

SÉCURITÉ SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses

Propositions
de l'Assurance Maladie
pour 2019

Juillet 2018

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 2019 (loi du 13 août 2004)

Sommaire

CHAPITRE 1

Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée

	3
1.1 Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2016 et à quel coût ?	5
1.2 Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?	13
1.2.1 Des dynamiques contrastées selon les pathologies et les périodes considérées	13
1.2.2 Zoom sur les dynamiques d'évolution de quelques pathologies	21
1.2.3 Les dynamiques de croissance de certains postes de dépenses	34
1.3 La polypathologie	43
1.4 Données de mortalité et cartographie médicalisée	49
1.4.1 Mortalité et mortalité prématurée en fonction des groupes de pathologies de la cartographie	50
1.4.2 Analyse des causes de décès	52
1.5 La fin de vie : un besoin d'études pour mieux comprendre cette période de recours ultime aux soins	56
1.5.1 La trajectoire de la dernière année de vie : 60 % de décès à l'hôpital, des trajectoires différentes en fonction du recours ou non à des soins palliatifs hospitaliers	57
1.5.2 Le recours aux soins lors du dernier mois de vie des personnes atteintes d'un cancer, en 2015	59

CHAPITRE 2

Propositions pour l'Ondam 2019 et le respect des objectifs : Les engagements de la Cnam pour 2019

	61
Introduction	62
2.1 Soutenir le déploiement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation	63
2.1.1 Accompagner les acteurs du système de santé dans la mise en œuvre du virage ambulatoire	63
2.1.2 Ajuster l'orientation des patients à leurs besoins	66
2.2 Maîtriser les dépenses en renforçant l'efficacité des prescriptions	69
2.2.1 Optimiser la structure de prescriptions des produits de santé	69
2.2.2 Renforcer la pertinence des actes	75
2.2.3 Agir ensemble pour ajuster la durée des arrêts de travail et prévenir la désinsertion professionnelle	77
2.2.4 Accompagner le changement organisationnel pour favoriser la pertinence des prescriptions de transports	77
2.2.5 Les autres prescriptions	78
2.3 Lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital	79

CHAPITRE 3

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

	81
3.1 Santé mentale	82
3.1.1 Analyse épidémiologique et économique du poids de la santé mentale à partir de la cartographie médicalisée des dépenses	82
3.1.2 Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ont un sur-risque très important de maladies cardio-vasculaires et de cancer du poumon	100
3.1.3 La surmortalité des personnes soignées pour une pathologie psychiatrique ou traitées par psychotropes, par rapport à la population générale	103
3.1.4 Approche médicament	109

3.1.5 Approche économique : les arrêts maladie chez les personnes ayant un traitement chronique par psychotropes	114
3.1.6 Évolution des modes de financement	120
3.2 La pertinence des soins, une composante essentielle de la qualité et de la sécurité des soins	126
3.2.1 La pertinence est un déterminant essentiel de la qualité des soins mais une notion complexe et difficile à appréhender en pratique	126
3.2.2 Les indicateurs de qualité pertinence et sécurité des soins : pour une approche renouvelée	133
3.2.3 Les liens entre volume d'activité et QPSS	144
3.2.4 Améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses – pour une nouvelle approche	157
3.3 Nouveaux modes de paiement	173
3.3.1 Une vision d'ensemble	173
3.3.2 Faire évoluer les modes de paiement à la qualité pour progresser plus vite sur les résultats des soins	174
3.3.3 Le financement des soins de ville : renforcer la part forfaitaire pluriprofessionnelle autour d'une approche populationnelle	182
3.3.4 Les nouveaux modes de paiement nécessitent le développement et le test de modèles d'ajustement au risque et de scores prédictifs complexes	184
3.4 Prévention	191
3.4.1 Actions de l'Assurance Maladie à destination des publics jeunes	191
3.4.2 Constances, un outil construit à partir des centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie pour soutenir la recherche médicale	196
3.5 Enjeux et conditions de déploiement de la e-santé	199
3.5.1 Accélérer le déploiement et concourir à la pertinence des prises en charge	199
3.5.2 Services numériques aux patients : enrichir l'offre de l'Assurance Maladie et contribuer au déploiement de services à la plus-value démontrée	203
3.5.3 L'Assurance Maladie et les nouveaux usages des données	206

ANNEXES

Annexe 1

Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2018	210
--	-----

Annexe 2

Bilan des négociations entre l'Uncam et les professionnels de santé	214
---	-----

Annexe 3

La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) six ans après	223
--	-----

Annexe 4

Cartographie médicalisée : méthode d'affectation des dépenses aux pathologies, états de santé et traitements	231
--	-----

INDEX DES FIGURES, TABLEAUX ET ENCADRÉS	239
--	------------

GLOSSAIRE	245
------------------	------------

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019

Propositions sur la santé mentale

Proposition 1 Pour les personnes souffrant des pathologies psychiatriques les plus sévères, créer une offre de soins médicaux ciblée et qualitativement adaptée, en coordination avec les autres structures de soins primaires et secondaires 124

Proposition 2 Adapter les campagnes et actions de prévention cardiovasculaires et de dépistage des cancers aux spécificités des populations souffrant de maladies psychiatriques, et cibler ces populations à haut risque 124

Proposition 3 Prendre en compte la fréquence et la gravité des pathologies somatiques des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique dans l'affectation de la dotation annuelle de financement de ces établissements 124

Proposition 4 Introduire des indicateurs relatifs à la pertinence de la prescription des psychotropes dans la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) des médecins traitants 124

Proposition 5 Dans le cadre d'un partenariat avec l'ensemble des acteurs, définir une stratégie pour améliorer la pertinence des prescriptions de psychotropes chez les personnes ayant un trouble bipolaire, en particulier pour réaffirmer la place du lithium en tant que thymorégulateur de première ligne 125

Proposition 6 Mettre en place une cohorte de personnes ayant un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) afin de pouvoir suivre au long cours dans le SNDS la qualité de la prise en charge de cette pathologie sur l'ensemble du territoire ainsi que les risques liés à l'utilisation du méthylphénidate 125

Proposition 7 Expérimenter, en lien avec l'Atih, la possibilité de chaîner les données d'activité des centres médico-psychologiques (CMP) et, si possible, celles des acteurs du champ médico-social, avec celles du SNDS afin de lever certaines zones d'ombre dans les parcours de soins des personnes ayant une pathologie psychiatrique 125

Propositions sur la qualité, la pertinence et la sécurité des soins

Proposition 8 Poursuivre et compléter les travaux d'élaboration de parcours de soins pour les patients atteints d'affections chroniques, par les conseils nationaux professionnels en association avec l'Assurance Maladie et la HAS 170

Proposition 9 Mener un programme d'actions sur la pertinence de l'utilisation des analogues du GLP1 dans le traitement du diabète de type 2, et sur le défaut de recours à la metformine en première ligne thérapeutique 170

Proposition 10 Développer des outils pour mieux anticiper les évolutions des pratiques médicales en lien avec les CNP 170

Proposition 11 Mettre en place, en partenariat avec l'ANSM, une plateforme de compétences sur l'usage en vie réelle des produits de santé 171

Proposition 12_Valoriser les données du SNDS pour construire des indicateurs de qualité et de pertinence 171

Proposition 13_Expérimenter la mesure de PROMs, bâtir le cadre méthodologique permettant leur utilisation et le système d'information permettant d'envisager leur généralisation 171

Proposition 14_Faire évoluer et renforcer la démarche des groupes qualité en ville 171

Proposition 15_Étendre et renforcer la politique des seuils d'activité en cancérologie 172

Proposition 16_Expérimenter un mode de financement alternatif favorisant le respect des seuils d'activité en cancérologie, et plus largement la mise en place de démarches d'assurance qualité 172

Proposition 17_Favoriser l'adoption d'une démarche d'assurance qualité pour la prise en charge de la chirurgie du cancer du sein et de l'ovaire 172

Proposition 18_Actualiser les recommandations de l'INCa sur la prise en charge du cancer du sein 172

Propositions sur de nouveaux modes de paiement

Proposition 19_Mieux prendre en compte la qualité et la pertinence dans le financement des soins en renforçant les dispositifs existants et en expérimentant des modalités nouvelles dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 190

Proposition 20_Expérimenter un paiement forfaitaire populationnel en exercice pluridisciplinaire en ville 190

Proposition 21_Mener des travaux pour développer les modèles de risque et d'ajustement indispensables aux nouveaux modes de paiement 190

Propositions sur la prévention chez les jeunes

Proposition 22_Élaborer un plan de prévention « jeunes » dans le cadre de la reprise du régime étudiant par la Cnam 198

Proposition 23_Proposer systématiquement le dépistage des infections à Chlamydiae à toutes les femmes de 18 à 25 ans et aux hommes de 18 à 30 ans lors des examens périodiques de santé 198

Proposition 24_ Mettre en place un dispositif de repérage précoce des conduites addictives dans les centres d'examen de santé pour orienter si besoin vers les consultations « jeunes consommateurs » 198

Propositions sur la e-santé

Proposition 25_Engager la généralisation de la e-prescription pour l'ensemble des professionnels de santé 208

Proposition 26_Donner accès aux professionnels de santé dans amelipro à des informations d'aide à l'amélioration des pratiques 208

Proposition 27_Créer au sein d'amelipro un espace de confiance permettant aux assurés de gérer leurs applications santé 208

Proposition 28_Enrichir le périmètre des données du SNDS 208

Introduction

La mise en place d'un système d'assurance maladie protecteur, redistributif et aujourd'hui universel, n'est pas en soi une évidence. Les exemples existent à travers le monde de ce que seraient les conséquences de l'absence d'un tel choix politique et social : combien de malades ne trouveraient pas de réponse à leurs besoins de santé ? Combien seraient en mesure de faire face aux conséquences financières de la maladie, qui les privent de revenus et, dans le même temps, nécessitent des dépenses souvent très lourdes ? Combien de professionnels de santé pourraient vivre de leur pratique et répondre ainsi aux demandes de soins de la population ?

Notre système de santé solidaire constitue un bien commun. Il revient à l'ensemble des acteurs du système de santé français, chacun dans le cadre des missions et du rôle qui sont les siens, d'œuvrer pour le préserver.

La France consacre à ses dépenses de santé un budget important, qu'il soit mesuré par rapport à sa richesse nationale ou en rythme d'évolution annuel, qui la situe dans les premiers pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Pour autant, au-delà de la très bonne qualité des soins dispensés dans notre pays – et qui demeure –, notre système de santé est confronté, comme beaucoup d'autres, à des défis majeurs qui vont s'accroître dans les années à venir.

Le premier est lié au vieillissement de la population et à la transition épidémiologique. L'augmentation du nombre de maladies chroniques (diabète, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, cancer...) et de la polyopathie modifie la demande de soins et pose la question de la juste réponse à ces nouveaux besoins de santé.

Le deuxième défi porte sur les sources de tensions nouvelles qui s'exercent sur l'organisation même de notre système de santé, qu'il s'agisse des inégalités croissantes d'accès aux soins dans de nombreux territoires, du retard avec lequel se déploient les organisations de soins nouvelles et les outils adaptés à des prises en charge de plus en plus chroniques et complexes, ou enfin, des conditions d'exercice des professionnels de santé, que beaucoup, en ville comme dans les établissements, perçoivent comme dégradées.

Le dernier défi tient à la soutenabilité de notre modèle de protection sociale. La progression spontanée des dépenses de santé atteint en France un rythme proche de 4 % par an, alors que notre capacité à respecter l'équilibre financier de notre système de solidarité conduit à devoir respecter un objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) fixé autour de 2 % par an. Ceci suppose de modérer la progression des dépenses à hauteur de quatre milliards d'euros environ chaque année. Les leviers de régulation utilisés pour atteindre cet objectif indispensable pèsent d'autant plus lourdement sur les acteurs qu'ils jouent largement sur la maîtrise tarifaire et sollicitent encore insuffisamment les gains d'efficacité qui pourraient résulter d'une action plus volontariste sur les organisations et les pratiques.

Le rapport que l'Assurance Maladie adresse chaque année au Parlement, conformément aux dispositions de la loi du 13 août 2004, porte, au-delà des différentes problématiques abordées d'une année à l'autre, une même conviction profonde : pour préserver notre système de santé, nous devons l'améliorer en nous appuyant sur une ligne directrice, celle de la qualité des soins dans toutes ses dimensions. Cela passe par une transformation, parfois profonde, de son organisation, de ses pratiques et de ses modes de régulation.

Ces transformations peuvent se lire sur quatre niveaux distincts mais complémentaires.

Le premier niveau est celui du service rendu à la population en général et aux patients en particulier. Il s'agit de l'échelle de mesure fondamentale sur laquelle toute évolution doit être jugée. L'améliorer, ne pas la dégrader, tels sont les objectifs qui doivent être poursuivis. Les analyses présentées dans ce rapport, qui montrent l'ampleur de la problématique des risques cardiovasculaires chez les personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique ou les conséquences négatives du non-respect des seuils d'activité pour certains cancers, sont autant d'appels à agir de manière ferme et décisive sur ces sujets. Elles montrent aussi l'utilité de disposer d'outils partagés de mesure de la qualité pour établir des constats objectifs et choisir les champs d'action qui doivent être prioritaires.

Le deuxième niveau est celui des pratiques professionnelles, médicales ou non. Il pose la question de la pertinence des décisions médicales et soignantes qui, de plus en plus, doivent s'inscrire dans une approche collective et pluridisciplinaire au service des patients, et bien souvent de la qualité des conditions d'exercice des professionnels. L'exemple de la diffusion des innovations médicamenteuses, illustré dans ce rapport par des études sur le diabète de type 2 (DT2) et les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), montre les enjeux médicaux et économiques qui y sont liés et l'importance d'agir en amont sur ce sujet. Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie fait évoluer ses actions de gestion du risque et de maîtrise médicalisée vers un plus grand partenariat avec les professionnels de santé et les patients et une approche plus préventive, mobilisant l'ensemble des leviers dont elle dispose. Le programme d'action sur la lombalgie commune, associant communication grand public, actions à destination des médecins et des employeurs et accords conventionnels, en est un exemple récent particulièrement pertinent.

