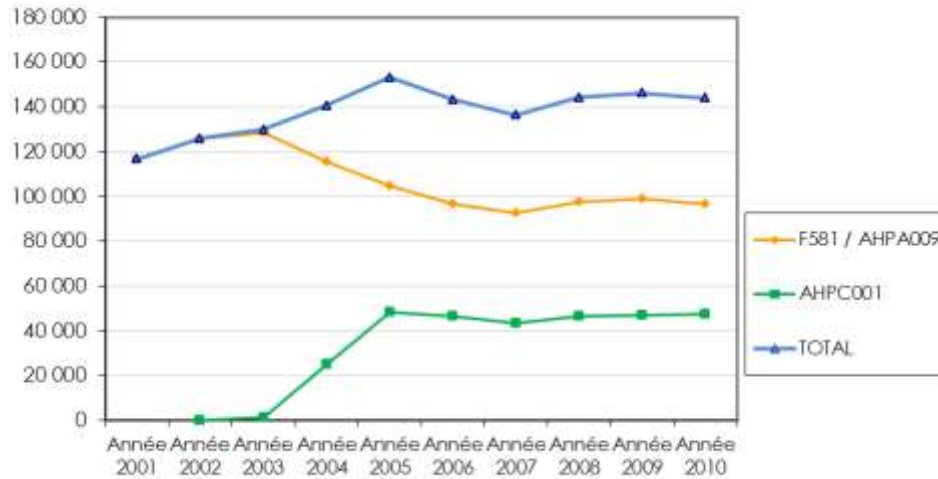
Figure 49 – Coûts comparés des différents types de parcours de soins post-opératoires pour la rééducation pour prothèse de hanche – tous régimes



3.1.3. La chirurgie pour syndrome du canal carpien

145 000 interventions pour libération du canal carpien ont été réalisées en 2011 pour 130 000 patients. Ces interventions ont augmenté de manière spectaculaire au cours des années 1990 (multiplication par quatre sur la période 1993-1999³⁶), et elles ont cru encore à un rythme de +7% par an jusqu'en 2005, pour se stabiliser ensuite.

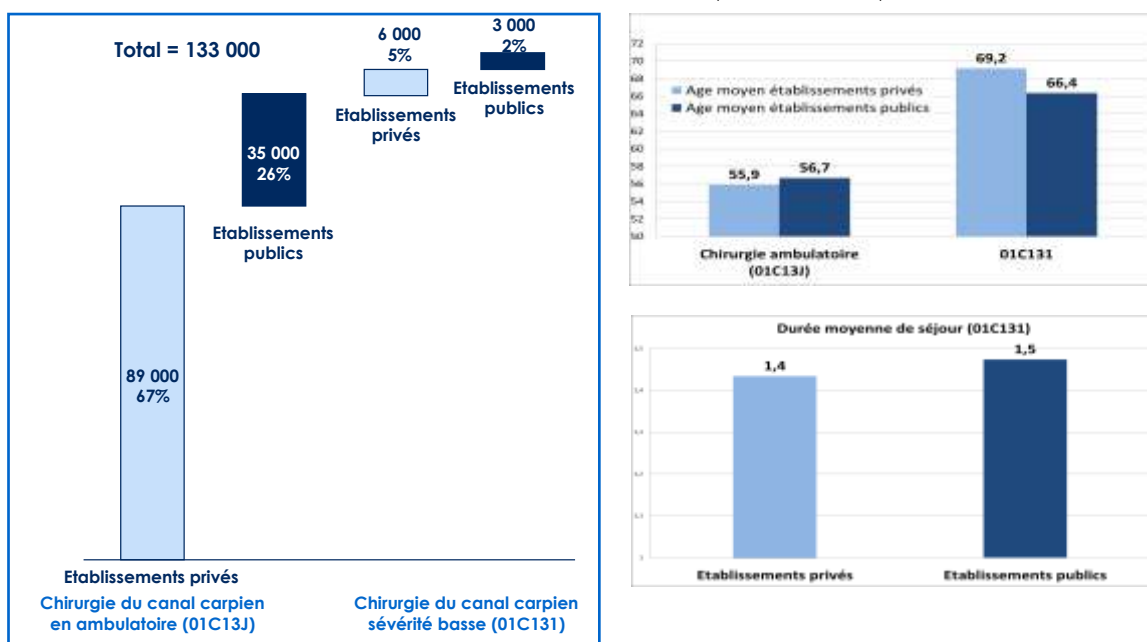
Figure 50 - Nombre annuel de libérations du nerf médian dans le canal carpien, par code acte, en France de 2001 à 2010 (source ATIH)



93% des interventions sont faites en chirurgie ambulatoire, et près des trois quarts ont lieu dans les cliniques privées. L'âge moyen est de 57,0 ans, un peu plus élevé dans les établissements publics (57,4 ans) que dans les établissements privés (56,8 ans).

³⁶ Oberlin P, Mouquet MC. Les interventions en chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène. DREES. Etudes et résultats no 194; 2002

Figure 51 - Nombre d'interventions chirurgicales pour syndrome du canal carpien
GHM 01C13 et code CCAM AHPA009 ou AHPC001, France entière, 2011

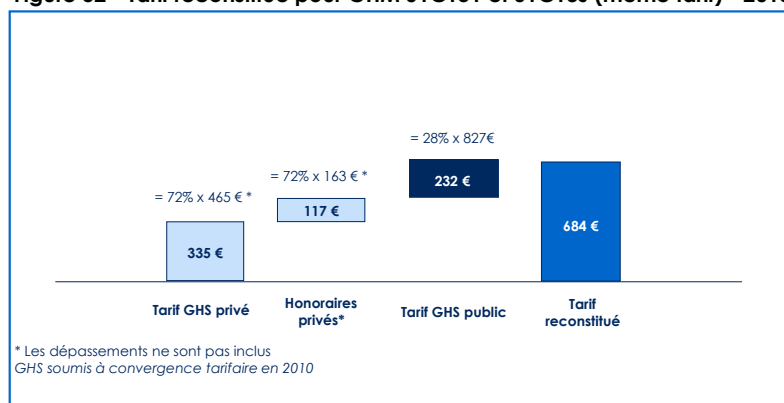


NOTE : Le recours aux GHM 01C132 à 01C134 est très bas, respectivement 220, 28 et 5 interventions en 2012.

SOURCE : PMSI MCO 2011

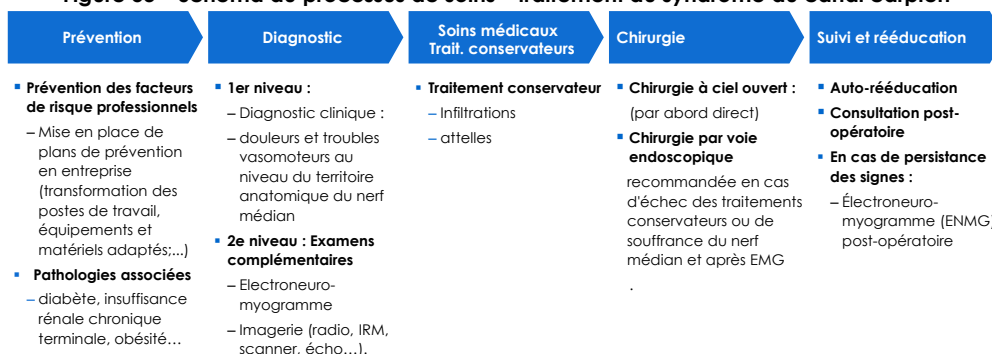
Le prix moyen du séjour, tenant compte de la répartition d'activité entre les secteurs public et privé et en incluant les honoraires dans les établissements privés (hors dépassements) s'élève à 684 euros.

Figure 52 - Tarif reconstitué pour GHM 01C131 et 01C13J (même tarif) - 2013



Le processus de soins peut être schématisé comme suit :

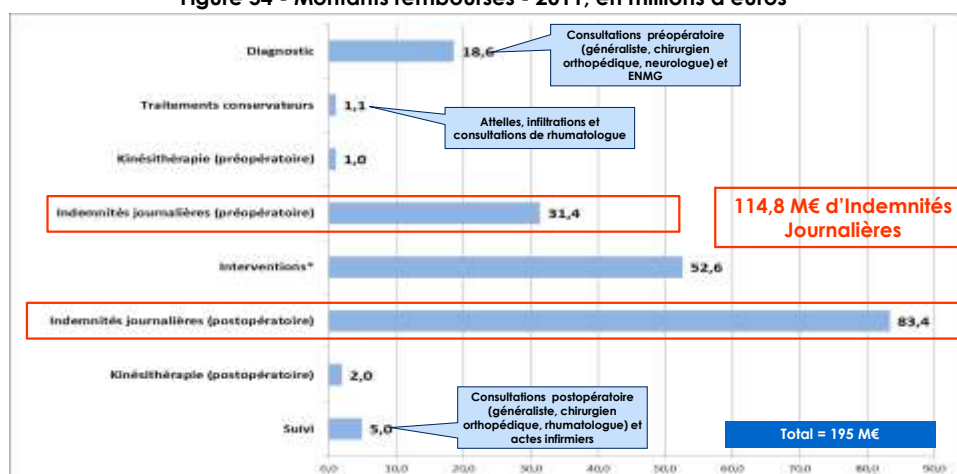
Figure 53 – Schéma du processus de soins – traitement du syndrome du canal carpien



Le montant total des dépenses remboursées pour ce processus est estimé à 195 millions d'euros en 2011, dont plus de la moitié en indemnités journalières.

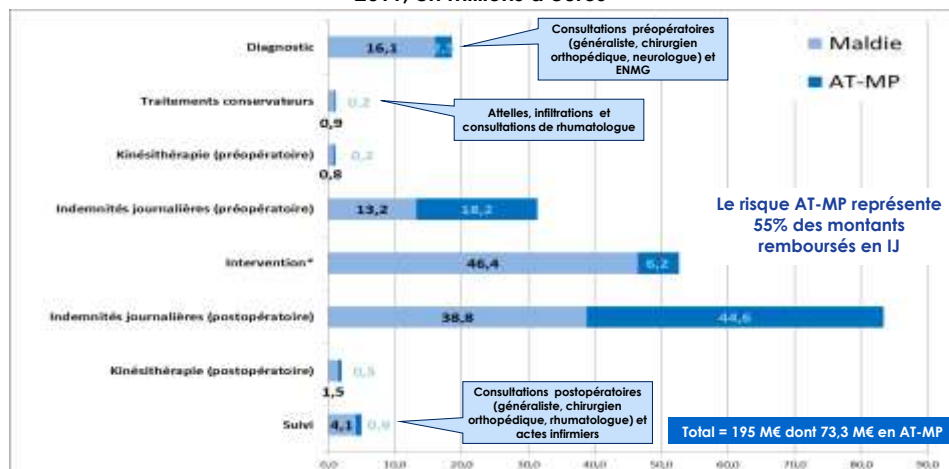
38% des dépenses (73 millions sur 195) sont prises en charge sur le risque accident du travail – maladie professionnelle. Parmi les facteurs favorisant le syndrome du canal carpien figurent des mouvements répétitifs d'extension du poignet ou microtraumatismes qui peuvent être liés à des activités professionnelles, et certaines catégories socio-professionnelles (ouvriers) et secteurs d'activité sont plus particulièrement exposés. Les durées et les dépenses d'arrêt de travail sont sensiblement plus élevées en AT-MP qu'en maladie (le risque AT-MP représente 55% des montants remboursés en IJ, contre 37% pour l'ensemble des dépenses) (Figure 55).

Figure 54 - Montants remboursés - 2011, en millions d'euros



* Montants estimés à partir du tarif reconstitué – Source : SNIRAAM, traitements CNAMTS

Figure 55 - Montants remboursés par risque (maladie – accidents du travail et maladies professionnelles) 2011, en millions d'euros



* Montants estimés à partir du tarif reconstitué – Source : SNIRAAM, traitements CNAMTS

Le syndrome du canal carpien est un des premiers thèmes sur lesquels l'Assurance maladie a exploré une approche par processus de soins³⁷. L'analyse menée pour les patients opérés en 2008 avait en effet montré³⁸ :

- un diagnostic par électroneuromyogramme dans 70% des cas,
- une faible part de patients ayant des infiltrations ou des attelles (24%) préalablement à la chirurgie,
- des arrêts de travail relativement longs avant l'intervention pour 15% des patients,
- des disparités très importantes dans les fréquences d'actes (1 à 5 entre départements), qui interrogeaient sur la pertinence des indications,
- une diffusion inégale de la chirurgie endoscopique,
- après l'intervention, pour 20% des patients opérés, des séances de kinésithérapie qui sont dans le cas général peu utiles, avec des nombres moyens de séances variant là encore de 1 à 2 entre départements ;
- des arrêts de travail après la chirurgie d'une durée souvent très longue par rapport à des référentiels existant à l'étranger, et également hétérogène sur le territoire.

Au vu de ces constats, plusieurs actions ont été mises en place.

1. Les interrogations sur la **pertinence des actes** ont amené à saisir la Haute autorité de santé pour définir plus précisément les indications et les conditions de cette chirurgie, qui ont donné lieu à des publications en septembre 2012 et février 2013. Une **méthode de ciblage des établissements** a été également proposée par la Cnamts et est en cours de test sur le terrain, dans le cadre de la stratégie d'amélioration de la pertinence des soins (cf. plus loin partie 3.2).

³⁷ Cf. rapport sur les charges et produits pour l'année 2012 – juillet 2011

³⁸ Tuppin P, Blotière P-O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Syndrome du canal carpien opéré en France en 2008 : caractéristiques des malades et de leur prise en charge. Rev Neurol 2011; 167(12):905-15.

2. Des référentiels validés par la HAS ont été élaborés sur le **nombre de séances de masso-kinésithérapie** habituellement nécessaire en fonction des pathologies ; ils constituent désormais des seuils au-delà desquels un avis du service médical doit être sollicité par le professionnel de santé pour poursuivre la prise en charge du traitement par l'Assurance maladie. Pour le canal carpien, ce seuil a été fixé à 0, l'entente préalable étant requise dès la première séance.

3. Des fiches repères validées par la HAS ont été élaborées pour proposer aux médecins prescripteurs des **durées indicatives d'arrêts de travail** post-opératoires en fonction du type de poste de travail occupé. Ces durées indicatives vont pour le canal carpien de 7 à 56 jours. Plusieurs actions ont été déployées pour faire connaître et entrer dans la pratique ces référentiels : campagnes d'information des prescripteurs (généralistes, chirurgiens), en 2012 contrôles ciblés des assurés lorsqu'ils dépassent la valeur seuil fixée³⁹, objectifs de baisse de la durée moyenne déclinés par caisse, déploiement de la prescription électronique d'arrêt de travail dans laquelle ces durées sont proposées par défaut.

Ces actions commencent à porter leurs fruits : de 53,3 jours à fin 2010, la durée moyenne d'arrêt de travail observée pour le canal carpien est descendue à 50,8 jours en 2012, soit une baisse de 2,5 jours (5%). L'objectif pour 2013 table sur une réduction de près de 8%. Il reste un potentiel de baisse puisque, en tenant compte de la structure d'emploi en France et des durées recommandées, la durée moyenne d'arrêt de travail devrait être de 40,7 jours.

L'enjeu économique est important ; si on ne se limite pas au canal carpien, mais que l'on étend la problématique à la vingtaine d'interventions chirurgicales qui ont fait l'objet de fiches repères, 70 millions d'euros pourraient être économisés si les pratiques se rapprochaient des durées indicatives proposées, soit 20% du montant total des indemnités journalières correspondantes.

Une analyse complémentaire réalisée en 2011 permet de décomposer les arrêts de travail selon les séquences de prescription et les prescripteurs.

8 patients sur 10 ayant des indemnités journalières ont uniquement un arrêt de travail en post-opératoire (Figure 56). La durée moyenne d'arrêt est de 48 jours. Pour ces patients :

- dans 81% des cas ce sont les chirurgiens qui prescrivent l'arrêt, et les durées prescrites sont en cohérence avec les durées des fiches repères. Mais ces arrêts sont prolongés dans un cas sur trois par le généraliste, ce qui double la durée moyenne (de 34 à 64 jours)
- la durée de l'arrêt est également plus longue quand l'arrêt est initié par une prescription du médecin généraliste.

Pour les patients qui ont à la fois un arrêt pré-opératoire et un arrêt post-opératoire (19% des patients ayant eu des IJ) :

- les durées d'arrêt sont nettement plus longues : 71 jours en moyenne avant l'intervention, 95 après ;

³⁹ Les informations disponibles dans le système d'informations ne comportant pas la notion de poste de travail, la valeur de repérage pour convoquer les assurés, en l'absence de comorbidité, a été fixée à 28 jours d'arrêts prescrits (correspondant à la valeur la plus élevée pour la vidéo-chirurgie).

- la prescription initiale est faite par le généraliste dans 70% des cas pour les arrêts pré-opératoires, dans 30% des cas en post-opératoire (ce qui est plus fréquent que dans la situation précédente) ;
- on observe également une durée plus longue associée à la prescription par le médecin généraliste, soit du premier arrêt, soit de la prolongation (Figure 57).

Figure 56 - Principales séquences de prescripteurs pour les patients ayant bénéficié d'IJ post-opératoires, uniquement (81,5% des patients)

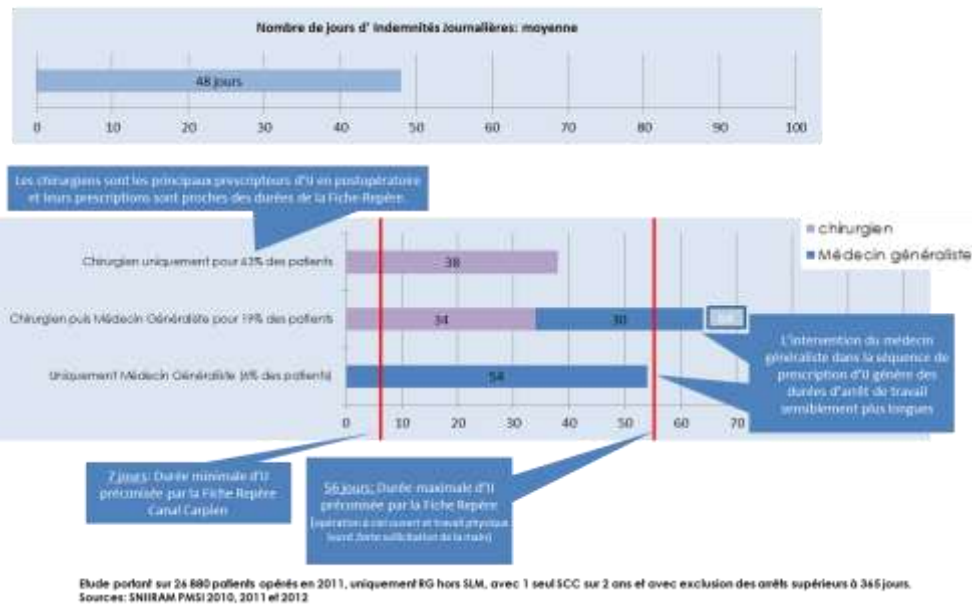
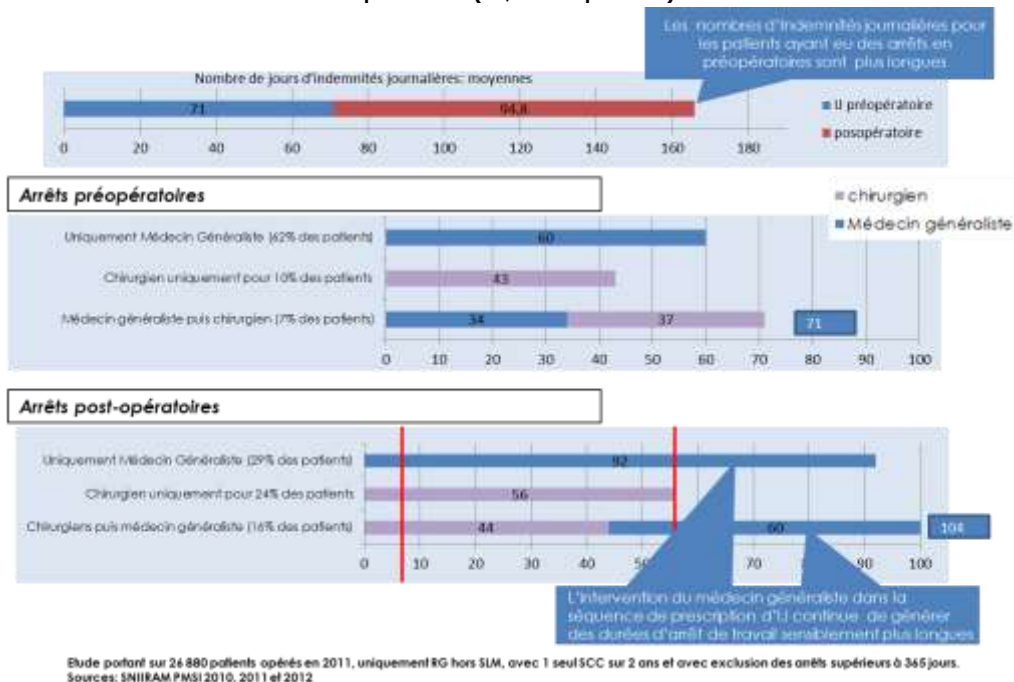


Figure 57 - Principales séquences de prescripteurs pour les patients ayant bénéficié d'IJ préopératoires et post-opératoires (18,5% des patients)

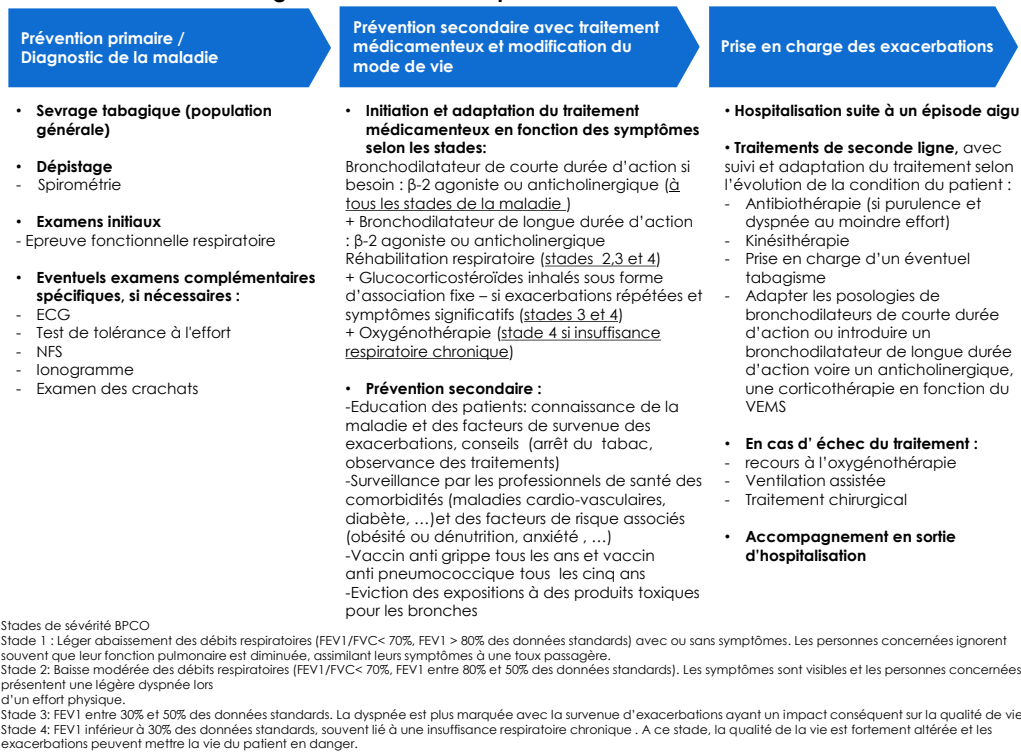


3.1.4. La bronchopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO est une maladie fortement prévalente : la population atteinte est estimée à 3,5 millions d'adultes, dont 1 million de malades symptomatiques⁴⁰. L'affection est sous diagnostiquée en France en raison d'une banalisation des symptômes chez les sujets fumeurs.

On peut estimer que 95 000 personnes ont été hospitalisées en 2011 pour exacerbation de BPCO (extrapolation tous régimes sur la base des données régime général). Parmi eux, 43% sont réhospitalisés dans les 6 mois, dont 42 % pour pathologies respiratoires, 16% pour pathologies cardiaques et 18 % pour d'autres causes.

Figure 58 – Schéma du processus de soins – BPCO



⁴⁰ *Rev Mal Respir 2010;27:160-8

La prévention et la détection de la BPCO restent insuffisantes

L'ensemble des études établissent que le tabagisme est de loin le principal facteur de survenue de la BPCO. Des données récentes ont montré que, chez les fumeurs qui fument jusqu'à l'âge de 65 ans, le taux de BPCO pouvait atteindre 50%⁴¹. L'importance du tabac dans la survenue de la BPCO entraîne une banalisation des symptômes à l'origine d'un sous diagnostic de cette maladie.

Ces éléments jouent en faveur d'un renforcement des actions de prévention et de détection de la BPCO.

Le questionnaire GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) est un questionnaire d'auto évaluation simple et rapide d'utilisation (5 questions) qui a été conçu par un panel international de pneumologues et est utilisé dans plusieurs pays. Si le patient répond positivement à 3 questions, il lui est conseillé de voir son médecin traitant afin de tester avec lui son souffle, notamment par une spirométrie. Ce questionnaire fournit alors une base de discussion entre le médecin et le patient. Il permet de mieux évaluer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne et optimiser sa prise en charge par une mise en route précoce du traitement. Ce questionnaire est encore peu connu et utilisé en France.

Questionnaire d'auto-évaluation GOLD

Test court destiné à améliorer la connaissance de l'affection par le grand public et faciliter le repérage des patients par les praticiens.

• Toussez-vous régulièrement ? oui non

• Avez-vous régulièrement des expectorations et/ou des crachats ? oui non

• Êtes-vous plus rapidement essouffé(e) que la plupart des personnes de votre âge ? oui non

• Avez-vous plus de 40 ans ? oui non

• Êtes vous fumeur(euse) ou ex-fumeur(euse) ? oui non

Si vous répondez oui à 3 questions ou plus, parlez-en à votre médecin et testez avec lui votre souffle, vous écarterez éventuellement un risque de développement de la BPCO.

Les réhospitalisations des personnes atteintes de BPCO apparaissent élevées

Parmi les 95 000 personnes qui sont hospitalisées dans l'année, 43% sont réhospitalisées dans les 6 mois, dont 42 % pour pathologies respiratoires, 16 % pour pathologies cardiaques et 18 % pour d'autres causes.

La Haute autorité de santé recommande après hospitalisation pour exacerbation une consultation par le médecin généraliste dans les 8 jours suivants, et une consultation avec un pneumologue avec exploration fonctionnelle respiratoire dans les 3 mois.

Il apparaît que 33% des personnes hospitalisées n'ont pas eu de consultation par le médecin généraliste telle que recommandée. 71% des patients n'ont pas consulté de pneumologue dans les 3 mois.

⁴¹ Bronchopneumopathie chronique obstructive P-R Burgel N Roche, Rev Mal Respir 2007

Selon les méta analyses étudiées, l'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation pour exacerbations de BPCO permettrait de réduire les réhospitalisations dans l'année et la mortalité de ces patients. Ainsi d'autres pays ont mis en place des organisations pour améliorer la prise en charge de ces patients. A titre d'exemple un programme d'accompagnement en sortie d'hospitalisation mis en place à Montréal⁴² a permis de réduire de 33% les hospitalisations pour exacerbations et de 25% les hospitalisations toutes causes confondues. Les patients bénéficiaient d'un accompagnement renforcé au cours des deux mois suivant leur sortie d'hospitalisation avec une visite hebdomadaire par un professionnel de santé formé (infirmière ou kinésithérapeute) sous la supervision du médecin traitant, des modules de sensibilisation et d'éducation en santé (hygiène de vie, activité physique, utilisation des inhalateurs...) et un suivi téléphonique, cet accompagnement étant ensuite modulé dans les mois suivants.

Une autre expérience menée dans un district de Londres depuis 2008 sur 3500 patients a permis une réduction du taux d'hospitalisation de ces patients (6% en 2012) ainsi que de la durée moyenne de séjour (3 jours en 2012 au lieu de 4,5 jours en 2011). La prise en charge en sortie d'hôpital est organisée par une structure ambulatoire de cinq infirmières spécialisées qui agissent en lien avec le médecin généraliste, l'hôpital, les autres professionnels de santé ou médico-sociaux. Un « pack de sortie » est remis à chaque patient à sa sortie d'hôpital comprenant des conseils (documents de l'association britannique de pneumologie), une copie de son plan d'action personnalisé et une *check list* systématique avant la sortie (vérification qu'une assistance au sevrage tabagique a été proposée, que la nécessité d'une réhabilitation pulmonaire a été évaluée et le cas échéant programmée, que l'usage de l'inhalateur est maîtrisé, que la consultation avec un spécialiste des voies respiratoires et une infirmière est planifiée).

Par ailleurs, l'analyse de la littérature sur l'efficacité du réentraînement à l'exercice des patients atteints de BPCO a montré que l'impact de cette réhabilitation se traduit par la réduction du risque de mortalité, du nombre d'exacerbations, du nombre d'hospitalisation suite à des exacerbations et/ou de la durée de l'hospitalisation⁴³.

⁴² Jean Bourbeau et al., « Reduction of Hospital Utilization in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A Disease-Specific Self-management Intervention » - *Arch Intern Med.* 2003;163(5):585-591

⁴³ Réentraînement à l'exercice sur machine d'un patient atteint d'une pathologie respiratoire chronique. HAS, Avril 2007

3.1.5. Le traitement des plaies chroniques

Les plaies chroniques sont un problème majeur de santé publique qui est souvent sous-estimé. Elles touchent de nombreuses personnes âgées (l'âge moyen estimé des patients est de 78 ans pour les escarres, de 71 ans pour les ulcères), dont elles dégradent la qualité de vie. La prévention, la réduction des durées de cicatrisation et la prévention des récurrences sont des enjeux essentiels dans ce domaine, qui illustre bien les questions de qualité et d'efficacité des soins aux âges élevés.

Des pathologies fréquentes, notamment chez les personnes âgées

Les causes de plaie chronique (une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution, selon son étiologie) incluent notamment les ulcères de jambe, les escarres et les plaies du patient diabétique.

Les estimations de prévalence rapportées par la littérature sont peu nombreuses et imprécises : des fourchettes de 0,10 à 0,80% ont été publiées pour la prévalence des ulcères de jambe (soit 60 000 à 500 000 personnes), et des estimations de la Commission économique des produits et prestations (CEPP) font état d'une fourchette de 70 000 à 110 000 patients avec des escarres soignés à domicile, avec une tendance à l'augmentation.

Afin de compléter les données disponibles, une analyse a été menée à partir des données de remboursements pour repérer ces situations à partir de consommations spécifiques (matelas ou coussins anti-escarres, bandes de contention, écho-doppler – voir annexe 1 pour les critères retenus).

Cette analyse a permis d'identifier environ 245 000 patients pris en charge à domicile tous les ans pour les deux types de plaies (escarres et ulcères) :

- 130 000 patients souffrant d'escarres, qui sont pour la plupart des patients très âgés : l'âge moyen est de 78 ans, 60% ont plus de 80 ans et 80% plus de 70 ans. Ce sont majoritairement des femmes (59,6%). Un quart des patients ont été hospitalisés dans le mois précédant le début de la prise en charge, et 21% sont décédés dans les 2 mois qui suivent la dernière délivrance de pansements.
- 115 000 patients avec ulcères veineux (ou mixtes). Ces patients ont en moyenne 71 ans, avec une nette prédominance féminine (2/3 de femmes). Environ 4% sont décédés dans les 2 mois qui suivent la dernière délivrance des pansements.

- Figure 59 - Répartition par âge et sexe – escarres

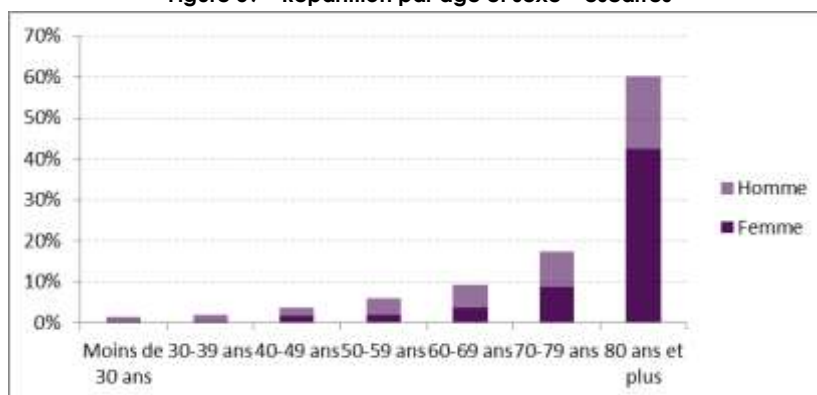
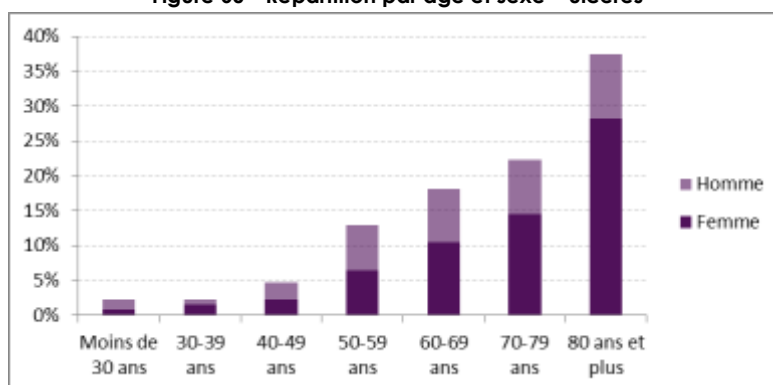


Figure 60 - Répartition par âge et sexe – ulcères



Sur la base des données de remboursement, le taux de récurrence des ulcères veineux et des escarres serait de 28%. On peut cependant penser que ce taux est surévalué par la méthode utilisée⁴⁴. Le taux habituellement rapporté dans la littérature est d'environ 17% pour les ulcères veineux.

Les processus de soins des escarres et des ulcères veineux sont détaillés dans les schémas ci-dessous :

⁴⁴ La définition retenue pour les récurrences a été la suivante : pas de délivrance des pansements dans les 3 mois qui suivent la dernière délivrance et au moins 20 pansements lors de 2 mois suivants. Dans la mesure où les données du PMSI ne sont pas encore disponibles pour 2012, il n'est pas possible d'exclure les patients hospitalisés : pour cette raison le nombre de récurrences peut être surestimé à ce stade.

Figure 61 – Schéma du processus de soins - Escarres

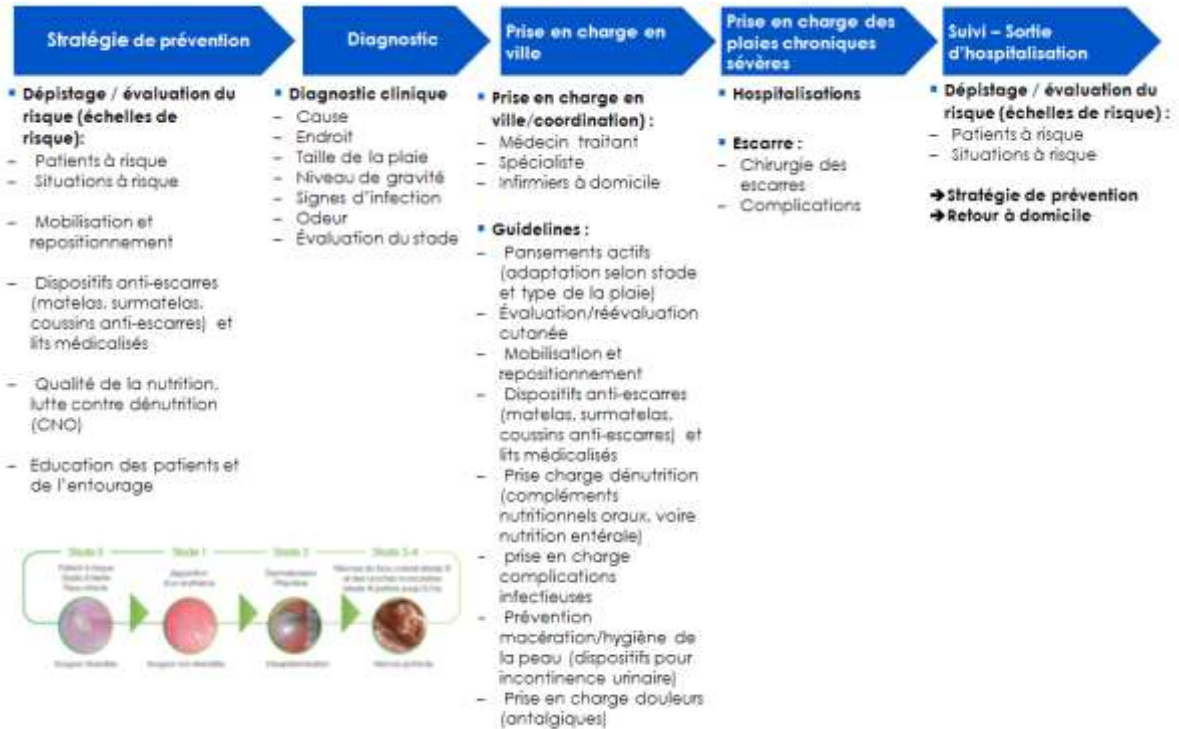
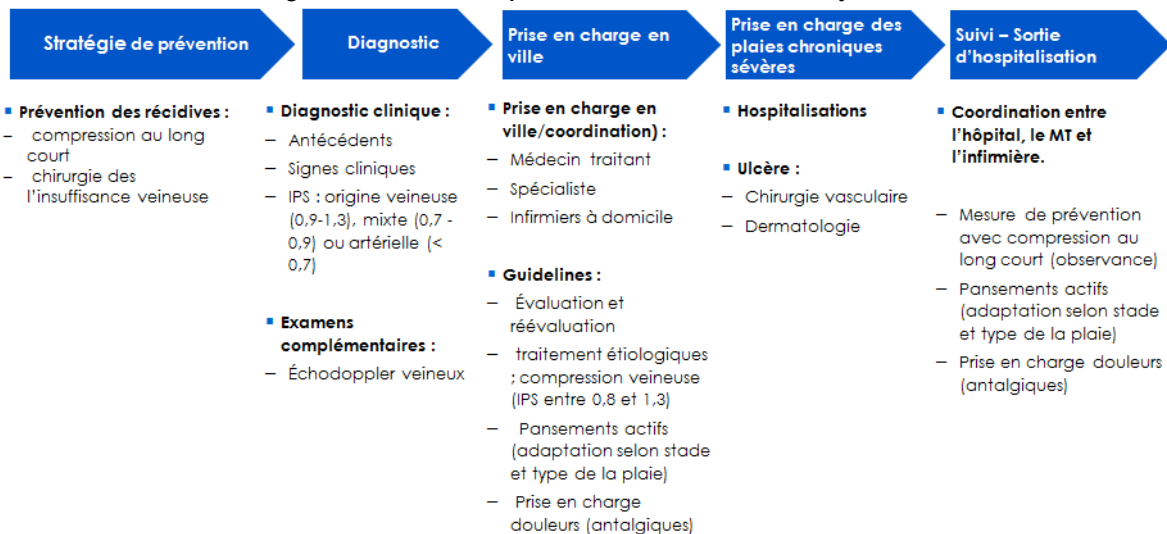


Figure 62 – Schéma du processus de soins – Ulcères de jambe



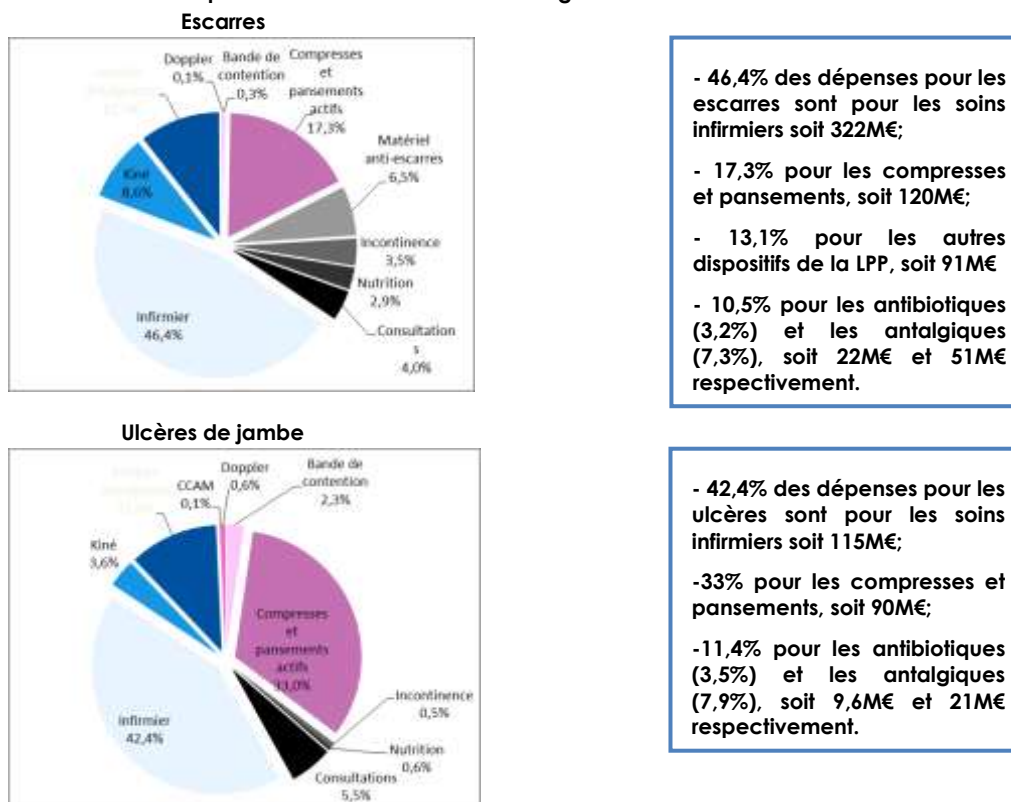
Un enjeu économique important

Les plaies chroniques sont un enjeu sanitaire, mais aussi économique, car le coût de prise en charge s'élève à près d'un milliard d'euros (965 millions d'euros en 2011) uniquement en soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, produits de la LPP, médicaments) sans compter les hospitalisations et les transports. La répartition est la suivante :

- escarres : 693 M€
- ulcères veineux ou mixtes : 272 M€

Les postes de dépenses les plus importants sont les pansements et les compresses (210M€), les soins infirmiers (437M€), les médicaments, antibiotiques et antalgiques (104M€) et pour les escarres, les autres dispositifs de la LPP (91M€).

Figure 63 – Estimation des dépenses d'Assurance maladie remboursées pour les escarres et les ulcères soignés à domicile – 2011



Des marges d'amélioration possibles

L'analyse du processus montre des marges d'amélioration possibles au niveau de la durée de cicatrisation et du taux de récurrences des plaies chroniques. La réduction de la prévalence des escarres est également un enjeu majeur.

Il existe peu d'études robustes sur les durées de cicatrisation dans la littérature. Sur la base de publications identifiées, en comparaison avec l'Allemagne ou le Royaume-Uni, la France apparaît plutôt dans la moyenne des durées de cicatrisation des plaies lorsqu'elles sont prises en charge de façon traditionnelle (certains pays ayant mis en places organisations spécifiques qui seront présentées plus loin).

En France, la durée de cicatrisation des escarres (période de remboursement des soins) peut être estimée en moyenne à 223 jours, avec une dispersion importante (médiane 109 jours). Pour les

L'Angleterre expérimente des structures ambulatoires spécialisées dans la prise en charge les ulcères veineux, avec application de référentiels stricts de diagnostics et de soins. Des résultats positifs sont relatés dans certaines régions (exemple : augmentation du taux de guérison à 12 semaines de 12 à 32 %, baisse du taux de récurrence à 12 mois de 50 à 28 %⁴⁵).

La réduction de la durée de cicatrisation et du taux de récurrences des plaies chroniques est un enjeu important en termes de qualité de vie pour les patients, personnes âgées souvent fragiles et souffrant de pathologies multiples. Et cette amélioration pourrait aussi permettre des économies non négligeables. Ainsi une **baisse de 30 jours de la durée de cicatrisation** pour les patients à partir du 6^{ème} décile (soit 23% par rapport à la durée) représenterait 66M€ d'économies en soins de ville⁴⁶.

Tableau 17 - Estimation des économies potentielles en soins de ville (hors transport, hors IJ) si réduction de la durée de cicatrisation

Plaies chroniques	Nombre	Durée moyenne de cicatrisation	Coût par jour	Durée 4-ème décile	Baisse 1 jour à partir de 4-ème décile	Baisse 7 jours à partir de 4-ème décile	Baisse 30 jours à partir de 4-ème décile	Baisse 60 jours à partir de 4-ème décile
Ulcères	111 000	211j	17€	129j	0,8M€	5,5M€	24M€	47M€
Escarres	103 600	224j	34€	146j	1,4M€	9,9M€	42M€	85M€
Total	214 600				2,2M€	16M€	66M€	132M€

La réduction du **taux de récurrences de 5%** pour les ulcères veineux et les escarres représenterait une économie de 16 millions d'euros.

En ce qui concerne les escarres, l'objectif est aussi de réduire **leur prévalence**. Certains pays ont mis en œuvre des plans d'actions avec cet objectif (par exemple le Royaume-Uni a mis en œuvre un « baromètre de sécurité » sur les escarres (NHS Safety Thermometer) pour mesurer les améliorations locales de la prise en charge).

Pour les escarres, une **réduction de prévalence de 5%** se traduirait par une économie de 50 millions d'euros sur les soins de ville.

⁴⁵ Bulbia R. A. and Poskitt K.R. : « The need for a National Service Framework for leg ulcers », Phlebology (2010 ; 25 Suupl1 : 68-72)

⁴⁶ La durée moyenne de cicatrisation au-delà du 6^{ème} décile est estimée à 434 jours pour les ulcères et 458 jours pour les escarres. Une baisse de 30 jours représenterait environ 7% par rapport à ces durées moyennes.

3.2. La pertinence des soins

La question de la pertinence des actes chirurgicaux a été évoquée dans la partie précédente à propos de la chirurgie de la cataracte et du canal carpien. Mais elle se pose à propos d'autres chirurgies, et au-delà pour d'autres types d'interventions, thérapeutiques mais aussi diagnostiques, comme le rappelle le rapport récent de l'Académie de médecine : bilans, dépistages de masse, examens biologiques, imagerie lourde, thérapeutique médicamenteuse,...

C'est un enjeu majeur pour notre système de soins : il s'agit à la fois de promouvoir l'égalité et la qualité des soins, d'éviter les traitements ou actes inutiles, porteurs de risques pour les patients, et de favoriser une juste allocation des ressources.

Une démarche engagée par l'Assurance maladie depuis plusieurs années

L'Assurance maladie travaille depuis plusieurs années à améliorer l'efficacité du système de soins dans ce domaine⁴⁷.

En 2009, sur le thème des appendicectomies, une démarche a été expérimentée dans quatre régions, d'analyse par les médecins conseil des pratiques des établissements situés dans les départements ayant un taux de recours élevé, en appréciant le nombre d'appendicectomies avec examen anatomopathologique « normal ». En 2010, l'Assurance maladie, conjointement avec l'Etat, a saisi la Haute autorité de santé pour obtenir des référentiels sur les indications opératoires de plusieurs actes (appendicectomie, chirurgie du canal carpien, césarienne et endoscopie).

Une méthodologie a ensuite été développée pour cibler les établissements à partir d'un faisceau d'indicateurs dont la combinaison alerte sur la possibilité qu'une partie des actes pratiqués ne soient pas pertinents. Les premiers travaux ont porté sur l'appendicectomie et la chirurgie du canal carpien, interventions fréquentes pour lesquelles les analyses en région avaient mis en évidence des établissements atypiques.

Ces indicateurs présentent l'avantage d'être facilement mobilisables au travers des bases de données disponibles⁴⁸. Pour l'appendicectomie par exemple, ils comprennent la part des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive et l'évolution de cette activité dans les dernières années, la part des patients de moins de 20 ans, la répartition hommes / femmes, la part des appendicectomies sans complications de niveau 1 et leur durée de séjour, le programme opératoire hebdomadaire (pour détecter des concentrations sur certains jours de la semaine, s'agissant d'actes qui sont normalement réalisés en urgence) et la réalisation d'explorations diagnostiques avant l'intervention. Pour la chirurgie du canal carpien, ont été retenus en première approche l'évolution de l'activité, la part des 65 ans et plus, la part de ces interventions dans l'activité d'orthopédie, la part des patients ayant eu un EMG et des traitements conservateurs.

⁴⁷ On peut rappeler par exemple les enquêtes réalisées au début des années 2000, comme l'enquête chirurgie bariatrique de 2004, avec analyse de toutes les ententes préalables et de tous les actes opératoires durant deux mois, et avec une baisse du nombre annuel d'interventions de 16 000 à 10 000 l'année suivante.

⁴⁸ Ces indicateurs de ciblage ont été élaborés à partir des diagnostics faits en région en 2009, d'une analyse statistique et des avis d'experts du conseil scientifique de la CNAMTS.

Ces faisceaux d'indicateurs se sont révélés très discriminants entre établissements, et l'analyse de leur distribution a permis de définir des seuils d'alerte. Après la phase de test actuellement en cours sur un échantillon d'établissements pour confirmer leur validité, ils pourront être utilisés comme « clignotants » signalant potentiellement des comportements atypiques, et de manière plus large alimenter des retours d'information sur la situation des différents établissements. Les premiers résultats d'analyse des dossiers dans les établissements de trois régions (Nord-Pas de Calais, Poitou-Charentes, Bourgogne) apparaissent confirmer le bien-fondé des indicateurs de ciblage puisque, sur la base d'un examen de 30 dossiers par établissement, les taux d'interventions jugées inopportunes au regard des référentiels de la HAS s'élèvent de 53% à 77% pour l'appendicectomie et de 33% à 73% pour la chirurgie du canal carpien dans les établissements ciblés.

Ces deux interventions - appendicectomie et chirurgie du canal carpien - font partie des programmes de gestion du risque mis en œuvre avec les ARS (GDR ARS), avec les césariennes.

A partir de cette réflexion assez pionnière sur deux actes phares, deux questions se posent :

- l'extension du champ à d'autres soins et interventions : un certain nombre de thèmes font l'objet d'une analyse approfondie ci-dessous ;
- la palette des actions pour modifier les comportements dans le sens d'une meilleure pertinence : les revues de pairs sont aujourd'hui l'instrument privilégié dans le cadre de la GDR ARS sur les trois actes cités ci-dessus, mais d'autres leviers peuvent être aussi mobilisés.

3.2.1. La chirurgie de l'obésité

La chirurgie de l'obésité est en plein essor ; elle a concerné 30 000 patients en 2011 et progresse de 16% par an.

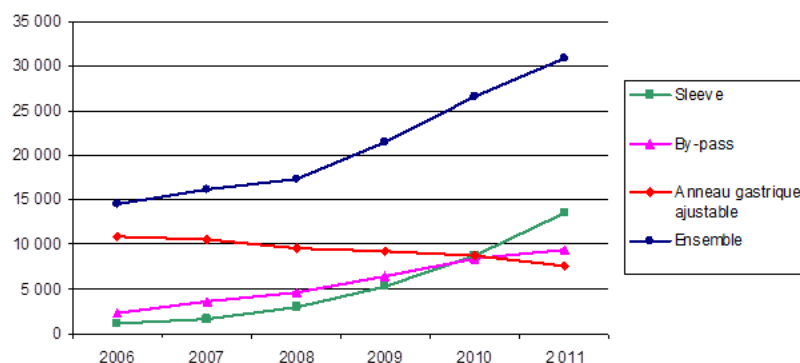
L'augmentation de l'obésité est bien sûr un des facteurs explicatifs : elle touche 6,9 millions de personnes en 2012 en France (avec une prévalence de 15% chez les adultes), et 550 000 personnes (1,2% de la population) souffrent d'une obésité dite morbide, c'est-à-dire avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 40 kg/m². Mais le véritable facteur explicatif résulte probablement de l'offre de chirurgie qui s'est développée de façon très importante après l'arrivée de nouvelles techniques.

La chirurgie de l'obésité peut être envisagée, en seconde intention, en cas d'échec après 6 mois de traitement médical bien conduit, et chez certains patients uniquement (avec un IMC \geq 40 kg/m² ou bien un IMC \geq 35 kg/m² associé à une comorbidité au moins).

Ces actes peuvent conduire à des résultats positifs rapides (perte de poids importante, forte réduction des comorbidités notamment diabète, amélioration de la qualité de vie), mais peuvent parfois nécessiter un suivi à vie pour les patients et entraîner des effets secondaires ou des complications graves, et ce d'autant plus qu'une part croissante des patients sont opérés avec des techniques irréversibles. En effet, la pose d'anneaux gastriques ajustables, technique réversible, ne représente plus qu'un quart des interventions en 2011, tandis que le by-pass et surtout la sleeve gastrectomie, nouvelle technique, se développent très rapidement (+ 65% par an en moyenne entre 2005 et 2011 pour la sleeve gastrectomie). Ces techniques irréversibles, surtout les by-pass, génèrent des effets secondaires plus importants tels que les malabsorptions. Elles nécessitent souvent pour les patients un traitement « à vie » (suppléments vitaminiques) pour éviter des carences sévères. Il est donc d'autant plus important d'être pertinent dans l'indication de ce type

d'actes, d'autant que patients opérés sont parfois très jeunes : 2011, 700 patients âgés de moins de 20 ans ont été opérés.

Figure 65 - Evolution des actes de chirurgie bariatrique, par technique chirurgicale, de 2006 à 2011



Source : ATIH (PMSI)

Les disparités géographiques sont très élevées : le taux d'interventions de chirurgie bariatrique, standardisé sur l'âge et le sexe, varie ainsi d'un facteur 1 à 3 entre les régions métropolitaines, ce qui est très supérieur à la plupart des interventions⁴⁹. Les taux les plus importants sont enregistrés dans les régions du sud de la France (5,8 pour 10 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 6,1 en Languedoc-Roussillon), du centre-est (6,0 pour 10 000 en Bourgogne et Champagne Ardenne) et du nord (5,5 en Nord-Pas-de-Calais, 6,3 et 6,5 pour 10 000 en Haute-Normandie et Picardie), les moins élevés dans les DOM (1,3 à la Réunion, 2,1 en Guyane et 2,3 en Guadeloupe), en Auvergne (2,1 pour 10 000) ou dans les Pays de la Loire (2,5 pour 10 000).

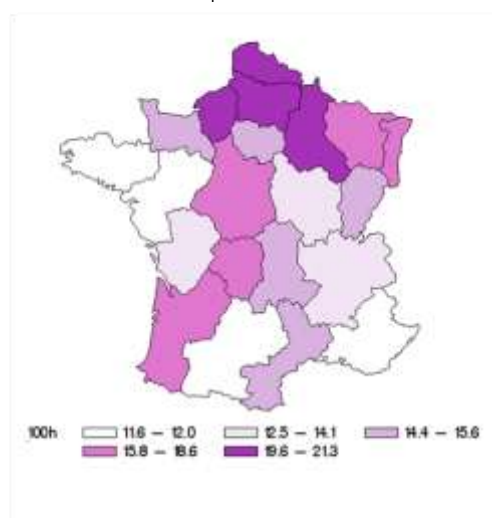
Or, ces disparités régionales ne reflètent pas complètement celles constatées en matière de prévalence de l'obésité. Ceci interroge sur la pertinence du recours à la chirurgie bariatrique.

⁴⁹ Les Wennberg, McPherson K. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *The New England Journal of Medicine* [1982, 307(21):1310-1314]. Dès leurs premiers travaux au début des années 1980, les chercheurs du Dartmouth Institute ont mis en évidence qu'on observe les plus grandes variations pour les interventions pour lesquelles il y a moins de consensus et de stabilisation des indications.

Figure 66 - Taux standardisé d'interventions pour chirurgie bariatrique en 2011 et prévalence de l'obésité

Taux standardisé d'interventions pour chirurgie bariatrique en 2011 pour 10 000 personnes résidentes

Prévalence de l'obésité pour 100 personnes résidentes Obépi 2012

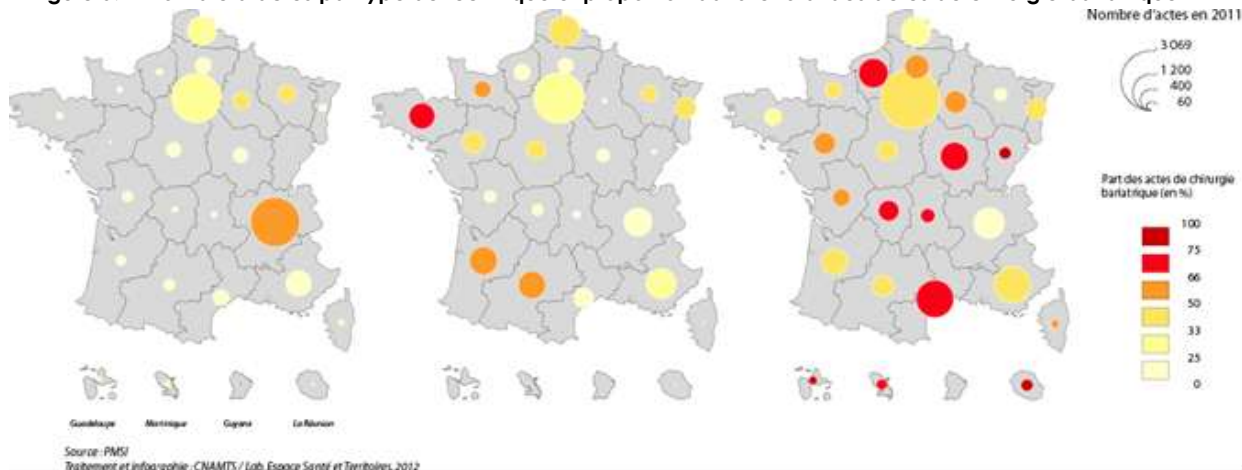


Très frappants également sont les écarts dans l'utilisation des différents types de techniques chirurgicales :

- la région Rhône-Alpes enregistre, parmi les actes de chirurgie bariatrique pratiqués dans la région, une proportion d'anneaux gastriques ajustables de 58%, soit un taux deux fois plus élevé que la moyenne nationale.
- la Bretagne se caractérise par une pratique plus fréquente du « by-pass » gastrique qui constitue 67% des interventions de chirurgie de l'obésité dans cette région (moyenne nationale : 31%).
- la sleeve gastrectomie représente 86% des interventions en Franche-Comté, 74% en Haute-Normandie, 72% dans le Limousin ou 92% à La Réunion, alors que la moyenne nationale s'établit à 44%.

La préférence de certaines techniques en fonction des régions pose à nouveau la question de la pertinence des indications chirurgicales, au regard de la situation clinique des patients.

Figure 67 - Nombre d'actes par type de technique et proportion dans le total des actes de chirurgie bariatrique



2 Les établissements de santé pratiquant la chirurgie bariatrique

Une majorité des interventions (65%) sont réalisées dans des établissements qui en font plus de 100 dans l'année, mais à l'inverse certains ont un niveau d'activité qui paraît faible (ainsi 6% des interventions en 2011 ont été effectuées dans des établissements qui ont opéré moins de 30 patients dans l'année). Les compétences des équipes sont très importantes dans ce domaine, non seulement pour proposer les différentes techniques en fonction des indications, mais pour assurer une prise en charge qui va bien au-delà de l'acte lui-même.

Par ailleurs la chirurgie bariatrique est très majoritairement pratiquée dans le secteur privé (deux interventions sur trois), ce qui pose le problème du tarif des actes et de l'accessibilité financière pour les patients, compte tenu de la prévalence de l'obésité dans les milieux modestes. Les bénéficiaires de la CMUC représentent 17% des patients opérés.

3.2.1. Les thyroïdectomies

Environ 40 000 thyroïdectomies sont réalisées chaque année en France. Il s'agit de femmes dans 80% des cas, âgées en moyenne de 51 ans.

L'ablation de la thyroïde est en principe réalisée devant la découverte d'un cancer, d'un nodule de la thyroïde pour lequel les résultats de la ponction préalable à l'intervention sont douteux (probabilité de cancer faible mais non nulle), devant certaines formes de goître et d'hyperthyroïdie.

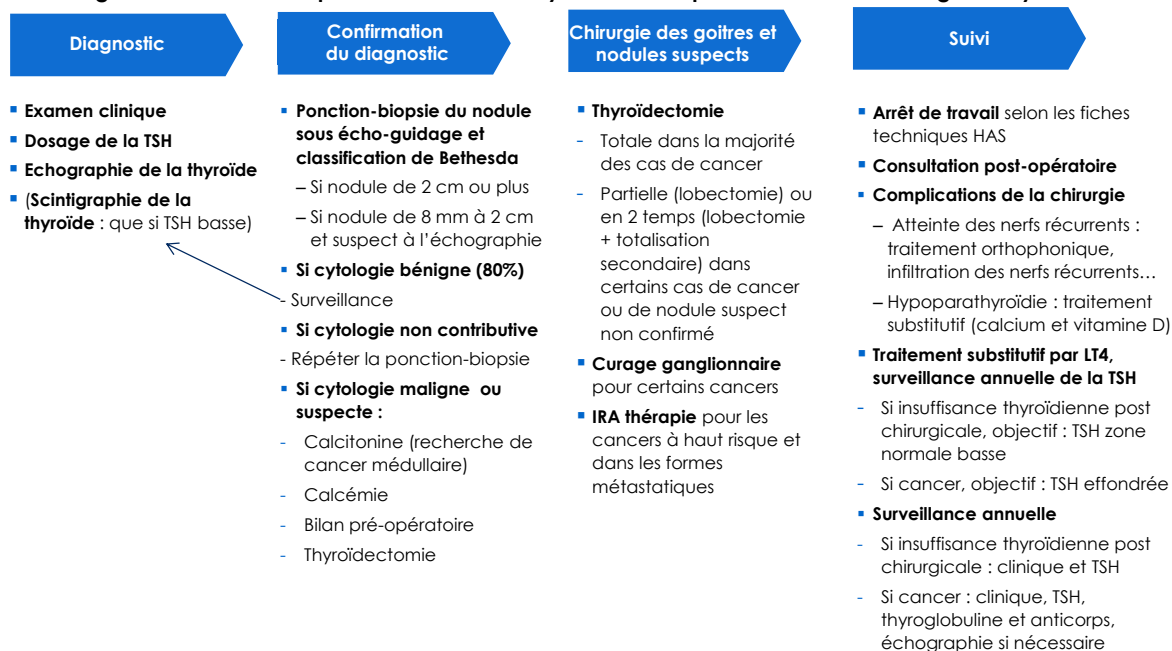
Le cancer de la thyroïde est un cancer peu fréquent et le plus souvent peu invasif. En 2005, selon l'Institut national de veille sanitaire (InVS), les cancers de la thyroïde ne représentaient que 2% de l'ensemble des cancers diagnostiqués chaque année en France, soit un peu moins de 6 672 nouveaux cas annuels (76% chez les femmes). La mortalité liée aux cancers de la thyroïde est faible, autour de 400 décès par an, et liée à certaines formes de cancer.

Il y a une tendance croissante au dépistage de nodules par échographie, ce qui conduit à une augmentation des ablations de thyroïdes, y compris pour des cancers de petite taille, de bon pronostic. C'est sans doute une des explications de l'augmentation de la fréquence constatée de ces cancers depuis une vingtaine d'années (+6 % par an).

L'intervention doit être précédée systématiquement d'une cytoponction (prélèvement de cellules) en cas de nodule, de façon à préciser le risque de cancer.

Selon les recommandations de la Haute autorité de santé, l'intervention n'est pas justifiée en cas de nodule bénin. Pour les cancers de très petite taille, l'intervention est très discutée, d'autant qu'elle n'est pas anodine et peut nécessiter un traitement par hormones thyroïdiennes à vie, qui a ses complications propres.

Figure 68 - Schéma du processus de soins : thyroïdectomie pour cancer nodule ou goitre thyroïdien



Une analyse a été réalisée du parcours de soins des 35 300 patients du régime général⁵⁰ qui ont eu une thyroïdectomie en 2010.

Parcours de soins avant l'intervention

- 18% des patients n'ont pas d'échographie et 69% n'ont pas de cytoponction, alors que ces deux explorations devraient être systématiques. A l'inverse, 21% ont une scintigraphie, inutile dans la plupart des cas.

- Les dosages hormonaux sont fréquents, mais tous ne sont pas adaptés : la TSH (recommandée) est bien dosée dans 91% des cas, mais également, dans plus du tiers des cas (36%), la T3 qui n'est pas utile. La T4, qui peut être utile dans un nombre limité de cas (traitement hormonal) est trop souvent dosée (65% des patients).

- Au total on peut considérer que plus des deux tiers n'ont pas un parcours de qualité, alors que près d'un patient sur deux a consulté un endocrinologue dans l'année.

Pertinence des interventions

En 2010, la répartition des interventions a été la suivante :

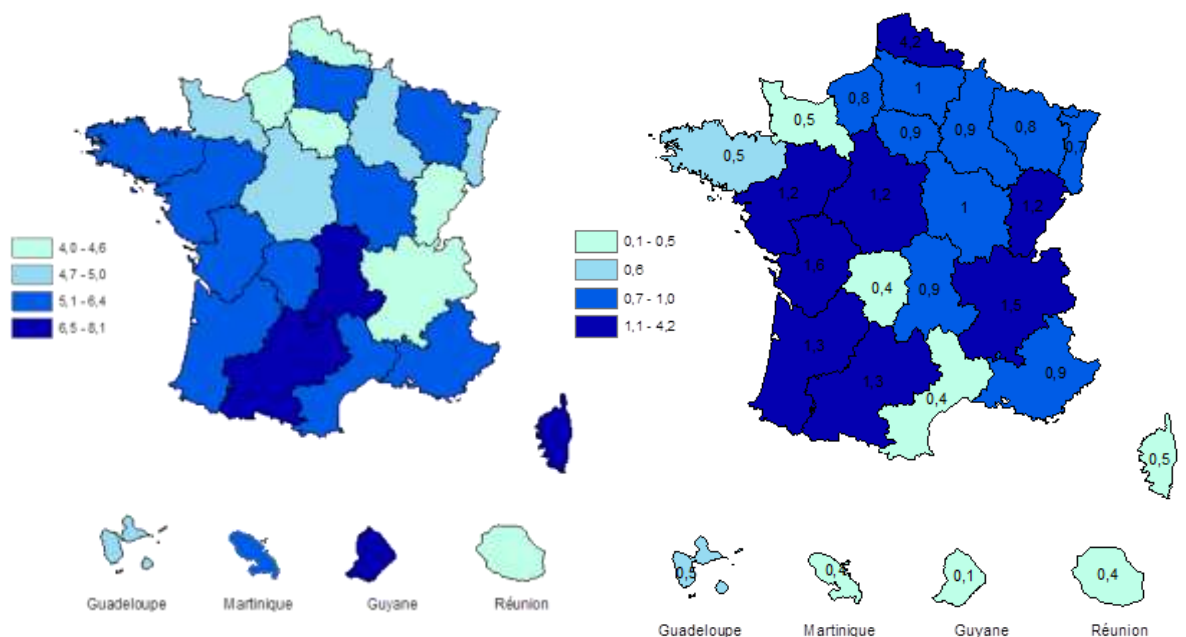
- 17% pour cancer thyroïdien,
- 38% pour goitre ou nodules multiples sans cancer identifié,
- 21% pour nodule bénin
- et 25% pour une autre cause (hyperthyroïdie, cancers ORL...).

⁵⁰ Hors sections locales mutualistes

Pour un taux global de 5.3 pour 10 000 habitants, on observe des variations régionales qui vont de 1 à 2 (4,0 à 8,1/10 000, après standardisation sur l'âge et le sexe) (Figure 69). Un indicateur plus pertinent est le rapport entre le nombre d'interventions pour cancer et le nombre d'interventions pour nodule bénin (c'est-à-dire entre une indication justifiée, même si l'opportunité d'opérer des cancers de très petite taille est débattue, et une indication discutable).

Ce ratio standardisé est de 0,8 en moyenne (c'est-à-dire qu'on opère 5 nodules bénins pour 4 cancers), varie entre régions de 0,11 à 4,2 (plus ce ratio est élevé, meilleure apparaît a priori la pertinence).

Figure 69 - Taux de patients avec chirurgie de la thyroïde et ratio thyroïdectomies pour cancer / nodule bénin
2010 - Taux standardisés par âge et sexe
Taux de patients avec chirurgie de la thyroïde Ratio thyroïdectomies pour cancer / nodule bénin



Par ailleurs, parmi les cancers, certains sont des micro-cancers sur lesquels l'intervention est discutée, mais il n'est pas possible de les isoler dans cette analyse (ils représenteraient 40% des cancers opérés).

L'étendue des écarts constatés montre la nécessité d'homogénéiser les pratiques dans ce domaine.

Il est d'autant plus important d'essayer de réduire la part des nodules bénins opérés que dans un quart des cas, c'est une thyroïdectomie totale qui est pratiquée, avec les complications que cela induit.

Complications de la thyroïdectomie (pour cancer, nodule ou goître)

- Les complications graves sont rares et concernent le plus souvent des patients opérés pour cancer ou goitre : 19 décès au cours de l'hospitalisation sont enregistrés en 2010 ; 3% des patients (900 environ) ont été hospitalisés en USI, réanimation ou lit dédié, 100 personnes ont développé un hématome compressif.

Mais la chirurgie pour nodule bénin n'est pas anodine :

- 4% des patients ont des répercussions sur le fonctionnement des cordes vocales qui nécessitent des séances d'orthophonie et 1% une atteinte des glandes parathyroïdes qui requiert un traitement par calcium à vie.

- surtout, 44% des patients opérés ont un traitement par hormones thyroïdiennes à vie qui nécessitent un suivi régulier et peut conduire à des complications (ostéoporose,...).

Parcours de soins post-opératoires

Les dosages hormonaux restent fréquents et parfois non adaptés (T3 dosés dans un tiers des cas). Il conviendra d'analyser les conditions de réalisation de ces examens (types de prescripteur, rôle du laboratoire) pour orienter les actions d'information et de formation.

42% des opérés consultent un endocrinologue dans les 12 mois suivant l'intervention.

3.2.2. Le traitement du cancer de la prostate

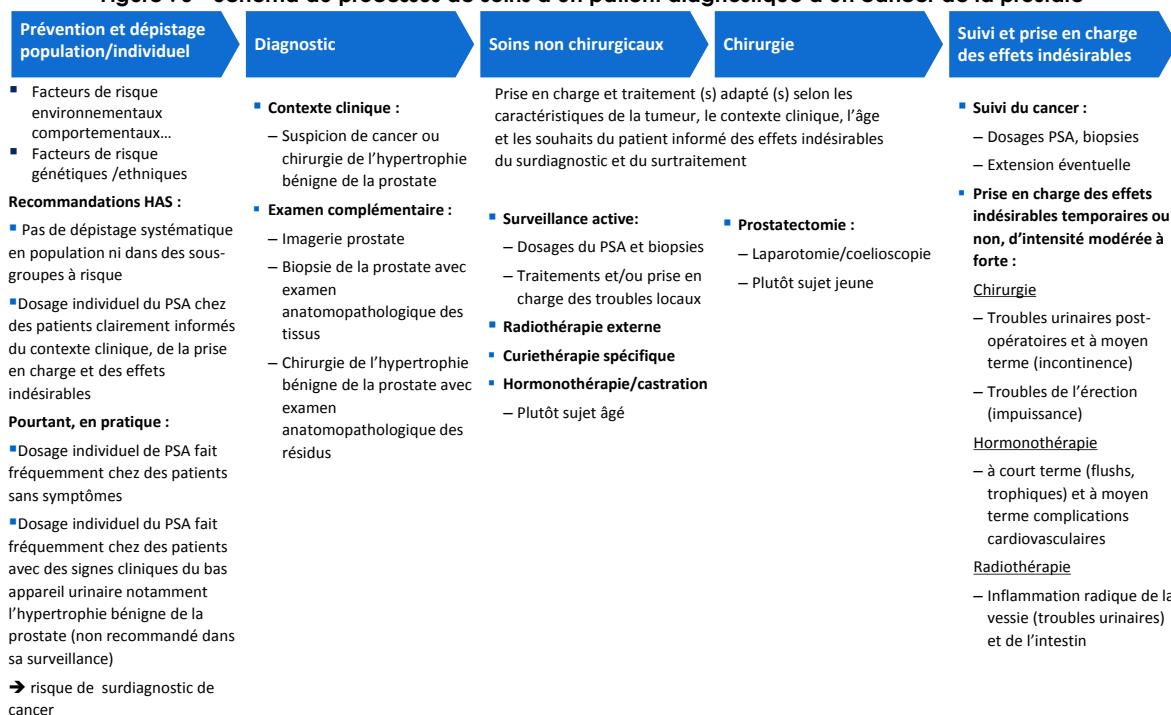
Le cancer de la prostate est actuellement le premier cancer diagnostiqué chez l'homme, mais le troisième par sa mortalité. Environ 71 000 cas de cancers de la prostate sont diagnostiqués par an, alors qu'ils n'étaient que 20 000 en 1980. Cette augmentation spectaculaire semble s'être actuellement stabilisée. Elle est liée à l'augmentation du dépistage par dosage dans le sang du PSA (antigène spécifique de la prostate).