Le troisième niveau est celui de l'organisation du système. Dans un grand nombre de cas, l'amélioration des pratiques nécessite de faire évoluer cette organisation. Le développement de la capacité à prendre en charge en ambulatoire et à leur domicile un nombre croissant de patients porteurs de pathologies chroniques de plus en plus lourdes, et bien souvent polyopathologiques, est à ce titre une priorité absolue. Cela passe nécessairement par une structuration de nouvelles organisations en ville, plus à même de répondre à ce besoin. De même, ainsi que l'exemple de la cancérologie le montre bien, une réflexion doit être menée pour concilier l'exigence de qualité qui pousse à la concentration des plateaux techniques et l'égal accès aux soins. L'exemple de la prise en charge du cancer du sein, dont le présent rapport explore certains aspects, est particulièrement significatif. Seules des organisations reposant sur des logiques médicales et des démarches de qualité partagées permettront d'atteindre cet objectif.

Le dernier niveau est celui de la régulation. La maîtrise des dépenses en est un aspect fondamental. Il ne s'agit pas d'un objectif comptable, mais d'une condition indispensable, nécessaire à la pérennité de notre système, à laquelle chacun des acteurs doit contribuer. Nécessaire, mais pas suffisante. Il est désormais temps de donner à la qualité, la pertinence et la sécurité des soins une traduction plus concrète dans nos dispositifs de régulation, en particulier dans les modes de financement des professionnels et les organisations de santé. Dans ce rapport, l'Assurance Maladie porte des propositions concrètes en la matière, issues de comparaisons internationales et d'analyses de la situation française. Nous avons aujourd'hui les outils et les moyens de telles actions, il nous faut mieux utiliser les données du système national des données de santé (SNDS) pour en faire un outil de transparence, de régulation et d'aide à l'amélioration des pratiques. Il nous faut valoriser les pratiques les plus vertueuses et remettre la valeur créée par les différents acteurs au centre de la régulation. Il faut enfin élaborer un cadre d'action collectif où l'amélioration de la qualité ne soit pas vécue comme une régulation extrinsèque imposée, mais comme une ambition partagée entre les acteurs de la régulation et ceux du soin. À ce titre, l'Assurance Maladie veille à inscrire ses actions dans un partenariat de plus en plus étroit avec les représentants des professionnels, comme le montrent les travaux récemment entamés avec les collèges nationaux professionnels des cardiologues et des rhumatologues.

Beaucoup des conditions nécessaires à ce type de démarches sont aujourd'hui en place. Il reste cependant à leur trouver un cadre porteur. La stratégie de transformation du système de santé, initiée par le Premier ministre, a vocation à poser ce cadre.

C'est en tout cas l'approche de l'Assurance Maladie qui est fortement mobilisée pour contribuer à cette stratégie, qu'il s'agisse de l'outiller, en particulier pour accélérer la transition numérique, de favoriser la diffusion de meilleures pratiques dans la prise en charge médicale des pathologies, d'encourager à l'émergence d'organisations territoriales de soins plus efficaces ou de faire évoluer les modes de financement pour aligner les modes de régulation avec ces objectifs.

CHAPITRE

1

Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée

Quelles sont les pathologies le plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Combien de patients sont ainsi pris en charge ? Quelles ressources sont mobilisées pour assurer ces soins ? Comment progressent-elles ? Quelles sont les dynamiques médicales à l'œuvre derrière ces évolutions ? Sont-elles liées à l'évolution du nombre de patients soignés ? Ou à des changements dans les traitements, dans la façon dont les processus de soins sont organisés ? Quel est l'impact des innovations médicamenteuses ? Peut-on voir l'impact des actions de régulation mises en œuvre les années précédentes ? Quelles pathologies doivent être la cible de futures actions visant à améliorer la pertinence, la qualité et, *in fine*, l'efficacité des soins ?

L'outil de cartographie médicalisée des dépenses développé par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), à partir des données du SNDS (**encadré 1**), et dont les résultats sont présentés chaque année dans la première partie de ce rapport, permet d'apporter des éléments de réponse à ces questions. Dans un contexte où la contrainte sur les dépenses d'assurance maladie s'est accrue au cours du temps, où les questions de recours aux soins et d'accès aux innovations sont de plus en plus prégnantes, cet outil est devenu indispensable pour l'Assurance Maladie comme pour l'ensemble des acteurs chargés d'élaborer et/ou de mettre en œuvre une politique publique de santé efficiente. En permettant d'appréhender les enjeux médico-économiques liés aux pathologies et aux facteurs de risque et de comprendre les dynamiques médicales qui sous-tendent l'évolution tendancielle du coût des soins, la cartographie s'est imposée au fil des ans comme un élément incontournable de compréhension et de pilotage du système de soins, complémentaire à d'autres sources existantes¹.

Cette année encore, quelques améliorations ont été apportées à l'outil (**encadré 2 et annexe 4**). La principale d'entre elles porte sur l'utilisation des motifs médicaux des séjours de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans les algorithmes médicaux de trois pathologies (démence, paraplégies et troubles névrotiques ou de l'humeur). Cette modification permet de mieux repérer les personnes atteintes par ces pathologies et donc les dépenses mobilisées pour leur prise en charge. L'algorithme médical relatif au virus de l'immunodéficience humaine

(VIH) ou syndrome d'immunodéficience acquise (sida) a lui été modifié de façon plus marginale. Au final, ces améliorations ont conduit à affiner, de manière plus ou moins sensible, les effectifs et dépenses affectés à ces pathologies, sans toutefois remettre en cause les ordres de grandeur et les constats faits dans les précédents rapports.

Plusieurs enrichissements ont été apportés cette année aux analyses réalisées à partir de cet outil et dont les résultats sont présentés dans le rapport :

- une analyse des évolutions sur 5 années, les mêmes algorithmes et la même méthode ont été appliqués sur 5 années, au lieu de 3 dans les versions précédentes, permettant une analyse des évolutions sur la période 2012-2016 ;
- des éclairages sur certains postes de dépenses, qui se distinguent par une évolution particulièrement dynamique entre 2012 et 2016 ;
- une analyse de la polypathologie en termes notamment de fréquence et de principales combinaisons selon les classes d'âge considérées et le sexe ;
- une mise en perspective avec les causes médicales de décès en 2014 qui sont désormais disponibles nativement dans le SNDS et qui apportent une information complémentaire à celles apportées par les algorithmes médicaux.

Par ailleurs, comme les années précédentes, sont également présentés :

- une analyse des facteurs explicatifs des évolutions observées, mettant en lumière les enjeux, notamment liés aux changements de pratique observés ou à anticiper, qu'il faut prendre en compte dans la régulation de la dépense de santé ;
 - des éclairages sur certaines pathologies, qui se distinguent par une dynamique particulière de leurs dépenses.
- Enfin, ce chapitre s'achève par la présentation de travaux relatifs à la fin de vie et au parcours de soins l'année et les 30 jours précédant le décès, en particulier en présence d'un cancer. Ces travaux descriptifs apportent un éclairage original, à partir des données de la cartographie médicalisée et, plus largement, du SNDS sur cette question particulièrement sensible et surtout mal appréhendée.

► ENCADRÉ 1

Le système national des données de santé (SNDS)

Le système national des données de santé (SNDS) rassemble les données médico-administratives sur le champ des prises en charge santé et médico-sociale ; il constitue dans la continuité du système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) une base de données unique pour analyser et améliorer la santé de la population. Géré par la Cnam, le SNDS permet de chaîner d'ores et déjà :

- les données de l'Assurance Maladie (base Sniiram) ;
- les données des hôpitaux (base programme de médicalisation des systèmes d'information ou PMSI) ;
- les causes médicales de décès (base du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ou CépiDc de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ou Inserm).

Dans les prochaines années viendront s'ajouter :

- les données relatives au handicap (en provenance des maisons départementales des personnes handicapées ou MDPH – données de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ou CNSA) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC).

¹ Telles que les comptes de la santé publiés chaque année par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le suivi épidémiologique réalisé par Santé publique France (SPF) ou celui de l'Institut national du cancer (INCa) pour les cancers.

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

- à l'information sur la santé ;
- à la mise en œuvre des politiques de santé ;
- à la connaissance des dépenses de santé ;
- à l'information des professionnels et des établissements sur leurs activités ;

- à l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale ;
- à la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaires.

► **ENCADRÉ 2**

Mises en garde préalables

Comparaison des résultats avec ceux des précédents rapports

En raison notamment des améliorations apportées à certains algorithmes médicaux (voir annexe 4), il n'est pas possible de comparer directement les résultats présentés dans les précédents rapports avec ceux du présent rapport. En revanche, pour pouvoir disposer d'évolutions sur 5 années, la même méthode a été appliquée dans la version actuelle non seulement sur les données de 2016 mais aussi rétrospectivement sur les 4 années précédentes afin de disposer de données comparables sur la période 2012-2016.

Présentation des résultats

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

En effet, la cartographie (effectifs et dépenses) est réalisée uniquement sur la population du régime général (y compris SLM), sans extrapolation. Les dépenses observées sur cette population sont ensuite extrapolées à l'ensemble des régimes (voir annexe 4). Pour les lecteurs qui souhaiteraient retrouver les dépenses extrapolées « tous régimes », il convient de se reporter au **tableau 1**. Parfois, dans le corps du texte et sur certains graphiques, les montants extrapolés « tous régimes » figurent entre parenthèses, à côté des montants « régime général ».

1.1 Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2016 et à quel coût ?

En 2016, 136,6 milliards d'euros ont été remboursés² par le régime général³ (y compris les sections locales mutualistes – SLM) dont 57,1 milliards d'euros pour les soins de ville (42 %), 61,0 milliards d'euros pour les soins hospitaliers (45 %) et 18,6 milliards d'euros au titre des prestations en espèces⁴ (14 %).

On retrouve en 2016 (**figure 1 et tableau 1**) :

- le poids important de la santé mentale, si l'on regroupe les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des « prises en charge par psychotropes » (dont les anxiolytiques et hypnotiques) : 19,8 milliards d'euros (23 milliards d'euros), 14,5 % des dépenses totales ;

- le coût lié à la prise en charge des cancers : 14,7 milliards d'euros (17,4 milliards d'euros), 10,7 % des dépenses totales ;
- le coût lié à la prise en charge des maladies cardio-vasculaires : 13,4 milliards d'euros (16,1 milliards d'euros), soit 9,8 % des dépenses totales, 25,1 milliards d'euros (30 milliards d'euros) si l'on regroupe « maladies cardio-vasculaires », « diabète » et « traitement du risque vasculaire », soit 18,4 % des dépenses totales ;
- la part des épisodes hospitaliers que l'on peut qualifier de « ponctuels », au sens où l'hospitalisation n'est pas en lien avec l'ensemble des pathologies chroniques ici repérées : 31,1 milliards d'euros (37 milliards d'euros), soit 22,7 % des dépenses totales.

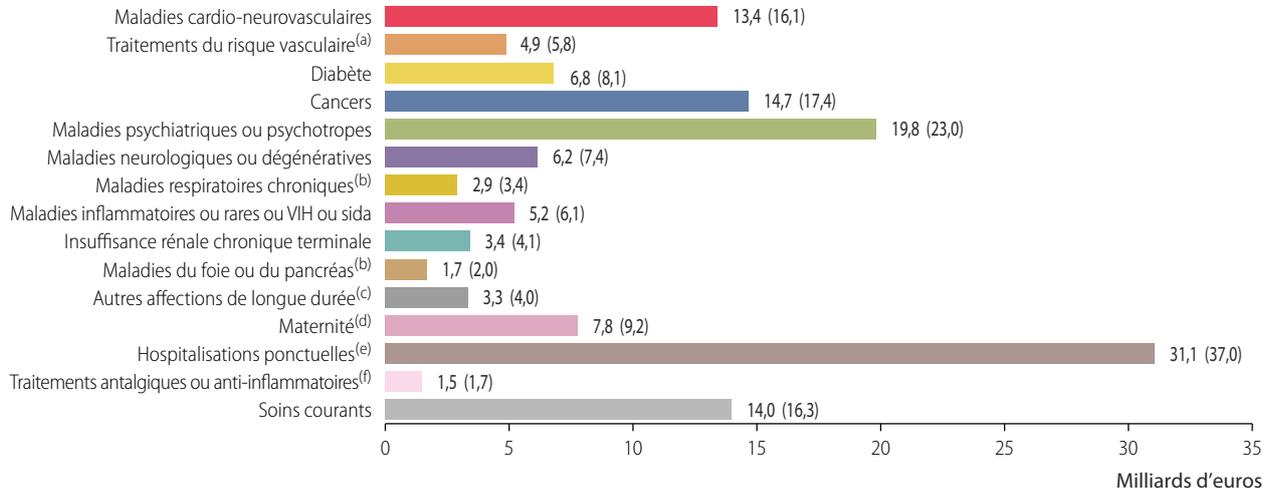
2 Les dépenses suivantes, relevant du champ Ondam, ne sont pas incluses : pour les soins de ville : permanence des soins, contrats et accords, interruptions volontaires de grossesse (IVG), remises conventionnelles, cotisations praticiens et auxiliaires médicaux (PAM), fonds des actions conventionnelles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

3 Les montants extrapolés « tous régimes » sont respectivement de 161,8 milliards d'euros au total, dont 67,7 milliards d'euros pour les soins de ville, 72,7 milliards d'euros pour l'hôpital et 21,4 milliards d'euros pour les prestations en espèces. Par la suite, lorsqu'ils sont mentionnés, ils figurent entre parenthèses à côté des montants présentés pour le régime général.