Le cancer de la prostate est très fréquent mais il peut être d'évolution très lente, en particulier chez l'homme âgé. Ainsi, on découvrirait un cancer méconnu chez 80% des hommes de 80 ans et plus après examen systématique de la prostate post mortem. La survie spécifique à ce cancer est élevée, de 96% à un an, 84% à 5 ans et 70% à 10 ans. Les trois quarts des 8700 décès annuels concernent des hommes de plus de 75 ans. Il existe en revanche un risque de décès élevé lié à d'autres pathologies chez les hommes âgés.

Une analyse du parcours de soins a été réalisée, depuis le dosage du PSA, la biopsie de la prostate, la chirurgie ou le traitement du cancer, jusqu'aux complications potentielles après traitement, à partir de données du régime général⁵¹ chez les hommes de 40 ans et plus.

⁵¹ Hors sections locales mutualistes

Figure 70 - Schéma du processus de soins d'un patient diagnostiqué d'un cancer de la prostate



Un surdépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA, en particulier chez les hommes les plus âgés

- 4,2 millions de dosages de PSA sont réalisés dans l'année, prescrits pour 87% d'entre eux par des médecins généralistes.
- Le dosage du PSA libre, dont la pertinence n'est pas établie, représente 21% des tests réalisés.
- Le coût total des dosages de PSA est estimé à 54 millions d'euros, dont 16 millions pour le PSA libre (surcoût unitaire de 8 euros), bien que sa pertinence ne soit pas établie.
- La fréquence du dosage du PSA reste très élevée, mais semble toutefois se stabiliser depuis 2009. Plus de la moitié (57%) des hommes de 40 ans et plus ont un dosage réalisé dans les trois ans ; 30% des plus de 40 ans et 45% des plus de 70 ans ont un dosage dans l'année. Ces fréquences correspondent à un dépistage de masse, et sont supérieures à celles obtenues pour dépister d'autres cancers qui bénéficient pourtant d'un dépistage organisé. Elles sont aussi supérieures aux taux observés dans les pays européens. Or la Haute autorité de santé ne recommande pas de dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA chez les hommes sans symptômes même s'ils sont considérés à haut risque (de par leurs antécédents familiaux, une origine africaine ou une exposition environnementale). L'intérêt du dosage après 75 ans est très discuté au niveau international.

La confirmation du dépistage par la biopsie de la prostate

- Une biopsie de la prostate est pratiquée dans 2% des cas après dosage du PSA. Un diagnostic de cancer est porté chez près de la moitié (48%) de ces hommes biopsiés.

Traitements et complications des traitements

Les principaux traitements du cancer de la prostate sont la prostatectomie, l'hormonothérapie, la radiothérapie ou curiethérapie, en association ou isolément. Une surveillance active peut également être proposée.

Une prostatectomie totale est réalisée chez 30% des hommes diagnostiqués, une hormonothérapie chez plus d'un tiers, une radiothérapie chez 29%, et 20% n'ont pas eu de traitement dans les deux ans. Ces fréquences varient selon l'âge et le contexte clinique : une prostatectomie totale est pratiquée chez 60% des moins de 65 ans, mais 6% seulement des 75-79 ans. Globalement, le nombre de prostatectomie se stabilise dans le temps, autour de 14 000 au régime général.

Tableau 18 - Parmi les hommes pris en charge pour un cancer de la prostate en 2009, fréquence des troubles urinaires ou de l'érection à deux ans, par âge

	<50	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>85	Total
N	414	1 433	3 727	6 782	6 792	7 033	5 554	3 106	1 893	36 734
Aucun TTT, exploration, hospitalisation	55,1	40,4	40,3	45,0	49,2	59,7	65,3	66,3	64,0	53,9
Troubles de l'érection	34,1	46,9	43,9	37,1	27,6	11,8	2,1	0,5	0,1	21,2
Hospitalisation	1,0	0,3	0,3	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2
Traitement médicamenteux	33,8	46,7	43,8	37,0	27,5	11,7	2,0	0,4	0,1	21,1
Pose de prothèse	0,5	0,6	0,3	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2
Troubles urinaires	15,2	21,6	21,5	20,1	22,6	20,0	17,3	14,7	14,8	19,5
Hospitalisation	1,0	1,1	1,2	1,3	1,6	1,2	0,5	0,2	0,1	1,0
Bilan urodynamique	1,2	2,1	1,8	1,9	1,7	1,3	0,7	0,4	0,5	1,3
Traitement médicamenteux	10,6	15,6	16,4	14,7	17,1	15,9	14,5	11,6	9,3	15,0
Matériel externe	3,9	6,1	5,6	5,8	6,2	4,8	2,6	2,8	4,2	4,8
Traitement chirurgical	1,0	1,0	1,3	1,4	1,6	1,2	0,4	0,1	0,0	1,0

- La prostatectomie est l'acte qui conduit le plus fréquemment à des complications précoces. Ainsi, chez les hommes âgés de 50 à 69 ans, 45 % ont dans les deux ans une prise en charge pour troubles de l'érection et 21% pour troubles mictionnels.
- La radiothérapie, la curiethérapie induisent également des troubles de l'érection et de la miction, mais aussi des inflammations tardives sur le rectum et la vessie liées aux rayonnements.
- L'hormonothérapie, utilisée préférentiellement chez les plus âgés, a aussi un impact sur les troubles de l'érection, produit des modifications morphologiques et un inconfort (prise de poids, flushs) et un risque cardiovasculaire qui peut être augmenté.

Le surdépistage par dosage du PSA pour rechercher un cancer, conduit donc à un surdiagnostic de cancers. Or ceux-ci peuvent être indolents et peu évolutifs, alors que leur traitement a des conséquences importantes sur la qualité de vie de ces hommes.

3.2.3. La cholécystectomie pour lithiase vésiculaire et les interventions ORL (amygdalectomies, adénoïdectomies et poses d'aérateurs transtympaniques)

La cholécystectomie pour lithiase vésiculaire

La cholécystectomie pour lithiase vésiculaire est l'une des interventions les plus réalisées en France et dans le monde (126 000 interventions en France 2011).

La lithiase vésiculaire est la plus fréquente des affections biliaires due à la présence de calculs dans la vésicule biliaire. La prévalence est de 15 % chez les patients adultes.

Les manifestations cliniques de la lithiase biliaire sont asymptomatiques le plus souvent, et elle est souvent découverte fortuitement à l'occasion d'une exploration échographique. Dans un tiers des cas, elle se manifeste par :

- des accès douloureux (colique hépatique)
- ou des complications infectieuses (cholécystite aiguë, angiocholite, pancréatite aiguë).

La cholécystectomie est indiquée dans ce second cas (douleurs biliaires caractérisées et complications), les indications ayant fait l'objet de recommandations professionnelles élaborées en 2009. Elle n'a pas lieu d'être réalisée chez un malade présentant une lithiase vésiculaire asymptomatique.

Comme pour d'autres opérations chirurgicales, l'évolution des techniques a contribué à banaliser cette intervention et à la proposer à de nombreux patients présentant des symptômes peu spécifiques, comme le souligne le rapport récent de l'Académie de médecine sur la pertinence des stratégies médicales :

- l'usage extensif de l'échographie abdominale, lorsqu'elle est pratiquée sans signe fonctionnel digestif, peut conduire à la découverte fortuite d'une lithiase biliaire, qui ne devrait pas être opérée si elle est asymptomatique ;
- la technique coelioscopique, qui est devenue la voie d'abord de référence, a rendu les suites opératoires plus simples.

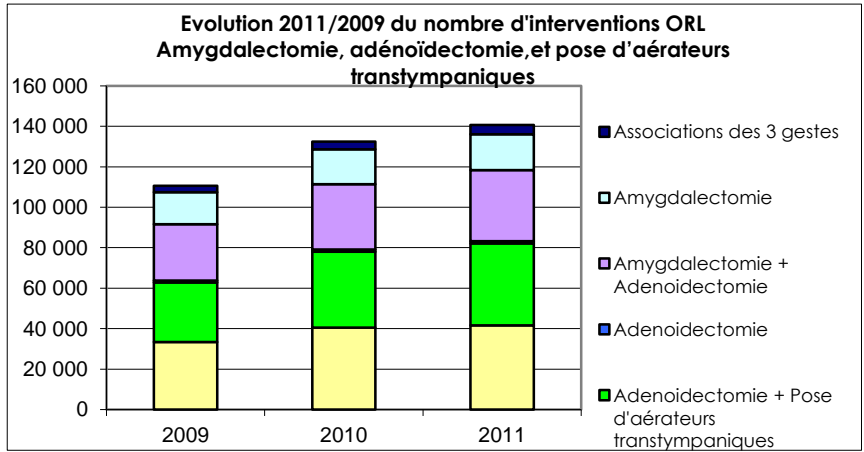
Les variations géographiques observées peuvent ainsi provenir de pratiques chirurgicales trop interventionnistes sur les cas de non indication. Des tests faits dans deux régions avec retour au dossier du patient montrent effectivement des écarts importants dans les indications.

Les amygdalectomies, adénoïdectomies et poses d'aérateurs transtympaniques

Le nombre des interventions de la sphère ORL (amygdalectomies, adénoïdectomies et poses d'aérateurs transtympaniques) a diminué de façon importante au cours des 20 dernières années, du fait de l'apparition de nouveaux moyens thérapeutiques et d'une plus grande rigueur dans les indications. Il demeure néanmoins relativement important (200 000, soit un taux de prévalence de 31,3/10 000 habitants) et a tendance à augmenter à nouveau sur la période récente (Figure 71). Là également les disparités départementales de taux de recours, même en corrigeant des structures démographiques, interrogent sur la pertinence des actes.

L'intérêt de ces interventions ORL est très discuté, notamment en raison de la fonction immunitaire des amygdales et des végétations, censée protéger l'organisme contre les invasions bactériennes ou virales. Elles comportent par ailleurs des risques de complications, notamment l'hémorragie et ceux liés à l'anesthésie générale.

Figure 71 – Evolution des interventions ORL

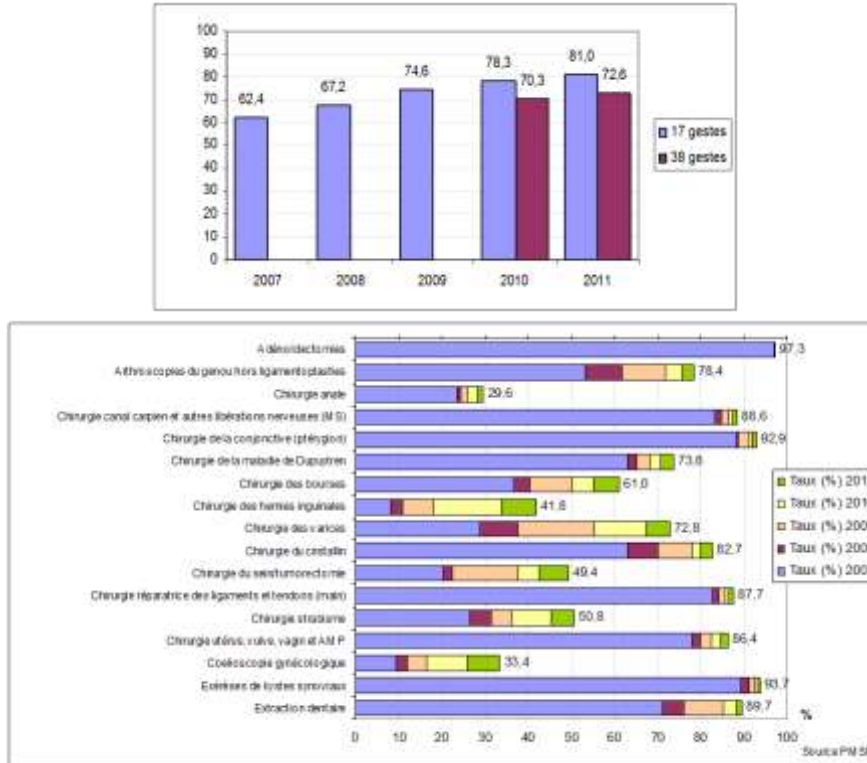


4. Des marges d'efficience dans certains segments d'offre de soins

4.1. La chirurgie ambulatoire

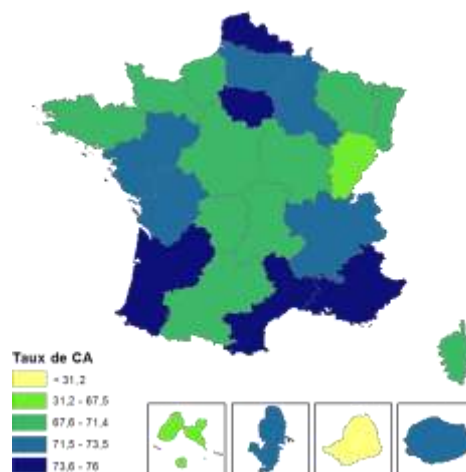
Des progrès ont été faits en matière de chirurgie ambulatoire et les actions menées (mise sous accord préalable, accompagnement des structures, incitations tarifaires) ont permis d'augmenter significativement la part des interventions réalisées dans ce cadre, et de rattraper en partie notre retard par rapport à d'autres pays.

Figure 72 – Evolution du taux de chirurgie ambulatoire entre 2007 et 2011



Il reste néanmoins encore des marges de manœuvre, comme le montrent les comparaisons internationales pour une intervention comme la cataracte (*cf. supra*), mais aussi les écarts de taux observés en France d'une région à l'autre (Figure 73).

Figure 73 - Taux de chirurgie ambulatoire 2011 – 38 gestes



4.2. Les produits de santé

D'importantes économies ont été faites dans la période récente sur le secteur du médicament, grâce aux baisses de prix, aux actions sur les volumes et à la place croissante des génériques.

Il reste cependant des gains à faire sur les deux premiers volets, les prix et l'efficacité de la prescription. L'accent doit être mis en particulier sur les médicaments dont le prix n'est pas justifié par le service médical rendu comparativement aux alternatives existantes (au sein des classes thérapeutiques).

Renforcer l'efficacité des prescriptions est d'autant plus nécessaire que les gains qui ont pu être faits dans les années récentes grâce aux expirations de brevets de molécules concernant des volumes très élevés de prescription (statines, antihypertenseurs, inhibiteurs de la pompe à protons...) vont s'épuiser, et que des dynamiques de croissance rapide s'observent sur certains produits comme les nouveaux anticoagulants oraux.

Il est aussi important, dans ce contexte, de se préparer à la nouvelle étape de l'arrivée des biosimilaires sur le marché.

4.2.1. Des actions qui ont permis de modérer l'évolution de ce poste dans la période récente

Une action sur les prix du médicament

Ces dernières années, les baisses de prix ont été un élément essentiel de la maîtrise de la dépense, même si la comparaison avec nos voisins montre une structure de prix qui pourrait être encore optimisée :

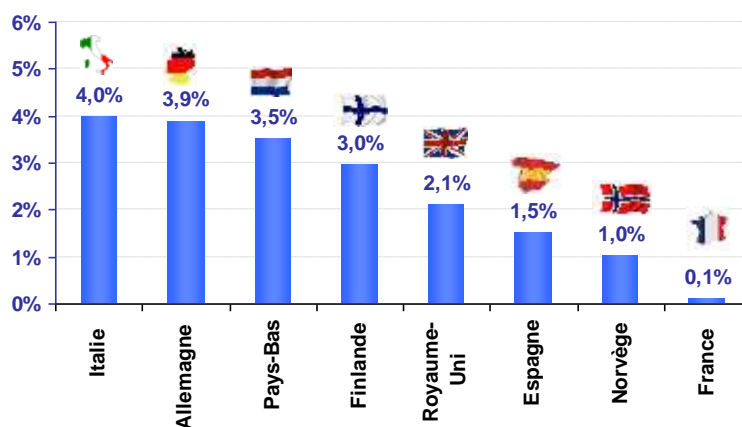
- d'une part, comme cela a été montré dans le rapport annuel précédent, les baisses de prix obtenues sur les génériques par d'autres pays qui font jouer la concurrence sont sans commune mesure avec les baisses de prix administrés en France, et ce pour des produits qui sont strictement les mêmes ;
- d'autre part, dans certaines classes thérapeutiques (par exemple les statines), on observe que d'autres pays (Allemagne, Royaume-Uni notamment) obtiennent des prix très bas sur les molécules dont ils font le plus grand usage, notamment les molécules génériques ; cette combinaison d'une action sur la prescription, qui permet de cantonner la part de marché de molécules les plus chères, et de prix très bas sur les molécules les plus prescrites maximise les gains obtenus.

Une évolution des volumes modérée par rapport à d'autres pays

Les efforts de maîtrise des volumes déployés depuis plusieurs années ont aussi contribué à une **évolution en volume modérée** en France comparativement à d'autres pays.

Ainsi, sur un ensemble de huit grandes classes thérapeutiques⁵² représentant en France en 2011 30% des volumes de médicaments et 38% des dépenses totales (soit 8,1 Md€ tous régimes), le taux de croissance annuel moyen des volumes⁵³ est de +0,1% en France, le plus faible des huit pays européens considérés.

**Figure 74 - Nombre d'unités standards par habitant, 8 classes
Taux de croissance annuel moyen 2007- 2011**



L'écart de consommation avec les autres pays s'est d'ailleurs réduit (par exemple l'écart de la France avec l'Allemagne s'est réduit de 18 points : la consommation française est supérieure à celle de l'Allemagne de 12% en 2011 contre 30% en 2007).

Figure 75 - Parts des écarts de consommation (volumes) avec la France

	Écart 2007	Écart 2011	Évolution 2007-11
Finlande	19%	6%	-13 pts
Allemagne	30%	12%	-18 pts
Italie	47%	26%	-21 pts
Pays-Bas	37%	20%	-17 pts
Norvège	35%	30%	-5 pts
Espagne	6%	0%	-6 pts
Royaume-Uni	-7%	-14%	7 pts
UE-8	16%	5%	-11 pts

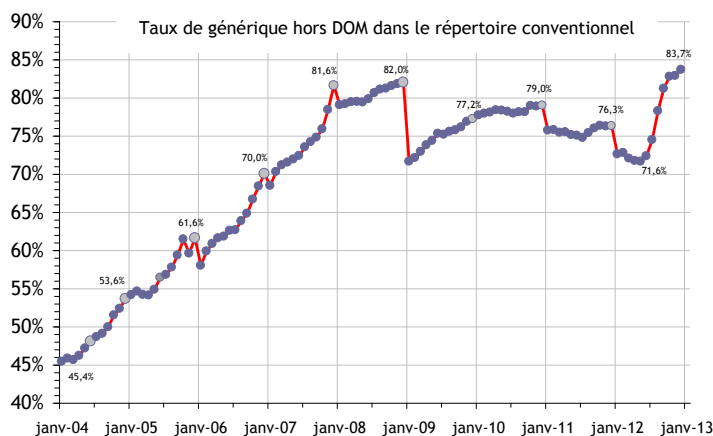
⁵² Antibiotiques, antidiabétiques oraux, asthme et BPCO, hypocholestérolémiants dont statines, antihypertenseurs, antidépresseurs, anxiolytiques, antiulcéreux (IPP)

⁵³ Mesurés en unités standard.

Un bon niveau de pénétration des génériques dans le répertoire générique

Outre la modération des volumes, les actions pour accroître la pénétration des génériques ont eu un impact très important sur la période récente : l'enjeu est de maintenir ce taux dans l'avenir.

Figure 76 – Evolution du taux de générique dans le répertoire entre 2004 et 2012



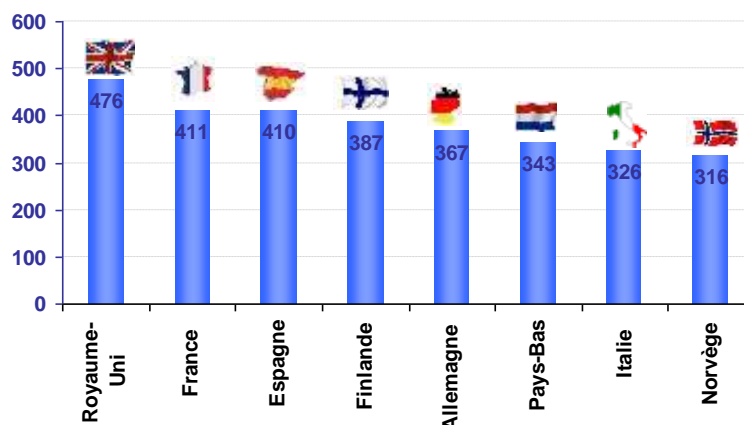
4.2.2. Mais des dépenses qui restent globalement élevées par rapport à nos voisins

Deux facteurs contribuent à cette dépense élevée.

1) D'une part, même si les volumes ont moins progressé que dans d'autres pays voisins et si l'écart de consommation s'est réduit depuis 2007, la France reste assez élevée **en niveau**, compte tenu de sa situation initiale⁵⁴.

⁵⁴ Une autre étude réalisée en 2012 par l'ESSEC pour le compte du LIR, et qui analyse l'évolution des volumes mesurés en daily defined doses (DDD) unité d'œuvre prenant en compte l'intensité des dosages, conclut que la France, pays le plus consommateur de médicaments dans les 8 classes étudiées en 2000, se situe en 2011 dans la moyenne européenne (sauf antibiotiques et anxiolytiques).

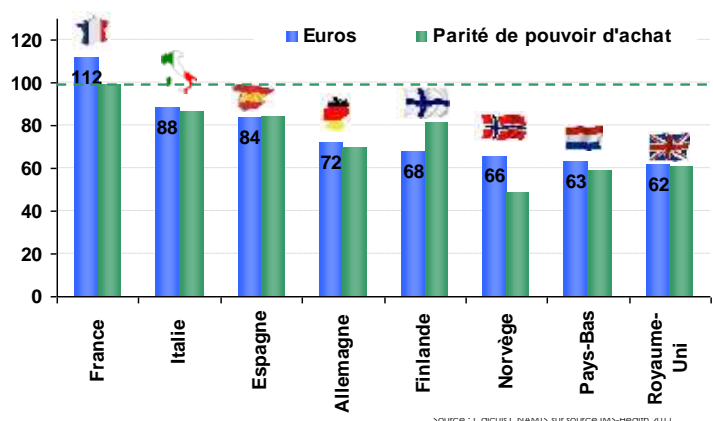
Figure 77 - Nombre d'unités standards par habitant, 8 classes



2) Ensuite et surtout, la structure des prescriptions reste **orientée vers les molécules les plus onéreuses**. Notamment, elle est défavorable aux médicaments du répertoire des génériques, avec une prescription toujours fortement orientée vers les molécules récentes plus chères, même lorsque l'évidence scientifique ne montre pas de valeur ajoutée par rapport à des médicaments plus anciens.

De ce fait, sur l'exemple précédent des huit classes thérapeutiques, la France a le coût moyen de traitement par habitant de loin le plus élevé des huit pays comparés.

Figure 78 - Coût moyen par habitant en 2011, 8 classes, euros



4.2.3. Une propension à prescrire massivement des produits plus chers même lorsque leur prix n'est pas justifié par le service médical rendu

La prescription de statines

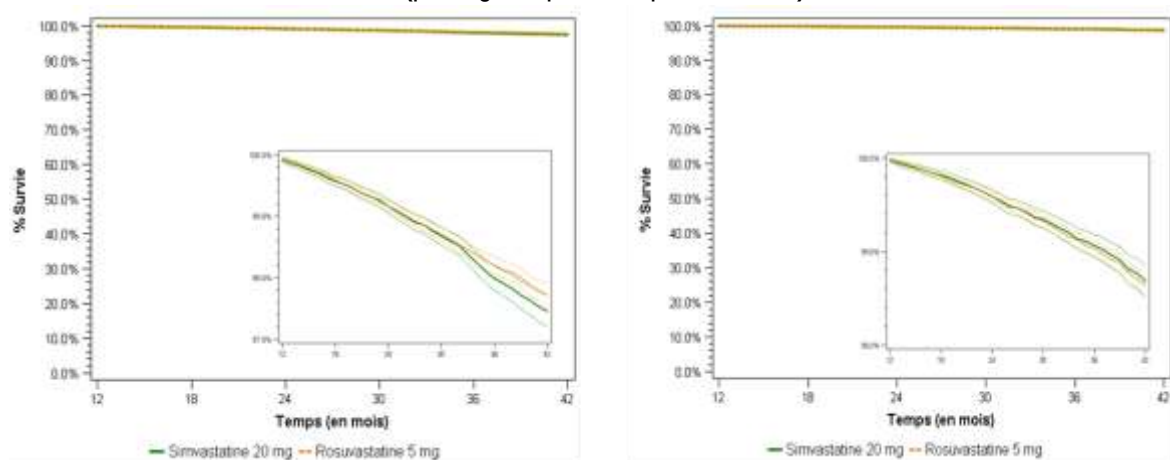
Les statines, médicaments destinés à traiter l'excès de cholestérol dans le sang, notamment le LDL-Cholestérol, constituent l'une des principales classes thérapeutiques prescrites en France : 6,4 millions de patients suivent actuellement un traitement par statines, on enregistre plus d'1 million de nouveaux patients traités chaque année et les remboursements représentent 1,2 milliard d'euros en 2012.

Les recommandations sanitaires, françaises et internationales, reconnaissent l'efficacité clinique des statines chez le patient à risque cardio-vasculaire, et ce, quelle que soit la molécule prescrite. Il en existe cinq en France, dont quatre sont génériques (atorvastatine, simvastatine, pravastatine et fluvastatine) et une seule non générique (rosuvastatine).

Une étude vient d'être menée par l'Assurance maladie, à partir de ses bases de données et du PMSI sur un effectif important : près de 165 000 patients, suivis sur une période moyenne de 3 ans et ayant débuté un traitement par statines en prévention primaire. Cette étude ne montre pas de différence significative d'efficacité sur la morbi-mortalité entre la rosuvastatine 5 mg et la simvastatine 20 mg.

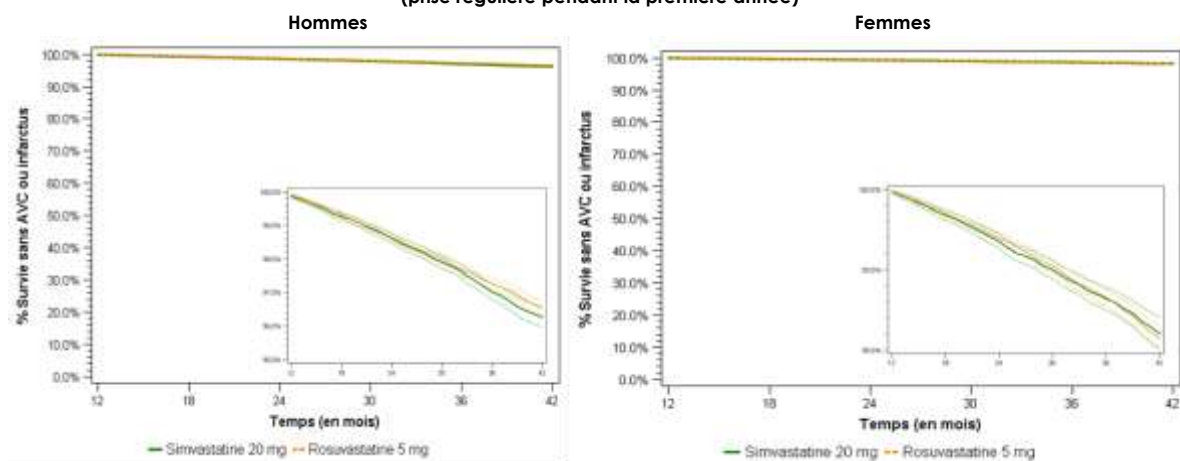
**Etude Cnamts sur l'efficacité comparée de la rosuvastatine 5 mg / simvastatine 20 mg
Mortalité toutes causes**

Instaurations de rosuvastatine 5 mg / simvastatine 20 mg en prévention primaire par un généraliste en 2008-09 chez les 40 à 79 ans
(prise régulière pendant la première année)



**Etude Cnamts sur l'efficacité comparée de la rosuvastatine 5 mg / simvastatine 20 mg
Événement combiné décès/ou des hospitalisations pour cardiopathie ischémique aiguë ou accident vasculaire
cérébral aigu**

Instaurations de rosuvastatine 5 mg / simvastatine 20 mg en prévention primaire par un généraliste en 2008-09 chez les 40 à 79 ans
(prise régulière pendant la première année)



Or, la France se caractérise par une structure de consommation des statines, qui demeure en décalage avec les recommandations sanitaires et très éloignée de celle des autres pays européens : la rosuvastatine, recommandée pour le traitement des patients dont le risque cardiovasculaire est élevé et seule molécule non générique, totalise 30% des volumes prescrits, alors qu'il existe une alternative générique dans les mêmes indications. En 2011, un traitement initié sur 3 était ainsi une prescription de rosuvastatine.

Si l'on observe 7 des principaux pays européens (Allemagne, Royaume-Uni, Pays-Bas, Italie, Finlande, Norvège, Espagne), la structure de consommation est inverse : la rosuvastatine occupe une place très minoritaire (7,8% des volumes en moyenne, seulement 3,9% au Royaume Uni et 0,5% en Allemagne), les prescriptions se concentrant sur la simvastatine (68,5% et 82,5% des volumes au Royaume-Uni et en Allemagne contre seulement 16,4% en France).

Tableau 19 - Structure de consommation par pays : parts de marché des principales statines par pays (en unités standards)

Pays	Rosuvastatine	Atorvastatine	Pravastatine	Simvastatine	Fluvastatine
France	30.1%	32.4%	17.4%	16.4%	3.7%
Royaume-Uni	3.9%	22.6%	4.8%	68.5%	0.3%
Allemagne	0.5%	6.6%	5.8%	82.5%	3.9%
Global 7 pays hors France	7,8%	23,7%	5,6%	60,7%	2,1%

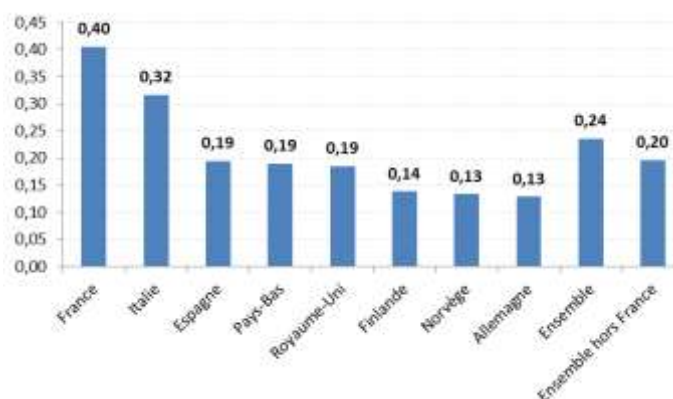
Source : données IMS Health 2012 – calculs CNAMTS.

Global= France, Italie, Espagne, Pays Bas, Royaume Uni, Finlande, Norvège, Allemagne.

Attention : certaines molécules ne sont pas commercialisées en France, elles représentent un faible pourcentage des parts de marché dans les autres pays et elles n'apparaissent pas dans ce tableau (lovastatine et pitavastatine).

Cette structure de consommation très défavorable, marquée principalement par un très large recours à la rosuvastatine, a un impact économique majeur pour notre système de soins : la France se situe ainsi en tête des coûts de traitements par statines, avec un coût moyen journalier deux fois plus élevé que la moyenne des pays observés.

Figure 79 - Statines - Prix fabricant moyen par unité standard (HT en euros)



Ainsi, à titre d'exemple, en adoptant la structure de consommation et les prix observés en Allemagne, les économies générées pourraient atteindre **500 M€ en année pleine**.

Les nouveaux anti-coagulants oraux (NACO)

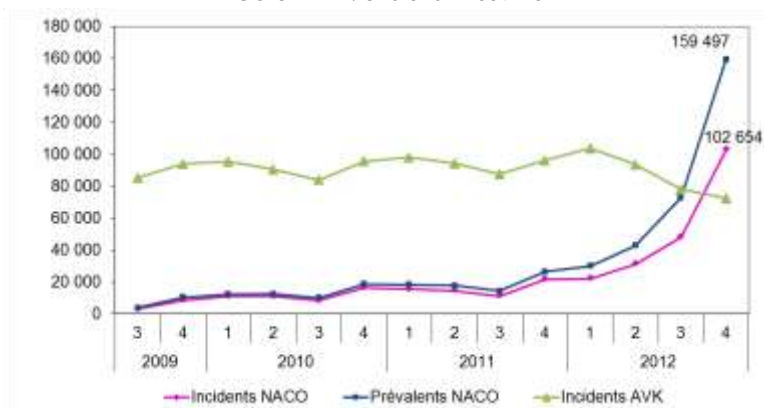
Les nouveaux anticoagulants oraux (dabigatran et rivaroxaban), auparavant uniquement indiqués en prévention des événements thromboemboliques post intervention chirurgicale programmée, ont obtenu en 2012 une extension d'AMM et sont désormais également indiqués « *en prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique dans la fibrillation auriculaire non valvulaire* ».

Ils sont en conséquence prescrits en alternative aux anti-vitamines K, médicaments à risque d'effets secondaires hémorragiques pour lesquels la littérature scientifique estime qu'ils pourraient participer à la survenue d'environ 4000 décès par an pour une prévalence de traitement de plus de

800.000 personnes. Il convient de rappeler que le rapport bénéfice risque de ces médicaments, qui évitent les thromboses et les embolies, est positif. Les anti-vitamines K disposent par ailleurs d'un suivi biologique pour équilibrer la coagulation et d'une possibilité d'antidote, la vitamine K, en cas d'urgence (chirurgie non programmée).

Depuis l'extension d'indication des NACO, on voit les prescriptions de ces médicaments progresser de manière extrêmement rapide. Au quatrième trimestre, la majorité des nouveaux traitements a été initiée avec ces molécules (Figure 80).

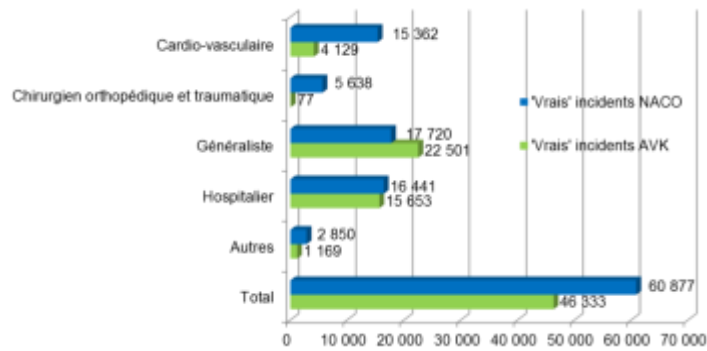
Figure 80 - Prévalence, incidence des patients traités par NACO et AVK : évolution 2009-2012



Or, si ces nouveaux anticoagulants peuvent constituer une alternative aux anti-vitamines K (AVK), plus anciens, quand le contrôle de l'anticoagulation est difficile pour certains patients, l'ANSM a souligné qu' « *il n'y a pas d'argument pour changer le traitement d'un patient stabilisé sous AVK* ». La Commission de la Transparence a même conclu à une absence d'amélioration du Service médical rendu par rapport aux AVK (ASMR V). En effet, outre qu'ils sont très coûteux pour la collectivité car commercialisés à un prix beaucoup plus élevé que les AVK (le coût mensuel de traitement est de 75,78€ à comparer à 12,5€ pour le coût de l'AVK le plus répandu en France, en incluant le suivi biologique de l'INR), leur profil de risque est mal connu et des accidents hémorragiques graves ont été signalés. L'ANSM souligne également que « *l'absence d'antidote et de données validées concernant la surveillance biologique est préoccupante en cas de surdosage ou de nécessité d'un geste chirurgical en urgence* ».

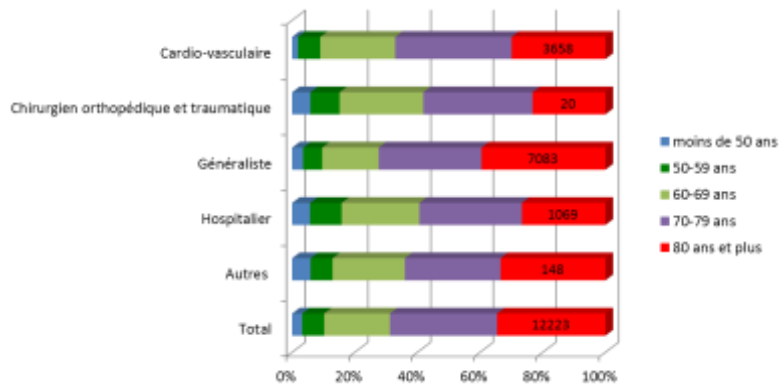
Or, les résultats préliminaires d'un travail réalisé par la CNAMTS montre pourtant que, sur le dernier trimestre 2012, parmi les 100 000 patients débutant un traitement anticoagulant, 57% se sont vus prescrire un NACO en première intention. Ce pourcentage est de 51% dans les prescriptions émanant des praticiens hospitaliers et s'élève à 78% dans les prescriptions des cardiologues libéraux.

Figure 81 - Patients incidents NACO et AVK, dernier trimestre 2012
 'Vrais' incidents selon la spécialité du premier prescripteur (ni switch ni relais)



Par ailleurs, toujours sur le dernier trimestre 2012, les switchs des AVK vers les NACO ont concerné 35 000 patients, dont 35% de personnes âgées de 80 ans et plus, alors même que les patients très âgés sont particulièrement à risque notamment en raison d'une fonction rénale souvent altérée.

Figure 82 - Patients incidents NACO, dernier trimestre 2012
 Switch AVK vers NACO selon tranche d'âge et spécialité du premier prescripteur d'AVK



Le traitement de la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA)

Deux médicaments étaient jusqu'à présent utilisés dans le traitement de la DMLA (une maladie pouvant entraîner la cécité) : le Lucentis et l'Avastin. Seul le Lucentis a l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette indication. Mais l'Avastin, employé dans le traitement des cancers, a été régulièrement utilisé à l'hôpital par les ophtalmologues, qui le considèrent aussi efficace que le Lucentis pour un coût beaucoup plus faible (25 euros l'injection versus 1000 euros pour le Lucentis).

Pour valider scientifiquement cette hypothèse d'efficacité identique, à la demande de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), une étude a été lancée en France : étude GEFAL (Groupe d'Etude Français comparant Avastin® (bevacizumab) versus Lucentis® (ranibizumab)) dans le traitement de la DMLA exsudative.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les différences d'efficacité, de tolérance et de coût entre les deux molécules. Conduite de manière indépendante vis-à-vis des deux laboratoires concernés grâce à un financement public (Ministère de la santé et Assurance maladie), l'étude s'est concentrée sur 2 groupes de 250 patients de moyenne d'âge 79 ans, suivis de juin 2009 à novembre 2012,

Les résultats ont confirmé que l'Avastin® était aussi efficace que le Lucentis®. L'évolution de la vision était similaire dans l'un et l'autre groupe au bout d'un an de traitement.

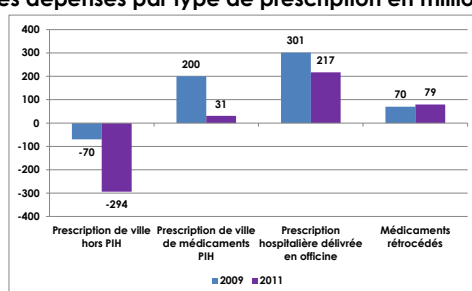
Aucune différence n'a été constatée non plus concernant la tolérance chez les patients ayant reçu de l'Avastin® ou du Lucentis®, mais quelques doutes persistent concernant les effets secondaires non oculaires. En effet la méthodologie utilisée, en particulier sur les effectifs, ne permet pas de mettre en évidence une différence éventuelle d'effets secondaires entre les deux molécules.

Par contre des données d'une méta-analyse regroupant cette étude et des études internationales disponibles (CATT, IVAN, MANTA), réalisée par les auteurs de GEFAL, confirment un risque plus important d'évènements indésirables graves sous bevacizumab par rapport au ranibizumab.

4.2.4. Le rôle de la prescription à l'hôpital dans la diffusion des molécules en ville et l'absence d'alignement entre les intérêts des établissements et ceux de la régulation d'ensemble

Depuis plusieurs années, les médicaments de spécialités, destinés aux pathologies lourdes et graves (traitements du cancer, du VIH, des hépatites, de la polyarthrite rhumatoïde, de la DMLA,...) sont le principal moteur de la croissance des dépenses ; à l'inverse les dépenses diminuent pour un certain nombre de traitements chroniques, du fait de la progression des génériques, des baisses de prix et du ralentissement des volumes prescrits, et pour des épisodes aigus (de type grippe, gastro-entérite...). Conséquence de cette évolution du marché pharmaceutique, les dépenses liées aux prescriptions hospitalières (y compris les médicaments avec initiation à l'hôpital renouvelés en ville) augmentent très fortement, tandis que les prescriptions initiées par les médecins libéraux de ville diminuent.

Figure 83 – Croissance des dépenses par type de prescription en millions d'euros en 2009 et 2011



Mais au-delà de cet impact direct de la prescription hospitalière, l'hôpital exerce une influence plus indirecte sur la prescription de ville. C'est la raison pour laquelle les firmes pharmaceutiques consentent des prix très bas aux établissements, et même dans certains cas fournissent des médicaments quasi-gratuitement, avec la perspective de générer ensuite un chiffre d'affaires en prescription ambulatoire à des tarifs beaucoup plus élevés.

Des travaux récents de la DREES permettent d'objectiver et de mesurer cette influence de l'hôpital sur la diffusion des médicaments en ville⁵⁵. Ils montrent une corrélation significative entre les référencements d'un CHU et le poids des médicaments dans les prescriptions des médecins libéraux dans son bassin d'attraction : en d'autres termes, plus un CHU utilise un médicament donné, et plus on le retrouve consommé en ville dans la zone d'influence du CHU, Cet effet est particulièrement prononcé pour les statines, les ARA2 et les IEC, classes très concurrentielles pour lesquelles les

⁵⁵ Gallini A, Legal R, Taboulet F. The influence of drug use in university hospitals on the pharmaceutical consumption in their surrounding communities. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2013 -75(4):1142-8.

Gallini A. Influence de la sélection des médicaments des centres hospitaliers universitaires sur les prescriptions ambulatoires. Thèse de doctorat. Université Toulouse III Paul Sabatier, 2011

Gallini A., Legal R., Taboulet F. Effets de la sélection de médicaments des centres hospitaliers universitaires sur les prescriptions en ville : une analyse sur 9 classes pharmacologiques. Article à paraître dans la Revue Française des Affaires Sociales.

Les travaux portent sur 9 classes de médicaments :

6 classes largement prescrites en ville : les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP - antiulcéreux), les IEC (antihypertenseurs), les sartans (ARA2 - antihypertenseurs), les statines (hypocholestérolémiants), les alpha-bloquants à visée prostatique et les IRS (antidépresseurs),

3 classes essentiellement hospitalières, les sétrons (antiémétiques), les héparines de bas poids moléculaire (HBPM - anticoagulants), les érythropoïétines (EPO),

niveaux de remises des industriels sont très élevés, puisque le prix médian d'une dose journalière au CHU est zéro pour les deux premières classes et 0,05 pour la troisième (soit un prix divisé par 7 par rapport aux prix en officine).

Les médicaments référencés sont en effet variables d'un hôpital à l'autre. Pour les CHU, les travaux précités montrent que le nombre de molécules sélectionnées, parmi les neuf classes étudiées, varie de un à deux entre CHU, et le nombre de marques de 1 à 3⁵⁶. A partir de cette même enquête DREES, une analyse complémentaire a été réalisée par la Cnamts, sur la classe des statines, pour mieux appréhender les choix faits par les établissements sur cette classe, en rapport avec la problématique décrite plus haut. Elle prend en compte un échantillon d'établissements hospitaliers ayant un volume d'achat supérieur à 500 boîtes de statines (soit environ 1 050 établissements en 2010 et en 2011).

En 2010, plus de 10% des établissements concentrent leur achat sur une seule statine⁵⁷, l'atorvastatine dans les trois quarts des cas (l'atorvastatine n'était pas génériquée à cette date), moins fréquemment la pravastatine (13 %), la rosuvastatine (7%) et la simvastatine. A l'inverse, 200 établissements (20%) acquièrent la gamme complète de statines (plus de 1% de volume sur chaque molécule).

Parmi les établissements achetant deux à quatre statines différentes (74 % des établissements), l'atorvastatine est présente dans 94% des cas et la fluvastatine, celle qui est la plus souvent non retenue (90% des cas). 285 établissements n'achètent pas de rosuvastatine, alors qu'ils sont 462 à se passer de simvastatine et 296 de pravastatine.

En 2011, il y a peu de changement par rapport à 2010 pour les établissements faisant le choix d'une statine exclusive comme pour ceux qui acquièrent la gamme complète. Mais on note une progression de la rosuvastatine : 214 établissements n'en achètent pas, soit 20 % contre 27% en 2011. Globalement la rosuvastatine prend une place croissante (19 % des unités vendues en 2011 contre 15% en 2010) qui mord petit à petit sur les marchés de la simvastatine et de la pravastatine. Si l'atorvastatine a su maintenir sa position dominante (56 % en 2011, 57 % en 2010), sa générication en 2012 devrait conduire à une baisse de son marché à l'hôpital pour laisser la place à la rosuvastatine, hypothèse qui sera à confirmer avec les données 2012.

Ces éléments confirment l'enjeu du référencement hospitalier en termes d'impact sur la prescription de ville, et mettent en évidence la contradiction qui existe aujourd'hui entre l'intérêt des hôpitaux, qui sont incités à acheter aux prix les plus bas pour maîtriser leurs propres dépenses, et l'intérêt plus large du système de soins à utiliser les médicaments de manière efficiente – en sachant que compte tenu des volumes respectifs, le second est d'un ordre de grandeur très supérieur au premier (par exemple les quantités de statines délivrées en ville dans la zone d'influence du CHU sont en moyenne 300 fois supérieures à celles achetées par le CHU).

⁵⁶ Gallini, A., Juillard-Condât B., Saux MC., Taboulet F. Drug selection in French university hospitals: analysis of formularies for nine competitive pharmacological classes. *British Journal of Clinical Pharmacology* – 2011 - 72:5 ; 823-831

⁵⁷ 120 établissements concentrent 95 % de leurs statines achetées sur une seule molécule, et 99 établissements concentrent 99 % de leurs statines sur une molécule.

4.2.5. La problématique des médicaments biosimilaires

Dans un contexte de quasi-stabilisation des remboursements de médicaments, les produits dits de spécialité continuent de croître à un rythme soutenu. Cette croissance est en grande partie alimentée par les **médicaments d'origine biologique**, dont la particularité est qu'ils sont produits à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivés de ceux-ci.

En France, en 2012, ces produits ont enregistré une croissance de +3,1% et représentent un chiffre d'affaires de l'ordre de 7 Md€, soit environ le quart du marché de 7 pays européens⁵⁸ (Allemagne, Espagne, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni). Ce marché se répartit quasiment pour moitié entre la ville et l'hôpital, mais un grand nombre des produits biologiques disponibles sont des médicaments de prescription initiale hospitalière.

Les brevets de certains médicaments biologiques sont d'ores et déjà tombés dans le domaine public. Cela a permis le développement de copies « biosimilaires » dans trois classes thérapeutiques : les érythropoïétines (EPO), les hormones de croissance et les facteurs de croissance (Tableau 20).

Tableau 20 - Les produits biosimilaires disponibles en Europe en 2012

Class	Molécule	Original product	Biosimilars	Manufacturers
EPO	Epoetin alpha Epoetin zeta	Eprex® Erypro®	Binocrit®	Sandoz (Novartis)
			Epo A®	Hexal (Novartis)
			Abseamed®	Medici
			Retacrit®	Hospira
			Silapo®	Stada
G-CSF	Filgrastim	Neupogen®	Biograstim®	Teva
			Ratiograstim®	Teva
			Zarzio®	Sandoz (Novartis)
			Tevagrastim®	Teva
			Filgrastim Hexal®	Hexal (Novartis)
			Filgrastim Teva®	Teva
			Nivestim®	Hospira
Filgrastim Mepha®	Cephalon			
Growth hormones	Somatropin	Genotropin®	Omnitrope®	Sandoz (Novartis)

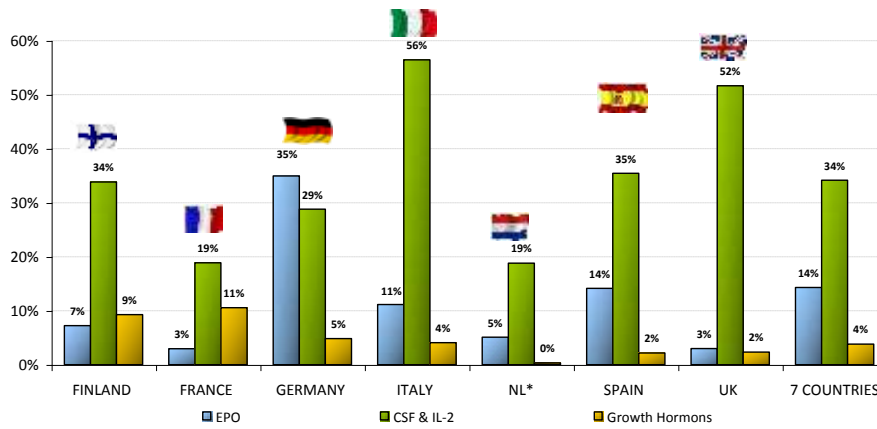
Source : Biosimilar accessible market: Size and biosimilar penetration; Prepared for EFPIA-EGA-EuropaBio, April 2012

En France, la part de marché des biosimilaires reste faible, limitant de fait la baisse des coûts que pourrait engendrer le développement de ces produits concurrentiels : moins de 1% des médicaments d'origine biologique en 2012, soit environ 60 M€. Leur part de marché en volume, dans les classes où une offre biosimilaire existe, demeure également limitée et n'atteint en moyenne que 9%. Ce résultat apparaît en retrait par rapport aux 6 pays européens pour lesquels nous

⁵⁸ Source : CNAMTS sur données IMS Health MIDAS. Dans toute cette note, les montants sont évalués en prix fabricants hors taxes et n'intègrent pas les rabais dont peuvent bénéficier les hôpitaux dans le cadre des procédures d'appels d'offres. Ils ne donnent donc qu'un ordre de grandeur des remboursements de l'Assurance maladie.

disposons de données. En effet, en moyenne – y.c. la France – les biosimilaires représentent environ 15% des unités standards utilisées (Figure 84).

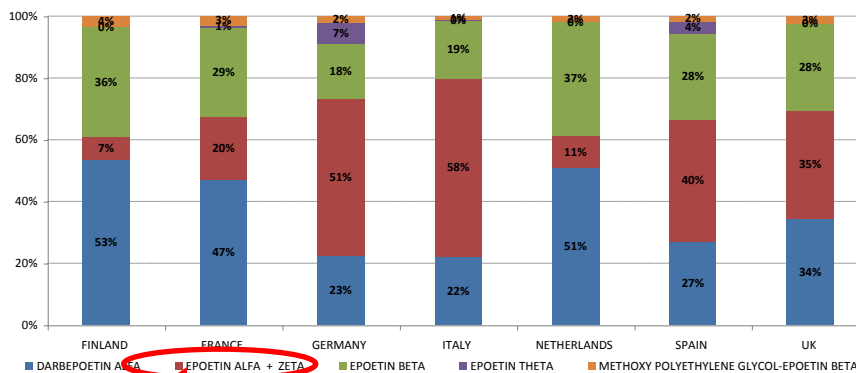
Figure 84 - Part de marché des médicaments biosimilaires en volume (% d'unités standards)



Source : CNAMTS sur données IMS Health MIDAS. Les données concernant le marché hospitalier aux Pays-Bas ne sont incluses dans la base de données utilisée, de même que les médicaments dispensés dans le cadre des soins hospitaliers à domicile au Royaume-Uni (homecare).

La structure des prescriptions apparaît en effet défavorable au développement des biosimilaires car elle accorde une place importante aux molécules pour lesquelles il n'existe pas d'offre biosimilaires. Ainsi, les prescriptions d'époïétines alfa et zeta – pour lesquelles il existe une offre biosimilaire – ne représentent que 20% des unités standards d'EPO en France, contre 51% en Allemagne. De même, la molécule filgrastim représente 30% des unités prescrites dans la classe thérapeutique des facteurs de croissance contre au moins 50% chez nos voisins européens (Figure 85 et Figure 86).

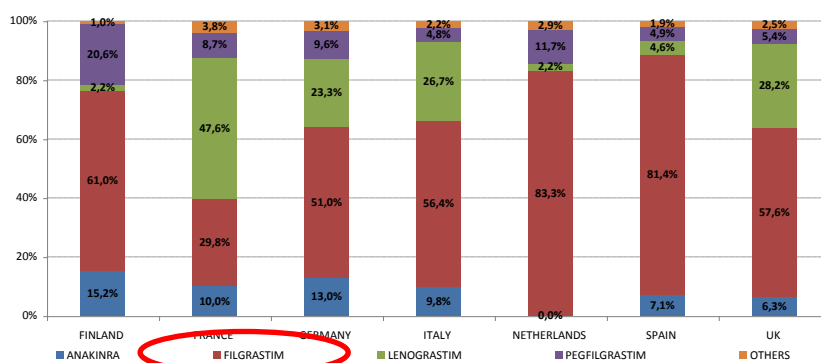
Figure 85 - Structure par molécule des prescriptions d'EPO (% d'unités standards)



L'offre biosimilaire n'est disponible que pour les époïétines alfa et zeta

Source : CNAMTS sur données IMS Health MIDAS. Les données concernant le marché hospitalier aux Pays-Bas ne sont pas incluses dans la base de données utilisée, de même que les médicaments dispensés dans le cadre des soins hospitaliers à domicile au Royaume-Uni (homecare).

**Figure 86 - Structure par molécule des prescriptions de facteurs de croissance
(% d'unités standards)**



L'offre biosimilaire n'est disponible que pour le filgrastim

Source : CNAMTS sur données IMS Health MIDAS. Les données concernant le marché hospitalier aux Pays-Bas ne sont incluses dans la base de données utilisée, de même que les médicaments dispensés dans le cadre des soins hospitaliers à domicile au Royaume-Uni (homecare).

Outre la structure des prescriptions, la pénétration des biosimilaires se heurte à la défiance à leur égard. Elle n'est pas spécifique à la France, et la possibilité de substitution systématique, à l'instar de ce qui se fait sur le générique, n'est pas envisagée dans la plupart des pays. L'ANSM y est opposée et émet également des réserves sur l'interchangeabilité, recommandant, autant que possible, de ne traiter les patients qu'avec un seul produit⁵⁹. Les sociétés savantes (néphrologie, dialyse, néphrologie pédiatrique et hématologie), bien que prudentes, seraient néanmoins prêtes à accepter une substitution raisonnée 2 à 3 ans après la mise sur le marché des biosimilaires.

Cette défiance est de nature à freiner fortement le marché des biosimilaires et si elle constitue un défi pour tous les systèmes de soins, on peut prévoir qu'elle sera particulièrement entretenue dans notre pays, qui a montré un niveau de défiance vis-à-vis du générique sans équivalent chez nos voisins. Or, l'enjeu économique est important.

La politique de prix et de remboursement de ces produits pourrait par ailleurs être optimisée, mais sans toutefois décourager les industriels de s'engager dans le développement de produits biosimilaires. Le risque industriel à la production de biosimilaires est en effet significativement plus élevé que pour les génériques en raison d'une durée de développement supérieure (en moyenne 7,5 ans contre 2,5 ans), de la nécessité de produire des études cliniques et d'une espérance de part de marché plus faible.

⁵⁹ Des médicaments issus des biotechnologies aux médicaments biosimilaires : Etats des lieux, ANSM, Rapport d'expertise, juillet 2011.

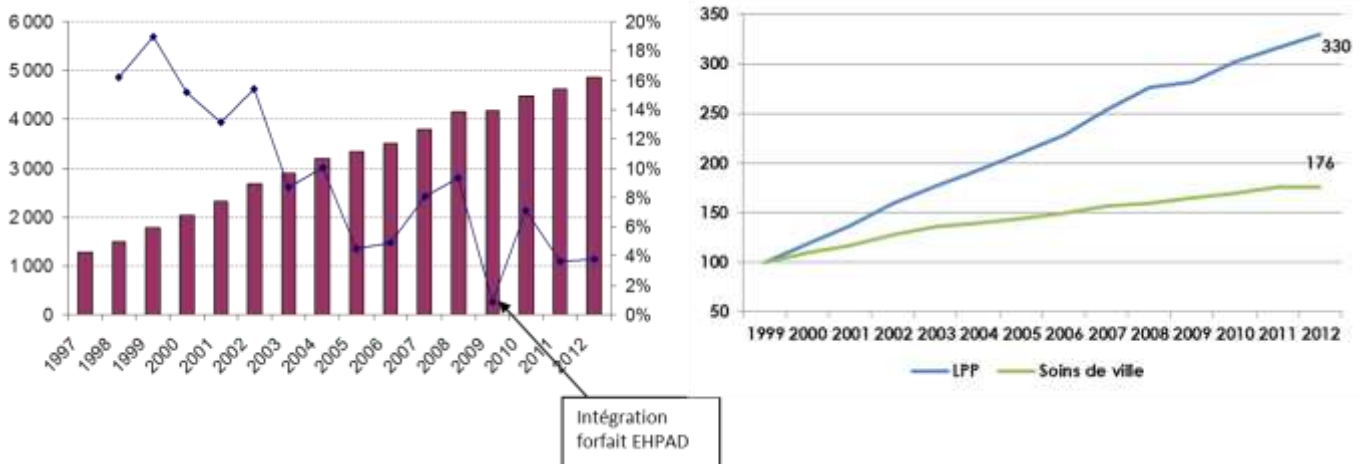
4.3. Les produits de la LPP (liste des produits et prestations)

En 2012 6,5 milliards d'euros ont été remboursés par l'ensemble des régimes d'Assurance maladie au titre de la LPP, si l'on inclut les dispositifs médicaux implantables facturés en sus des GHS dans les établissements hospitaliers publics (4,9 en les excluant). La LPP reste un secteur assez dynamique en termes de dépenses, même si sa croissance s'est ralentie (Figure 87).

Figure 87 - Evolution des dépenses de LPP (hors DMI en établissements hospitaliers publics) – régime général

Montants remboursés et taux d'évolution annuels

Comparaison avec l'évolution des soins de ville (base 100 en 1999)



Il faut rappeler que la LPP regroupe un ensemble très hétérogène de produits (dispositifs médicaux, aliments diététiques à des fins médicales, greffons osseux) et de prestations dispensées par différents professionnels (de santé ou non) : prestataires de service à domicile, orthoprothésistes, podo-orthésistes, orthésistes, épithésistes, audioprothésistes, opticiens.

Depuis 2007, l'Assurance maladie a accentué ses actions de régulation dans ce secteur. Des campagnes d'information ont été déployées auprès des prescripteurs et des patients sur les lits médicalisés, les podo-orthèses, les pansements et sets de pansement. Plus récemment, des actions spécifiques ont été menées sur :

- l'autosurveillance glycémique (ASG) des patients diabétiques (2011-2012) : limitation du remboursement à 200 bandelettes d'ASG, accompagnement des médecins et des patients sur cette mesure. L'économie réalisée en 2011, tous régimes, s'élève à 56 M€ (prenant en compte la tendance de +7,6% avant la mesure) et en 2012 à 32 M€ supplémentaires (sans impact sur l'autosurveillance des patients insulino-dépendants, qui ne sont pas concernés par cette mesure) (Figure 88).

Figure 88 - Évolution du nombre de bandelettes remboursées par l'Assurance maladie



- la pression positive continue (PPC), avec une campagne d'information des patients pour améliorer l'observance en 2011, une mise sous accord préalable des forfaits 6 en 2012, un ajustement des tarifs accompagné d'un développement du télé-suivi en 2013 pour tenir compte des comparaisons de coût avec les autres pays européens (cf. Rapport charges et produits de 2012).

Au-delà des actions déjà entreprises, qui ont permis de réaliser 70 M€ d'économies en 2012, il reste des marges de manœuvre pour maîtriser les volumes et ajuster les prix sur ces produits.

Des tarifs de remboursement français du matériel associé à l'insulinothérapie par pompe externe supérieurs au coût de la prise en charge dans d'autres pays

Les deux codes LPP correspondant au forfait de location de la pompe et au forfait consommables, représentent un montant remboursé de 144 M€ en 2012, tous régimes.

Une analyse comparative montre que coût annuel par patient pour la prise en charge de la pompe à insuline et des consommables, voire de prestations associées, s'élève entre 2 700 et 3 300 € (TTC) dans les pays européens voisins où la prestation est tarifée par un forfait, contre 4 288 € (TTC) en France⁶⁰.

Coût annuel par patient de la pompe à insuline et des consommables (au 01/01/2013)

	Tarification			Contenu prestation
	Type	Tarif/jour	Coût annuel	
France (LPP)	Forfait location de la pompe et forfait consommable	3,10€ + 8,65€	4 288,8 €	Location de la pompe externe et sa maintenance, fourniture par le prestataire des cathéters et consommables
Belgique (1)	forfait quotidien pour prestation payé au centre d'insulinothérapie	7,37 €	2 690,1 €	Le prix de cette prestation comprend le coût de l'accompagnement total et de l'éducation du patient ainsi que le coût de tout le matériel nécessaire à l'application de l'insulinothérapie par perfusion continue (pompe, consommables et batteries), dont le coût de la pommade anesthésiante, pour les enfants de moins de 8 ans, utilisée pour l'introduction de l'aiguille, dans le cas où l'utilisation de cette pommade anesthésiante est conseillée.
Allemagne (2)	Location de la pompe et cathéters		3 000,0 €	La prise en charge se fait sur la base de la location. Les pompes et les consommables sont tarifées par un forfait annuel, modulé en fonction du type de pompe et définis par appel d'offres. Le montant se situe aux alentours de 3 000 € pour une pompe classique. Participation de l'assuré : 10 € / trimestre
Autriche (3)	Prise en charge en achat ou en location avec les accessoires		3 300,0 €	Prise en charge en achat ou en location, avec les accessoires et sur la base de la garantie de 4 ans. Participation de l'assuré : 10 % du tarif TTC.

Sources

(1) Belgique :

- Institut national d'assurance maladie - invalidité (INAMI), Convention de rééducation fonctionnelle relative à l'insulinothérapie par perfusion continue à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable
- INAMI - Convention de rééducation en matière d'autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents
- INAMI, Le diabète en Belgique : état des lieux
- Inami, annexe 1 à la convention : formulaire de prescription d'une insulinothérapie par pompe externe

(2) Allemagne :

- GKV-Spitzenverband, Heilmittelverzeichnis (Union fédérale des caisses d'assurance maladie, Liste des dispositifs médicaux remboursables)
- MDS, Sozialmedizinische Stellungnahme zur Behandlung von Diabetes mellitus mit externen Insulinpumpen (Service médical auprès de l'Union fédérale des caisses d'assurance maladie, Guide de l'avis du médecin-conseil sur l'adéquation de la prescription d'une pompe d'insuline), 2006 et commentaires 2009
- MDK Baden-Württemberg, MDK Mecklenburg Vorpommern (Service du contrôle médical)
- AOK-Bundesverband (Union fédérale des caisses AOK)

(3) Autriche :

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen (Union centrale des organismes de sécurité sociale d'Autriche)
- Wiener Gebietskrankenkasse, Informationsblatt Heilbehelfe und Hilfsmittel 2012 (Caisse régionale d'assurance maladie de Vienne)

Le détournement des lignes génériques

Dans le domaine de la LPP, l'inscription par description générique constitue le principe : une fois créée, la ligne de nomenclature autorise l'autoclassement des autres produits présents sur le marché ; les fabricants qui considèrent que leur produit répond à la définition de cette ligne pourront, à leur seul niveau, l'identifier comme remboursable sans qu'aucune vérification ne puisse être faite. Or, il est constaté que bon nombre de produits « autoclassés » dans les lignes

⁶⁰ Le taux de TVA qui s'applique en France est de 19,6%, de 21% en Belgique et de 19% en Allemagne.

génériques de la LPP ne sont pas conformes à la définition ou aux spécifications techniques de ces lignes. Cependant, ces pratiques ne sont pas aisément identifiables par l'Assurance maladie, le remboursement s'opérant sous la ligne unique de la description générique.

Cette situation pose deux problèmes majeurs :

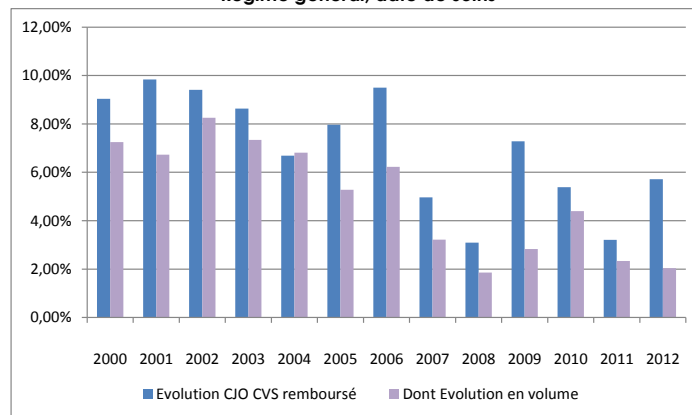
- Cet autoclassement permet aux fabricants d'obtenir une sorte de label de la part des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie sur des produits qui peuvent, au-delà du fait de ne pas être conforme à la LPP, ne rendre aucun service au patient voire, présenter un risque ;
- cette situation conduit à financer sur les fonds de la collectivité des produits qui n'auraient jamais été admis au remboursement si leur inscription avait été envisagée par marque ou tout au moins à les prendre en charge sur la base de tarifs plus élevés que ceux auxquels ils pouvaient en principe prétendre.

4.4. Les transports

Les transports de patients se sont élevés, pour l'année 2012, à 3,6 milliards d'euros pour un volume de 62,8 millions de trajets, soit 2,1 % des dépenses d'Assurance maladie. 5,1 millions de patients ont été transportés en 2012 (tous régimes), soit 8% de la population totale.

Les mesures mises en place depuis 2006 afin de réguler le transport de malades, principalement axées sur les offreurs de soins, ont permis de ralentir l'évolution de ce poste de dépenses. D'une croissance moyenne annuelle de + 8,7% sur les années 2000 – 2004, dont +7,3% en volume, on est passé sur les cinq dernières années à +4,9% dont +2,7% en volume.

Figure 89 – Taux d'évolution des dépenses de transport, en valeur et en volume
Régime général, date de soins



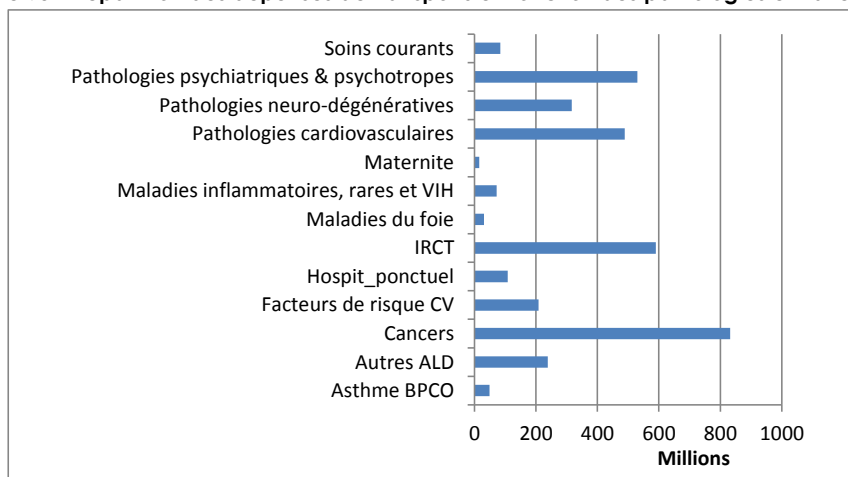
Néanmoins, la dynamique est très variable selon les modes de transports.

Ainsi entre 2009 et 2012, les dépenses de taxi ont cru à un rythme de 10% par an. En 2012, 38% des patients transportés ont eu recours à ce mode de transport, 54% à l'ambulance, 32% au VSL et 11% à leur véhicule personnel ou au transport en commun (un patient peut utiliser plusieurs modes de transports dans l'année). Les dépenses de taxi représentent aujourd'hui 37% du total, les ambulances 39% et les VSL 20%.

Qui a recours au transport

La cartographie des dépenses en fonction des grandes pathologies permet de voir que 23% des dépenses concernent des patients atteints de cancer, et 17% des patients en insuffisance rénale chronique terminale (dialyse). Les pathologies psychiatriques représentent 15% et les pathologies cardiovasculaires également.

Figure 90 – Répartition des dépenses de transports en fonction des pathologies et traitements



Des variations géographiques importantes

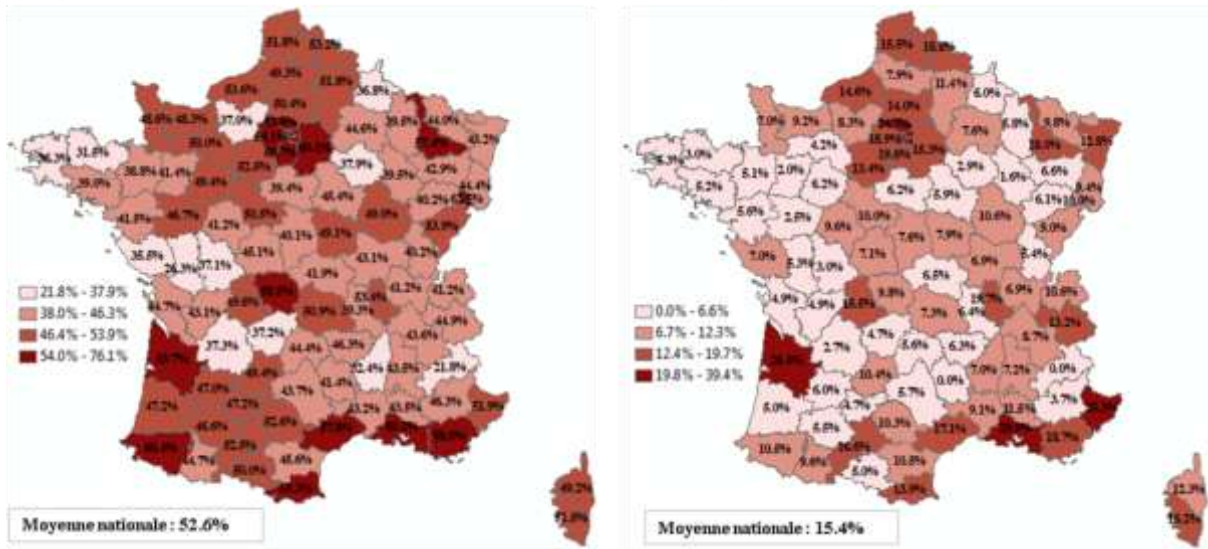
Le recours aux transports est très hétérogène sur le territoire. Ces disparités concernent notamment le mode de transport utilisé, le nombre de trajets moyen par patient transporté, le coût moyen annuel par patient transporté qui peut présenter un écart de 1 à 2 entre les départements.

A titre d'exemple, l'analyse des transports des patients hémodialysés (en Centre, en Unité de dialyse médicalisée, ou en autodialyse) au cours de l'année 2012 montre que si le taux de recours au transport est très homogène, et proche de 100% quel que soit le département, l'utilisation des différents modes de transport apparaît, elle, très variable sur le territoire.

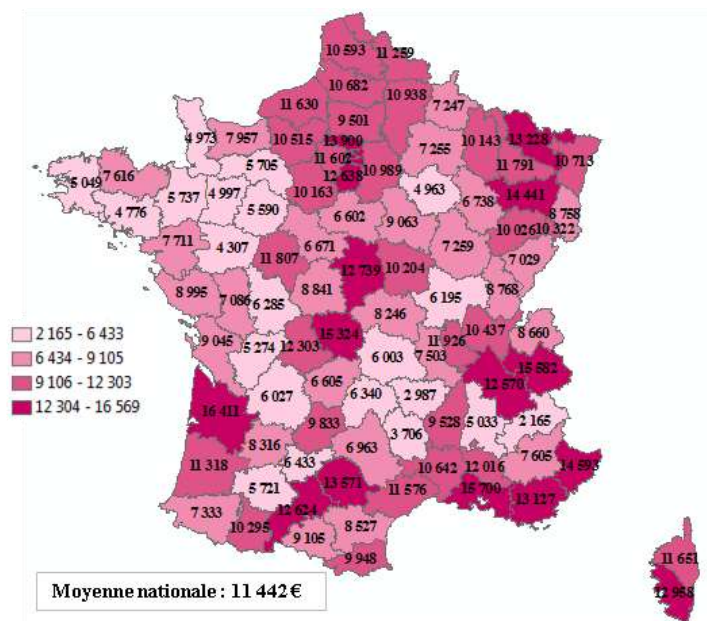
Ainsi, si la part des patients transportés au moins une fois en ambulance en 2012 est de 53% au plan national, cette part varie de 22% pour les Hautes-Alpes à 76% pour le Val de Marne.

Les écarts sont plus frappants encore pour les patients transportés exclusivement en ambulance : ils représentent 30% des patients dialysés dans les Bouches du Rhône, 37% à Paris, 39% dans le Val de Marne ; à l'inverse, dans 17 départements, ce mode de transport systématique concerne moins de 5% des patients (et aucun en Lozère ou dans les Hautes-Alpes). Ces écarts ne peuvent s'expliquer par le niveau de gravité des patients transportés et reflètent sans doute plutôt les disparités d'offre et de modes de transport disponibles.