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

► FIGURE 1

Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2016 : 137 milliards d'euros pour le régime général (162 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes)

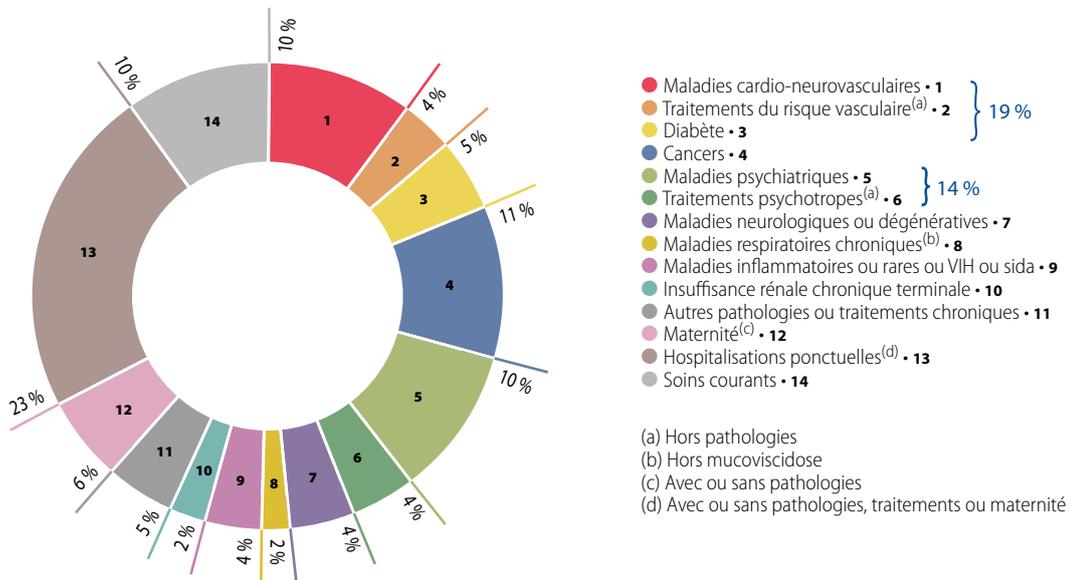


- (a) Hors pathologies
 (b) Hors mucoviscidose
 (c) Dont 31 et 32
 (d) Avec ou sans pathologies
 (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
 (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : régime général avec, entre parenthèses, les montants extrapolés à l'ensemble des régimes – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 2

Répartition des dépenses d'assurance maladie du régime général en 2016 (en pourcentage)



Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► TABLEAU 1

Répartition des dépenses extrapolées à l'ensemble des régimes en 2016 (162 milliards d'euros) entre les différents groupes de pathologies ou situation de soins (en millions d'euros)

	Ensemble des dépenses remboursées	Ensemble des soins de ville	dont soins de médecins	dont médicaments	Ensemble des hospitalisations	Ensemble des prestations en espèces
Maladies cardio-neurovasculaires	16 093	6 919	1 085	2 107	8 065	1 109
<i>dont</i>						
• Maladies cardio-neurovasculaires aiguës	4 068	587	68	120	3 379	102
• Maladies cardio-neurovasculaires chroniques	12 026	6 333	1 017	1 987	4 686	1 007
Traitements du risque vasculaire ^(a)	5 775	4 501	1 188	1 766	332	942
Diabète	8 120	6 763	722	2 468	814	543
Cancers	17 444	6 832	1 223	3 099	9 507	1 105
<i>dont</i>						
• Cancers actifs	15 569	5 604	900	2 764	9 264	701
• Cancers sous surveillance	1 876	1 229	324	335	243	404
Maladies psychiatriques ou psychotropes	23 033	6 772	1 675	2 207	11 032	5 230
<i>dont</i>						
• Maladies psychiatriques	16 306	3 249	565	1 067	10 566	2 491
• Traitements psychotropes ^(a)	6 728	3 523	1 110	1 140	466	2 739
Maladies neurologiques ou dégénératives	7 438	4 683	196	1 171	2 161	594
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	3 440	2 135	479	1 081	984	321
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	6 115	4 244	202	3 538	1 371	500
Insuffisance rénale chronique terminale	4 123	1 258	20	340	2 781	84
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	1 988	1 267	62	1 085	562	158
Autres affections de longue durée ^(c)	3 989	2 838	232	1 154	769	383
Maternité ^(d)	9 182	1 249	340	131	4 153	3 779
Hospitalisations ponctuelles ^(e)	36 977	4 994	1 573	1 032	28 880	3 103
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires ^(f)	1 719	959	417	237	137	623
Soins courants	16 312	12 249	5 008	1 692	1 123	2 941
Total	161 749	67 664	14 423	23 107	72 671	21 415

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes – France entière

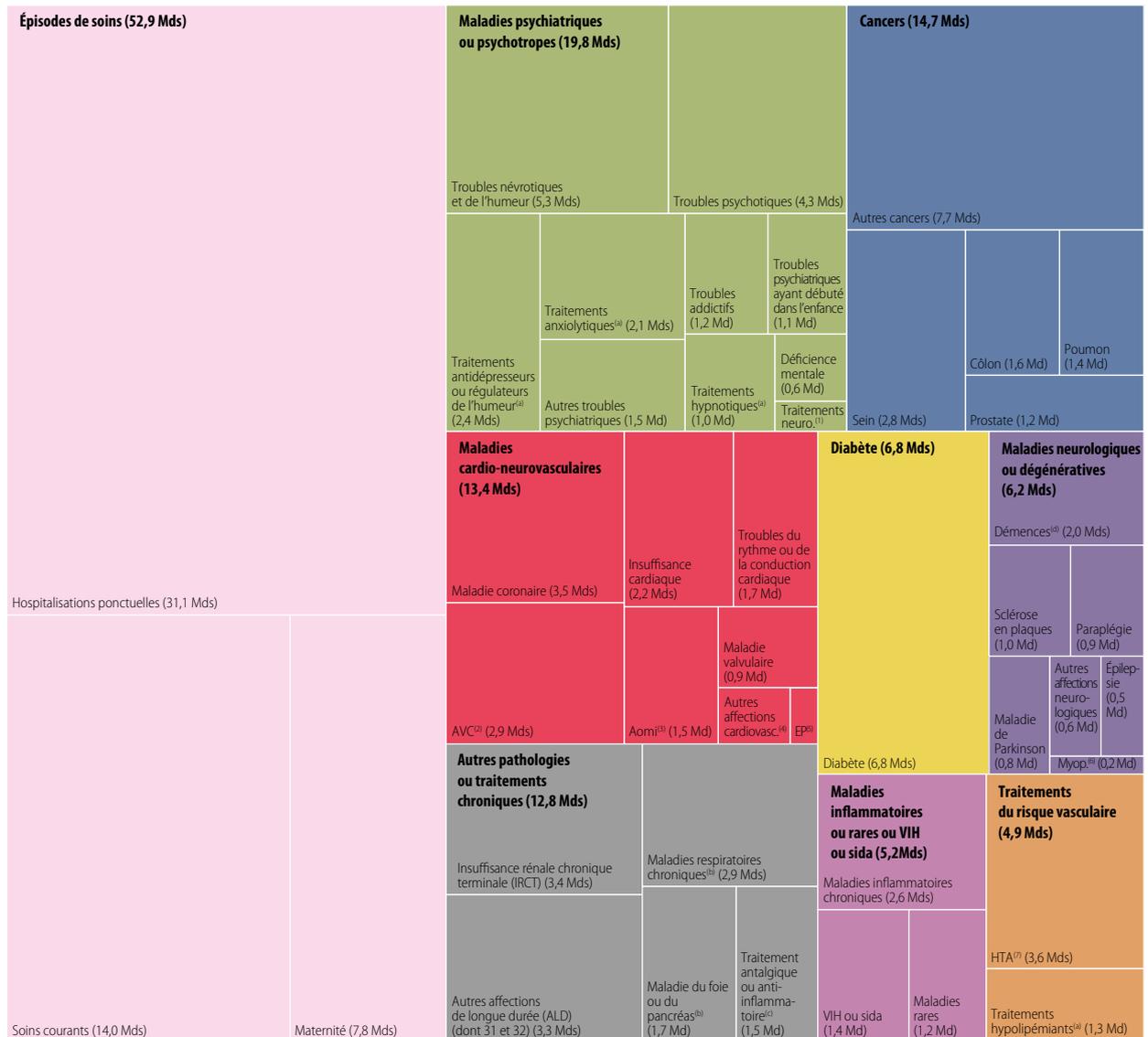
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

La **figure 3** permet d'analyser la répartition des 137 milliards d'euros entre les grands groupes de pathologies, traitements ou épisodes de soins, mais également au sein de ces grands regroupements. Ainsi, parmi les 19,8 milliards d'euros affectés aux maladies ou traitements psychiatriques, on notera le poids important des dépenses affectées aux « troubles névrotiques et de l'humeur » (5,3 milliards d'euros) et aux « troubles psychotiques » (4,3 milliards d'euros) qui représentent près de 50 % des dépenses affectées à la santé mentale, et qui proviennent essen-

tiellement des dépenses liées aux séjours hospitaliers. Parmi les 13,4 milliards d'euros affectés aux « maladies cardio-neurovasculaires », on notera le poids important des dépenses affectées aux « maladies coronaires » (3,5 milliards d'euros), aux « accidents vasculaires cérébraux » ou AVC (2,9 milliards d'euros) et à l'« insuffisance cardiaque » (2,2 milliards d'euros) qui représentent plus des deux tiers des dépenses de ce groupe, avec là aussi une part élevée liée aux séjours hospitaliers.

► FIGURE 3

Répartition des dépenses d'assurance maladie du régime général en 2016 (en euros)

(1) Traitements neuroleptiques^(a) (0,3 Md)

(2) AVC : accident vasculaire cérébral

(3) Aomi : artériopathie oblitérante du membre inférieur

(4) Autres affections cardiovasculaires (0,5 Md)

(5) EP : embolie pulmonaire aiguë (0,2 Md)

(6) Myop. : myopathie ou myasthénie

(7) HTA : traitements antihypertenseurs^(a)

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(d) Dont maladie d'Alzheimer

Champ : régime général – France entière

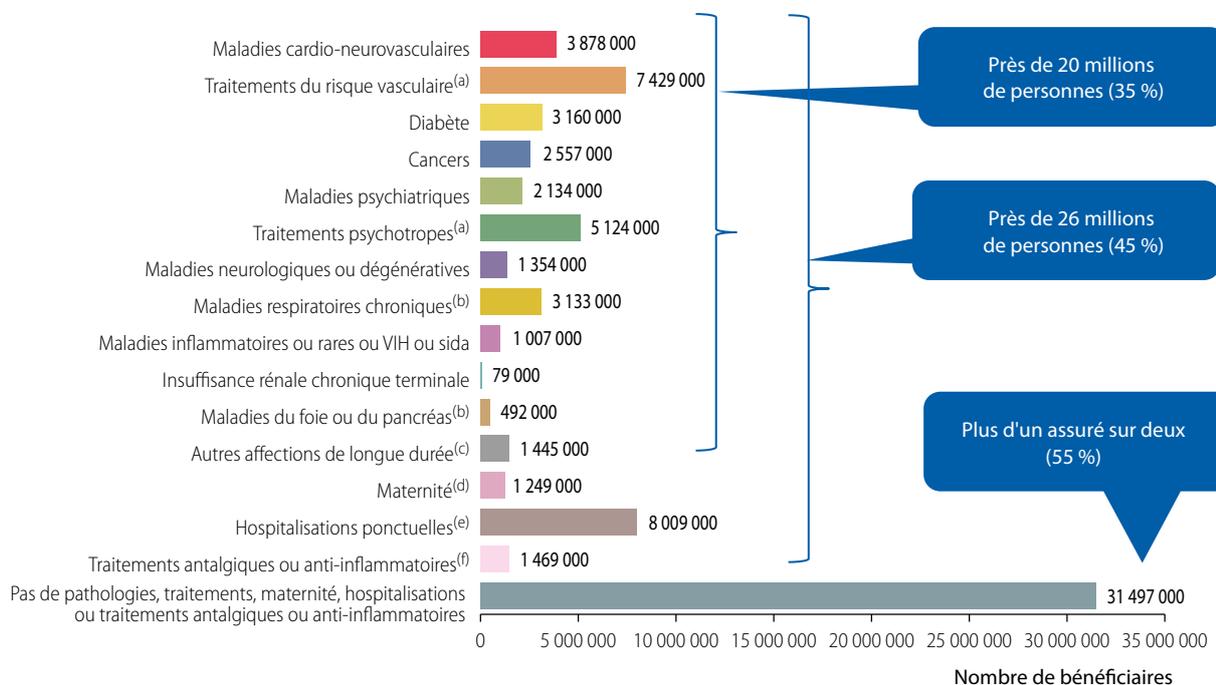
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

On retrouve dans ces analyses le poids des pathologies et traitements chroniques qui concernent 35 % de la population (soit près de 20 millions de personnes pour le régime général), et qui représentent plus de 60 % de la dépense (environ 84 milliards

d'euros). À l'opposé, 55 % de la population affiliée au régime général, soit un peu plus de 31 millions de personnes, ont reçu uniquement des soins qualifiés de courants (figure 4).