Part des patients dialysés transportés en ambulance – 2012 – Régime général
Transportés au moins une fois en ambulance **Transportés exclusivement en ambulance**



Ces écarts dans le recours à l'ambulance se retrouvent également dans le coût moyen annuel du transport en ambulance par patient hémodialysé. Ce coût varie de 2170 euros dans les Hautes-Alpes à 16 570 euros dans le Val de Marne.



4.5. Les soins infirmiers

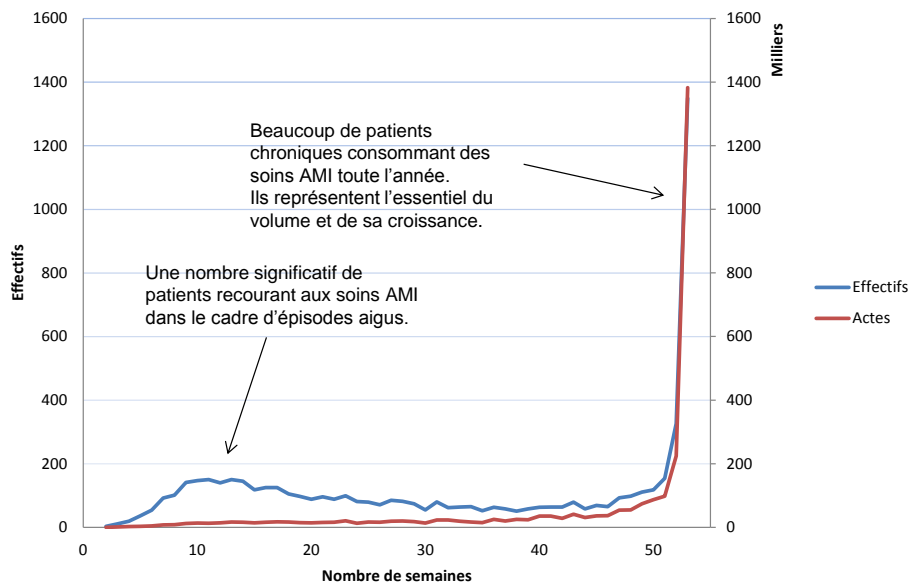
Les soins infirmiers se sont élevés, pour l'année 2012, à 5,3 milliards d'euros de dépenses pour 520 millions d'actes, soit 2,8 % des dépenses d'Assurance maladie. En 2011, 13 millions de personnes, soit 24 % de la population, ont eu recours à un soin infirmier remboursé par l'Assurance maladie, avec en moyenne 20 actes par personne traitée. Au cours des dernières années, la croissance des dépenses de soins infirmiers a été très soutenue avec une moyenne de plus de 6 % par an, soit un doublement des dépenses en à peine 10 ans.

Qui a recours aux soins infirmiers

Les patients qui ont recours aux soins infirmiers recouvrent une population très hétérogène :

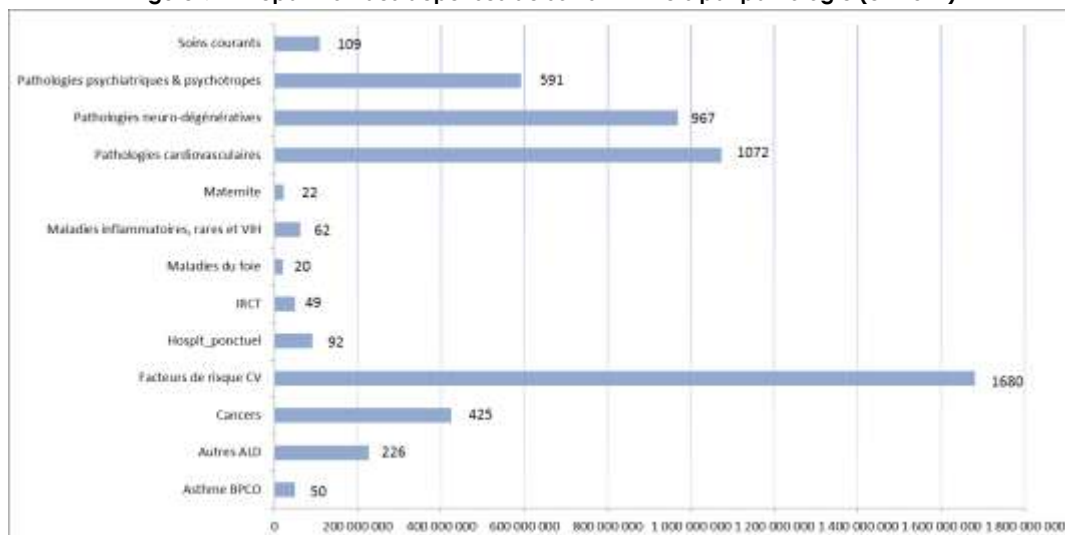
- d'une part ceux très nombreux y ayant recours ponctuellement pour des épisodes aigus et qui représentent finalement une part relativement peu importante des dépenses,
- d'autre part les patients dont les besoins sont quotidiens, en suite d'hospitalisation ou de façon chronique durant toute l'année, et qui génèrent la majeure partie des dépenses.

Figure 91 – Les soins en AMI : nombre de patients et d'actes selon la durée des soins en semaines



Si l'on se réfère à la cartographie des dépenses présentée en partie 1, les facteurs de risque cardiovasculaires (le diabète essentiellement) et les pathologies cardiovasculaires induisent la moitié des dépenses de soins infirmiers. Viennent ensuite les maladies neuro-dégénératives pour 18 % et les pathologies psychiatriques (11 %). Les cancers représentent 8 % du total des dépenses, et les hospitalisations ponctuelles 4 %.

Figure 92 - Répartition des dépenses de soins infirmiers par pathologie (en 2011)



Source : CNAMTS. Champ : dépenses remboursées tous régimes

Si les patients sont relativement jeunes en moyenne (54 ans, et 40 % d'entre eux ont moins de 50 ans), le taux de recours et les dépenses augmentent sensiblement avec l'âge : la part des patients ayant eu des soins infirmiers est de 13 % avant 60 ans, de 32 % après 60 ans, de plus de 60% au-delà de 80 ans. Ainsi les pathologies rencontrées sont celles liées à l'âge, avec 34 % de patients en ALD (14 % pour des maladies cardiovasculaires, 9 % pour le diabète, 9 % pour cancer). 10 % de ces patients ont des traitements par anti-coagulants injectables, 11 % sont sous insuline, 6% ont des solutés massifs en perfusion (6 %), tous ces traitements pouvant nécessiter l'intervention d'une infirmière. Par ailleurs, un patient sur cinq a été hospitalisé au cours de l'année en chirurgie ou en médecine.

Les soins effectués par les infirmiers libéraux recouvrent deux grands types d'actes : d'une part les actes cotés en AMI, actes techniques relatifs aux traitements des plaies (chroniques ou aiguës), aux injections, aux prélèvements ou encore aux soins nécessitant la pose d'un cathéter, et d'autre part les actes cotés en AIS, soins techniques associés à des actes d'aide pour des personnes dépendantes, en termes de prévention, d'hygiène, de mobilisation et de bonne observance.

Les profils des patients ayant recours à ces deux types de soins sont très différents.

Les patient « AMI » sont nombreux et répartis à tous les âges de la vie mais avec des niveaux de consommations très hétérogènes entre les patients. Les patients « AIS » représentent en revanche un groupe de patient plus restreint : essentiellement des personnes âgées, dont le recours à ce type de soins est souvent régulier, voire quotidien, et qui consomment aussi très souvent des actes infirmiers techniques (AMI).

Les patients ayant des soins cotés en AMI

Les actes techniques des infirmiers représentent plus de de 65 % de l'activité des infirmiers ; 20 % de la population y recourent chaque année. Si l'âge moyen des consommateurs d'AMI est relativement jeune (52 ans, médiane à 55 ans), le taux de recours augmente sensiblement avec l'âge.

Plus d'un tiers de ces patients n'ont pas séjourné à l'hôpital, ne présentent pas non plus de pathologies chroniques, ni d'ALD et n'ont pas une consommation de médicament injectable ou de dispositif médicaux nécessitant l'intervention d'une infirmière. Ces patients ont en moyenne 43 ans et recourent aux soins infirmiers de façon très ponctuelle : une à deux fois par an.

De manière générale, 70 % des patients des infirmiers recourent moins de cinq fois par an aux soins AMI. Mais cette activité de soins ponctuels représente à peine 5 % de l'activité totale des infirmiers dans l'ensemble des soins AMI.

La très grande partie de l'activité des infirmiers se concentre en effet un nombre plus réduit de patients : seulement 5 % d'entre eux représentent 80 % des actes en AMI. Ces « patients requérant des soins techniques lourds » (au moins 50 actes par an) sont nettement plus âgés (69 ans en moyenne, médiane à 74 ans) et sont à 80 % en ALD (principalement diabète, maladie cardiovasculaire et cancer). Ils ont été fréquemment hospitalisés dans l'année (48 % en médecine, 36 % en chirurgie), un tiers souffre de plaies (escarre, ulcères) nécessitant la pose de pansements complexes, près d'un tiers encore requiert l'injection d'anti-coagulants ou de soluté massif. 18 % de ces « patients lourds » recourent aussi aux actes infirmiers de soins (en moyenne une fois par jour).

Aux extrêmes, on trouve les patients ayant 4 actes par jour en moyenne durant toute l'année (en ALD à 95 %) et qui représentent à eux seuls (ils sont environ 80 000 France entière) près de 30 % du total des actes en AMI. Ce sont principalement des patients diabétiques insulino-requérants (plus de 80 %) dont l'administration d'insuline plusieurs fois par jour associée à un forfait de surveillance (coté AMI 1) à chaque injection peut conduire à la facturation de quatre, voire six actes par jour.

Les patients ayant des soins cotés en en AIS

Les actes infirmiers de soins (AIS), représentant 35 % de l'activité des infirmiers, concernent quant à eux une partie de la population beaucoup plus restreinte et plus spécifique. En effet, environ 1 % de la population générale a recours à ce type de soins : essentiellement des personnes âgées (78 ans en moyenne, médiane à 82 ans) et en ALD (82% dont la moitié pour une maladie cardiovasculaire). Les soins AIS sont aussi répartis plus uniformément entre ces patients que pour les actes en AMI. En effet, les 10 % des patients qui consomment le plus d'actes ne représentent « que » 34 % de l'activité en AIS. Ces « patients fortement utilisateurs d'AIS » sont légèrement plus âgés (80 ans en moyenne) et plus souvent en ALD (88 %). Les patients ayant des AIS ont aussi pour trois-quarts d'entre eux des soins médicaux infirmiers, avec en moyenne un acte AMI tous les deux jours.

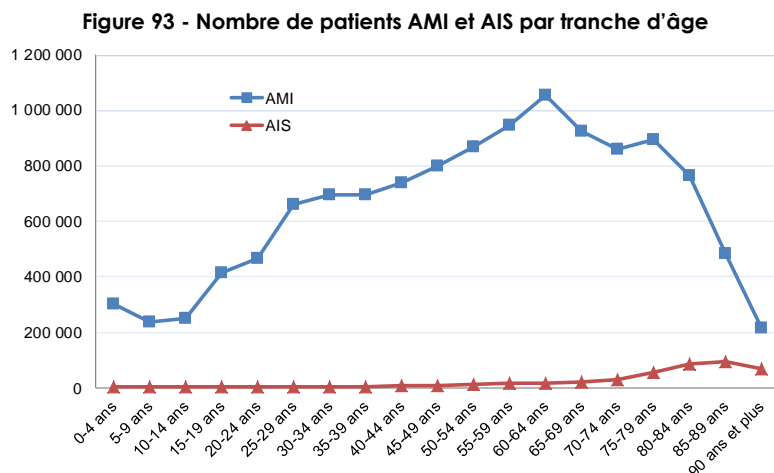
Le profil des patients fortement utilisateurs de soins infirmiers

Malgré quelques points de convergence, les profils sont assez différents pour les AMI et pour les AIS. Si les deux populations sont âgées, l'âge médian est sensiblement plus élevé pour les consommateurs d'AIS (83 ans contre 76 ans). 61% des forts utilisateurs d'AIS ont recours aussi aux soins en AMI, alors que la réciproque est moins vraie (18 % des forts utilisateurs d'AMI ont recours aussi à des soins en AIS). Les patients AIS sont plus souvent en ALD cardiovasculaires (49 % contre 39 %) et Alzheimer (15 % contre 3 %). Enfin, les patients fortement utilisateurs d'AIS ont plus fréquemment recours aux pansements complexes pour le traitement des ulcères et des escarres que les patients AMI (29 % contre 21 %).

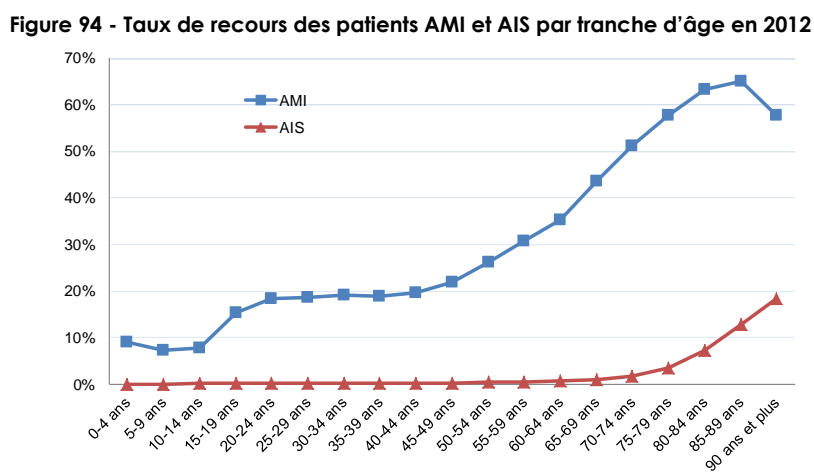
De manière générale, les forts utilisateurs d'AIS sont des patients lourdement atteints par des pathologies liés à l'âge. Outre le fait qu'ils sont aussi plus souvent en ALD, les forts utilisateurs d'AMI se distinguent surtout par le fait qu'ils sont insulino-requérants.

Les patients qui sont dans ces situations de soins infirmiers intensifs ont des dépenses de soins de ville élevées. Ainsi les 80 000 patients ayant le plus recours aux soins en AMI (soit 30% du total des dépenses d'AMI) ont des remboursements moyens de l'ordre de 20 000 € par an, dont 58 % pour les seuls soins infirmiers et 28 % pour les médicaments et les dispositifs médicaux. Les 10% de

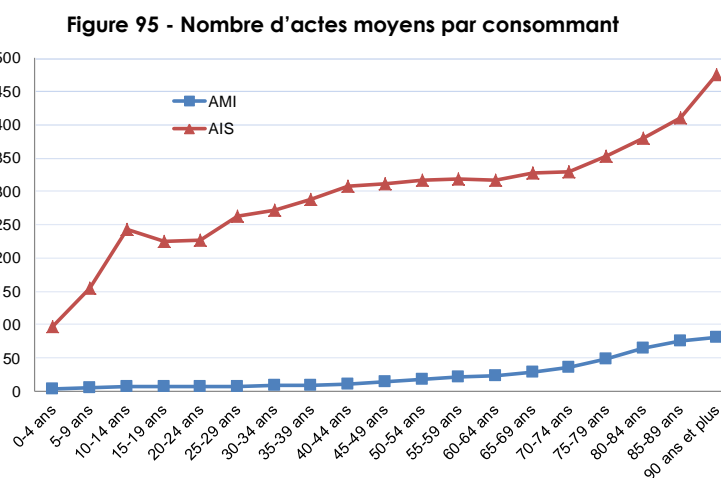
patients recevant le plus de soins en AIS ont une dépense plus élevée encore en soins de ville (23 000 €), dont deux tiers pour les seuls soins infirmiers, et se caractérisent également par un recours important aux soins de masseurs-kinésithérapeutes (8 %).



Source : CNAMTS. Champ : régime général hors SLM



Source : CNAMTS. Champ : régime général hors SLM



Source : CNAMTS. Champ : régime général hors SLM

Figure 96 - Profils des patients en fonction de l'intensité de leur recours aux soins AMI
En pourcentage

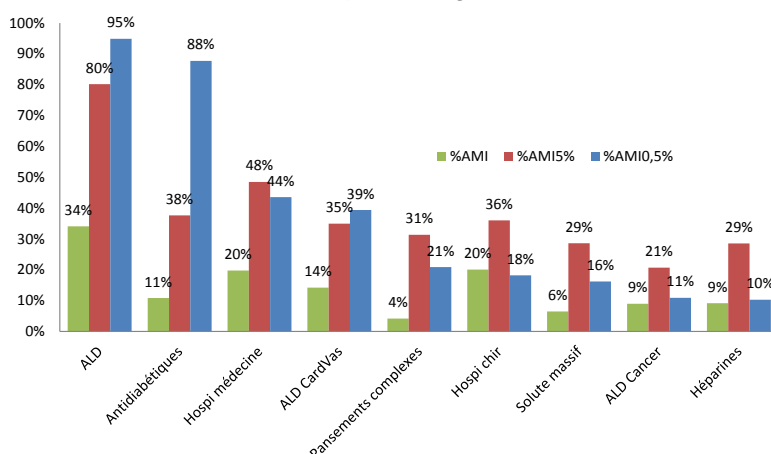


Figure 97 - Profils des patients en fonction de l'intensité de leur recours aux soins AIS
En pourcentage

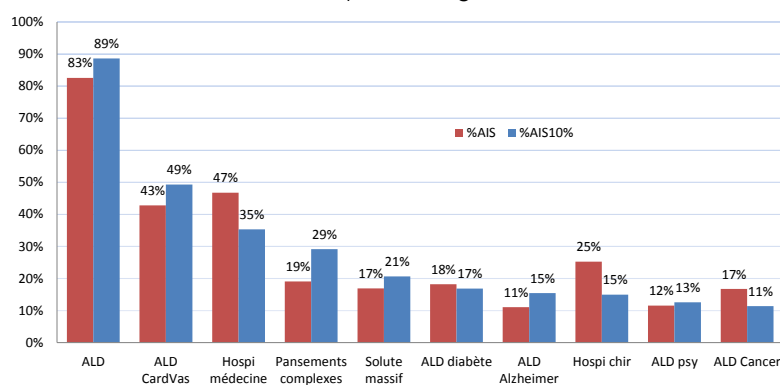
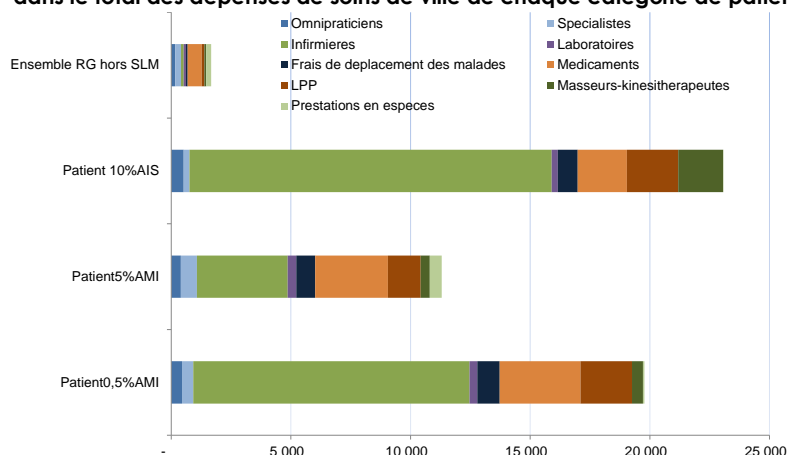


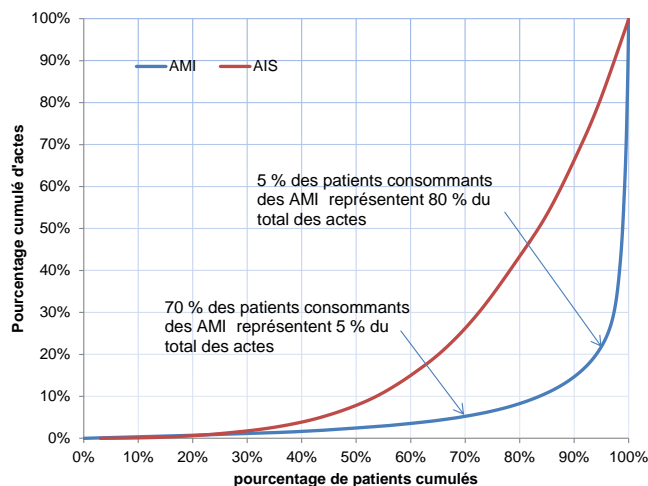
Figure 98 - Part de chaque de chaque poste de dépenses dans le total des dépenses de soins de ville de chaque catégorie de patient



En résumé, si les actes infirmiers de soins (AIS) ne concernent qu'une faible partie de la population, ces patients y recourent de façon très régulière et de façon assez homogène d'un patient à l'autre. En revanche, les actes médicaux infirmiers concernent tous les âges, mais avec des modes de recours très contrastés : d'une part une population jeune et relativement bien portante faisant appel à cette catégorie de soins pour des épisodes aigus, et d'autre part une patientèle âgée,

souffrant de pathologies chroniques (avec souvent un diabète insulino-dépendant) et/ou de nombreuses comorbidités et recourant aux soins médicaux infirmiers de façon quotidienne, et pour certains plusieurs fois par jour. A l'extrême, les patients sous insuline et non autonomes dans leur traitement apparaissent comme les patients qui recourent le plus aux soins infirmiers.

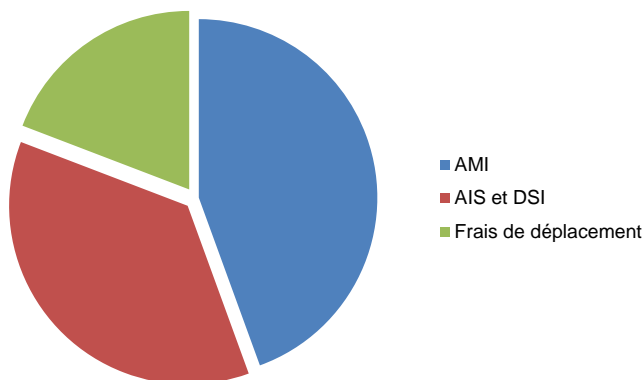
Figure 99 - Fonctions de répartition des actes infirmiers en 2011 (consommants)



Une évolution en volume soutenue depuis une dizaine d'année

En 2012, les soins des infirmiers libéraux représentaient une dépense remboursée de l'ordre de 5,3 milliards d'euros (tous régimes). Ces dépenses se décomposent en actes médicaux infirmiers (AMI) pour 45 %, en actes infirmiers de soins pour 36 % (AIS) et en frais de déplacement (19 %).

Figure 100 - Répartition des montants remboursables de soins infirmiers en 2012



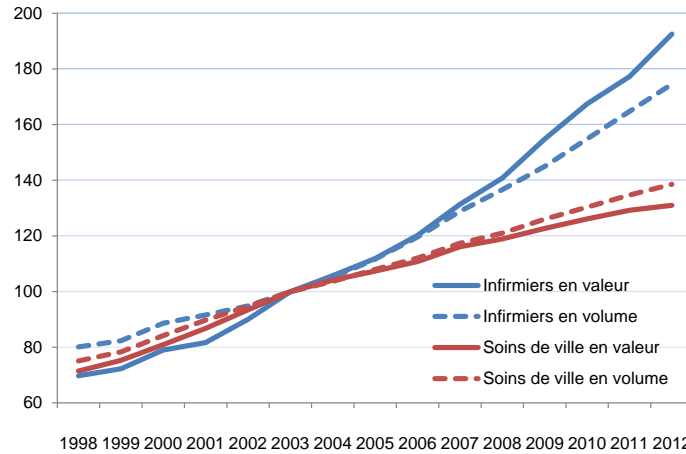
Source : CNAMTS – statistiques mensuelles des dépenses du régime général

Les dépenses de soins infirmiers se caractérisent par leur très forte évolution au cours des dix dernières années. En effet, à partir de 2002 le taux de croissance des montants remboursés de soins infirmiers a été structurellement plus élevé que celui des soins de ville, avec des niveaux dépassant 5 % et frôlant les 10 % certaines années. Sur la période 2002-2012, les dépenses de soins infirmiers ont plus que doublé, alors que la croissance a été de 40 % pour l'ensemble des soins de ville.

Cet écart est lié en grande partie à une croissance en volume beaucoup plus dynamique pour les soins infirmiers mais aussi à des effets prix positifs en faveur des infirmiers, alors que l'effet prix de

l'ensemble des soins de ville est globalement négatif notamment du fait des baisses de prix sur les produits de santé.

Figure 101 - Evolution des montants remboursés des soins infirmiers et des soins de ville
base 100 en 2003

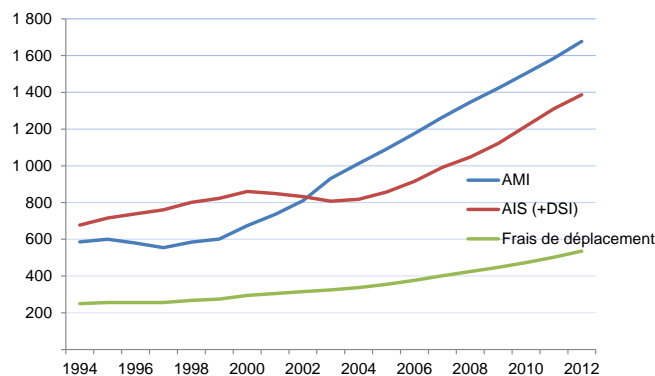


Source : CNAMTS – statistiques mensuelles des dépenses du régime général
Champ : dépenses en date de soins

La croissance des dépenses de soins infirmiers est marquée par deux phases : dans un premier temps, à partir du début des années 2000, une forte accélération de la dépense des actes médicaux infirmiers (AMI), puis, à partir de 2004, un rythme d'évolution des soins en AIS qui rejoint celui des actes en AMI.

Il est important d'avoir sur cette évolution un diagnostic pertinent et d'en analyser les différents facteurs. Si les soins infirmiers ont évolué très vite au cours des dix dernières années, il faut rappeler qu'ils contribuent largement au maintien à domicile et restent unitairement relativement peu coûteux pour l'Assurance maladie par rapport à l'hospitalisation ou l'hébergement dans les établissements (EHPAD).

Figure 102 - Croissance en volume des principaux postes de dépenses de soins infirmiers
en millions d'euros



Source : CNAMTS – statistiques mensuelles des dépenses du régime général
Champ : dépenses en date de soins – volume au prix 1998 constants

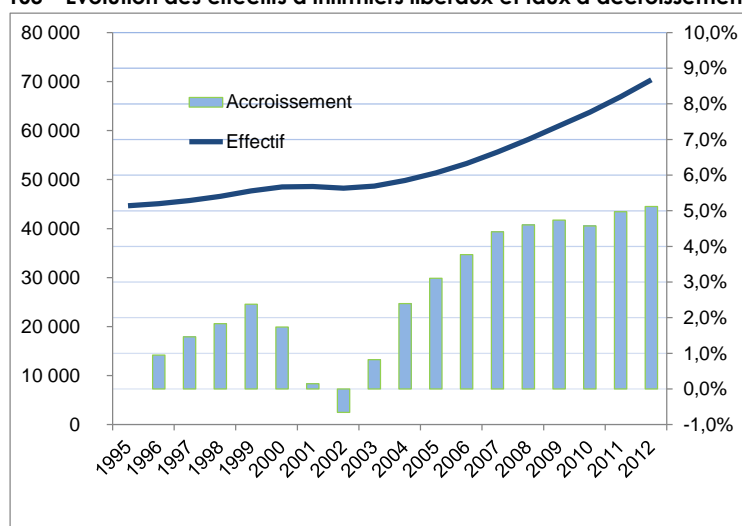
Une croissance soutenue par une démographie très dynamique depuis le milieu des années 2000

Les infirmiers libéraux sont plus de 70 000 en 2012 et représentent 12 % des effectifs totaux d'infirmiers (libéraux et salariés). On en comptait 45 000 en 1995, soit une croissance des effectifs de l'ordre de 2,7 % par an, comparable à l'évolution globale des effectifs. Une accélération sensible se produit à partir de 2005 (+4,6% par an, + 2 700 infirmières par an) contrairement aux effectifs salariés qui poursuivent la tendance des années précédentes.

Cette croissance des effectifs est liée en partie à une augmentation du nombre de diplômés, qui est passé de 14 000 en 2000 à plus de 23 000 en 2011 (+ 400 infirmiers diplômés supplémentaires par an depuis 2005).

L'accroissement de la durée d'activité en libéral peut également être un facteur explicatif de la croissance des effectifs. En effet, l'âge de cessation d'activité des infirmiers libéraux est passé de 47 à 49 ans entre 2005 et 2012 alors que l'âge moyen d'installation (35 ans) est resté stable depuis 2005⁶¹.

Figure 103 – Evolution des effectifs d'infirmiers libéraux et taux d'accroissement actuel



Cette croissance recouvre-t-elle l'évolution des besoins ?

Décomposition de la croissance

Pour analyser l'évolution des actes infirmiers, on peut décomposer la croissance en deux grands facteurs :

- L'effet *démographique* qui traduit à la fois l'augmentation de la population et les effets de la *déformation de la structure d'âge* (vieillesse) ;

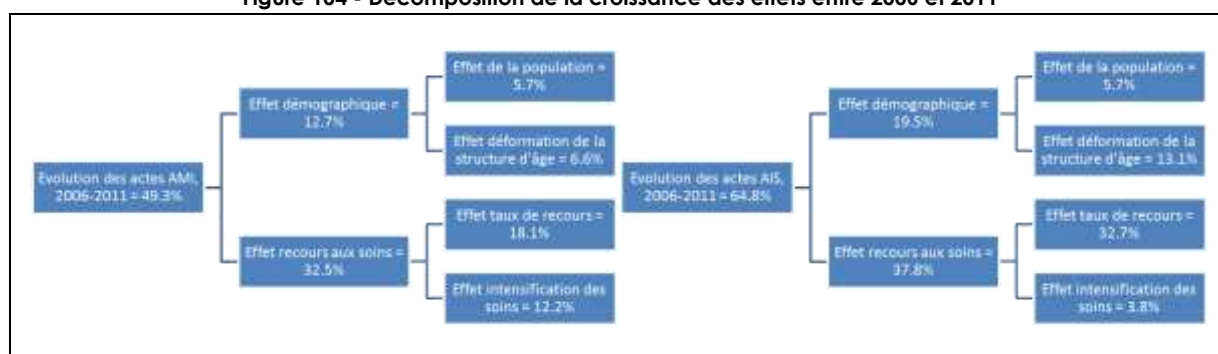
⁶¹ Les réformes de retraites dans la fonction publique hospitalière n'ont apparemment pas provoqué d'afflux supplémentaire d'infirmiers en libéral ; les infirmiers libéraux devant nécessairement avoir travaillé au moins 24 mois en structure de soins médicalisés (hôpitaux, cliniques, centres de soins,...) avant de s'installer à leur compte.

- L'effet *recours aux soins* qui est la combinaison de l'effet *taux de recours* (diminution ou augmentation du taux de personne traitées à structure d'âge et de sexe identique) et à *l'intensification du recours* mesurée par le nombre d'actes par patients (toutes choses égales d'ailleurs).

Pour les soins en AMI, le changement dans le recours aux soins explique plus des deux tiers de la forte hausse du nombre d'actes entre 2006 et 2011. Ce changement de recours aux soins s'explique à la fois par une proportion, à âge égal, plus importante de patients ayant recours aux soins (pour 60%), mais également (pour 40%) d'une intensification de leur recours aux actes. L'effet démographique expliquerait l'autre tiers, réparti à parts presque égales entre croissance de la population et vieillissement.

L'effet recours aux soins est également majoritaire (deux tiers) dans l'explication de la croissance des soins cotés en AIS.

Figure 104 - Décomposition de la croissance des effets entre 2006 et 2011



Source : EGB pour le calcul du recours aux soins par âge, structure par âge de population INSEE et population totale RNIAM.
 Champ : Régime général hors SLM, France entière.

Par ailleurs, si on décompose les soins infirmiers entre les patients y recourant toute l'année (chronique : plus de 40 semaines de soins infirmiers sur une année) et ceux y recourant de manière ponctuelle, on observe que les patients chroniques représentent 63% des actes AMI en 2011, mais contribuent pour 76% à leur augmentation entre 2006 et 2011.

Davantage que le recours aux soins ponctuels, ou l'éventuelle conséquence sur la consommation de soins infirmiers d'une baisse de la durée de séjour des hospitalisations, il semble donc que la forte hausse du nombre d'actes AMI bénéficie principalement aux patients qui ont un recours intensif à ces soins (augmentation du nombre de forts utilisateurs, mais aussi de leur recours moyen en nombre d'actes), et traduit donc une intensification en ville de la prise en charge de patients âgés et souffrants de pathologies chroniques multiples, en particulier le diabète.

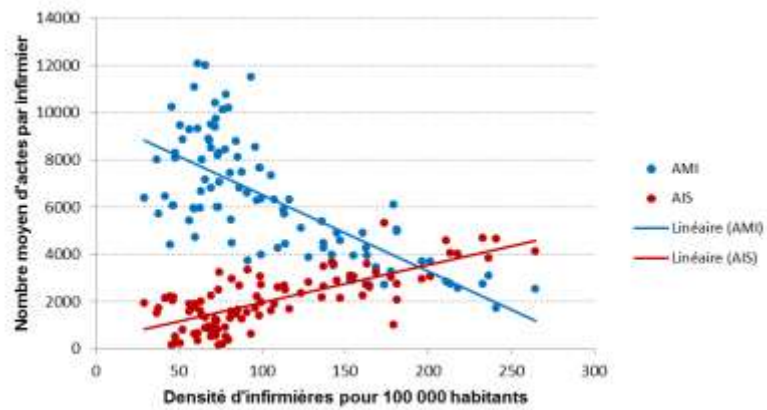
Lien entre démographie et activité

En 2012, les actes en AMI représentent 65 % des actes, 46 % des coefficients et 54 % des honoraires des infirmiers (hors frais de déplacement). Cette proportion est cependant très variable d'un infirmier à l'autre puisque 25% des infirmiers réalisent plus de 67% de leurs actes en AIS.

On observe que dans les départements où la densité d'infirmiers libéraux est faible, le nombre d'actes AMI par infirmier est important. Inversement, dans les départements où la densité d'infirmiers est forte, le nombre d'acte AIS par infirmier est élevé. Le même constat avait été porté au début des années 2000, et la situation n'a pas beaucoup évolué sur ce plan. Tout se passe comme

si, dans le cas des actes en AMI, les infirmiers étaient face à une demande exogène, qui se répartit entre les professionnels présents sur le département. En revanche, la demande de soins en AIS apparaît plus flexible, et en tout cas plus fonction de l'offre disponible.

Figure 105 - Densité par département et nombre moyen d'actes par infirmière APE* en 2011



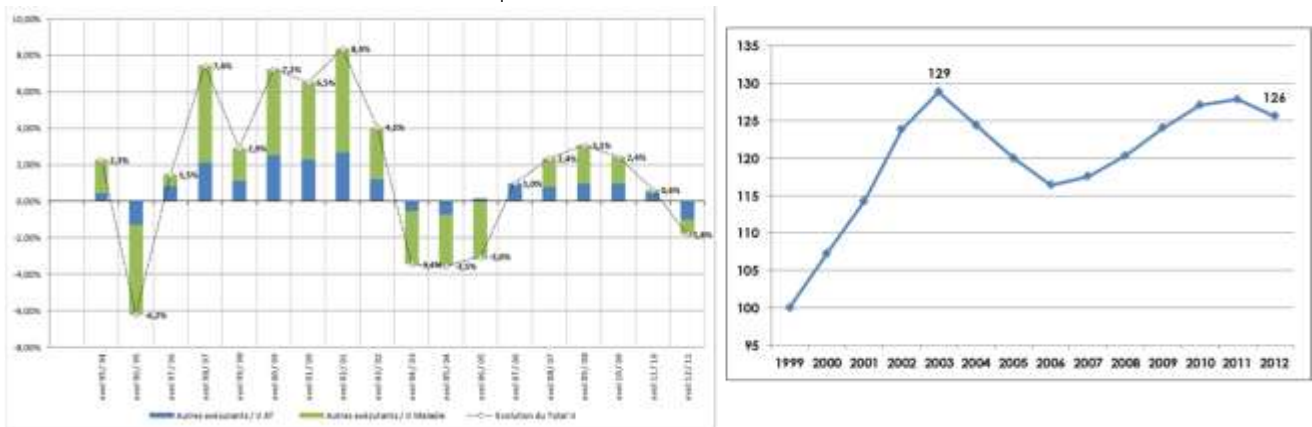
Source : CNAMTS, SNIR

Champs : Tous régimes - France métropolitaine - * Infirmières APE = actives à part entière

4.6. Les arrêts de travail

Le volume d'indemnités journalières a baissé de manière significative en 2012 (-1,8%) après une croissance très faible en 2011 (+0,6%). Ces deux années font suite à une période de croissance (+2,2% en moyenne par an entre 2006 et 2010) qui avait elle-même succédé à trois années de forte baisse, à la suite des actions menées à partir de fin 2003, et notamment du renforcement des contrôles. Au total, en 2012, le volume des IJ est inférieur au niveau qu'il avait atteint en 2003.

Figure 106 - Evolution du volume des indemnités journalières – régime général, tous risques, données CJO-CVS
Evolution en volume et contribution des risques maladie – AT Evolution en volume, base 100 en 1999



En plus du renforcement quantitatif des contrôles, d'autres actions ont été menées :

1) la production et la diffusion de **fiches repères**, validées par la Haute autorité de santé (53 au total, couvrant 60% des pathologies), pour proposer aux prescripteurs des **durées indicatives d'arrêts de travail en fonction de la pathologie et du type de poste de travail occupé**.



Des campagnes d'information ont été faites auprès des médecins pour promouvoir ces référentiels. Ainsi entre 2009 et 2012, près de 25 000 entretiens confraternels et 62 000 visites DAM ont inclus ce thème.

Un sous-ensemble de 19 motifs, correspondant à des arrêts post-opératoires pour des interventions chirurgicales fréquentes, a été intégré en 2012 dans les priorités de contrôles des caisses primaires, avec des objectifs d'économie inscrits dans leurs contrats pluriannuels de gestion. Sur ce champ, on a observé une diminution de 4% (2,7 jours) de la durée moyenne des arrêts.

Pour faire évoluer les comportements de prescription, le déploiement de la prescription électronique d'arrêt de travail, dans laquelle ces durées sont proposées par défaut, est également

un levier important. Aujourd'hui 20% des arrêts de travail des généralistes sont prescrits en ligne et l'on observe dans ce cas que les durées moyennes d'arrêts initiaux pour les pathologies courantes, sont conformes aux durées préconisées par les fiches repères.

L'enjeu économique est important ; sur le seul champ de la vingtaine d'interventions chirurgicales incluses dans les objectifs de contrôle des caisses, 70 millions d'euros pourraient être économisés si les pratiques se rapprochaient des durées indicatives proposées, soit 20% du montant total des indemnités journalières correspondantes.

2) la mise en place de la procédure prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, qui prévoit qu'en cas de **contre-visite médicale concluant à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou faisant état de l'impossibilité de procéder à l'examen du salarié**, le médecin mandaté par l'entreprise transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse d'Assurance maladie, qui peut soit demander à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières, soit procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré.

En 2012, première année de plein fonctionnement du dispositif sur le territoire, on constate que le taux de transmission des rapports au service du contrôle médical de l'Assurance maladie est assez faible : 2900 rapports ont été transmis en 2012 (sur 70 000 contre-visites qui seraient effectuées annuellement par des médecins mandatés par l'employeur de l'assuré). Une proportion importante des rapports transmis n'étaient pas recevables, soit en raison des délais de transmission (fixés à 48 heures par la loi), soit, plus fréquemment, du fait de l'absence de mention d'un examen médical. Sur l'ensemble des rapports recevables et donc examinés par le contrôle médical de l'Assurance maladie, le médecin-conseil a donné un avis favorable à l'arrêt de travail dans 48% des cas et a confirmé l'avis du médecin mandaté par l'employeur dans 28% des cas. 23% des situations n'ont pu être examinées du fait d'une reprise du travail du salarié.

Comme pour les autres prestations de l'Assurance maladie, il est nécessaire de s'assurer que les sommes dépensées par l'Assurance maladie au titre des indemnités journalières sont justifiées. Le contrôle des assurés et les actions auprès des prescripteurs doivent être poursuivis pour assurer un meilleur respect des référentiels et des règles et une homogénéisation des pratiques.

A l'inverse, il y a encore des inéquités qu'il serait souhaitable de corriger dans l'accès à ces prestations lorsqu'elles sont justifiées par l'état de santé. L'Assurance maladie avait fait des propositions en ce sens dans son rapport sur les charges et produits de 2012. La LFSS pour 2013 a d'ores et déjà permis à des chômeurs qui reprennent une petite activité salariée de conserver des droits à indemnités journalière en cas de maladie (modification de l'article L161-8 du CSS), mais la question demeure pour les salariés qui ont une faible activité et qui, du fait du seuil des 200 heures de cotisation sur trois mois, peuvent se retrouver dépourvus de droits à des indemnités journalières s'ils tombent malades. D'après l'enquête emploi de 2010, sur une population active d'environ 25 millions de personnes, 2,6% travailleraient moins de 15 heures par semaine soit environ 668 000 personnes.

Cette situation est d'autant plus paradoxale que les salariés concernés cotisent, même si c'est en dessous des seuils d'ouverture des droits, alors que les auto-entrepreneurs qui n'ont pas de chiffre d'affaire et n'acquittent donc pas de cotisation peuvent bénéficier d'une indemnité journalière dont le montant est le double de l'indemnité minimale du régime général.

5. Propositions

Un effort partagé dans la durée pour relever les défis actuels

En 2011 la dépense de santé atteint 12,0% du PIB, soit 240 milliards d'euros⁶². L'objectif national de dépenses d'assurance maladie a atteint, lui, 170 milliards d'euros en 2012⁶³, et il augmente tendanciellement de 4% par an, soit près de 7 milliards d'euros. La croissance du PIB et donc des recettes de l'Assurance maladie est structurellement insuffisante pour soutenir une augmentation tendancielle aussi importante. L'IGAS et l'IGF ont ainsi chiffré à plus de 2 milliards d'euros par an les efforts à fournir sur les cinq années à venir pour maintenir l'augmentation de la dépense de santé entre 2 et 3 %⁶⁴, taux d'évolution compatible avec la croissance potentielle de l'économie française en valeur

Cette situation n'est pas nouvelle, et des efforts significatifs ont été produits depuis près de dix ans pour maîtriser la dépense de santé et améliorer son efficacité, c'est-à-dire améliorer le rapport qualité/prix du système de soins français. Ils ont pris différentes formes, notamment de baisse de tarifs, mais aussi d'actions de maîtrise médicalisée, par exemple à la suite de propositions contenues dans les précédents rapports « charges et produits »⁶⁵, de manière à améliorer la pertinence des soins et éviter les dépenses inutiles ou faiblement utiles. Ces efforts collectifs ont permis de ralentir la croissance des dépenses et de respecter depuis 2010 l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie fixé en loi de financement de la sécurité sociale. Ils ont aussi participé à soutenir la compétitivité de l'économie française.

Pour être acceptés et légitimes, ces efforts doivent s'inscrire dans une perspective d'amélioration du rapport qualité/prix des soins délivrés à la population, mais aussi être partagés entre les différents acteurs du système de santé. Cet effort commun qui vise à assurer « *la pérennité du système d'assurance maladie solidaire en le mettant à l'abri du déficit chronique* »⁶⁶ doit être construit dans le temps et s'appuyer sur la stratégie nationale de santé, annoncée par le Premier Ministre le 8 février 2013. Les objectifs de santé publique poursuivis par la stratégie nationale de santé seront nécessairement des objectifs de moyen terme. De la même manière, en matière financière et budgétaire, il est indispensable de construire une vision pluriannuelle des efforts à fournir par chacun. C'est pourquoi il faut se fixer, autant que possible, des objectifs cibles à trois ans, ce qui garantit aussi aux acteurs une meilleure visibilité et donc la possibilité de mettre en œuvre des plans d'action adaptés dans la durée.

Ces efforts doivent être partagés, et c'est la raison pour laquelle ce rapport a, dans les constats développés dans les parties précédentes, analysé de nombreux secteurs et abordé un ensemble diversifié de problématiques. Nous avons tous, professionnels de santé, établissements, patients, gestionnaires, une responsabilité collective d'assurer le maintien d'un système de haut niveau, accessible à l'ensemble de la population, dans un contexte économique difficile : c'est un défi qui suppose un véritable contrat collectif, dans lequel chacun s'engage au service de cet objectif commun.

⁶² Source comptes de la santé, Ministère de la santé – DREES.

⁶³ Prévision de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2013.

⁶⁴ Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM. Rapport IGF-IGAS, juin 2012.

⁶⁵ Voir Annexe : propositions des années précédentes

⁶⁶ discours du Premier ministre, 8 février 2013

La perspective dans laquelle s'inscrivent les propositions développées ci-après est donc celle d'une gestion rigoureuse du système de santé, soucieuse de pertinence et de qualité des soins, attentive à une juste utilisation des ressources au bénéfice de tous.

Un premier levier pour promouvoir le « juste » recours au soin est de mieux informer les patients, d'éclairer leurs choix, de favoriser la prévention et d'améliorer la pertinence des interventions médicales : des marges de manœuvre dans ce domaine existent, comme le montrent les analyses menées dans les parties précédentes. Des propositions sont ensuite formulées pour optimiser la qualité et les coûts d'un certain nombre de processus de soins, dont certains concernent plus particulièrement les personnes âgées. Enfin à partir des constats et des diagnostics portés sur chacun des secteurs d'offre de soins analysés dans la partie 4, des pistes d'action sont proposées.

5.1. Eclairer le patient dans ses choix, favoriser la prévention et la pertinence des soins

◆ Proposition 1 – Renforcer la lutte contre le tabagisme

La parution prochaine des recommandations de la HAS donne l'opportunité de renforcer les dispositifs de soutien à l'arrêt du tabac dans une stratégie plus globale et coordonnée, en articulant un renforcement de la prévention par le médecin traitant, un meilleur ciblage de la prise en charge des substituts nicotiques pour certains publics, une expérimentation d'un programme d'accompagnement des patients, notamment pour les jeunes, en comparant son efficacité avec d'autres stratégies d'accompagnement au sevrage tabagique.

- **Renforcer le rôle de prévention des médecins généralistes sur la thématique du tabac et du sevrage tabagique** : le rôle du médecin traitant dans la sensibilisation de ses patients au risque du tabac et leur accompagnement vers le sevrage tabagique est un élément important de l'efficacité de cette politique. Le volet de synthèse médical mis en place en 2012 dans la convention médicale est une première étape en incitant à recenser cette information et plusieurs actions pourraient être engagées pour renforcer ce rôle du médecin traitant :
 - Les délégués de l'Assurance maladie pourront diffuser aux médecins traitants les recommandations de la HAS, qui paraîtront à l'automne 2013, avec des outils pratiques élaborés en lien avec l'Inpes ;
 - Des outils spécifiques sur la prise en charge du tabagisme chez les adolescents, dans une approche globale de prise en compte des autres addictions, devraient être élaborés et proposés aux médecins généralistes.
- **Faciliter l'aide à l'arrêt du tabac en optimisant la prise en charge des traitements nicotiques de substitution dans le cadre d'un programme d'accompagnement** : depuis 2007, l'Assurance maladie prend en charge les substituts nicotiques avec un forfait de 50€ par an qui a été porté à 150€ pour les femmes enceintes à partir de septembre 2011. Les études

récentes (BEH)⁶⁷ ont montré l'intérêt d'une prise en charge de ces substituts dès lors qu'elle s'inscrit dans un accompagnement plus global d'aide au sevrage tabagique. L'Assurance maladie pourrait donc améliorer la prise en charge actuelle sur des publics ciblés en développant leur accompagnement :

- renforcer l'information des femmes enceintes en faisant connaître mieux la possibilité de bénéficier de cette prise en charge auprès des intéressées⁶⁸ mais aussi des médecins, des PMI et autres acteurs de la périnatalité ;
- promouvoir le forfait de prise en charge des substituts nicotiques pour les patients atteints de BPCO et d'asthme dans le cadre d'un accompagnement renforcé : le tabagisme constituant en effet un risque majeur pour ces patients, l'aide serait complétée par un accompagnement des patients hospitalisés pour BPCO (*cf infra*) et des patients asthmatiques (médecin traitant, pharmacien, soutien aux patients par sophia), ces patients pouvant également bénéficier de séances d'éducation thérapeutique dans les centres d'exams de santé.
- Améliorer l'accessibilité des forfaits de prise en charge des substituts nicotiques et les revaloriser à 150 € pour les bénéficiaires de la CMUc, en étudiant la possibilité de mettre en place un tiers-payant. Cette meilleure prise en charge financière serait également liée à un renforcement des offres d'accompagnement au sevrage tabagique, notamment par internet (*cf. infra*).

- **Expérimenter une offre d'accompagnement au sevrage du tabac, notamment pour les jeunes, en complémentarité avec Tabac Info Service et mesurer leur intérêt par rapport ou en articulation à des stratégies d'accompagnement présentes, en fonction des publics concernés** : Plusieurs études montrent l'intérêt d'un accompagnement par téléphone ou internet⁶⁹. La revue Cochrane (Civljak 2010) consacrée aux interventions sur Internet pour l'arrêt du tabac conclut à l'utilité à court terme (moins de 3 mois) de certains outils web, les plus efficaces étant ceux qui proposent une aide personnalisée adaptée aux besoins et caractéristiques de ses utilisateurs avec un nombre de contacts avec les utilisateurs élevé. Ces outils peuvent alors constituer des compléments intéressants à d'autres formes d'aide comme les substituts nicotiques. Les auteurs insistent sur la nécessité de mettre en place des études permettant d'évaluer les bénéfices à long terme d'interventions par Internet. En France, la ligne Tabac info service, dont le numéro court « 3989 » figure sur les paquets de cigarettes depuis avril 2011, offre un service à deux niveaux avec la possibilité d'entretiens avec des

⁶⁷ « Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie » BEH n°20-21 du 28 mai 2013

⁶⁸ La promotion est faite dans le livret maternité remis à toutes les femmes enceintes au 4^{ème} mois de grossesse.

⁶⁹ Caroline Free, Rosemary Knight, Steven Robertson, et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *The Lancet* 2011 ; 378 : 49-5 : La démonstration porte sur 5 800 fumeurs volontaires recrutés par voie d'affiches dans les bus, radio, internet et journaux, qui ont été randomisés en deux groupes. Le groupe contrôle recevait de simples messages de remerciements de participation à l'étude, alors que le groupe intervention recevait des messages d'incitation à la modification de leur comportement. Ces derniers étaient au nombre de 186, issus d'une base générale de 713 messages. La sélection se faisait automatiquement de façon dite « personnalisée », suivant un algorithme tenant compte de spécificités concernant les fumeurs (dont la préoccupation du poids). Le rythme d'envoi était soutenu : cinq messages par jour pendant les cinq premières semaines, puis trois par semaine. Tous les sujets des deux groupes étaient informés de l'existence d'un service téléphonique d'aide au sevrage (la ligne QUIT smoking du NHS, national Health Service). Des résultats positifs sur l'arrêt du tabac, chez les jeunes comme chez les plus âgés, ont été enregistrés ; les auteurs estiment donc que cette technique doit entrer dans la panoplie actuelle des outils d'aides au sevrage.

tabacologues⁷⁰ ; l'INPES a complété cette offre avec un programme automatisé d'envoi d'e-mails d'informations, de conseils et soutien, rédigés par des tabacologues, l'évaluation de l'impact de cette offre étant en cours avec l'étude STAMP (sevrage tabagique assisté par mailig personnalisé). Par ailleurs, dans le cadre de sophia, les infirmiers conseillers en santé travaillent sur la motivation à arrêter de fumer des adhérents, atteints de pathologies chroniques, et le site internet sophia leur proposera en 2014 un accompagnement personnalisé avec des modules portant sur l'arrêt du tabac. L'objectif serait de développer cette offre sur internet, notamment pour les jeunes, et d'identifier, selon les publics, l'efficacité de ce mode d'intervention par rapport à d'autres stratégies de prise en charge :

- Développer l'offre d'accompagnement au sevrage tabagique sur internet ou téléphonie mobile, notamment pour les jeunes, en complémentarité avec tabac info service : cette offre serait élaborée en lien avec l'INPES, expérimentée et évaluée pour s'assurer de son impact dans le soutien à l'arrêt du tabac ;
- Evaluer l'efficacité relative d'un accompagnement en ligne et d'un accompagnement présentiel renforcé sur un territoire : l'objectif serait ainsi de définir les stratégies d'accompagnement les plus efficaces en fonction des caractéristiques des publics concernés (âge, état de santé...).

◆ **Proposition 2 – Développer l'information sur la qualité, le bon usage du système de soins et le médicament à destination des usagers du système de santé**

L'article L. 161-40-1 du code de la sécurité sociale prévoit que l'ANSM, en lien avec la HAS et l'UNCAM, sous l'égide du ministère chargé de la santé, met en œuvre une base de données administrative et scientifique sur les traitements médicamenteux et leur bon usage notamment pour le grand public, afin qu'il dispose d'une information claire et objective. Cette base est en cours d'élaboration sous l'impulsion du Ministère de la santé. Les enquêtes réalisées auprès des utilisateurs du site Ameli santé confirment cette attente d'une information sur le médicament : 54% des personnes interrogées indiquent souhaiter des fiches détaillées sur le médicament, ce qui vient en tête des demandes de compléments sur le site, avant l'avis des professionnels de santé en ligne (46%), des rappels de dates de vaccination (32%) ou davantage d'informations pratiques (29%). L'Assurance maladie propose de **compléter dès 2013, en lien avec la base ministérielle du médicament, l'information sur les traitements médicamenteux sur Ameli santé** en précisant les classes thérapeutiques aujourd'hui indiquées (anti-inflammatoires, statines, antifongiques...) par des fiches détaillées par médicament, accessibles au grand public et avec une entrée par symptôme ou pathologie.

Plus globalement, **l'information sur le bon usage du système et la transparence sur la qualité des soins** doivent être développées.

⁷⁰ En 2011, la ligne TIS (Tabac Info Service) a reçu plus de 47 700 appels de niveau 1 et plus de 30 000 de niveau 2 (la part des appelants du niveau 1 mis en relation avec un tabacologue avec ou sans rendez-vous est de 62,3 %) ; le site internet a enregistré 667 700 visites.

Plusieurs pays ont développé des **questionnaires auprès des patients** qui vont au-delà de la satisfaction et portent sur **la qualité et l'amélioration perçue par le patient sur son état de santé**. Le questionnaire est rempli par le patient avant et après son intervention ou séjour hospitalier, ce qui permet à la fois de l'informer en amont des résultats attendus de l'intervention (et de ses limites éventuelles) pour éclairer son choix et de mesurer ensuite l'amélioration perçue par le patient. En Suède, l'infirmière accompagne le patient pour le conseiller et lui expliquer les résultats attendus de l'intervention sur la base du questionnaire rempli par le patient. Au Royaume-Uni, ces questionnaires avant/après sont systématiques pour les interventions sur les varices, les hernies, les prothèses de genou et de hanche (questionnaire Oxford hip score avec 12 items). Aux Pays-Bas, ce sont les organismes d'assurance maladie qui interrogent leurs assurés, après l'intervention, en privilégiant notamment le questionnaire par courriel.

En France, le Ministère de la santé a prévu de systématiser les **questionnaires de satisfaction en sortie d'hospitalisation** en 2014, après une période de volontariat en 2013. Actuellement chaque établissement de santé doit passer un marché avec un prestataire pour mener ces enquêtes, sur la base d'un questionnaire national arrêté en 2012. Dans le cadre de la généralisation en 2014 et pour optimiser les coûts, il serait souhaitable de passer un marché national pour conduire ces enquêtes. A terme, pour aller vers plus de transparence, il conviendrait de rendre publics les résultats de ces enquêtes.

 **Proposition 3 - Développer les outils d'aide à la décision pour les patients pour leur permettre un choix mieux éclairé**

Les résultats de l'analyse des pratiques actuelles concernant certaines interventions chirurgicales (partie 3.2) soulignent l'importance de l'enjeu de la pertinence des soins délivrés. Rappelons quelques exemples :

- une proportion élevée des thyroïdectomies est réalisée sans ponction ou biopsie préalable pour vérifier l'existence d'un cancer,
- les décisions de prostatectomie qui suivent le dépistage quasi systématique du cancer de la prostate sont prises encore fréquemment à des âges élevés, où la découverte d'une lésion à faible risque évolutif pourrait plus souvent conduire à une surveillance active, et ont des conséquences néfastes fréquentes pour les patients,
- la chirurgie de l'obésité se développe de manière extrêmement rapide avec des techniques proposées qui varient selon les équipes et les territoires,
- les indications des cholécystectomies sont plus ou moins pertinentes selon les régions, avec des pratiques chirurgicales parfois trop interventionnistes sur les cas de non indication.

Dans ce domaine de la pertinence des soins, l'Assurance maladie a eu un rôle pionnier. Dès 2003 elle a mené une première enquête/action sur la chirurgie bariatrique⁷¹, plus récemment elle a mis

⁷¹ Cette enquête /action avait constaté alors un tiers d'actes hors référentiels et fait baisser substantiellement le nombre d'interventions l'année suivante.

au point des méthodes de ciblage des établissements pour plusieurs actes (appendicectomies, chirurgie du canal carpien,...).

Cette problématique n'est pas, au demeurant, une spécificité française : depuis les premiers travaux qui, au début des années 1980⁷², ont montré une forte variabilité géographique de certaines interventions chirurgicales, et ce dans plusieurs pays, ce constat sans cesse réitéré interpelle tous les systèmes de santé.

Mais c'est aussi, objectivement, une question difficile, car même si les données statistiques sont sans ambiguïté sur le rapport bénéfice / risque pour une population, la décision reste individuelle et les critères laissent nécessairement une place à l'appréciation au cas par cas. C'est pourquoi, de plus en plus, les réflexions menées au plan international insistent sur la nécessité **de fournir aux patients de réels outils d'aide à la décision, qui permettent d'éclairer leur choix lorsqu'ils font face à plusieurs options ayant des bénéfices et les préjudices qui peuvent être appréciés différemment par chacun** (on parle souvent de « zone grise », par opposition à des traitements pour lesquels il n'y a aucun doute sur leur impact positif, ou au contraire sur leur nocivité).

Plusieurs revues systématiques ont été menées, dans le cadre de la collaboration Cochrane, sur l'impact de ces outils d'aide à la décision. La mise à jour la plus récente, en 2011⁷³, confirme qu'ils permettent une amélioration des connaissances des patients et de leur perception exacte du risque, un choix plus éclairé et plus proactif, et qu'ils ont un effet positif sur la communication entre le patient et le médecin. Sur les décisions de traitement elles-mêmes, les résultats des études montrent que les patients ainsi éclairés optent moins pour des interventions chirurgicales invasives non urgentes, et qu'ils diminuent également la décision du dépistage par PSA. L'expérience nord-américaine citée dans la partie 3 à propos des prothèses de hanche et de genou en est une illustration significative⁷⁴.

Il est important de réfléchir à la conception de ces outils, de façon à ce qu'ils permettent aux patients de se faire une idée claire des options et de peser les bénéfices et les risques, ce qui n'est pas réellement le cas de l'information donnée aujourd'hui en cas d'intervention chirurgicale (qui vise surtout à remplir l'obligation d'information du professionnel sur les risques de l'intervention elle-même).

La Haute autorité de santé a proposé à l'Assurance maladie de collaborer à la réalisation d'un premier outil de ce type pour **la chirurgie du canal carpien**. A partir de ce premier test, il conviendrait de couvrir rapidement les interventions (diagnostiques ou thérapeutiques) qui posent le plus de problème de pertinence, afin que celle-ci soit aussi améliorée par l'implication de l'utilisateur.

⁷² Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway.

⁷³ Stacy D. and al. Decision aids for people facing health treatments or screening decisions - Cochrane Review, 2011.

⁷⁴ Dans cette expérience menée en 2009 au sein d'une organisation Group Health aux Etats-Unis, à caractéristiques comparables, le taux d'intervention parmi les patients informés a été diminué de 26% pour la prothèse de hanche et de 38% pour la prothèse de genou par rapport au groupe témoin.

◆ Proposition 4 – Elargir et renforcer les programmes d'amélioration de la pertinence des soins, notamment pour les interventions chirurgicales

Si l'implication des patients est un levier fort de la pertinence, les actions en direction des professionnels et des structures de soins doivent aussi être renforcées.

Plusieurs initiatives ont vu le jour récemment. Le Ministère de la santé a ainsi lancé une démarche régionale de diagnostic et d'élaboration de plans d'actions. Parallèlement, des actions nationales se poursuivent sur des thèmes ciblés. Ainsi un accompagnement des établissements va être mis en place par la Haute autorité de santé, le Ministère et la Fédération Française des Réseaux de santé en Périnatalité sur les césariennes programmées.

L'Assurance maladie, quant à elle :

- conduit des actions d'information et de sensibilisation des professionnels et des établissements de soins. Ainsi concernant la pertinence des actes d'imagerie (radios du crâne, abdomen sans préparation, radios de thorax), une campagne d'accompagnement des médecins généralistes et des radiologues a été déployée au deuxième semestre 2011 ; le volume de ces actes a baissé de 11% en deux ans ;
- poursuit une démarche de construction et de validation d'outils pour détecter des problèmes de non pertinence et cibler des établissements qui apparaissent les plus concernés.

Appendicectomie et canal carpien

Le bilan des tests réalisés dans plusieurs régions pour valider la pertinence des indicateurs de ciblage des établissements sur **l'appendicectomie et le canal carpien** sera réalisé dans le courant de l'été 2013. Si ces tests sont concluants, des actions vis-à-vis des établissements ciblés pourront être mises en place d'ici la fin de l'année. Les revues de pairs ou les échanges confraternels avec les médecins conseil sont aujourd'hui les modalités envisagées, mais d'autres, comme la mise sous accord préalable, devront être mises en œuvre s'il n'y a pas d'évolution des comportements.

De manière plus générale, sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé, un retour d'information doit être fait aux professionnels sur la **qualité du parcours de soins pour les patients opérés pour canal carpien** (électromyogramme réalisé avant de prendre la décision d'intervention, proportion de traitements conservateurs avant chirurgie, durée d'arrêts de travail). Une réflexion est à mener également sur l'incorporation de certains de ces indicateurs dans des incitations financières des chirurgiens concernés.

C'est par ailleurs une des interventions pour lesquelles un éclairage du choix du patient, avec une aide à la décision bien conçue, constituerait un progrès (*cf* proposition précédente, projet de mémo patient à réaliser en collaboration avec la Haute autorité de santé).

Thyroïdectomie

Au-delà des pratiques inadéquates de quelques établissements, la question de la pertinence des soins se pose aussi à plus grande échelle. Ainsi on peut considérer que plus des deux tiers des patients ayant eu une thyroïdectomie **n'ont pas un parcours de qualité**. Outre le ciblage des établissements et des chirurgiens ayant un faible ratio chirurgie pour cancer / chirurgie pour nodule bénin, des campagnes d'information doivent être menées auprès des praticiens sur les dosages thyroïdiens, la scintigraphie, l'échographie, pour faire évoluer les pratiques.

Un levier de tarification et d'incitation/désincitation financière pourrait aussi être considéré, avec un système valorisant la qualité.

Une saisine de la HAS sur la mise à jour des indications du dosage des hormones thyroïdiennes est également souhaitable (les recommandations datant de 2000 et n'étant plus disponibles). Il convient par ailleurs de vérifier la manière dont ces prescriptions sont intégrées aux logiciels médicaux et dont elles sont effectuées par les laboratoires.

Prostatectomies

L'analyse du parcours des patients âgés ayant un dosage de PSA montre à nouveau que notre système de soins est parfois trop enclin à l'intervention, y compris lorsque le rapport bénéfice / risque est très discutable à l'échelle d'une population. Le dépistage de masse existe dans les faits, y compris après 75 ans, alors que la Haute autorité de santé ne le recommande pas. Si un meilleur éclairage du choix des patients est sans doute dans ce domaine un levier puissant, un message plus ferme de recommandation en direction de la communauté médicale serait aussi nécessaire, à l'instar de ce qui est fait dans d'autre pays.

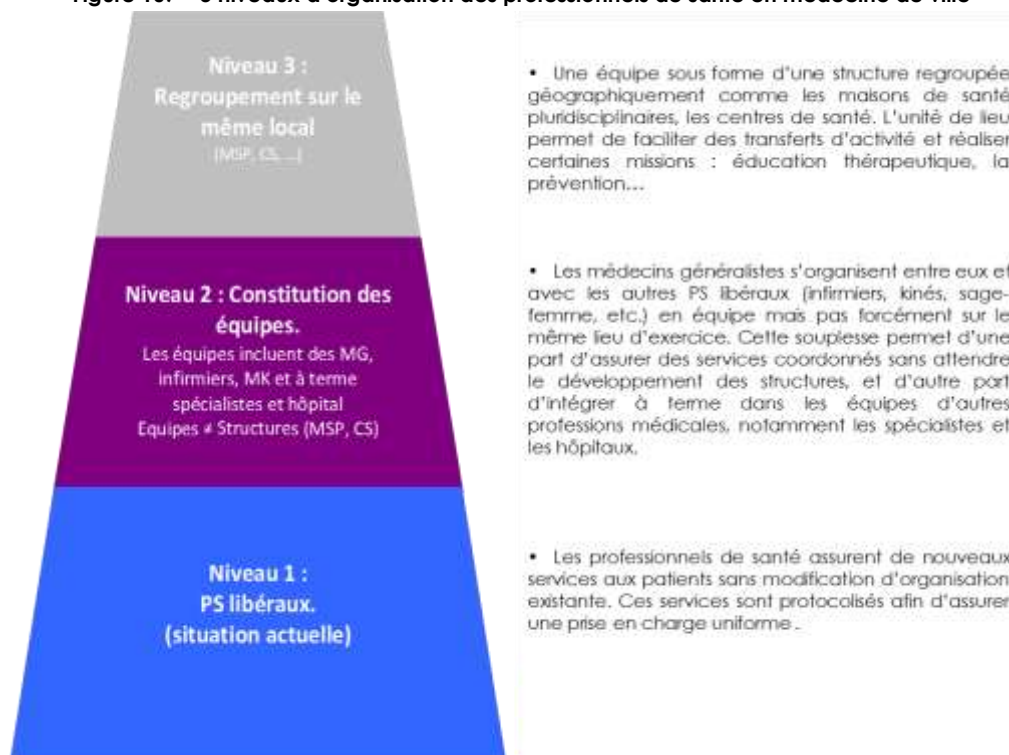
5.2. Améliorer la qualité des soins et optimiser les processus de soins

 **Proposition 5 – Accompagner la structuration des équipes de soins de proximité pour améliorer la prise en charge des parcours des patients dans le cadre de la stratégie nationale de santé**

Le vieillissement de la population, le développement des polyopathologies et des maladies chroniques nécessitent de renforcer l'accompagnement des parcours des patients, en veillant à une prise en charge organisée en ville pour éviter les complications, améliorer la qualité de vie et l'efficacité des dépenses de santé.

Pour offrir des services coordonnés aux patients, différentes modalités d'organisation des professionnels de santé libéraux sont possibles plus ou moins intégrées, allant jusqu'au regroupement physique dans un même lieu sous forme de centre de santé ou maison de santé pluridisciplinaire. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, l'enjeu est d'accompagner progressivement le travail en commun des professionnels de santé autour du patient et la constitution d'équipes de soins de proximité. Ces équipes doivent ainsi pouvoir travailler en lien avec les acteurs médico-sociaux et l'hôpital.

Figure 107 – 3 niveaux d'organisation des professionnels de santé en médecine de ville



Pour développer progressivement ces services coordonnés aux patients, un 1^{er} niveau consiste à faciliter les coopérations des professionnels de ville autour de programmes identifiés, notamment en sorte d'hospitalisation ou pour la prise en charge des pathologies chroniques. Le développement de ces services peut être accompagné par un facilitateur de la liaison entre l'hôpital et la ville au travers de l'intervention d'un conseiller de l'assurance maladie. Progressivement, le travail en commun permet de préparer la constitution d'équipes de soins de proximité, pas forcément regroupés dans un même lieu, mais partageant un projet de santé et des méthodes de travail communes autour de prises en charge de cas complexes. Le 3^{ème} niveau d'évolution est constitué par des centres de santé ou maisons pluridisciplinaires qui réunissent des professionnels de santé dans des structures communes. Ces différentes modalités d'organisation peuvent coexister dans le temps et permettre de conserver une souplesse nécessaire pour le travail avec les équipes des hôpitaux ou les spécialistes de ville.

La rémunération sur objectifs et les autres rémunérations forfaitaires devront donc évoluer à moyen terme pour accompagner le développement de ces équipes de soins, en distinguant plusieurs niveaux d'intégration et en tenant compte des services rendus au patient.

◆ **Proposition 6 – Chirurgie de la cataracte : ajuster progressivement les tarifs pour tenir compte des gains de productivité réalisés, dans le cadre d'une contractualisation globale**

700 000 interventions pour cataracte ont été pratiquées en 2012 et compte tenu du vieillissement de la population et des progrès technique qui ont simplifié ce geste chirurgical, ce nombre ne peut qu'augmenter encore dans l'avenir.

C'est un progrès considérable pour la qualité de vie d'un nombre très important de personnes âgées, même s'il faut veiller, là encore, à la pertinence de ces interventions : les comparaisons

internationales semblent montrer qu'elles sont plus fréquentes chez nous que chez nos voisins, et comme pour d'autres actes, l'hétérogénéité territoriale pose question, avec une tendance à intervenir chez des patients plus jeunes dans les départements qui opèrent beaucoup.

Compte tenu de ce volume d'activité très élevé, la rémunération de cette intervention à un juste prix, qui permette un revenu correct aux établissements et aux chirurgiens sans dégager de marges excessives, est un enjeu financier important. Or de ce point de vue, les comparaisons avec d'autres pays comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni font apparaître des niveaux de prix significativement supérieurs en France. Ceci est cohérent avec la décision qui a été prise d'aligner le tarif de la chirurgie ambulatoire sur celui de l'hospitalisation complète pour créer une incitation au développement de ce mode de prise en charge : il s'agissait précisément de laisser aux offreurs une marge par rapport aux coûts de fonctionnement pour les amener à faire les investissements organisationnels nécessaires.

Ceux-ci ont été faits partout et neuf interventions sur dix sont désormais réalisées en chirurgie ambulatoire ; même si ce taux peut encore augmenter quand on regarde les pratiques ailleurs, une partie du retard français a été rattrapé puisque ce n'était qu'une sur deux en 2005. Dès lors, il est légitime d'ajuster progressivement le tarif de cette chirurgie très courante en fonction de son coût de production.

Compte tenu de la croissance attendue du volume d'activité, cet ajustement tarifaire peut s'opérer sans perte de chiffre d'affaires pour les établissements concernés (pour mémoire, entre 2005 et 2010, le nombre d'interventions a augmenté de 22%, soit plus de 4% par an).

Un certain nombre d'éléments doivent être réunis pour créer les conditions d'une efficacité globale d'une telle mesure :

- 1) Comme cela a été souligné en introduction, la programmation de cette évolution tarifaire sur plusieurs années permettrait de donner aux acteurs concernés une visibilité à moyen terme sur les efforts demandés et de leur permettre de s'y adapter.
- 2) Une réflexion doit être menée sur les conditions dans lesquelles cette activité, comme d'autres actes courants et à très faible risque, peut être pratiquée à moindre coût, tout en étant compatibles avec une bonne qualité et sécurité des soins (cf proposition 14 ci-dessous).
- 3) Cette évolution tarifaire pourrait être combinée avec un dispositif de marge décroissante en fonction du volume d'activité ou de son évolution. Il faut concevoir ce dispositif de façon à maintenir l'incitation à la productivité créée par la T2A et l'aspect positif de la concurrence entre établissements au bénéfice du patient, tout en réduisant l'incitation marginale pour à la fois tenir compte des coûts fixes et décourager les actes non pertinents.
- 4) Enfin, et c'est une difficulté, ces ajustements tarifaires doivent s'opérer, pour le secteur privé, dans le cadre d'une contractualisation globale avec les cliniques privées et les ophtalmologues, si l'on veut éviter le cercle vicieux auquel on assiste aujourd'hui qui lie les prix des GHS, les redevances payées par les praticiens et les dépassements d'honoraires, et qui aboutirait finalement à reporter sur le patient la charge financière correspondant aux économies faites par l'Assurance maladie. Là encore, il est essentiel de raisonner en coût complet des soins.

◆ Proposition 7 – Prothèse de hanche : Mettre en place un retour d'information aux établissements sur les reprises d'interventions en orthopédie et une responsabilisation financière dans une deuxième étape

L'analyse du processus de prothèse totale de hanche montre une variabilité des taux de reprises d'interventions par établissement.

Il est proposé d'organiser une campagne de retour d'information aux établissements sur leur situation dans ce domaine,

Dans un deuxième temps, un paiement groupé incluant les reprises pourrait être mis en place, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays (exemple de la Suède avec OrthoChoice), 94% des reprises étant réalisées dans le même établissement que l'opération initiale

◆ Proposition 8 - Optimiser la rééducation post-opératoire

L'analyse du processus de prothèse de hanche montre que la rééducation post-opératoire pourrait être davantage développée en ville, en évitant des orientations non pertinentes pour certains patients en établissement de soins de suite et réadaptation (SSR). Ce constat est identique pour les principales opérations d'orthopédie, ainsi que pour de nombreuses opérations réalisées en chirurgie ambulatoire.