► FIGURE 4

Nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2016 pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins (57,5 millions de personnes au total)



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

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

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

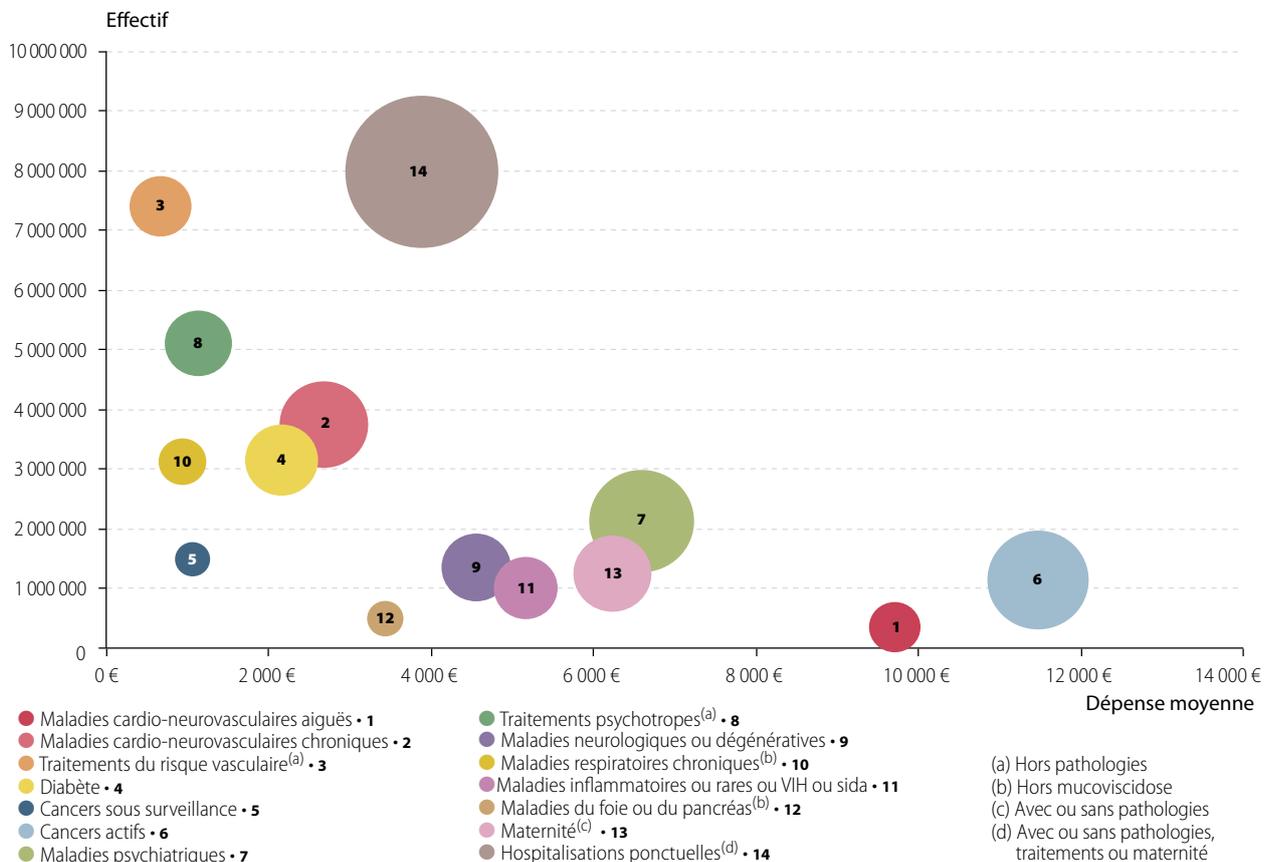
Les dépenses totales induites par les différents groupes de pathologies ou traitements chroniques dépendent à la fois du nombre de personnes traitées et du coût moyen de traitement (**tableau 2**). À la lumière de ces deux critères, les différents groupes de pathologies et traitements présentent des situations contrastées (**figure 5**) :

- un nombre de personnes élevé mais des dépenses moyennes faibles : c'est le cas du groupe « traitement du risque vasculaire » (hypertension artérielle – HTA, cholestérol) en l'absence de maladie cardio-neurovasculaire, diabète ou insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), ou des personnes traitées de façon chronique par psychotropes (sans diagnostic de maladie psychiatrique repérable dans le SNDS, c'est-à-dire sans affection de longue durée (ALD) et sans hospitalisation récente pour affection psychiatrique) ;
- des dépenses moyennes très élevées qui impactent fortement les dépenses malgré un nombre de personnes

concernées plutôt faible : c'est le cas des épisodes aigus de maladie cardio-neurovasculaire (infarctus du myocarde, AVC, décompensation d'insuffisance cardiaque...) ou de cancer, pour lesquels la dépense totale est beaucoup plus liée au coût des soins (environ 10 000 euros par an et par patient en moyenne), avec notamment des prises en charge hospitalières lourdes ;

- des dépenses moyennes et un nombre de personnes concernées tous les deux élevés : c'est le cas des épisodes hospitaliers dits « ponctuels » pour lesquels le poids économique important résulte non seulement d'un nombre élevé de personnes concernées (plus de huit millions) mais également d'une dépense moyenne élevée (près de 4 000 euros par an par patient).

► FIGURE 5

Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins, en 2016

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées totales. Seuls ont été représentés les principaux groupes de population afin de ne pas alourdir le graphique. Bien que le poids de l'insuffisance rénale terminale (IRCT) soit important malgré les faibles effectifs, cette pathologie n'a pas été représentée en raison d'une dépense moyenne (de l'ordre de 43 000 euros par an et par patient) très supérieure à celle des autres pathologies. Par ailleurs, pour les maladies cardio-neurovasculaires, ont été distinguées les formes aiguës (événement survenu dans l'année) et chroniques de la maladie de manière à mieux faire ressortir les différences en termes d'effectifs ou de dépenses remboursées moyennes mobilisées pour leur prise en charge. De même pour les cancers, ont été distingués les cancers en phase active (avec un traitement en cours) et ceux en phase de surveillance. Enfin, pour les pathologies en lien avec la santé mentale, ont été distinguées les maladies psychiatriques qui concernent des populations en affection de longue durée (ALD) ou ayant été hospitalisées pour ce motif, des personnes traitées par psychotropes sans autre indication dans les remboursements de soins.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Pour les groupes « cancers en phase de prise en charge active », les « maladies cardio-neurovasculaires aiguës » et les « maladies psychiatriques », les dépenses moyennes élevées observées

(par an et par patient) s'expliquent essentiellement par le poids important des soins hospitaliers (**tableau 2**) mobilisés pour leur prise en charge (respectivement : 60 %, 83 % et 66 %).

► TABLEAU 2

Effectifs et dépenses remboursées moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins, en 2016

	Effectifs	Dépense moyenne totale	dont soins de ville	dont hospitalisation	dont prestations en espèces
Maladies cardio-neurovasculaires	3 878 000	3 462 €	1 490 €	1 731 €	241 €
dont					
• Maladies cardio-neurovasculaires aiguës	349 000	9 704 €	1 390 €	8 051 €	263 €
• Maladies cardio-neurovasculaires chroniques	3 757 000	2 672 €	1 409 €	1 039 €	224 €
Traitements du risque vasculaire ^(a)	7 429 000	659 €	513 €	37 €	109 €
Diabète	3 160 000	2 150 €	1 791 €	215 €	145 €
Cancers	2 557 000	5 740 €	2 254 €	3 112 €	374 €
dont					
• Cancers actifs	1 143 000	11 469 €	4 137 €	6 786 €	545 €
• Cancers sous surveillance	1 492 000	1 054 €	694 €	136 €	224 €
Maladies psychiatriques ou psychotropes	7 258 000	2 731 €	785 €	1 327 €	619 €
dont					
• Maladies psychiatriques	2 134 000	6 586 €	1 273 €	4 327 €	986 €
• Traitements psychotropes ^(a)	5 124 000	1 126 €	582 €	78 €	466 €
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 354 000	4 548 €	2 868 €	1 319 €	361 €
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	3 133 000	929 €	579 €	262 €	88 €
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	1 007 000	5 158 €	3 595 €	1 146 €	417 €
Insuffisance rénale chronique terminale	79 000	43 170 €	13 066 €	29 230 €	874 €
dont					
• Dialyse chronique	44 000	63 035 €	17 456 €	45 017 €	562 €
• Transplantation rénale	3 000	69 702 €	16 721 €	50 760 €	2 221 €
• Suivi de transplantation rénale	32 000	13 937 €	6 814 €	5 957 €	1 166 €
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	492 000	3 428 €	2 201 €	956 €	271 €
Autres affections de longue durée ^(c)	1 445 000	2 312 €	1 650 €	441 €	221 €
Maternité ^(d)	1 249 000	6 226 €	865 €	2 783 €	2 578 €
Hospitalisations ponctuelles ^(e)	8 009 000	3 878 €	525 €	3 002 €	350 €
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires ^(f)	1 469 000	1 012 €	554 €	78 €	379 €

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► **ENCADRÉ 3**Description des groupes de pathologies
et traitements de la cartographie en quelques lignes**Maladies cardio-neurovasculaires :**

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

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

Diabète (quel que soit son type).

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

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

Traitements psychotropes : il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et/ou hypnotiques (mais qui n'ont pas eu d'hospitalisation ou d'ALD récentes, et donc pas de diagnostic repérable dans le SNDS).

Maladies neurologiques et

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

Maladies respiratoires chroniques :

asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), IRCT... La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe.

Maladies inflammatoires, maladies rares

et VIH : sont distinguées les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici), la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, les autres maladies inflammatoires chroniques ; pour les maladies rares, les maladies métaboliques héréditaires, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase grave. L'infection au VIH ou sida fait l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

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

Maladies du foie ou du pancréas :

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

Autres affections de longue durée

(regroupées) : personnes avec une ALD autre que celles relatives aux pathologies ci-dessus mentionnées.

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

Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et

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

Séjours hospitaliers ponctuels (pour des motifs qui ne correspondent pas aux 56 groupes de pathologies repérées) :

ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées (prothèse de hanche) ou non (appendicectomie), exploratoires (coloscopie), ou des symptômes ou pathologies mal définis.

Soins courants : personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements ou situations de soins décrites ci-dessus, donc *a priori* n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...).

1.2 Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?

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

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

Le fait de pouvoir cette année disposer des résultats de la cartographie des pathologies et des dépenses sur cinq années (2012 à 2016), permet :

- une mise en perspective des évolutions observées à court terme (2015-2016) avec celles observées sur un horizon plus long (2012-2015) ;
- la présentation de tendances à moyen terme sur les cinq années (2012-2016).

Dans ces interprétations d'évolutions d'effectifs et de dépenses, il est important de considérer que la population s'agrandit, et qu'il est normal d'observer une croissance de certains effectifs, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes âgées, du fait de l'allongement de l'espérance de vie qui reflète une meilleure santé globale de la population. Ainsi, l'effectif des personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins s'élevait à 55,9 millions de personnes en 2012 et à 57,5 millions en 2016, soit environ 1,5 million de personnes supplémentaires (taux de croissance moyen de 0,7 %).

Évolutions à court terme : un ralentissement de la croissance entre 2015 et 2016 par rapport à celle observée, en moyenne, les années précédentes

Entre 2015 et 2016, les dépenses d'assurance maladie pour le régime général⁵ ont augmenté de 3,6 milliards d'euros soit une croissance de + 2,7 %, plus faible que celle observée sur la période 2012-2015 avec un taux de croissance annuel moyen de + 3,6 % par an sur cette période⁶ (**tableau 3**).

Sur la période 2015-2016, les dynamiques de dépenses les plus soutenues (supérieures à 3,5 %) s'observent (**figure 6 et tableau 4**) pour les groupes « autres affections de longue durée » (+ 5,7 %, + 179,1 millions d'euros), les « cancers » (+ 5,1 %,

+ 708,2 millions d'euros), les « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida » (+ 5,1 %, + 251,8 millions d'euros), les « traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes » (+ 4,2 %, + 59,9 millions d'euros), les « maladies cardio-neurovasculaires » et les « maladies neurodégénératives » (+ 3,6 % chacune, respectivement + 469,6 millions d'euros et + 216,1 millions d'euros).

La dynamique de la dépense globale résulte de deux évolutions : celle des effectifs de patients traités et celle des dépenses moyennes par patient (**figure 6**). Ainsi, pour toutes les pathologies précédemment citées, la hausse soutenue des dépenses s'explique principalement par une hausse des effectifs avec des taux supérieurs à 2 %, sauf pour les « cancers », en phase active de traitement ou en surveillance (1,8 %). Pour ces derniers, c'est en effet principalement la hausse de la dépense annuelle moyenne par patient (+ 3,2 %) qui explique la croissance des dépenses.

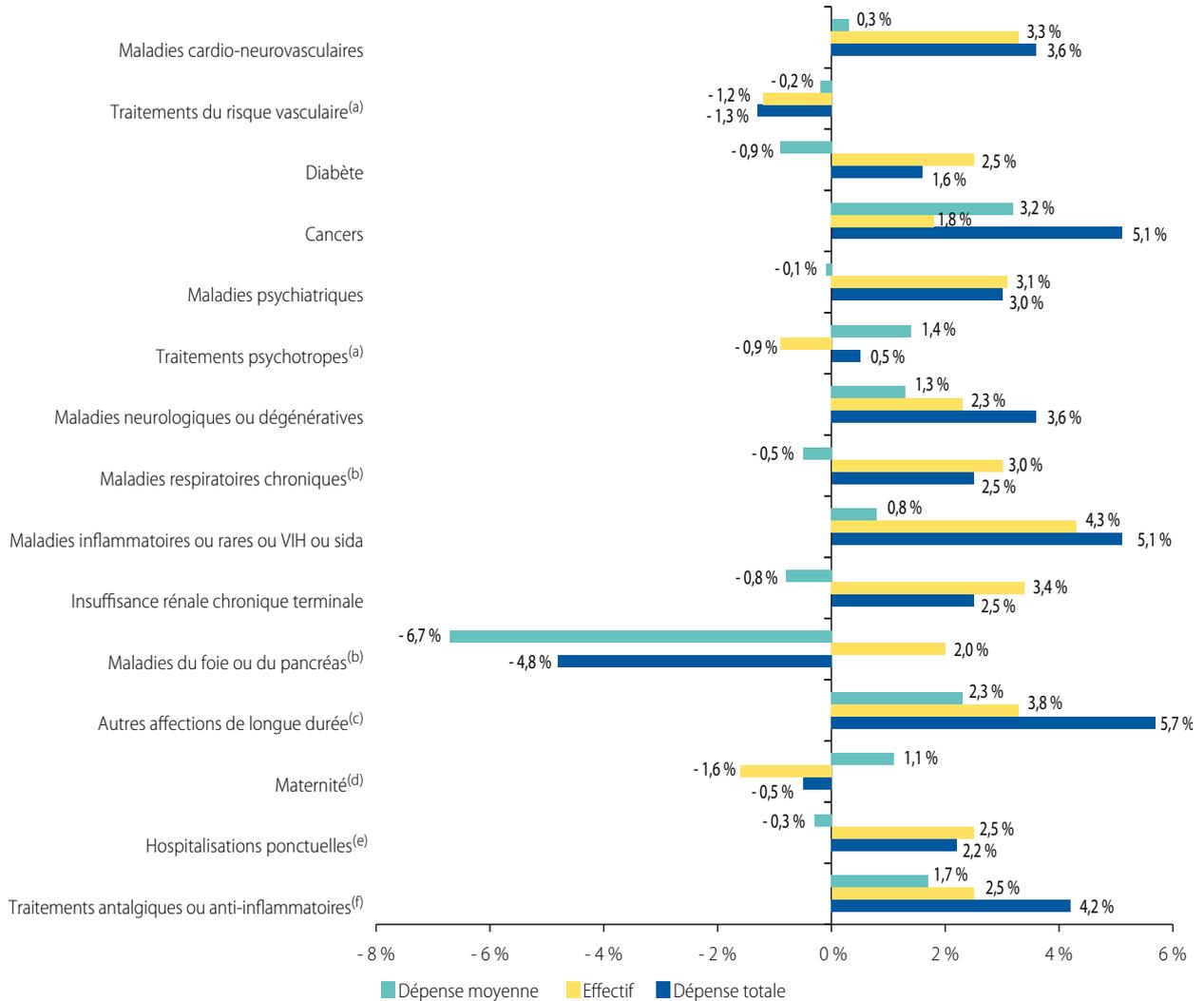
À l'inverse, pour les groupes tels que le « diabète », l'« insuffisance rénale chronique terminale », les « maladies respiratoires chroniques » et les « hospitalisations ponctuelles », la baisse de la dépense annuelle moyenne par patient (respectivement - 0,9 %, - 0,8 %, - 0,5 % et - 0,3 %) a limité la hausse observée des dépenses pour ces pathologies (respectivement + 1,6 %, + 2,5 %, + 2,5 % et + 2,2 %). Pour les « maladies du foie et du pancréas », la baisse de la dépense annuelle moyenne par patient a été si forte (- 6,7 %, passant de 3 673 euros en 2015 à 3 428 euros en 2016), à la suite notamment de l'arrivée de traitements moins coûteux (de prix inférieurs ou nécessitant une durée de traitement réduite), qu'au global les dépenses ont baissé de 4,8 % (- 85,7 millions d'euros) malgré la hausse observée des effectifs (+ 2 %).

Enfin, les dépenses relatives au groupe « maternité » et aux « traitements du risque vasculaire » sont en baisse (- 0,5 % et - 1,3 % respectivement) en raison principalement d'une baisse des effectifs (- 1,6 % et - 1,2 % respectivement). La baisse des effectifs des personnes ayant un « traitement du risque vasculaire », en prévention primaire probablement (hors « maladies cardio-neurovasculaires » ou « diabète » ou « IRCT »), concerne uniquement les personnes traitées par hypolipémiants (- 6,2 %), les effectifs des personnes traitées par antihypertenseurs ayant très légèrement augmenté (+ 0,2 %).

⁵ Sur le périmètre faisant l'objet d'une décomposition par pathologie, c'est-à-dire 137 milliards d'euros pour le régime général en 2016 (162 milliards d'euros par extrapolation à l'ensemble des régimes).

⁶ Ces taux d'évolutions, supérieurs à ceux de l'Ondam, ne peuvent pas leur être comparés, car le champ des dépenses prises en compte est différent (voir annexe 4, tableau comparant les champs). En particulier, seules les dépenses individualisables sont prises en compte, ce qui conduit de fait à exclure, par exemple, les remises conventionnelles pharmaceutiques ou autres montants récupérés grâce aux mécanismes de régulation.

► FIGURE 6

Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales entre 2015 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► TABLEAU 3

Taux de croissance moyens annuels des effectifs et dépenses totales et moyennes remboursées sur la période 2012-2015 pour les principaux groupes de pathologies ou situation de soins

Pathologie, traitement ou événement de santé	Taux de croissance annuel moyen 2012-2015		
	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne
Maladies cardio-neurovasculaires	3,1 %	3,1 %	0,0 %
Traitements du risque vasculaire ^(a)	- 2,1 %	- 1,1 %	- 1,0 %
Diabète	2,6 %	2,8 %	- 0,3 %
Cancers	4,0 %	0,8 %	3,1 %
Maladies psychiatriques	3,0 %	2,2 %	0,8 %
Traitements psychotropes ^(a)	0,6 %	- 1,4 %	2,0 %
Maladies neurologiques ou dégénératives	3,6 %	1,6 %	2,0 %
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	1,7 %	1,5 %	0,2 %
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	5,3 %	3,7 %	1,5 %
Insuffisance rénale chronique terminale	3,2 %	3,7 %	- 0,5 %
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	13,2 %	1,2 %	11,8 %
Autres affections de longue durée ^(c)	5,4 %	3,4 %	1,9 %
Maternité ^(d)	0,3 %	- 1,4 %	1,7 %
Hospitalisations ponctuelles ^(e)	2,5 %	1,4 %	1,1 %
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire ^(f)	1,2 %	- 1,3 %	2,5 %
Ensemble	2,7 %	0,6 %	2,0 %

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Par ailleurs, la mise en perspective des évolutions observées entre 2015 et 2016 (**figure 6**) avec celles observées sur la période 2012-2015 (**tableau 3 et figure 6**) permet de noter un ralentissement ou un maintien du rythme de croissance de la dépense totale pour la majeure partie des groupes de population. On remarque toutefois une accélération pour les « cancers » (passant de 4 % à 5,1 %), les « maladies respiratoires chroniques » (de 1,7 % à 2,5 %) et les « traitements antalgiques ou anti-inflammatoires » (de 1,2 % à 4,2 %) et dans une moindre mesure pour les « maladies cardio-neurovasculaires » (de 3,1 % à 3,6 %).

Évolutions à moyen terme : une hausse des dépenses pour quasiment toutes les pathologies, traitements ou épisodes de soins considérés avec des facteurs explicatifs variables

Sur la période de 2012 à 2016, les dépenses d'assurance maladie pour le régime général ont augmenté de plus de 13,7 milliards d'euros, soit + 11 % sur la période 2012-2016 (+ 2,7 % par an en moyenne).

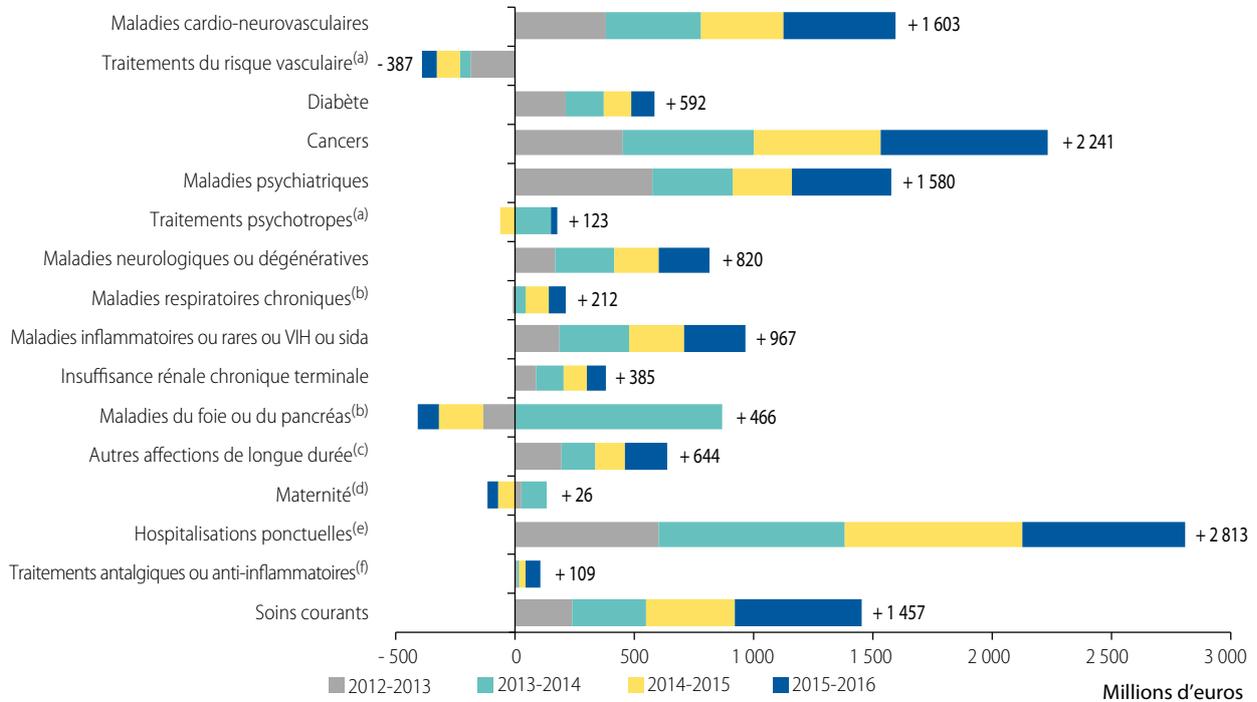
Cette hausse des dépenses concerne tous les groupes à l'exception du groupe « traitement du risque vasculaire » (hors

pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et IRCT) pour lequel on observe une baisse des dépenses de - 387 millions d'euros sur l'ensemble de la période (**figure 7**).

Pour les quatre groupes de pathologies ou traitements principaux contributeurs, l'augmentation est supérieure à 1,5 milliard d'euros : + 2,8 milliards d'euros pour les « hospitalisations ponctuelles », + 2,2 milliards d'euros pour les « cancers », + 1,7 milliard d'euros pour les « maladies psychiatriques ou traitements psychotropes » et + 1,6 milliard d'euros pour les « maladies cardio-neurovasculaires ».

En fonction des années et des groupes de pathologies considérés, l'évolution des dépenses peut être variable, l'exemple le plus marquant étant celui des « maladies du foie ou du pancréas ». En effet, alors que les dépenses avaient baissé entre 2011 et 2012, on observe une forte augmentation des dépenses entre 2013 et 2014 (+ 868 millions d'euros suite à l'arrivée du sofosbuvir), suivie les autres années de baisses limitant au global l'augmentation des dépenses à + 466 millions d'euros sur les cinq années.

► FIGURE 7

**Évolution des dépenses totales remboursées entre 2012 et 2016,
pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins**

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : régime général – France entière

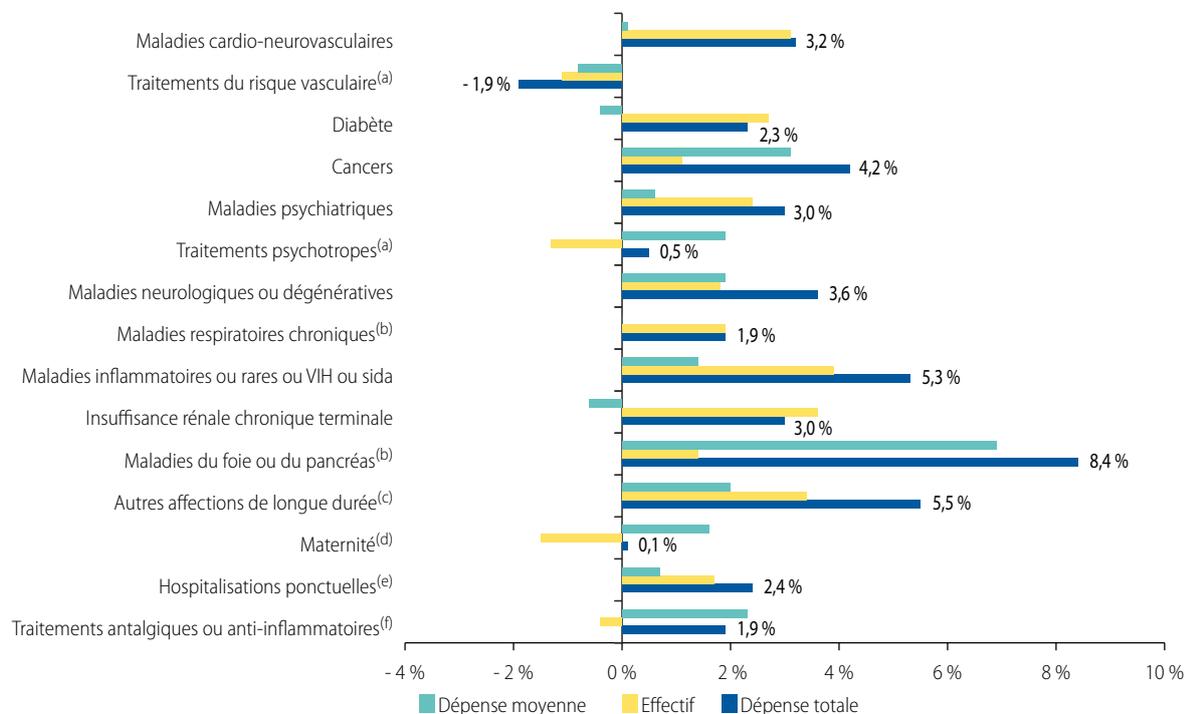
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Les dynamiques de dépenses les plus soutenues (supérieures à 3,5 % par an en moyenne) s'observent sur la période 2012-2016 pour (figure 8 et tableau 4) : les « maladies du foie ou du pancréas » (+ 8,4 %), les « autres affections de longue durée » (+ 5,5 %), le groupe « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida » (+ 5,3 %), les « cancers » (+ 4,2 %), et les « maladies

neurodégénératives » (+ 3,6 %). Des taux de croissance des dépenses également soutenus (> 2 %) sont observés pour les « maladies cardio-neurovasculaires » (+ 3,2 %), les « maladies psychiatriques » (+ 3 %), l'« insuffisance rénale chronique terminale » (+ 3 %), les « hospitalisations ponctuelles » (+ 2,4 %) et le « diabète » (+ 2,3 %).