Cette meilleure orientation des patients est un facteur d'efficience pour l'Assurance maladie (le coût est 4,4 fois plus élevé pour un suivi post-intervention passant par le SSR par rapport à une prise en charge en ville) mais représente aussi un gain financier pour le patient ou sa complémentaire du fait d'un reste à charge plus faible pour le parcours en ville.

L'Assurance maladie estime, au vu des référentiels d'orientation de la HAS, que plus de 8 000 patients aujourd'hui pris en charge en SSR pourraient bénéficier d'une rééducation en ville à condition d'organiser cette prise en charge de qualité en ville et de lever les freins éventuels au retour à domicile (aide au portage de repas, autre aide sociale...).

- Le programme **PRADO orthopédie**⁷⁵, qui est proposé dans 30 départements fin juin 2013, **pourrait être étendu sur l'ensemble du territoire d'ici 2014**. Son déploiement pourra s'appuyer sur le renforcement des équipes de soins de proximité (notamment médecins traitants, infirmières et masseur-kinésithérapeutes) avec des référentiels de prise en charge permettant de protocoliser les parcours et conforter la qualité des soins en ville, en lien avec les chirurgiens orthopédiques. Si une rémunération de la coordination était envisagée, elle devrait porter sur les parcours MCO/ville et non sur les parcours MCO/SSR.

⁷⁵ Fin mai 2013, 367 patients ont été accompagnés dans le cadre du programme, déployé dans 23 établissements de santé et 10 départements. 160 patients ont été accompagnés après une prothèse de hanche avec une moyenne d'âge de 67 ans et 17% ont eu recours aux aides à la vie proposées par l'Assurance maladie. 80% des patients à qui le programme est proposé choisissent d'y adhérer et le taux de satisfaction est élevé : 83% des assurés se déclarent très satisfaits et 15% plutôt satisfaits.

L'expérimentation de la prise en charge des transports pourra être menée, dans le cadre de l'article 48 de la LFSS 2013, dans les territoires retenus pour les projets d'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Un volet spécifique à l'accompagnement des personnes résidant dans les territoires ruraux est par ailleurs expérimenté par la Mutualité Sociale Agricole.

- Pour optimiser la rééducation post-opératoire, il est **essentiel que les logiciels d'orientation des patients en MCO (de type Trajectoire) intègrent, conformément aux référentiels de la HAS, la possibilité d'une orientation à domicile**, avec ou sans accompagnement renforcé comme le PRADO.

A titre d'exemple et sur la seule pose de prothèse de hanche, à l'horizon de quatre ans, si 25 000 patients ayant bénéficié d'une prothèse de hanche sont pris en charge pour leur rééducation en ville et non plus en SSR, le gain pour l'Assurance maladie s'élèvera à 23 M€. Plus globalement, sur les principales interventions de chirurgie orthopédique (prothèse de hanche, de genou, réparation des ruptures de la coiffe des rotateurs), le gain pour l'Assurance maladie serait de 106 M€.

5.3. Améliorer les parcours des personnes âgées et leur prise en charge

◆ Proposition 9- Améliorer la prise en charge des personnes âgées en sortie d'hospitalisation

Les réflexions qui ont eu lieu dans la période récente sur les parcours de soins des personnes âgées, et notamment celles que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a menées dans ses deux rapports successifs « Vieillesse, longévité et Assurance maladie » en 2010 et « Assurance maladie et perte d'autonomie » en 2011, ont exploré particulièrement la question du recours à l'hôpital des personnes âgées, en tant qu'épisode souvent critique et déterminant de leur trajectoire de soins et de vie.

A la suite de ces rapports, des expérimentations sont aujourd'hui lancées dans plusieurs territoires pour améliorer la coordination des acteurs qui interviennent auprès de populations âgées fragiles afin de rendre ces parcours plus fluides et d'éviter les ruptures (expérimentations PAERPA, personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

L'objectif est d'abord d'éviter les hospitalisations, notamment en urgence, lorsqu'elles peuvent l'être par un travail de prévention en amont. Mais il y a également la phase de la sortie d'hospitalisation, avec le retour à domicile dans de bonnes conditions, en assurant le suivi, les soins et les aides nécessaires. Cette problématique rejoint d'ailleurs la précédente, tant il est vrai que l'absence d'une prise en charge adéquate en sortie d'hospitalisation aboutit, pour de nombreuses pathologies, à des réhospitalisations fréquentes dont l'évidence scientifique montre qu'elles pourraient être évitées.

L'Assurance maladie a proposé, dans son précédent rapport sur les charges et produits, de contribuer à cet objectif dans le domaine de **l'insuffisance cardiaque**, pathologie fréquente chez les personnes âgées (âge moyen de 77 ans) et pour laquelle on observe, après un épisode de décompensation, un risque élevé de réhospitalisation et de décès, qui pourrait être diminué par un suivi plus organisé et protocolisé par les professionnels de ville en sortie d'hospitalisation (le médecin traitant en premier lieu, une infirmière allant à domicile, le cardiologue référent).

L'apport de l'Assurance maladie est de faciliter cette organisation et cette liaison entre l'hôpital et la ville au travers de l'intervention d'un conseiller de l'assurance maladie, et de mutualiser la conception d'outils (protocolisation du suivi, formation des infirmières libérales accompagnant les patients, carnet de suivi,...) qui sont réalisés avec la Société Française de Cardiologie, partenaire dans cette expérimentation qui a démarré dans cinq sites pilotes.

Il est certain que dans l'avenir, une organisation plus structurée des soins de ville, avec un travail en équipe, faciliterait la mise en œuvre d'un tel suivi organisé et pourrait sans doute assurer directement la gestion de ces protocoles de sortie (cf proposition 6). Dans la mesure où aujourd'hui, les professionnels exercent encore souvent de manière fragmentée et isolée, ce travail de facilitation et de coordination est de nature à apporter une réelle amélioration à des dizaines de milliers de patients.

L'analyse du processus de soins concernant la BPCO montre que la problématique est très similaire à celle de l'insuffisance cardiaque, avec une possibilité de diminuer la fréquence des réhospitalisations (95 000 personnes ont été hospitalisées en 2011 pour exacerbation de BPCO et parmi elles, 43% sont réhospitalisés dans les 6 mois, dont 42 % pour pathologies respiratoires) par un meilleur suivi en sortie d'hospitalisation.

Dans le cadre des expérimentations PAERPA, l'Assurance maladie propose de mettre à disposition, dans les territoires concernés, les outils d'organisation du suivi qu'elle a élaborés pour mettre en place un accompagnement global des patients âgés en sortie d'hospitalisation qui pourrait couvrir plusieurs motifs d'hospitalisation majeurs dans ces tranches d'âge : insuffisance cardiaque, BPCO, mais aussi interventions orthopédiques majeures avec le PRADO orthopédie. La problématique des plaies chroniques, dont un nombre important font aussi partie des suites d'hospitalisation, pourrait également être intégrée (cf proposition 10 pour les pistes d'amélioration dans ce domaine).

A terme, ce suivi des patients a vocation à être organisé par les équipes de soins de proximité, mais il est important, pour des programmes qui doivent être généralisés au plus grand nombre, d'avoir des outils nationaux, ce qui permet des économies d'échelle (documentation, outils de suivi, programmes de formation des professionnels sur certaines thématiques,...).

A l'horizon de 2017, l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en sortie d'hospitalisation sur les principaux motifs (insuffisance cardiaque, orthopédie, BPCO, plaies chroniques) permettrait des gains de qualité de vie et des économies pour l'Assurance maladie à hauteur de 320 M€ environ.

◆ Proposition 10- Améliorer la prévention et le traitement des plaies chroniques (ulcères de jambe et escarres) par des programmes spécifiques

L'analyse du processus de prise en charge des plaies chroniques montre qu'il existe très probablement des marges d'amélioration importantes concernant les durées de cicatrisation, la prévalence et les taux de récurrences des escarres et des ulcères veineux, ce que conforte le constat que plusieurs pays ayant mis en place des programmes spécifiques ont obtenu des résultats significatifs. La même problématique concerne les maux perforants plantaires chez les patients diabétiques.

Les progrès réalisés auraient un impact sur la santé et la qualité de vie de nombreuses personnes âgées, avec en corollaire une diminution des coûts de traitements qui avoisinent aujourd'hui un milliard d'euros.

Plusieurs pistes peuvent être proposées.

Améliorer la prescription des dispositifs de prévention par un accompagnement des prescripteurs

La prévention est particulièrement importante en ce qui concerne les escarres. Une évaluation du risque des patients selon les échelles de risque doivent être réalisée ; pour les personnes vulnérables à risque élevé, la mobilisation et le repositionnement, l'hygiène de vie et la qualité de la nutrition sont des facteurs importants, mais les prescriptions de dispositifs (matelas, surmatelas, coussins anti-escarres) peuvent aussi réduire le taux d'incidence des escarres et améliorer leur prise en charge.

La difficulté, pour les généralistes prescripteurs, de bien connaître la liste des produits et prestations, et notamment ce type de dispositif, est un frein à leur prescription adéquate. Des actions d'accompagnement des professionnels de santé à l'identification des patients à risque d'escarres et à la prescription de ces dispositifs peuvent être mises en place par l'assurance maladie.

Réfléchir à ce que pourrait être, dans le contexte français, une évolution organisationnelle s'inspirant des principes adoptés dans d'autres pays

L'analyse des initiatives prises dans quelques pays qui ont mis en place des programmes spécifiques montre que ces expérimentations s'appuient sur des « centres de référence », qui viennent en appui aux professionnels de terrain, assurent la diffusion de recommandations, colligent des données pour améliorer la pratique collective à partir d'une analyse des soins et de leurs résultats.

Ce modèle existe en Allemagne ou au Canada, dans le cadre des soins intégrés, avec un centre expert en secteur ambulatoire (avec un niveau de structuration différent selon les pays) qui a un rôle clé dans la coordination, la centralisation d'information sur les plaies et le monitoring. Ce type d'organisation innovante semble jouer un rôle positif dans les résultats obtenus sur la réduction des durées de cicatrisation.

Une telle organisation doit être évidemment adaptée au contexte français, et réfléchie avec les professionnels qui sont aujourd'hui mobilisés au quotidien pour prendre en charge ces patients, les infirmières libérales qui vont à domicile soigner les plaies et les médecins traitants qui suivent ces patients. Elle doit également en préalable être expérimentée à petite échelle.

Sur la base d'une analyse approfondie du mode de fonctionnement de ces centres dans d'autres systèmes de santé, des formules pourraient être testées dans certains territoires.

A terme, une amélioration de la prise en charge des plaies chroniques permettrait des gains de qualité de vie pour les personnes âgées, avec notamment une baisse de la durée de cicatrisation pour certains patients (baisse de 30 jours pour les patients à partir du 6^{ème} décile soit une diminution de 23%) et une diminution du taux de récurrence (5%). L'économie sur les soins de ville représenterait 82 M€.

Renforcer les plans de gestion du risque pour la prévention des escarres à l'hôpital

Selon nos analyses, 26% des patients (34 000 patients), qui ont reçu des traitements en soins de ville pour la prise en charge des escarres ont été hospitalisés dans une période inférieure à 1 mois avant le début du traitement en ambulatoire. Et environ 14% des patients (19000 patients) ont été hospitalisés dans une période comprise entre 1 mois et 3 mois avant leur premier traitement pour escarres en ville. Au total environ 53000 patients par an sont susceptibles d'être sortis de l'hôpital avec un escarre, ou d'être des patients à haut risque compte tenu de leur âge ou de leur pathologie associée pour développer des escarres après l'hospitalisation .

2011	Nombre de patients	% patients
Soins pour escarres dans les suites d'hospitalisation (< 1 mois suivant hospit.)	33 800	26%
Patients à risque d'escarres (soins d'escarres 1 à 3 mois après hospit.)	18 800	14%
Total suite hospitalisation	52 600	40%

Or, la mise en place des mesures générales de prévention doit commencer dès l'identification des facteurs de risque et concerne l'ensemble des professionnels en contact avec le patient y compris l'hôpital. Les mesures de prévention s'appliquent à tout patient dont l'état cutané est intact mais

estimé à risque, et visent à éviter la survenue de nouvelles escarres chez les patients qui en ont déjà développé.

De plans de gestion du risque doivent être renforcés avec une dimension sur les actions de prévention des escarres à l'hôpital. L'introduction d'indicateurs portant notamment sur les moyens de prévention mis en œuvre par l'établissement et les résultats atteints pourraient faire l'objet de contractualisation.

Les résultats présentés ci-dessus montrent que l'on peut analyser le risque d'escarres dans les établissements à partir des soins observés en post-hospitalisation. Un retour d'information peut être ainsi organisé par établissement, pour que chacun connaisse sa situation, puisse se comparer à d'autres et analyse sa place sur la cartographie des établissements en fonction du taux de survenue des escarres au cours des hospitalisations.

Un objectif de baisse de 5% de la prévalence des escarres pourrait être visé à moyen terme, soit une économie pour l'Assurance maladie de 50 M€.

◆ Proposition 11- Poursuivre le moratoire sur le tarif global dans l'attente d'un meilleur équilibre de l'allocation des ressources aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Le chaînage, pour les mêmes patients, entre les soins de ville et les soins fournis dans le cadre d'un hébergement en EHPAD, permet pour la première fois d'avoir une connaissance du parcours complet des résidents et de son coût.

Les premières analyses montrent :

- d'une part un écart de tarif entre les EHPAD avec et sans pharmacie à usage intérieur (le montant des dépenses de médicaments délivrés en officine pour les résidents des EHPAD sans PUI apparaissant très inférieur à l'écart de tarif),
- d'autre part un coût complet sensiblement plus élevé dans les établissements à tarif global, les moindres dépenses en sus du forfait étant plus que compensées par le niveau du forfait.

Ce sont des premiers résultats et il convient de les compléter et de les affiner ; des exploitations complémentaires sont d'ailleurs en cours dans le cadre de la mission qui a été confiée à l'IGAS.

Dans l'attente de ces approfondissements, qui devraient permettre un meilleur équilibre de l'allocation des ressources aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, il convient de poursuivre le moratoire sur le tarif global.

Il faut par ailleurs continuer à progresser en menant des études comparatives plus larges sur les modalités alternatives de prise en charge des personnes âgées dépendantes (à domicile ou en EHPAD), sur les populations prises en charge, le contenu des soins délivrés à pathologie et niveau de dépendance identique, la qualité de ces soins et leur coût. C'est en effet aujourd'hui un secteur qui reste insuffisamment étudié (pas d'identification des patients bénéficiant de services de soins infirmiers à domicile, peu de description du contenu des soins fournis en établissements), ce qui rend difficile l'analyse des progrès possibles, même si une première étape a été franchie avec la possibilité d'analyser le coût complet des patients en EHPAD.

5.4. Mobiliser les marges de manœuvre dans les différents secteurs d'offre de soins

◆ Proposition 12- Ajuster les incitations tarifaires de la chirurgie ambulatoire et mettre en œuvre des seuils minima d'activité pour la chirurgie

Pour impulser le développement de la chirurgie ambulatoire substitutive, dans le cadre de la T2A, des incitations tarifaires ont été déployées depuis plusieurs années. Elles ont reposé pour la plupart sur le rapprochement entre tarifs de chirurgie ambulatoire (GHM en J) et de chirurgie avec hospitalisation complète (GHM de niveau 1) : en 2013, 47 couples de GHM sont ainsi concernés par un tarif unique. Ce tarif unique a été fixé dans la plupart des cas à un niveau intermédiaire entre les tarifs de la chirurgie ambulatoire et ceux de la chirurgie avec hospitalisation.

Cette situation a permis d'inciter fortement au développement de la chirurgie ambulatoire et, pour certains actes, le taux d'ambulatoire est arrivé à un seuil élevé supérieur à 85%. Il serait pertinent d'inverser la logique en **ajustant à la baisse les tarifs de l'hospitalisation complète sur un tarif unique qui soit construit sur la base des coûts ambulatoires**. Pour les 6 racines de GHM concernées⁷⁶, une baisse de 5% du tarif commun à la chirurgie ambulatoire et à l'hospitalisation complète (niveau 1 et dans une moindre mesure niveau 2) représenterait une économie pour l'Assurance maladie de 50,1 M€.

Pour des interventions qui commencent à être développées en chirurgie ambulatoire, il serait en revanche utile de **mettre en place un tarif unique entre ambulatoire et hospitalisation complète** afin d'inciter au développement de l'ambulatoire, en baissant le tarif de l'hospitalisation complète.

Des études ont montré que le niveau de qualité augmente avec le nombre d'interventions pratiquées. Pour améliorer la qualité de la chirurgie et la sécurité pour les patients, il apparaît donc nécessaire de promouvoir la mise en place et le respect de seuils minima d'activité. Des seuils ont pour l'instant été établis seulement dans le champ de la chirurgie carcinologique (cf. analyse dans le rapport charges et produits de 2012 sur le processus de traitement du cancer colorectal).

Les analyses de la HAS et de l'ANAP sur la chirurgie ambulatoire montrent que la performance et la qualité des activités de chirurgie ambulatoire sont favorisées par une taille permettant une activité minimale et une autonomisation des flux ambulatoires en unité dédiée voire centre autonome. De plus, le nombre de places en chirurgie ambulatoire a plus que doublé entre 1996 et 2011 pour atteindre 14 098 places alors que sur la période récente, de 2004 à 2011, la diminution des capacités d'hospitalisation complète n'a été que de 1% par an. Cette situation peut expliquer une partie des sous-utilisations de certaines capacités de chirurgie complète (le taux d'occupation des lits d'hospitalisation à temps complet n'est que de 67%) mais aussi de chirurgie ambulatoire : l'ANAP a ainsi montré que le nombre d'interventions réalisées varie de 0,6 à 2 patients par jour et par place en moyenne alors que le ratio au Royaume-Uni est de 2,5. L'Assurance maladie préconise

⁷⁶ Circoncision, drains transtympaniques, libération du canal carpien, ménissectomie sous arthroscopie, chirurgie du cristallin, adénoïdectomies.

donc de **définir réglementairement et de mettre en place des seuils d'activité minimale en chirurgie, avec hospitalisation complète et en ambulatoire**, dans un objectif de qualité des soins et d'efficacité d'organisation.

◆ **Proposition 13 - Alléger les normes pour la pratique de certains actes**

Si le progrès technique est d'abord source de soins plus efficaces, de vies sauvées, de meilleure qualité de ces années de vie gagnées, il doit être aussi mis à profit pour améliorer l'efficacité, faire des gains de productivité et donc soigner à moindre coût : c'est aussi ce qui permet de mettre ces progrès thérapeutiques au service du plus grand nombre et de maximiser les gains de santé pour la population.

Dans le domaine de la chirurgie courante, qui permet à des dizaines de milliers de nos concitoyens de maintenir leurs capacités fonctionnelles (élément important de la qualité de vie), ce double impact du progrès technique est particulièrement visible : d'une part l'amélioration des techniques anesthésiques et chirurgicales permet à des patients d'âge de plus en plus élevé de bénéficier de ces interventions, d'autre part elle a permis une réduction des moyens mobilisés pour les réaliser (réduction de la durée de séjour, voire chirurgie ambulatoire).

Cette optimisation des coûts de production doit être recherchée partout où c'est possible, ce qui se fait d'ailleurs dans tous les pays qui nous environnent.

La transposition en France de modes organisationnels existants dans d'autres pays, en Allemagne notamment, supposerait :

- de reconnaître sur le plan réglementaire et juridique les centres autonomes dans le cadre d'un statut d'établissement de santé spécifique, sans l'ensemble des contraintes actuellement en vigueur,
- de permettre aux praticiens qui réalisent les interventions d'acquiescer des compétences complémentaires reconnues (compétence partielle d'anesthésie-réanimation aux chirurgiens limitées aux actes qu'ils réalisent par exemple, de même pour la réalisation d'actes d'imagerie...), ce qui permet de fonctionner avec un nombre de professionnels médicaux moindre,
- de prévoir les modalités d'intervention de l'anesthésiste dont la HAS a rendu obligatoire la présence sur le site de la structure (astreinte, surveillance,...), dès lors que l'acte d'anesthésie est réalisé par le chirurgien, notamment dans la chirurgie de la cataracte.

Ceci permettrait d'alléger les coûts tout en maintenant une très forte exigence de qualité.

◆ **Proposition 14- Revoir le prix de la rosuvastatine en cohérence avec l'ensemble de la classe des statines compte tenu du service médical rendu équivalent ou, à défaut, instaurer une procédure d'entente préalable sur cette molécule**

Actuellement en France, il existe 5 statines dont 4 sont génériques (atorvastatine, simvastatine, pravastatine et fluvastatine). La rosuvastatine, seule statine non générique, a un coût plus élevé (17,56€ pour 30 jours de traitement Crestor® 5mg contre 10,72€ pour la simvastatine 20mg générique) et représente 30% des statines prescrites, ce qui apparaît comme une exception française puisque cette molécule représente 0.5% des statines en Allemagne et 3.9% au Royaume-

Uni. Cette exception française a un coût pour l'assurance maladie, 340M€ en 2012 sur les 1.2Md€ que représentent les dépenses en statines et assimilés. On peut estimer que si la France avait les prix et la structure de prescription de l'Allemagne pour les statines, l'Assurance maladie réaliserait 500 M€ d'économies.

Pourtant, l'amélioration du service médical rendu par la rosuvastatine dans son indication principale a été évaluée par la Commission de la Transparence de la HAS au niveau V soit une absence de progrès par rapport aux autres statines. Les analyses de la CNAMTS sur 165 000 patients sur 3 ans (cf. supra) confirment l'efficacité équivalente de la rosuvastatine par rapport aux autres statines. En conséquence, il n'apparaît pas justifié que le prix de la rosuvastatine soit plus élevé que ses comparateurs.

Le code de la sécurité sociale prévoit pourtant qu'un médicament d'ASMR V ne peut être inscrit au remboursement que s'il apporte une économie à l'Assurance maladie (R.163-5 du CSS)⁷⁷. Lors de son introduction sur le marché des médicaments remboursables, le prix du Crestor a été fixé pour ne pas être supérieur aux autres statines mais cette règle n'a plus été suivie dans la durée, alors même que les prix de plusieurs statines ont évolué, du fait notamment de leur générication progressive.

- **La règle selon laquelle un médicament d'ASMR V ne peut être admis au remboursement que s'il produit une économie dans le coût du traitement ne doit pas s'appliquer uniquement au moment de l'introduction sur le marché** : elle doit s'appliquer en permanence et les évolutions des prix des comparateurs doivent se traduire par une baisse analogue du médicament qui n'apporte pas d'amélioration. En conséquence, le prix de la rosuvastatine devrait être revu pour converger vers le coût des statines les moins chères à ce jour (de l'ordre de 0,31€ pour le prix public TTC d'un comprimé), soit une baisse de l'ordre de 57%.

L'équivalence des traitements au sein de la classe des statines pose plus globalement le sujet de la cohérence des prix, en rapport avec le service médical rendu. D'autres pays, confrontés à la même situation, ont fait le choix d'un tarif unique pour la classe, par exemple l'Allemagne qui a fixé un tarif de remboursement pour les statines. Ce système doit être adapté au contexte français de fixation des prix du médicament et ne doit pas conduire à un reste à charge pour le patient. Il peut s'inspirer de l'article 13bis⁷⁸ de l'accord cadre du CEPS/LEEM du 5 décembre 2012 sur la cohérence des prix au sein d'une même classe dans un objectif d'économie.

⁷⁷ Article R.163-5 : « I – Ne peuvent être inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L.162-17 : (...) 2° Les médicaments qui n'apportent ni amélioration du service médical rendu appréciée par la commission mentionnée à l'article R.163-15 ni économie dans le coût du traitement médicamenteux ; »

⁷⁸ « Lorsque, dans une classe pharmaco thérapeutique qui le justifie par la substitutivité suffisante entre eux, au sens économique du terme, des médicaments qui la composent, au regard de la nature et de l'importance de leur service médical rendu, apparaît une offre significative de médicaments sensiblement moins chers, notamment de médicaments génériques, les prix, éventuellement mesurés en coût de traitement journalier, des médicaments plus coûteux, notamment ceux qui demeurent protégés par des brevets, peuvent être progressivement mis en cohérence de sorte à ne pas laisser subsister durablement d'écart significatif entre les prix de ces médicaments et le prix des molécules les moins coûteuses. Les baisses recherchées ne peuvent intervenir moins d'un an après la commercialisation de ces médicaments moins coûteux et ne s'appliquent qu'aux médicaments n'apportant pas ou peu, pour la majorité de leurs indications, de progrès thérapeutique. »

- **Fixer un prix de classe des statines compte tenu de l'équivalence du service médical rendu** : selon les options retenues pour fixer ce prix, l'économie pour l'Assurance maladie serait comprise entre 250 et 400 M€. Il s'agirait de converger vers le coût des statines les moins chères, avec deux options possibles :

La première consisterait à établir un prix unique pour toutes les molécules de statines, en conservant toutefois un écart entre les prix des référents et les prix des génériques. La convergence pourrait se faire sur le prix de l'atorvastatine, dernière molécule à avoir été génériquée, de manière analogue à l'opération qui a été réalisée par le CEPS fin 2012 pour effet en 2013, sur la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Dans ce contexte, le coût journalier de traitement par une statine (princeps et génériques confondus) serait diminué d'environ 30%. Compte tenu de la structure de prescription des statines à ce jour en France, l'économie pour l'assurance maladie d'une telle convergence serait proche de 250 M€.

La deuxième option envisageable serait de définir un prix unique de classe pour les statines, qu'elles soient génériques ou princeps. Dans l'hypothèse d'une convergence de l'ensemble de la classe vers le prix du générique de statine le plus faible, le coût journalier de traitement par une statine (princeps et génériques confondus) serait alors diminué d'environ 50%. L'économie associée pour l'assurance maladie d'une telle option serait proche de 400 M€ au total.

- **A défaut d'un prix de classe, ou d'une révision suffisamment significative des prix, instaurer une procédure d'entente préalable pour la prescription de la rosuvastatine** : plusieurs pays, notamment l'Autriche et la Norvège, ont mis en place un dispositif d'accord préalable de l'assurance maladie pour la prescription de rosuvastatine. Le principe est que le prescripteur sollicite un accord préalable du service médical de l'assurance maladie ; une réponse est apportée en un temps limité, ce qui permet au prescripteur de revoir en cas de réponse négative sa prescription.

Cette procédure pourrait être adaptée à la France en s'appuyant sur les recommandations de la HAS (fiche BUM bon usage des médicaments de février 2012) qui rappelle que toutes les statines présentent une efficacité clinique et une tolérance équivalente. La rosuvastatine ne devrait donc être prescrite que pour un nombre limité de patients, en utilisant comme critère principal le pourcentage de réduction du LDLc. Or, on a vu qu'elle représente 30% des statines (et même 35% des initiations de traitement) alors qu'elle ne représente que 7,8% des statines dans 7 pays européens voisins.

Proposition 15 - Poursuivre le rapprochement des prix des génériques avec les autres pays

En dépit des évolutions mises en œuvre par les pouvoirs publics (augmentation de la décote sur le flux des nouveaux génériques en 2012, convergence par rapport aux prix européens en 2013), le prix des médicaments génériques apparaissent encore élevés en France au regard des comparaisons internationales.

Deux mesures sont ainsi proposées :

- **une baisse généralisée sur le flux des spécialités génériques, avec une décote de 70% du prix du princeps (au lieu de 60% depuis fin 2011)** : cette mesure permettrait de réaliser 8 M€ d'économies en 2014 ;
- **une baisse individualisée et pluriannuelle sur le stock des génériques, selon un mécanisme tenant compte des prix européens** pour déterminer les baisses de prix en fonction du PFHT par unité standard : à l'instar de ce qui a été réalisé en 2013, sur la base des propositions du rapport charges et produits de juillet 2012, il s'agirait d'atteindre environ 85 M€ d'économies en année pleine en se rapprochant des prix européens mais en modifiant certains paramètres. Ainsi alors que la convergence a été réalisée sur le prix le plus élevé des quatre pays européens (Allemagne, Angleterre, Espagne, Italie), l'objectif pourrait être de converger vers la moyenne de ces pays ; de même le plafonnement des baisses à 25% effectué en 2013 pourrait être supprimé ; enfin, cette méthode de convergence des prix pourrait être étendue aux groupes de médicaments sous TFR.

 **Proposition 16 - Faire progresser la part des génériques et des prescriptions dans le répertoire**

En dépit de la progression du taux de substitution (près de 12 points) en 2012, la France reste caractérisée par une part relativement faible des génériques (27% en volume contre 68% en Allemagne, même si une partie de cet écart est lié au paracétamol) ; les progrès de la substitution ne permettent pas, à eux seuls, de pallier la faiblesse de la prescription dans le répertoire, comme le montre l'exemple des statines et les premiers effets de la rémunération sur objectifs de santé publique, encourageants, s'avèrent cependant insuffisants pour combler le retard de la France en la matière. Pour contrer la tendance à une prescription en dehors du répertoire, de médicaments qui n'offrent pas de réelle amélioration du service médical rendu, plusieurs mesures seraient envisageables :

- **Renforcer les outils d'aide à la décision des médecins pour la prescription dans le répertoire en faisant évoluer le référentiel de certification de la HAS pour les LAP** (logiciels d'aide à la prescription) : sous l'impulsion de la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins généralistes notamment, le nombre de logiciels certifiés par la HAS est passé de deux fin 2011 à 26 en 2012 mais les médecins manquent encore d'aide pratique. Il faudrait que le cahier des charges des LAP prévoit que les logiciels intègrent le répertoire ANSM afin de signaler au médecin, comme c'est le cas pour les pharmaciens, que la molécule prescrite est ou non dans le répertoire et lui indiquer, dans une classe donnée, les différentes molécules dans le répertoire.
- **Négocier avec les médecins traitants la possibilité d'une nouvelle option conventionnelle pour expérimenter un indicateur global sur les prescriptions, ajusté en fonction de la patientèle** : cette option permettrait aux médecins de mieux arbitrer les aspects volume et coût de leur prescription, au-delà des indicateurs de prescription dans le répertoire par classe de médicament actuellement intégrés au ROSP. Le nouvel indicateur global tiendrait bien sûr compte de la structure de la patientèle (âge, pathologie...) hors pathologie rare et médicaments onéreux ; en fonction du taux d'atteinte des objectifs, le médecin bénéficierait ainsi d'une rémunération supplémentaire permettant de financer des investissements du cabinet utiles aux patients.
- **Agir sur la prescription à l'hôpital en sortant certaines molécules, coûteuses et sans amélioration du service médical rendu, de la liste des produits agréés à l'usage des**

collectivités : des molécules comme la rosuvastatine sont vendues à des coûts très faibles dans les hôpitaux, ce qui oriente la prescription de sortie et des traitements très coûteux pendant des années en ville. Des analyses sur les coûts de l'APHP ont ainsi montré le coût très faible de la rosuvastatine et de l'atorvastatine, avant que celle-ci ne soit générique, coût sensiblement plus faible que celui des autres statines génériques. Il est proposé que ces molécules qui n'apportent pas d'amélioration du service rendu ne soient pas admises pour une utilisation en établissement de santé. **A défaut, il conviendrait d'envisager, à l'instar de ce qui existe en Suède ou dans les EHPAD, une « wise list » ou liste préférentielle des médicaments utilisés à l'hôpital.** Cette liste, élaborée sur des critères médico-économiques, serait arrêtée par le ministère de la santé après avis de la HAS et de l'Assurance maladie et serait applicable à l'ensemble des pharmacies des collectivités.

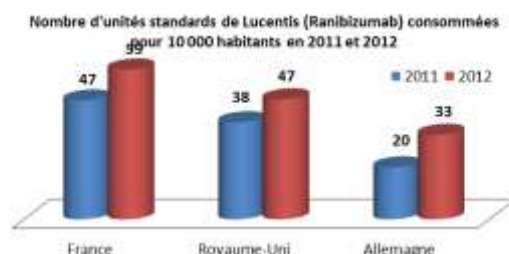
◆ Proposition 17 – Réduire significativement le prix du Lucentis®

En 2012, le premier médicament de ville remboursé est le Lucentis®, avec près de 390 M€ remboursés et une progression très forte par rapport à 2011 (+30% environ). Les résultats de l'étude GEFAL, réalisée par les Hospices civils de Lyon et en partie financée par l'Assurance Maladie, montrent que le bevacizumab et le ranibizumab sont équivalents en termes de ralentissement de la perte ou de gain d'acuité visuelle.

En dépit d'une baisse de prix de 20% en 2012, le Lucentis® reste à un prix élevé, avec un coût unitaire de traitement par patient de 789,50€ (PFHT) alors que le coût de traitement par l'Avastin® est compris entre 300€ et 30€ selon que le flacon est utilisé pour un seul patient ou pour 10. Dans ce contexte, l'Assurance maladie est favorable à **procéder à une baisse de prix conséquente sur le Lucentis®.**

Le prix facial du Lucentis® apparaît proche de celui obtenu par nos voisins européens, notamment Allemagne et Royaume-Uni, mais les volumes consommés sont sensiblement plus élevés en France, rapportés à la population :

Figure 108 - Nombre d'unités standards de Lucentis (Ranibizumab) consommées pour 10 000 habitants en 2011 et 2012



A l'instar de ce qui s'est passé aux Etats-Unis, l'arrivée prochaine d'Eylea® (aflibercept) sur le marché français va rompre la situation quasi monopolistique de Lucentis® dans la prise en charge médicamenteuse de la DMLA par des spécialités disposant d'AMM. Compte-tenu de l'ASMR V attribuée à Eylea®, son inscription au remboursement doit engendrer, conformément au code de la Sécurité Sociale, une économie dans le coût du traitement de la DMLA. L'Assurance maladie estime donc que le contexte impose une baisse significative du

prix du Lucentis® et une fixation du prix d' Eylea® à un niveau permettant effectivement des économies dans le coût du traitement de la DMLA.

◆ **Proposition 18– Mieux encadrer la prescription des nouveaux anticoagulants oraux (NACO)**

La progression très forte des prescriptions de NACO, notamment pour des patients très âgés sans contrôle préalable systématique de la fonction rénale, et les changements de traitement pour des patients déjà traités par antivitamines K conduisent à renforcer la vigilance des autorités sanitaires sur la juste prescription de ces molécules. Les risques sanitaires peuvent en effet être élevés tout comme les coûts puisque ces traitements, dotés d'une ASMR V, sont de 75,78€ par mois par rapport à 12,50€ pour le traitement par AVK même en incluant le suivi biologique régulier. L'Assurance maladie propose donc de mener dès juin/juillet 2013 une action de sensibilisation auprès des médecins traitants sur les risques et précautions à prendre en termes de prescription de ces molécules.

Au-delà de cette action de sensibilisation, le **principe de précaution doit conduire à mieux encadrer la prescription**. La plupart des pays ont en effet mis en place des mesures pour réguler la prescription de ces molécules. Au **Canada**, les autorités sanitaires ont réservé l'usage des NACO en deuxième intention à certains patients atteints de fibrillation auriculaire non valvulaire qui répondent mal au traitement à la warfarine⁷⁹. En effet, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de santé (ACMTS) considère que les NACO, « bien qu'aussi efficaces que la warfarine dans la prévention des AVC, les nouveaux médicaments sont plus dispendieux et on en sait peu sur leur innocuité à long terme ».

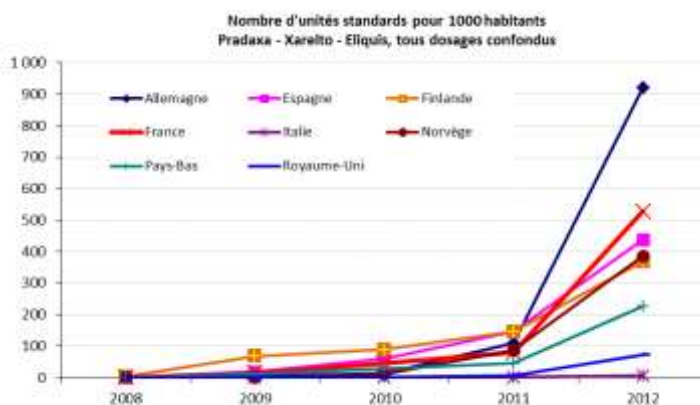
Aux **Pays-Bas**, la Commission Médicaments de l'Ordre des médecins néerlandais a publié des recommandations pour accompagner l'introduction de ces nouvelles molécules et réserve notamment leur prescription, pour la fibrillation atriale, aux patients âgés de moins de 80 ans et présentant une contre-indication aux AVK ou ayant un objectif INR non atteint par un traitement. Le traitement par anticoagulant fait l'objet d'un case-management spécialisé à deux niveaux, assuré par un service de référence. Une contractualisation locale formalise un réseau, dit « Chaîne des soins anticoagulants » entre un service anti-thrombose (centre de référence de niveau I), un service hospitalier spécialisé (centre de référence de niveau II), un groupe de médecins généralistes et des pharmacies d'officine de ville et/ou hospitalières. Le réseau s'appuie sur un dossier médical électronique.