► FIGURE 8

Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2016 des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

On observe pour certains groupes de pathologies une augmentation des effectifs (figure 9) : entre 2012 et 2016, près de 450 000 personnes supplémentaires dans le groupe « maladies cardio-neurovasculaires » et plus de 320 000 dans le groupe « diabète ». Pour ces pathologies qui touchent un grand nombre de personnes, essentiellement âgées, le taux de croissance annuel moyen observé sur la période est de l'ordre de 3 % par an (figure 8). Pour d'autres pathologies, telles que le groupe « maladies inflammatoires rares ou VIH ou sida » et l'« insuffisance rénale chronique terminale », le nombre de personnes traitées a augmenté à un rythme plus soutenu, avec un taux de croissance moyen supérieur à 3,5 % par an dans les deux cas.

Par ailleurs, entre 2012 et 2016, plus de 500 000 personnes supplémentaires ont été prises en charge pour une « hospitalisation ponctuelle » (taux de croissance annuel moyen : + 1,7 % par an). La période 2015-2016 concentre 40 % de cette croissance avec près de 200 000 « hospitalisations ponctuelles » supplémentaires (+ 2,5 %). Parmi ces hospitalisations, 47 % concernaient des personnes âgées de 65 à 74 ans et 21 % de 55 à 64 ans. Il s'agissait notamment d'hospitalisations en lien avec le domaine d'activité « digestif » (+ 13,6 % entre 2015 et 2016) en particulier les hospitalisations pour « prise en charge médicale des tumeurs malignes du tube digestif » (+ 27,4 %) et « endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de deux jours » (+ 26,2 %).

Ces augmentations sont probablement liées au déploiement d'un nouveau test de dépistage du cancer du côlon à partir d'avril 2015 et à l'augmentation des effectifs de personnes ayant un cancer du côlon actif (voir page 23).

À l'inverse, comme les années précédentes, le nombre de personnes prises en charge a diminué pour certains groupes de populations. Pour la maternité, la baisse des effectifs suit celle des naissances. Pour les « traitements antalgiques ou anti-inflammatoires » ainsi que pour le groupe « traitements psychiatriques », il convient d'être prudent dans les interprétations. En effet, il est possible qu'au moins une partie de la diminution de ce dernier groupe découle de la définition des algorithmes (basée uniquement sur le recours chronique à certains traitements, après exclusion des personnes pour lesquelles un diagnostic spécifique est retrouvé) et des améliorations du système d'information (ex. : amélioration du codage du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie – Rimp – qui expliquerait en partie la baisse des effectifs du groupe « traitement chronique par psychotropes » au profit du groupe « maladies psychiatriques »). Néanmoins, la baisse du nombre de personnes prises en charge de façon chronique par psychotropes⁷ (- 5,1 % au global entre 2012 et 2016) est cohérente avec les données observées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour la période 2012-2015, en

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

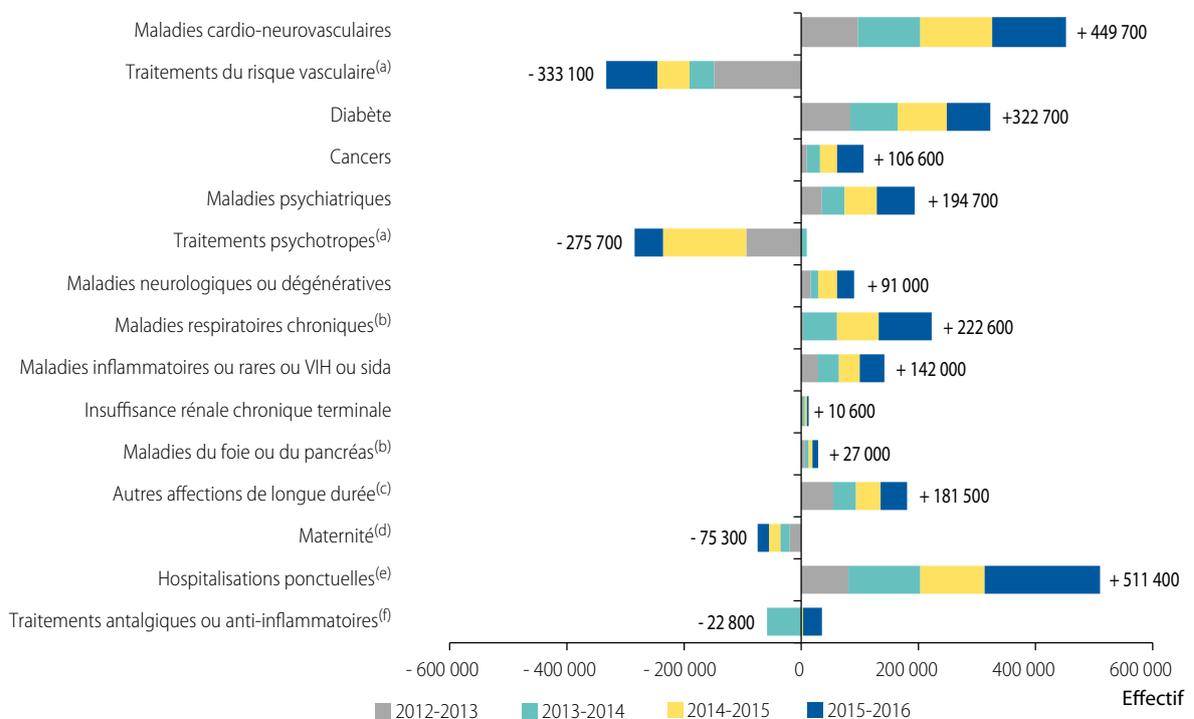
France et dans d'autres pays européens, en particulier en ce qui concerne les anxiolytiques (ANSM, avril 2017⁸).

Concernant la baisse continue des effectifs du groupe « traitements du risque vasculaire » observée entre 2012 et 2016, elle traduit en fait la baisse importante, de l'ordre de - 20 % en cinq ans (soit - 5,3 % par an en moyenne sur la période), du nombre de personnes traitées par hypolipémiants⁹. À l'inverse, le nombre de personnes traitées par antihypertenseurs (hors pathologie cardio-neurovasculaire, diabète et IRCT) a très légèrement augmenté¹⁰ sur la période (+ 1,16 % en cinq ans, soit un taux d'évolution de + 0,3 % par an en moyenne).

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

► FIGURE 9

Évolution des effectifs entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Au global, pour les différents groupes de pathologies considérés, les deux facteurs, effectifs et dépenses moyennes par patient, jouent dans des proportions très variables (figure 8 et tableau 4). Pour les « cancers » et les « maladies du foie ou du pancréas », ce sont les coûts moyens de traitement qui expliquent la croissance de la dépense totale. Pour les autres groupes de pathologies, au contraire, l'évolution des dépenses est principalement liée à celle

des effectifs de patients. Pour les « maladies neurodégénératives », les évolutions d'effectifs et de dépenses moyennes ont un poids égal dans l'augmentation totale des dépenses affectées à la prise en charge de ces pathologies (+ 3,6 % par an entre 2012 et 2016).

La figure 10 permet de visualiser de manière synthétique les contributions de l'évolution des effectifs et dépenses moyennes

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

9 En dehors de certaines maladies cardio-neurovasculaires associées, d'un diabète ou d'une IRCT. Si l'on prend l'ensemble des personnes traitées de façon chronique par hypolipémiants (avec ou sans pathologie associée), on observe également une baisse qui est cependant moins marquée (- 8,7 % en cinq ans, soit un taux moyen de - 2,2 % par an) que celle observée chez les personnes sans pathologie associée (- 20 % en cinq ans).

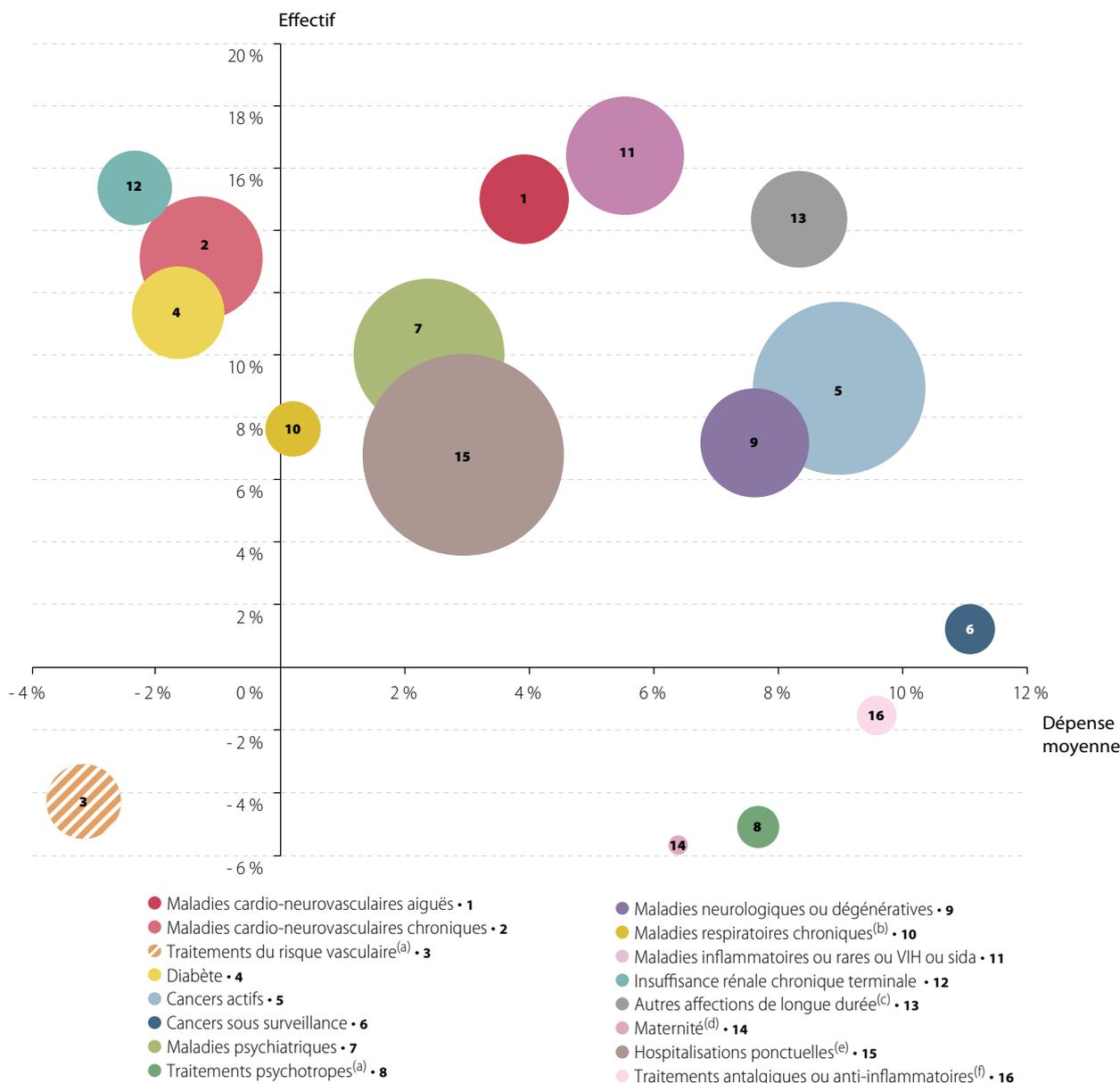
10 L'augmentation est plus forte si l'on considère l'ensemble des personnes traitées par antihypertenseurs (c'est-à-dire avec ou sans pathologie associée) de façon chronique (+ 4,2 % en cinq ans soit un taux d'évolution de + 1 % par an en moyenne).

par an par patient aux dépenses totales sur la période 2012-2016. Elle permet de mettre également en lumière les enjeux économiques associés à chaque groupe de pathologies,

la taille de la bulle étant proportionnelle au différentiel total de dépenses remboursées entre 2012 et 2016.

► FIGURE 10

Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2016 des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par an et par patient et des dépenses totales, pour chaque groupe de pathologies (hors maladies du foie ou du pancréas) ou situation de soins



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

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au différentiel de dépenses remboursées entre 2012 et 2016, avec des bulles hachurées pour marquer une baisse de dépenses remboursées sur la période (traitements du risque vasculaire), des bulles pleines lorsqu'il s'agit d'une augmentation des dépenses. Les taux d'évolution des effectifs sont ceux observés sur l'ensemble de la période 2012 à 2016 (il ne s'agit pas de taux de croissance annuel). Seuls ont été représentés les principaux groupes de population afin de ne pas alourdir le graphique. Compte tenu des évolutions très fortes et atypiques observées pour les maladies du foie ou du pancréas, ce groupe de population n'a pas été représenté. Par ailleurs, pour les maladies cardio-neurovasculaires, ont été distinguées les formes aiguës (événement survenu dans l'année) et chroniques de la maladie de manière à mieux faire ressortir les différences en termes d'effectifs ou de dépenses remboursées moyennes mobilisées pour leur prise en charge. De même pour les cancers, ont été distingués les cancers en phase active (avec un traitement en cours) et ceux en phase de surveillance. Enfin, pour les pathologies en lien avec la santé mentale, ont été distinguées les maladies psychiatriques qui concernent des populations en affection de longue durée (ALD) ou ayant été hospitalisées pour ce motif, des personnes traitées par psychotropes sans autre indication dans les remboursements de soins.

Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► TABLEAU 4

Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins

Pathologie, traitement ou événement de santé	Évolution 2012-2013			Évolution 2013-2014			Évolution 2014-2015			Évolution 2015-2016			Taux de croissance annuel moyen 2012-2016		
	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne	Dépense totale	Effectif	Dépense moyenne									
Maladies cardio-neurovasculaires	3,2 %	2,8 %	0,4 %	3,3 %	3,0 %	0,3 %	2,7 %	3,4 %	-0,7 %	3,6 %	3,3 %	0,3 %	3,2 %	3,1 %	0,1 %
Traitements du risque vasculaire ^(a)	-3,5 %	-1,9 %	-1,6 %	-0,9 %	-0,5 %	-0,4 %	-1,8 %	-0,7 %	-1,1 %	-1,3 %	-1,2 %	-0,2 %	-1,9 %	-1,1 %	-0,8 %
Diabète	3,5 %	3,0 %	0,5 %	2,6 %	2,7 %	-0,1 %	1,6 %	2,8 %	-1,1 %	1,6 %	2,5 %	-0,9 %	2,3 %	2,7 %	-0,4 %
Cancers	3,7 %	0,4 %	3,2 %	4,3 %	0,9 %	3,3 %	3,9 %	1,1 %	2,8 %	5,1 %	1,8 %	3,2 %	4,2 %	1,1 %	3,1 %
Maladies psychiatriques	4,7 %	1,8 %	2,8 %	2,6 %	2,0 %	0,6 %	1,8 %	2,8 %	-0,9 %	3,0 %	3,1 %	-0,1 %	3,0 %	2,4 %	0,6 %
Traitements psychotropes ^(a)	0,1 %	-1,7 %	1,9 %	2,7 %	0,2 %	2,5 %	-1,0 %	-2,7 %	1,7 %	0,5 %	-0,9 %	1,4 %	0,5 %	-1,3 %	1,9 %
Maladies neurologiques ou dégénératives	3,3 %	1,1 %	2,1 %	4,4 %	1,1 %	3,3 %	3,3 %	2,5 %	0,7 %	3,6 %	2,3 %	1,3 %	3,6 %	1,8 %	1,9 %
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	-0,1 %	0,0 %	-0,1 %	1,7 %	2,1 %	-0,3 %	3,6 %	2,4 %	1,2 %	2,5 %	3,0 %	-0,5 %	1,9 %	1,9 %	0,0 %
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	4,4 %	3,3 %	1,1 %	6,8 %	3,9 %	2,8 %	4,9 %	4,1 %	0,7 %	5,1 %	4,3 %	0,8 %	5,3 %	3,9 %	1,4 %
Insuffisance rénale chronique terminale	3,1 %	3,2 %	-0,1 %	3,7 %	3,9 %	-0,2 %	2,8 %	4,1 %	-1,2 %	2,5 %	3,4 %	-0,8 %	3,0 %	3,6 %	-0,6 %
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	-10,8 %	1,3 %	-12,0 %	79,8 %	1,2 %	77,6 %	-9,4 %	1,2 %	-10,5 %	-4,8 %	2,0 %	-6,7 %	8,4 %	1,4 %	6,9 %
Autres affections de longue durée ^(c)	7,4 %	4,4 %	2,9 %	4,8 %	2,9 %	1,8 %	4,2 %	3,0 %	1,1 %	5,7 %	3,3 %	2,3 %	5,5 %	3,4 %	2,0 %
Maternité ^(d)	0,4 %	-1,4 %	1,9 %	1,3 %	-1,2 %	2,5 %	-0,9 %	-1,6 %	0,7 %	-0,5 %	-1,6 %	1,1 %	0,1 %	-1,5 %	1,6 %
Hospitalisations ponctuelles ^(e)	2,2 %	1,1 %	1,1 %	2,7 %	1,6 %	1,0 %	2,5 %	1,4 %	1,1 %	2,2 %	2,5 %	-0,3 %	2,4 %	1,7 %	0,7 %
Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires ^(f)	0,9 %	-0,1 %	1,0 %	1,0 %	-3,8 %	5,0 %	1,7 %	0,1 %	1,6 %	4,2 %	2,5 %	1,7 %	1,9 %	-0,4 %	2,3 %

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

1.2.2 / Zoom sur les dynamiques d'évolution de quelques pathologies

Cancer du poumon en phase active de traitement – Une augmentation soutenue des effectifs sur la période, une dépense moyenne variable en hausse en 2016 : impact de la diffusion des thérapies ciblées

En 2016, sur les 13,1 milliards d'euros affectés à la prise en charge de l'ensemble des cancers en phase active de traitement¹¹, 1,4 milliard d'euros (environ 10 %) l'a été pour des patients ayant un cancer du poumon. Parmi les 77 000 personnes concernées, 35 % seulement sont des femmes et l'âge moyen et médian est de 67 ans. C'est le cancer en phase active de traitement pour lequel la dépense annuelle moyenne affectée à sa prise en charge est la plus élevée (figure 11) : près de 18 000 euros par an et par patient.

Entre 2012 et 2016, les dépenses affectées à la prise en charge du cancer du poumon en phase active de traitement ont augmenté de 230 millions d'euros, soit une hausse de + 4,7 % par an en moyenne (figure 12). Cette augmentation est principalement liée à l'augmentation de l'effectif des personnes prises en charge (+ 11 000 en cinq ans, soit un taux de croissance

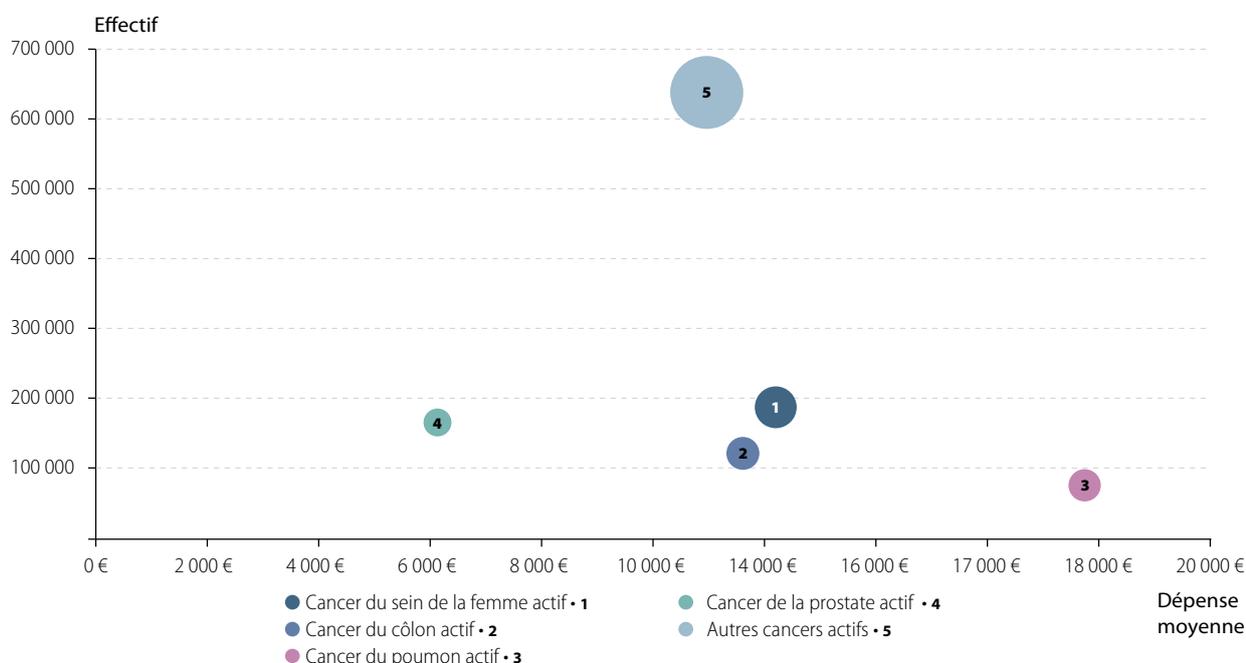
annuel moyen proche de 4 % par an), selon que l'on considère l'ensemble de la période ou bien chaque année séparément.

L'augmentation des effectifs sur la période est nettement plus forte chez les femmes que chez les hommes. En effet, entre 2012 et 2016, 6 000 femmes supplémentaires ont été comptabilisées (+ 6,6 % par an en moyenne) *versus* + 4 400 hommes (+ 2,4 % par an en moyenne). Chez les femmes, cette augmentation des effectifs est surtout marquée pour la classe d'âge 65-74 ans avec une augmentation de + 2 900 femmes (+ 12 % par an en moyenne). Chez les hommes, c'est aussi pour cette classe d'âge que l'augmentation est la plus forte, mais le taux de croissance annuel moyen est moins élevé (+ 3 900 hommes et un taux moyen de + 6,3 % par an). À l'inverse, sur la même période on observe une baisse des effectifs pour la classe d'âge 35-64 ans plus marquée chez les hommes (- 3,5 % par an en moyenne) que chez les femmes (- 0,2 % par an en moyenne). Cette évolution reflète les modifications épidémiologiques du tabagisme entre hommes et femmes et renvoie aux efforts de prévention indispensables dans ce domaine dans les deux sexes.

La croissance de la dépense moyenne par patient a ralenti entre 2012 et 2014 (jusqu'à être négative en 2015) avant d'augmenter à nouveau en 2016.

► FIGURE 11

Cancers en phase active de traitement - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales, en 2016

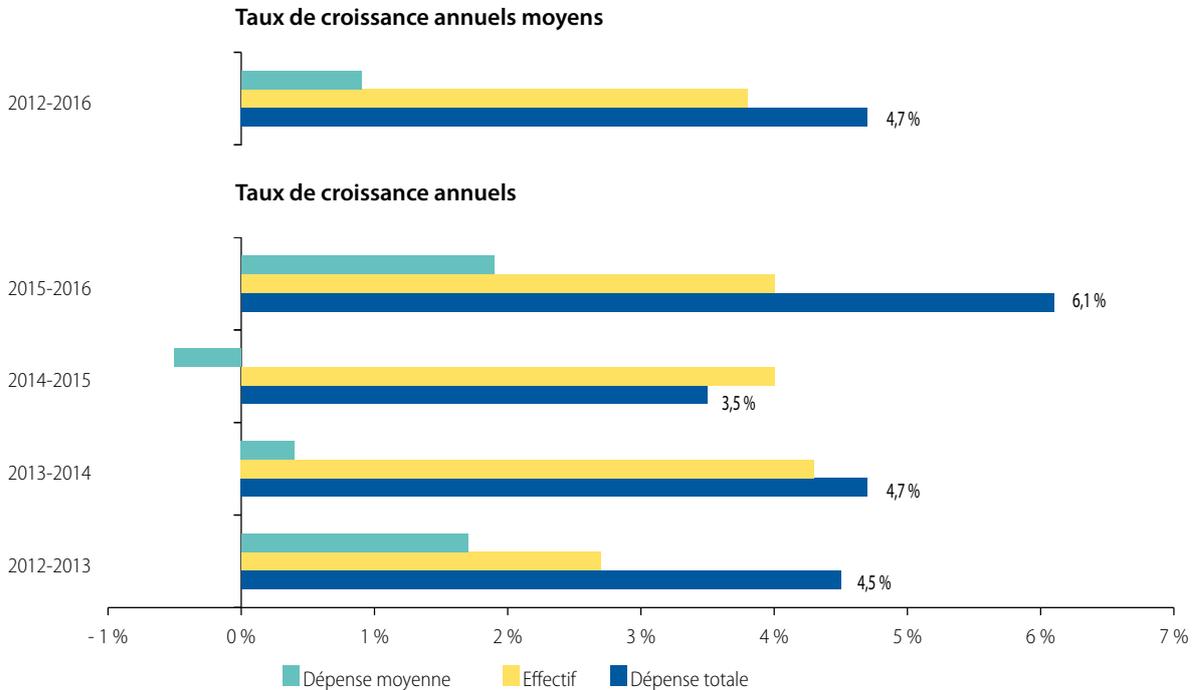


Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

¹¹ Ayant donné lieu, dans les deux ans (année n ou n-1), soit à une hospitalisation pour traitement, à l'exclusion des hospitalisations pour bilan seul, soit à une hospitalisation pour métastase, soit à l'initiation d'une prise en charge pour ALD, soit à un traitement par certaines thérapies ciblées (trois délivrances l'année n ou n-1).

► FIGURE 12

Cancer du poumon en phase active de traitement - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

En décomposant la dépense moyenne par patient selon les différents postes de dépenses (figure 13), on constate une baisse régulière des dépenses liées aux médicaments de la liste en sus (poste « hospitalisations liste en sus médecine, chirurgie, obstétrique – MCO »), de 18,5 % en cinq ans (- 9,5 % entre 2015 et 2016) et, parallèlement, une augmentation des dépenses liées aux autres médicaments (poste « médicaments »¹²), de + 25 % entre 2012 et 2016 (+ 13 % entre 2015 et 2016). *In fine*, la dépense moyenne par patient n'a augmenté que de 0,9 % par an en moyenne sur la période.