En **Belgique**, les trois molécules Pradaxa®, Xarelto® et Eliquis® ont un statut de médicament d'exception pour toutes leurs indications : ils ne sont remboursables qu'après accord du service médical et en tant que médicaments de deuxième ligne pour des patients ne pouvant être équilibrés par les traitements classiques de référence et pour certaines populations précises.

⁷⁹ La warfarine, considéré comme le traitement de référence de la FA au niveau mondial, est très minoritairement utilisée en France.

Au regard des mesures adoptées par tous ces pays pour encadrer les prescriptions des NACO (indications restreintes notamment au niveau de l'âge, mise en place d'équipes de référence, première prescription par un spécialiste de la coagulation, mise sous accord préalable, prescription réservée en deuxième intention...), **il est nécessaire de s'engager en France dans une démarche de régulation de la prescription de ces produits.**

Figure 109 - Montée en charge des NACO sur le marché européen



L'Assurance maladie considère par ailleurs que la modification introduite par l'article 48 de la LFSS pour 2012⁸⁰, qui permet au CEPS d'avoir une appréciation différente du niveau d'ASMR en faisant connaître les motifs de son appréciation à la Commission de la transparence de la HAS, s'avère trop imprécise, ne prévoyant aucun délai pour cette motivation, et conduit à une confusion des rôles entre les acteurs qui nuit à la règle selon laquelle un médicament n'apportant pas d'amélioration du service médical rendu doit conduire à une économie dans le coût du traitement.

◆ Proposition 19 - Favoriser l'usage des médicaments biosimilaires

Le développement de l'offre et de la prescription de médicaments biosimilaires suppose une action volontariste si l'on veut mobiliser le potentiel d'économies que représenteront ces produits dans les années qui viennent.

Des objectifs de prescriptions de biosimilaires pourraient être instaurés afin d'orienter les prescriptions vers ces médicaments et améliorer leur acceptation dans la pratique. Ces objectifs concerneraient en premier lieu les prescripteurs hospitaliers, la plupart des biomédicaments étant de prescription initiale hospitalière. Ils pourraient ainsi être intégrés aux CAQOS (contrat pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins). Sur le modèle des quotas mis en place en Allemagne, un objectif pourrait être fixé au niveau national, tout en laissant la possibilité au niveau

⁸⁰ Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation ».

local – en accord avec les établissements de santé implantés sur leur territoire – de fixer des objectifs plus ambitieux.

Des actions de sensibilisation et d'accompagnement auprès des professionnels de santé (médecins, pharmaciens...) mais aussi des patients et associations de patients, doivent venir en appui à ces objectifs. Il est en effet essentiel de diffuser une information claire et objective sur la sécurité et l'efficacité des biosimilaires.

◆ **Proposition 20 - Baisser les tarifs sur certains produits de la LPP et se donner les moyens d'éviter le détournement des lignes génériques de la LPP**

L'analyse de l'évolution des dépenses de la liste des produits et prestations montre qu'il existe des marges de manœuvre pour maîtriser les volumes et ajuster les prix. Des actions à hauteur de 150 M€ par an devraient ainsi être possibles au vu des résultats déjà obtenus sur les bandelettes de contrôle de la glycémie, l'oxygénothérapie et PPC, l'ajustement des tarifs de certains DM et l'encadrement de la prescription.

- **Revoir la tarification des prestations de la LPP correspondant à l'insulinothérapie par pompe externe** : les tarifs de remboursement français du matériel associé à l'insulinothérapie par pompe externe paraissent supérieurs au coût de la prise en charge dans les pays européens avec prise en charge forfaitaire.

Les deux codes LPP correspondant au forfait de location de la pompe et au forfait consommables, représentent un montant remboursé de 144 M€ en 2012, tous régimes. Une convergence des tarifs français sur les tarifs pratiqués en Belgique ou en Allemagne, soit une baisse globale des 2 forfaits LPP de l'ordre de 30%, représenteraient une économie potentielle pour l'assurance maladie de 40 M€.

En effet, le coût annuel par patient pour la prise en charge de la pompe à insuline et des consommables, voire de prestations associées, s'élève entre 2 700 et 3 300 € (TTC) dans les pays européens voisins où la prestation est tarifée par un forfait, contre 4 288 € (TTC) en France⁸¹.

- **Eviter le détournement des lignes génériques de la LPP par un processus de certification externe** : l'inscription à la LPP par description générique constitue aujourd'hui le principe : une fois créée, la ligne de nomenclature autorise l'autoclassement des autres produits présents sur le marché ; les fabricants qui considèrent que leur produit répond à la définition de cette ligne pourront, à leur seul niveau, l'identifier comme remboursable sans qu'aucune vérification ne puisse être faite. Or, il est constaté que certains produits « autoclassés » dans les lignes génériques de la LPP ne sont pas conformes à la définition ou aux spécifications techniques de ces

⁸¹ Le taux de TVA qui s'applique en France est de 19,6%, de 21% en Belgique et de 19% en Allemagne.

lignes. Ces pratiques ne sont pas aisément identifiables par l'assurance maladie, le remboursement s'opérant sous la ligne unique de la description générique, alors qu'elles représentent un risque financier estimé à plusieurs dizaines de millions d'euros.

Cette situation pose deux problèmes majeurs :

- Cet autoclassement permet aux fabricants d'obtenir une sorte de label de la part des pouvoirs publics et de l'assurance maladie sur des produits qui peuvent, au-delà du fait de ne pas être conforme à la LPP, ne rendre aucun service au patient voire, présenter un risque ;
- cette situation conduit à financer sur les fonds de la collectivité des produits qui n'auraient jamais été admis au remboursement si leur inscription avait été envisagée par marque ou tout au moins à les prendre en charge sur la base de tarifs plus élevés que ceux auxquels ils pouvaient en principe prétendre.

L'article L.165-5 du CSS impose aux fabricants une déclaration obligatoire de ces produits à l'ANSM et la loi du 29 décembre 2011 a ouvert la possibilité de contrôle a posteriori par l'ANSM ; au-delà de ces mesures, il s'agirait de revoir le système actuel d'autoclassement en :

- Imposant, pour les dispositifs du titre I et les dispositifs implantables du titre III (dans l'attente, pour ces derniers, d'une inscription par marque, afin de répondre aux exigences de sécurité et de suivi⁸²), la certification externe de leur conformité à la description générique prétendue à la LPP : les fabricants et distributeurs seraient tenus de faire certifier conformes à la LPP, leurs dispositifs par un laboratoire compétent et indépendant. Cette procédure doit donner lieu à la délivrance par les laboratoires sollicités, d'un numéro de conformité dont la transmission aux organismes d'assurance maladie, à l'occasion de la facturation, constitue une condition de remboursement des produits et prestations concernés ;
- Utilisant, pour les dispositifs de compensation du handicap, la base du CERAH : le Centre Etude et Recherche sur Appareillage des Handicapés (CERAH) dispose d'une base de données, le CERAHTEC, sur les aides techniques destinées aux personnes handicapées et/ou âgées ainsi que les informations sur les conditions de prise en charge à la LPP. Il est proposé de travailler avec le CERAH pour compléter la base sur la notion d'inscription à la LPP et pour expertiser les lignes génériques avec risque de fraude (détournement de la ligne générique). Dans un second temps cette base pourrait s'imposer comme un véritable référentiel, voire devenir opposable auprès des distributeurs (prestataires fournisseurs de matériels et pharmaciens) par voie conventionnelle.

⁸² Afin de renforcer la traçabilité des DMI et répondre notamment aux exigences de sécurité et de suivi, l'article R. 165-3 du code de la sécurité sociale pourrait être complété pour prévoir l'inscription sous forme de marque ou de nom commercial pour « les dispositifs médicaux implantables ».

◆ Proposition 21 – Négocier un accord pluriannuel avec les biologistes portant sur les volumes et les prix afin de permettre une stabilité de la dépense sur 3 ans

Depuis plusieurs années, l'UNCAM procède à des baisses tarifaires annuelles de la biologie afin de contribuer à la maîtrise des dépenses de l'ONDAM, portant l'effort cumulé sur la période 2006-2013 à 700M€. Ces baisses sont définies chaque année par décision de l'UNCAM mais ne portent que sur les prix sans agir sur les volumes d'actes de biologie. Il serait souhaitable de négocier avec la profession des biologistes un accord sur trois ans qui prévoirait une stabilité des dépenses en engageant une dynamique de maîtrise des volumes d'actes concomitamment à la régulation des tarifs.

La première année de l'accord comporterait surtout des mesures tarifaires afin de laisser le temps à la maîtrise médicalisée des volumes de monter en puissance, sur des thèmes de régulation identifiés entre l'Assurance maladie et les professionnels. Pour les années suivantes, les actions conjuguées de l'Assurance maladie, des biologistes médicaux et des prescripteurs permettront progressivement de mieux réguler les volumes et de diminuer la pression sur les tarifs, tout en garantissant une maîtrise des dépenses, conforme à l'ONDAM.

◆ Proposition 22- Renforcer les actions médicalisées sur les arrêts de travail

L'exemple du canal carpien montre que les durées d'arrêts de travail pourraient encore être réduites, même si une tendance s'observe déjà, avec les actions mises en place, au rapprochement par rapport aux durées indicatives de la fiche repère.

Au-delà du canal carpien, un meilleur respect des référentiels sur les durées d'arrêts de travail en post-opératoire permettrait d'économiser 70 millions d'euros.

Il est proposé de renforcer les actions dans ce domaine avec :

- une **meilleure information des patients** (transcription des fiches repères dans des documents à usage des patients, diffusion par les médecins traitants et les chirurgiens avant l'intervention),
- la mise en place d'un **dispositif d'entente préalable en cas de prolongation de l'arrêt** initialement prescrit conduisant à une durée totale d'arrêt supérieure à celle définie à partir des fiches repères (comme cela a été fait en 2012 pour les contrôles des arrêts de travail liés aux 19 interventions chirurgicales).

◆ Proposition 23 – Ouvrir des droits aux indemnités journalières pour les salariés ayant une petite activité

Afin de prendre en compte la précarité des parcours professionnels et permettre aux salariés ayant une faible activité d'accéder au droit à des indemnités journalières, plusieurs mesures pourraient être envisagées :

- Rénover, pour l'ouverture aux IJ de droit commun, les conditions alternatives en adaptant à la durée légale du travail la condition d'atteindre un montant de cotisations de 1015 fois le

SMIC horaire sur 6 mois: en effet, la condition de 1015 SMIC horaires, qui revient à un revenu salarié de 1595,24 euros par mois, devrait être abaissée à 910 SMIC horaire compte tenu de l'évolution de la durée légale du travail soit 1430,22 € par mois ;

- Assouplir les règles actuelles d'ouverture des droits pour permettre aux salariés qui ont une petite activité ou une activité discontinue dans l'année de bénéficier d'IJ ;
- La situation est particulièrement préoccupante pour les salariés souffrant de pathologies lourdes, qui, pour pouvoir être indemnisés au titre d'un arrêt de longue durée, doivent non seulement justifier d'une durée de travail plus importante ou d'un montant de cotisations plus élevé que pour les IJ courtes (la période de référence est en effet étendue à 12 mois et la condition d'heures travaillées portée à 800h), mais également justifier d'une certaine durée de travail ou d'un montant de cotisation pendant le premier trimestre de l'année précédant l'arrêt de travail (l'assuré doit avoir travaillé 200 heures au cours des trois premiers mois). Dans un contexte d'alternance accrue entre périodes de chômage et d'emploi, et de précarisation des contrats de travail, cette exigence conduit à refuser des droits à des personnes ayant effectué plus de 800 heures de travail salarié pendant l'année de référence au motif qu'elles ne peuvent justifier de 200 heures de travail salarié pendant le premier trimestre. Pour ces salariés, la condition de 200 heures travaillées dans le premier trimestre pour les arrêts de travail de plus de 6 mois pourrait être supprimée afin que les personnes qui ont une activité professionnelle variable dans l'année puissent bénéficier de ce droit. Cette suppression pourrait également être étendue aux pensions d'invalidité pour lesquelles la même condition est exigée.

◆ Proposition 24- Expérimenter la mise en place dans quelques départements volontaires d'une « carte de transport assis » pour les patients chroniques qui ont des transports itératifs

Une partie importante des dépenses de transport est engagée à l'occasion de soins itératifs, pour des malades qui ont besoin de se déplacer régulièrement pendant une période de temps assez longue, comme les séances de radiothérapie ou les séances de dialyse. Ainsi les pathologies qui entraînent les coûts de transports les plus élevés sont le cancer et l'insuffisance rénale chronique terminale, qui totalisent 40% du total des dépenses.

La pertinence de la prise en charge du transport n'est pas discutable pour la fraction des malades qui ont besoin de cette prestation pour pouvoir accéder à des soins essentiels. Ainsi les malades dialysés, qui doivent se déplacer plusieurs fois par semaine pour des séances d'épuration extra-rénale, ont presque tous des frais de transport remboursés. Il est également normal que selon la densité de population du département et l'implantation des équipements de soins, les distances à parcourir soient différentes et conduisent à des coûts différents⁸³.

⁸³ Ainsi en 2010 le coût moyen par patient hémodialysé était de plus de 24 000 euros dans la Creuse. Une analyse de la caisse primaire a montré que ce montant très élevé s'expliquait par l'éloignement des postes de dialyse, et a conduit à une réflexion avec l'agence régionale de santé du Limousin sur l'implantation de postes d'unité de dialyse médicalisée à Guéret.

En revanche, l'extrême hétérogénéité territoriale de la répartition des modes de transport entre ambulance, VSL et taxi interpelle. Ainsi si l'on reprend l'exemple de la dialyse, selon les départements, la proportion de patients transportés uniquement en ambulance varie de 0% à 40%, la proportion de patients transportés au moins une fois en ambulance varie de 22% à 76%. Il est évident qu'en matière de transports, le niveau et la structuration de l'offre influent fortement sur le choix des véhicules, indépendamment des besoins des patients, et ce pas uniquement pour la dialyse. C'est ce que confirment d'ailleurs des observations menées par certaines caisses dans les établissements hospitaliers (*cf infra*).

Or pour des patients qui bénéficient de ces transports en série avec des allers retours réguliers sur des périodes plus ou moins longues, le service médical peut intervenir pour déterminer le mode de transport adéquat compte tenu de l'état de patient.

Expérimenter la mise en place d'une carte de transport

Il est proposé de tester dans certaines caisses la mise en place d'une carte visant à attribuer, pour certains patients ayant un recours régulier aux transports, une « carte de transport » leur permettant d'utiliser certains modes de transport, à l'image d'un abonnement (type abonnement taxi/VSL, le transport assis professionnalisé étant d'ailleurs le mode de transport le plus utilisé dans la population des patients dialysés).

Cette carte conditionnerait le remboursement des prestations aux entreprises de transports (qui ne serait pas payée si un transport avec un autre type de véhicule est facturé).

Evidemment, une révision serait possible en cas de changement de l'état de santé du patient (par exemple aggravation nécessitant un transport en ambulance en substitution d'un transport assis professionnalisé).

Une homogénéisation progressive de la part des patients transportés en ambulance pourrait représenter, à terme, une économie pour l'Assurance maladie de l'ordre de 50 millions d'euros.

Proposition 25 – Faciliter le recours au véhicule personnel

Les patients dont la pathologie nécessite un traitement régulier, comme une dialyse ou des séances de radiothérapie, et qui sont fréquemment transportés pour ces soins (à plus de 90% dans le premier cas, 40% dans le second), recourent pour l'essentiel à des ambulances, des VSL ou des taxis, dans des proportions d'ailleurs très variables sur le territoire et qui tiennent plus à des logiques d'offre que de besoin.

Il est souhaitable d'encourager, pour ceux patients dont l'état de santé est compatible avec l'usage d'un véhicule personnel, l'usage de ce mode de transport, beaucoup moins coûteux pour l'assurance maladie :

- simplifier et accélérer les procédures de remboursement

La mise en œuvre d'une tarification kilométrique unique (contre 9 actuellement, fonction de la puissance du véhicule et de la distance parcourue annuellement) permettrait une simplification du traitement administratif lié au remboursement du transport personnel.

Les délais de remboursement devraient être également diminués par une amélioration des processus de traitement des demandes.

- **prendre en compte et encadrer le coût de stationnement du véhicule, qui peut constituer un frein à l'utilisation de ce mode de transport**

Aujourd'hui en effet, faire payer le stationnement aux patients ou aux familles qui utilisent le parking de l'établissement hospitalier est devenu une pratique courante.

Une expérimentation de remboursement de ces frais de parking a été menée par la caisse primaire du Bas-Rhin dans un centre de lutte contre le cancer. Il s'agit d'assurés déjà transportés et pour lesquels le développement du véhicule personnel vient en substitution du taxi ou VSL. Les frais de parking sont pris en charge, à titre expérimental, depuis le 01/06/2011 (sur présentation des justificatifs de paiement), avec des résultats encourageants :

	2010	2011	2012
V.S.L	3,12%	6,19%	- 6,30%
Taxi	6,50%	10,03%	4,80%

En 2012, des trajets en véhicule personnel ont été remboursés pour ces patients à hauteur de 25 000 euros. Les mêmes trajets en taxi ou en VSL auraient représenté pour l'assurance maladie un coût de 352 000 euros.

Il est intéressant d'étendre cette expérimentation à d'autres caisses pour tester son impact dans différents territoires, selon la même modalité (prise en charge des frais de parking proposée à des patients à qui un transport assis professionnalisé (VSL ou taxi) est prescrit dans le cadre de soins répétitifs, afin de les encourager à utiliser préférentiellement leur véhicule personnel). Néanmoins une extension de ce type de prestation ne peut s'envisager que si les tarifs des parkings sont réglementés, avec des prix limites.

L'extension de cette prise en charge encadrée et facilitée au véhicule personnel pourrait représenter une économie d'environ 20 M€ pour l'Assurance maladie d'ici 2 à 3 ans.

◆ **Proposition 26: Accompagner les établissements de santé sur la gestion des sorties de patients et simplifier la mécanique des contrats prévus par la LFSS 2010**

Deux caisses primaires d'assurance maladie (les CPAM de l'Orne et de Roubaix-Tourcoing) expérimentent un programme d'accompagnement des établissements de santé afin de les aider à mieux gérer les transports en sortie d'hospitalisation.

Le constat qui a été fait dans les établissements concernés est en effet que les prescriptions de transports sont décentralisées au niveau des secrétariats, avec une absence de programmation des sorties qui ne facilite pas une gestion optimisée et avec une pression des transporteurs sur les personnels pour obtenir des prescriptions adaptées non pas à l'état du malade, mais au véhicule utilisé.

A partir de l'expérimentation mise en place par deux CPAM, déployer un programme d'accompagnement de la gestion des transports en sortie d'hospitalisation

L'expérimentation a consisté à dépêcher un Conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) au sein d'un établissement de santé, pour une période limitée, afin de l'accompagner dans une démarche d'amélioration de l'organisation du transport en sortie d'hospitalisation.

Concrètement le conseiller aide à la mise en place d'un circuit centralisé, forme un « référent transport », expert pour tout l'établissement sur les transports, et conseille les secrétariats pour rationaliser les dépenses de transports (par exemple en améliorant le recours aux transports partagés, en sollicitant l'aide de la famille du patient pour réaliser le retour à domicile lorsque c'est possible,...).

Simplifier la mécanique des contrats prévus par la LFSS 2010

La LFSS 2010 donne la possibilité à l'agence régionale de santé (ARS) de conclure pour trois ans un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) avec les établissements qui ne respecteraient pas un taux d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé, mais exécutés sur l'enveloppe des soins de ville. Ce taux est fixé nationalement par arrêté.

Cette procédure est lourde administrativement et sa pertinence est discutable. L'encadrement par un taux d'évolution national ne garantit pas l'optimisation de la gestion de ce poste de dépenses, et l'effort de rationalisation à faire par chaque établissement doit être adapté en fonction de ses pratiques actuelles et des évolutions de sa patientèle. On sait en effet que dans ce secteur, des marges de manœuvre existent pour répondre aux besoins des patients en réduisant les coûts.

Il est proposé de faire évoluer ces procédures en généralisant une contractualisation des CPAM avec les établissements de santé, sans référence à un taux national réglementaire mais avec des objectifs cibles déterminés par l'UNCAM en fonction du profil de prescription de l'établissement et de sa patientèle.

Les établissements seraient intéressés aux économies réalisées sur ce poste ; ils pourraient par exemple conserver 30% des économies réalisées. En revanche ils seraient pénalisés en cas de refus de signature. L'Agence régionale de santé aurait la responsabilité d'arbitrer en cas de désaccord sur la cible à atteindre entre la CPAM et l'établissement.

◆ Proposition 27: Mettre en œuvre un programme permettant de développer l'autonomie des patients insulino-dépendants

L'analyse de l'activité des infirmières libérales fait apparaître l'importance de la charge en soins requise pour des patients diabétiques insulino-dépendants.

Les soins infirmiers aux patients diabétiques représentent globalement 1,3 milliard d'euros sur les 5,4 milliards remboursés en 2011. Surtout, la distribution des dépenses montre la concentration de la dépense sur un nombre réduit de patients qui ont des soins très réguliers à l'année. Pour les actes en AMI, 5 % d'entre eux représentent 80 % des actes, et 0,5% des patients (soit environ 80 000 patients France entière) représentent à eux seuls près de 30 % du total des actes en AMI. Ce sont principalement des patients diabétiques insulino-requérants, dont l'administration d'insuline plusieurs fois par jour, associée à un forfait de surveillance à chaque injection, peut conduire à la facturation de quatre, voire six actes par jour, avec au total des dépenses moyennes annuelles de l'ordre de 12 000 euros pour les soins infirmiers.

Ceci permet de prendre la mesure de l'enjeu de l'autonomie des patients insulino-traités dans l'administration de leur traitement.

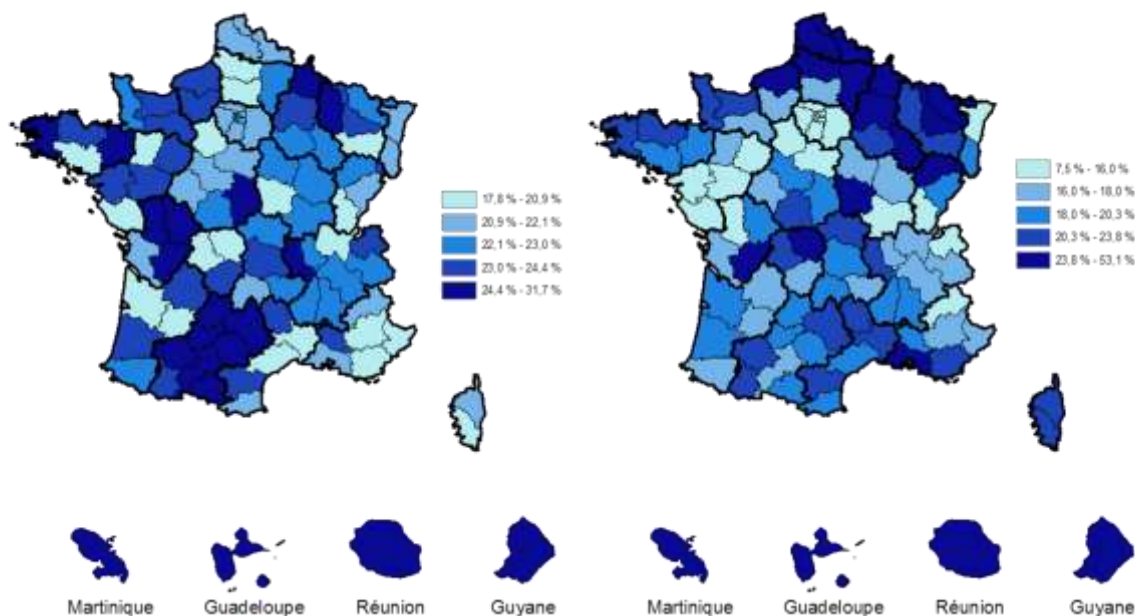
Il est certain que tous les patients ne peuvent pas être autonomes : l'analyse des caractéristiques des patients évoqués ci-dessus montre que ce sont des personnes souvent âgées, polyopathologiques, dont une fraction a d'autres besoins (plaies chroniques, soins de nursing,...). Et la possibilité de maintenir ces personnes à domicile, dans leur environnement, en bénéficiant de soins qui ne sont pas plus coûteux globalement que les soins en EHPAD, permet de respecter le choix exprimé par l'individu concernant ses conditions de vie.

Néanmoins, là encore, les disparités territoriales interpellent. En effet, parmi les patients diabétiques qui sont traités par insuline (22,8 % au plan national⁸⁴), la proportion de ceux dont l'insuline est administrée par une infirmière libérale varie de 7,5% à 53% entre départements⁸⁵ (Figure 110 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Figure 110 – Proportion de diabétiques traités par insuline et proportion des diabétiques insulino-traités dont le traitement est administré par une infirmière libérale, par département – 2011

Proportion de diabétiques traités par insuline (taux brut)

Proportion des diabétiques insulino-traités dont le traitement est administré par une infirmière libérale (taux standardisé)



Il faut approfondir l'analyse, notamment pour mieux appréhender la situation des nouveaux patients et les moments-clés du parcours (passage à l'insuline, prise en charge des injections par des infirmiers si elle est postérieure au démarrage du traitement). Sur ces bases, pour certaines catégories de patients (par exemple des patients relativement jeunes ou sans comorbidités), un

⁸⁴ En incluant tous les diabétiques, type 1 et type 2, identifiés avec l'algorithme utilisé pour la cartographie médicalisée.

⁸⁵ Critère retenu pour identifier les patients ayant des injections par une infirmière : traitement par insuline et nombre d'AMI1 >= 200 ou nombre d'AI3 >= 200

examen préalable de la situation du patient par le service médical permettrait de lui proposer éventuellement **une formation et un accompagnement pendant une période transitoire par une infirmière**, pour qu'il puisse ultérieurement gérer son traitement de manière autonome, quand c'est possible.

6. Evolution tendancielle des dépenses et synthèse des mesures proposées

6.1. Evolution tendancielle des dépenses

La prévision de dépenses pour 2014 prend en compte des évolutions tendancielle en volume sur les différents postes et incorpore les effets des mesures qui sont d'ores et déjà connues.

Elle prend comme hypothèse de réalisation 2013 la prévision de la Commission des comptes de la Sécurité sociale du 6 juin 2013, soit 175,2 milliards d'euros.

Tableau 21 - Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM en 2013

Prévisions 2013, en Mds€	Constat 2012 provisoire	Base 2013 réactualisée (1)	Objectifs 2013 arrêtés	Prévisions 2013 (2)	Taux d'évolution (2/1)	Ecart à l'objectif arrêté
Soins de Ville	78,1	78,0	80,5	80,3	2,9%	-0,3
Etablissements de santé	74,5	74,6	76,5	76,5	2,5%	0,0
Etablissements et service médico-sociaux	16,5	16,5	17,1	17,1	4,0%	0,0
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,3	1,3	8,6%	0,1
ONDAM TOTAL	170,3	170,3	175,4	175,2	2,9%	-0,2

Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2013

6.1.1. Tendances d'évolution en volume pour les soins de ville

Les prévisions de dépenses 2014 se fondent sur le jeu d'hypothèses suivant concernant les tendances d'évolution en volume⁸⁶ :

Tableau 22 – Evolutions tendancielle en volume – régime général, France métropolitaine

(données corrigées des variations des jours ouvrés et des variations saisonnières)

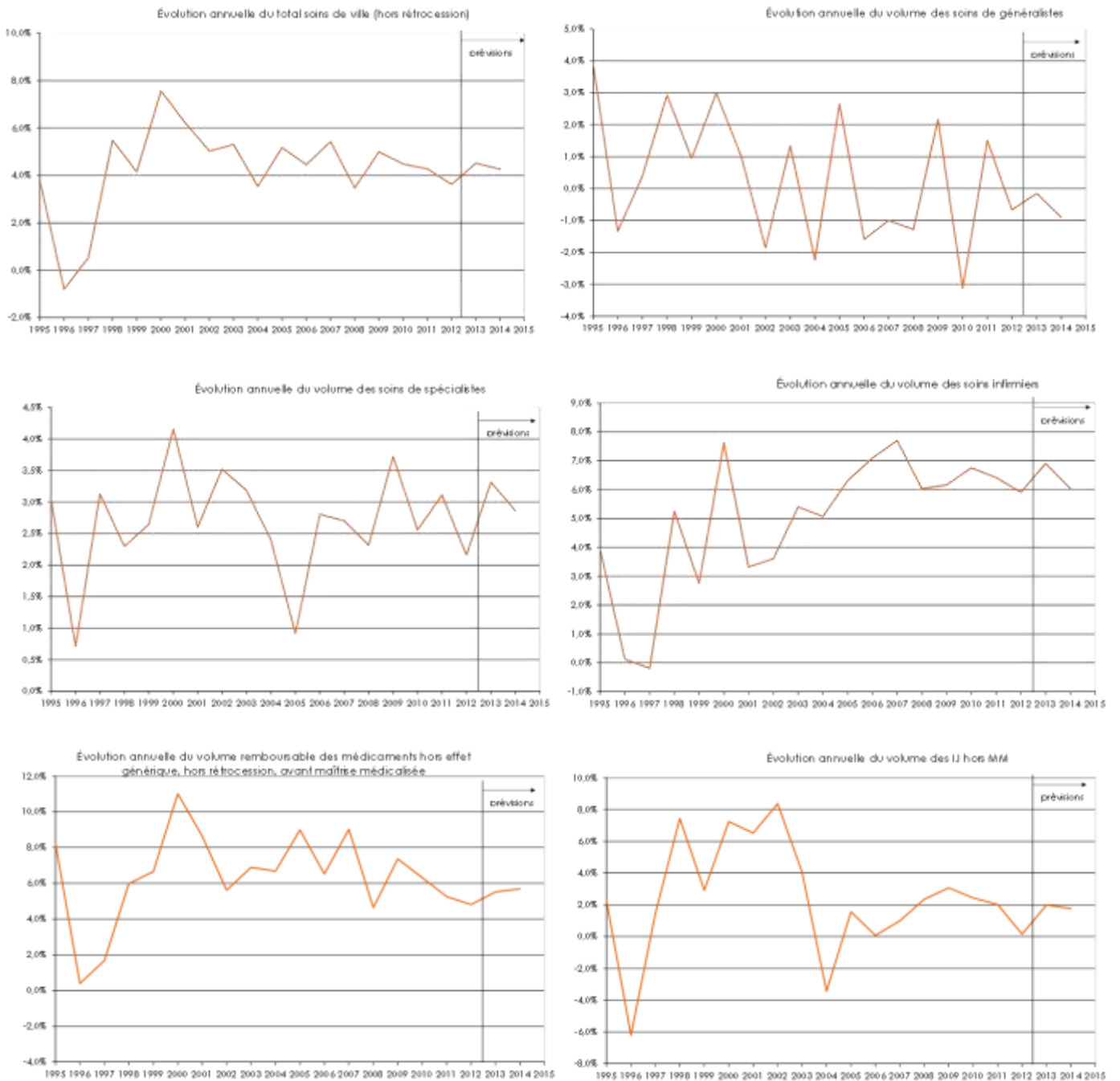
Poste de dépense	Prévision 2014 en volume – CJO-CVS
Généralistes	-0,5%
Spécialistes	2,9%
Dentistes	1,9%
Infirmières	6,0%
Kinésithérapeutes	4,2%
Transports	4,4%
Médicaments (1)	4,4%
Indemnités journalières (2)	1,8%
LPP	6,2%
TOTAL Soins de ville	3,9%

(1) Médicaments y compris rétrocession et y compris effet générique

(2) Volume tendanciel des IJ (hors évolution du salaire moyen)

Les graphiques ci-après montrent, pour les principaux postes, la chronique des taux d'évolution en volume depuis une dizaine d'années et la prévision 2014.

**Figure 111 - Evolutions annuelles en volume et projection 2014
(il s'agit des évolutions tendancielle avant actions de maîtrise médicalisée)**



6.1.2. Prévisions tendancielle ONDAM

Dépenses remboursées au titre des soins de ville

Au total :

- le volume tendanciel progresserait de 3,9 % sur le champ du Régime général, en France métropolitaine. Cette progression s'entend hors effets de la maîtrise médicalisée ;
- l'application de l'évolution tendancielle du taux de remboursement, le passage des données corrigées des jours ouvrés aux données brutes et le passage au champ France entière et à l'ensemble des régimes portent l'évolution tendancielle à +4,1% pour les prestations de soins de ville, et à +4,0% pour l'ensemble de l'ONDAM soins de ville ;
- la prise en compte des mesures déjà connues ainsi que des effets report des revalorisations et des mesures d'économies conduit à une progression avant mesures de l'ONDAM des soins de ville de +4,5 % pour l'ensemble des régimes.

Dépenses remboursées au titre des soins hospitaliers

Une hypothèse d'évolution de +3,1 % a été retenue.

Dépenses remboursées au titre des établissements médico-sociaux

L'ONDAM ne comprend que les contributions des régimes d'assurance maladie au financement des établissements et services pour les personnes âgées et pour les adultes handicapés et l'enfance inadaptée. Une hypothèse de +3,75% a été retenue.

Dépenses remboursées au titre des autres prises en charge

Ces dépenses qui comprennent les remboursements de soins délivrés aux assurés à l'étranger, les services médico-sociaux hors CNSA et le FIQCS progresseraient de 5,9 %.

Au total, l'évolution tendancielle de l'ONDAM serait de +3,8% pour 2014.

Tableau 23 – Evolutions tendancielle et écart à l'ONDAM

ONDAM 2013 Tous régimes (M€)	2013	Evolutions tendancielle	Prévisions tendancielle 2014
Soins de Ville	80 282	4,53%	83 919
Etablissements de santé	76 481	3,10%	78 852
Médico-social	17 124	3,75%	17 766
Autres prises en charges	1 347	5,90%	1 426
TOTAL ONDAM	175 234	3,80%	181 963

6.2. Mesures proposées pour respecter un ONDAM progressant de 2,4 % en 2014

Pour respecter un taux de progression de 2,4%, les économies par rapport à la croissance tendancielle des dépenses doivent représenter 2,48 Mds €.

Synthèse des économies proposées

Mesures	Impact sur l'ONDAM	Impact sur le régime général	Actions menées
Evolution des tarifs des médicaments	750	637,5	Baisse de tarif du Lucentis, des statines, des génériques, des NACO, des gliptines,...
Evolution des tarifs des dispositifs médicaux	150	127,5	Alignement du tarif des pompes à insuline sur celui d'autres pays et baisses de tarifs dans le champ des prothèses, du respiratoire, des pansements, du cardio-vasculaire,...
Ajustement des tarifs des professionnels de santé	150	127,5	Protocole imagerie, accord biologie
Maîtrise médicalisée et efficience des prescriptions	600	510	- Actions classiques de maîtrise médicalisée - Impact des actions nouvelles : indicateur global de prescription, mise sous accord préalable de la rosuvastatine, encadrement des prescriptions de NACO, actions sur les transports avec la "carte de transport assis" et la régulation des prescriptions de sortie d'hôpital, biologie (TSH, immunohématologie, fer, vitamine D), impact sur la ville des actions sur la pertinence des interventions chirurgicales, régulation des lignes génériques de dispositifs médicaux...
Processus de soins et développement des parcours en ville	50	42,5	Développement de la rééducation en ville après orthopédie (25 000 patients), prise en charge des personnes âgées en sortie d'hôpital (insuffisance cardiaque, BPCO...) et optimisation de la prise en charge des plaies chroniques...

Mesures	Impact sur l'ONDAM	Impact sur le régime général	Actions menées
Pertinences des actes et interventions	40	34	Programme sur l'appendicectomie et le canal carpien, thyroïdectomie, cancer de la prostate...
Ajustement des tarifs hospitaliers de chirurgie, développement de l'ambulatoire et baisse des surcapacités de chirurgie avec hospitalisation complète	50	42,5	Chirurgie de la cataracte (baisse des tarifs), baisse des tarifs de chirurgie avec hospitalisation complète sur les GHM où la chirurgie ambulatoire atteint 85% de l'activité
Amélioration des prescriptions médicamenteuses à l'hôpital	150	127,5	Liste en sus, développement des biosimilaires, liste préférentielle de médicaments...
Efficiences hospitalières sur les achats et logistique	220	187	Programme PHARE (900 M€ sur 3 ans sur les achats)
Contrats de performance ANAP	75	63,8	Optimisation de l'organisation avec les contrats performance de l'ANAP
Médico-social	170	144,5	Ajustement de la contribution de l'Assurance maladie à l'ONDAM médico-social en liaison avec la CNSA
Lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital	75	63,8	Médicaments à l'exportation, transport,
Total	2 480	2 108	