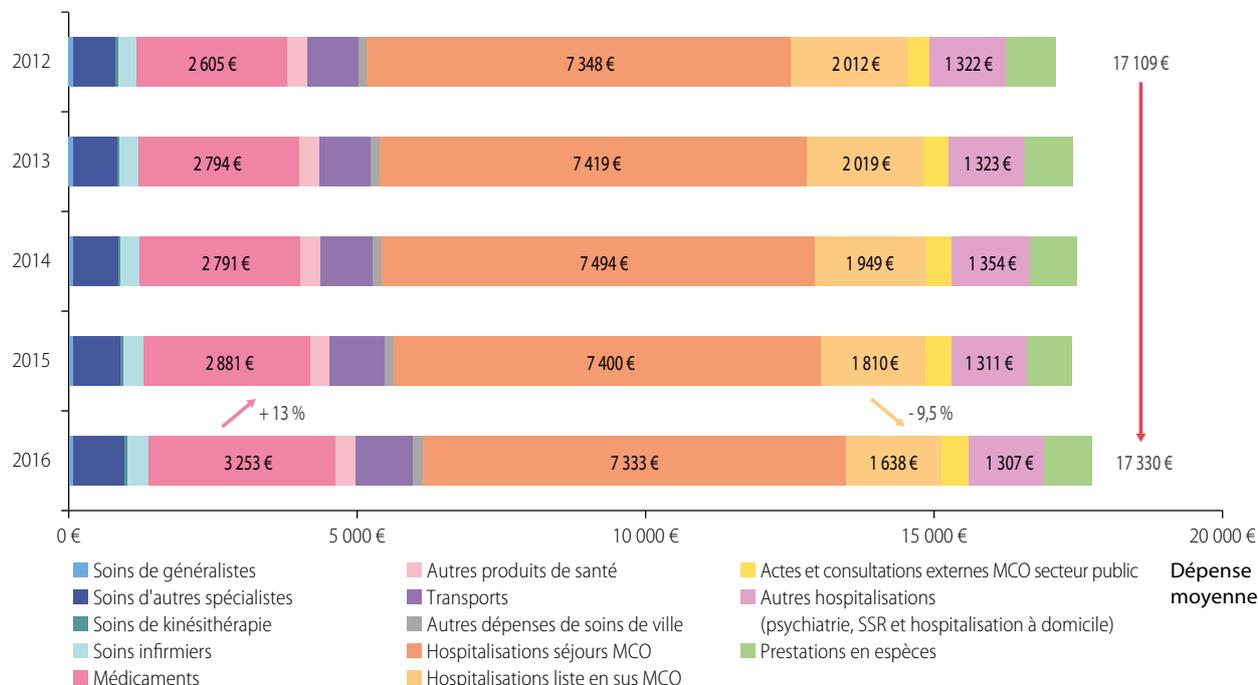
La diminution des dépenses pour les médicaments de la liste en sus peut s'expliquer par des baisses de prix de médicaments (Avastin® en 2013, 2014 et 2015 et Alimta® en 2013 et 2014).

L'augmentation des dépenses pour le poste « médicaments » peut être liée à la diffusion de nouvelles thérapies ciblées délivrées en officine (Xalkori®, Giotrif®, Tarceva®, Iressa®), avec des coûts de traitements journaliers supérieurs aux thérapies précédemment utilisées. En particulier, Xalkori® a été inscrit fin 2013 sur la liste des spécialités remboursables indiquées dans le cancer bronchique non à petites cellules ALK positif. Initialement indiqué en deuxième ligne de traitement, il a obtenu une extension d'autorisation de mise sur le marché (AMM) fin 2015 en première ligne de traitement, ce qui a entraîné un accroissement de la taille de la population cible. Enfin, on peut penser qu'une partie des évolutions des dépenses s'explique par le report de traitements inscrits sur la liste en sus (comme Avastin® ou Alimta®) vers ces thérapies ciblées.

12 Ce poste comprend non seulement les médicaments délivrés par les pharmacies de ville mais également ceux délivrés dans le cadre de la rétrocession comme c'est le cas pour les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

► FIGURE 13

Cancer du poumon en phase active de traitement - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste



Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Cancer du côlon en phase active de traitement – une forte augmentation des effectifs entre 2015 et 2016 conséquence possible du changement de test de dépistage

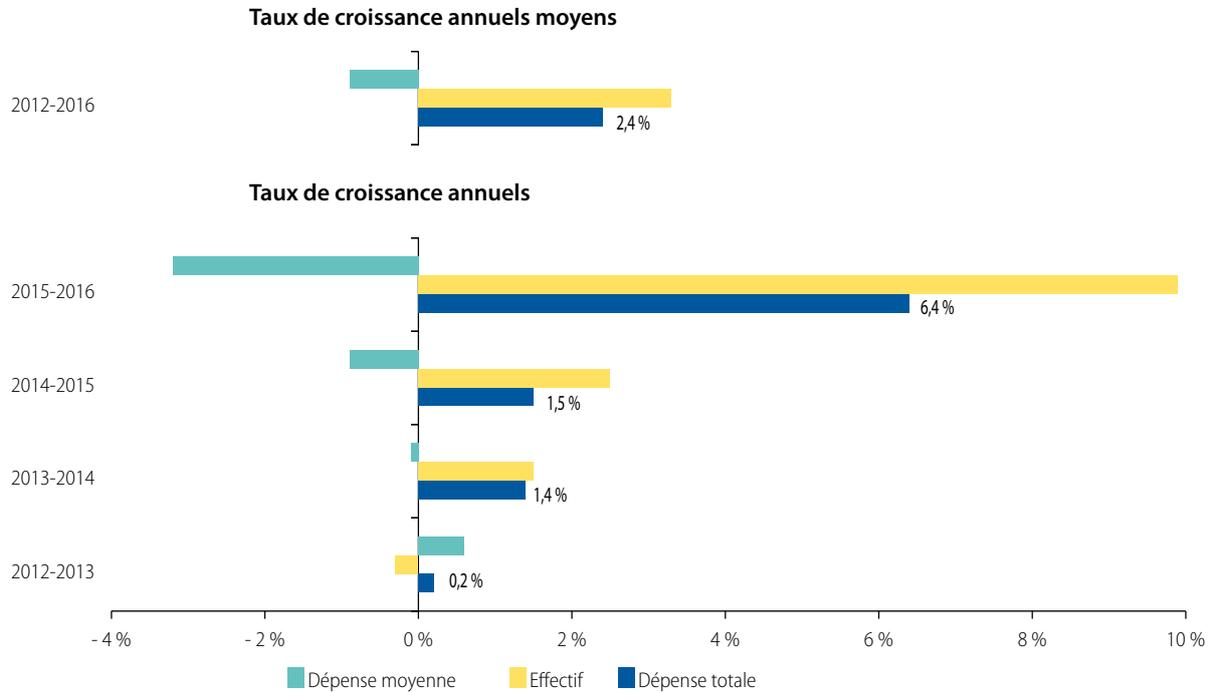
En 2016, plus de 1,4 milliard d'euros a été affecté à la prise en charge du cancer du côlon en phase active de traitement (10 % des 13,1 milliards attribués aux cancers en phase active) qui a concerné environ 123 000 personnes, dont 46 % de femmes, avec un âge moyen et médian de 70 ans. La dépense moyenne mobilisée est de 11 600 euros par an et par patient.

Entre 2012 et 2016, les dépenses ont augmenté de 126 millions d'euros (taux de croissance annuel moyen – TCAM – : 2,4 % par an), en particulier entre 2015 et 2016 (+ 6,4 %) (figure 14).

Cette croissance des dépenses s'explique principalement par la hausse des effectifs (+ 3,3 % par an en moyenne, + 9,8 % entre 2015 et 2016 soit environ + 11 000 personnes) (figure 15), la dépense annuelle moyenne par patient ayant diminué (- 0,9 % par an en moyenne, - 3,2 % entre 2015 et 2016).

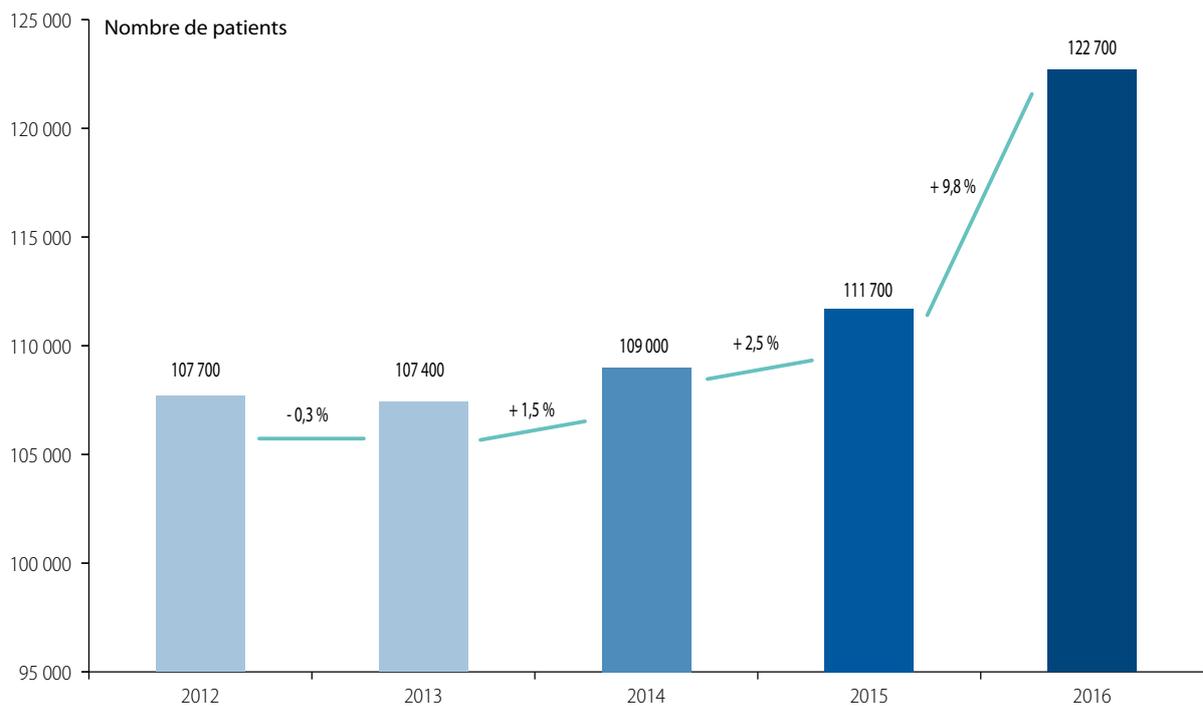
La dépense annuelle moyenne par patient a diminué principalement sur les postes « médicaments », à partir de 2014, et « hospitalisations (séjours et liste en sus MCO, autres hospitalisations) », dès 2013 (figure 16). La diminution des dépenses de la liste en sus peut s'expliquer par les baisses de prix qui ont concerné : Avastin® en 2013, 2014 et 2015, Erbitux® en 2013 et 2014, Vectibix® en 2013 et 2014 et Zaltrap® en 2015.

► FIGURE 14

Cancer du côlon en phase active de traitement - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016

Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

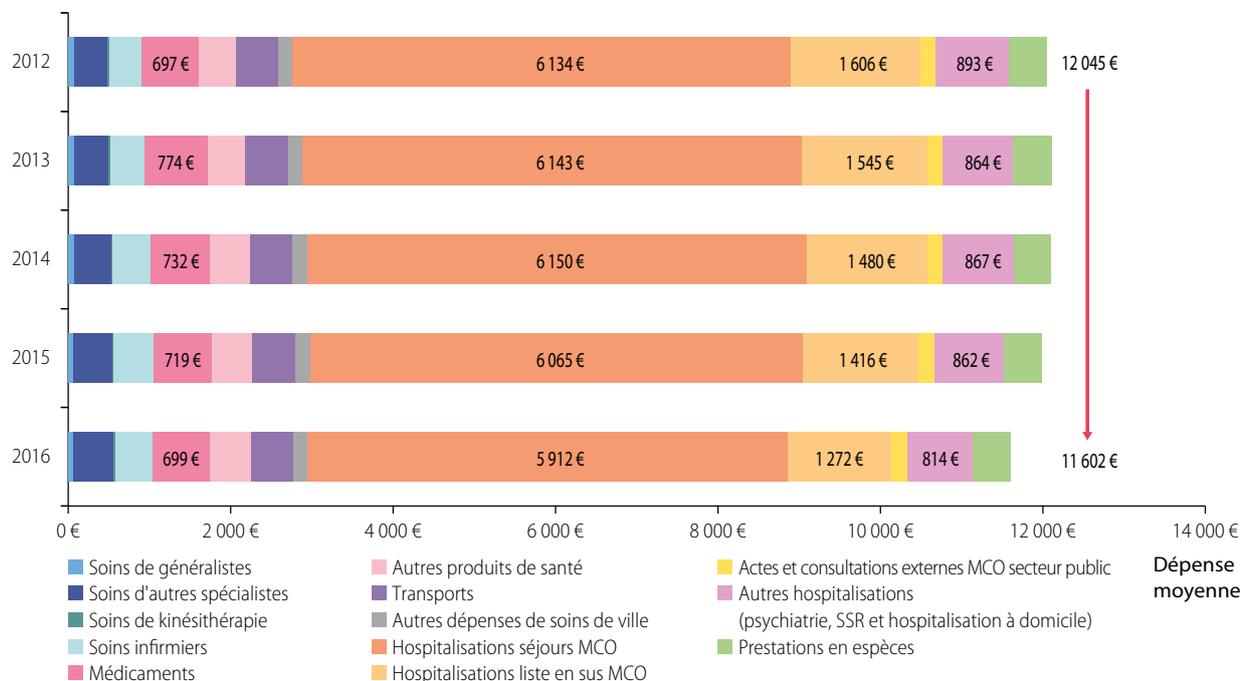
► FIGURE 15

Cancer du côlon en phase active de traitement - Évolution du nombre de patients traités de 2012 à 2016

Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 16

Cancer du côlon en phase active de traitement - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste



Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Le déploiement, à partir d'avril 2015, d'un nouveau test immunologique de dépistage, pourrait expliquer l'augmentation de l'effectif des personnes ayant un cancer du côlon en phase active de traitement entre 2015 et 2016. En effet, selon Santé publique France, ce test a permis de dépister 2,4 fois plus de cancers que le test précédent, le test au gaïac¹³. En outre, ce changement de test a été annoncé dès 2014. Il est possible que l'effet d'annonce d'un test plus performant à venir, combiné à la non-disponibilité du test immunologique une partie de l'année 2015, ait conduit à reporter en 2016 des dépistages qui auraient dû être réalisés en 2015. Cette hypothèse est confortée par l'augmentation de la fréquence des hospitalisations ponctuelles pour endoscopie digestive chez les personnes de 65-74 ans en 2016, plus importante que les années précédentes (voir analyse de l'évolution des hospitalisations ponctuelles faite précédemment).

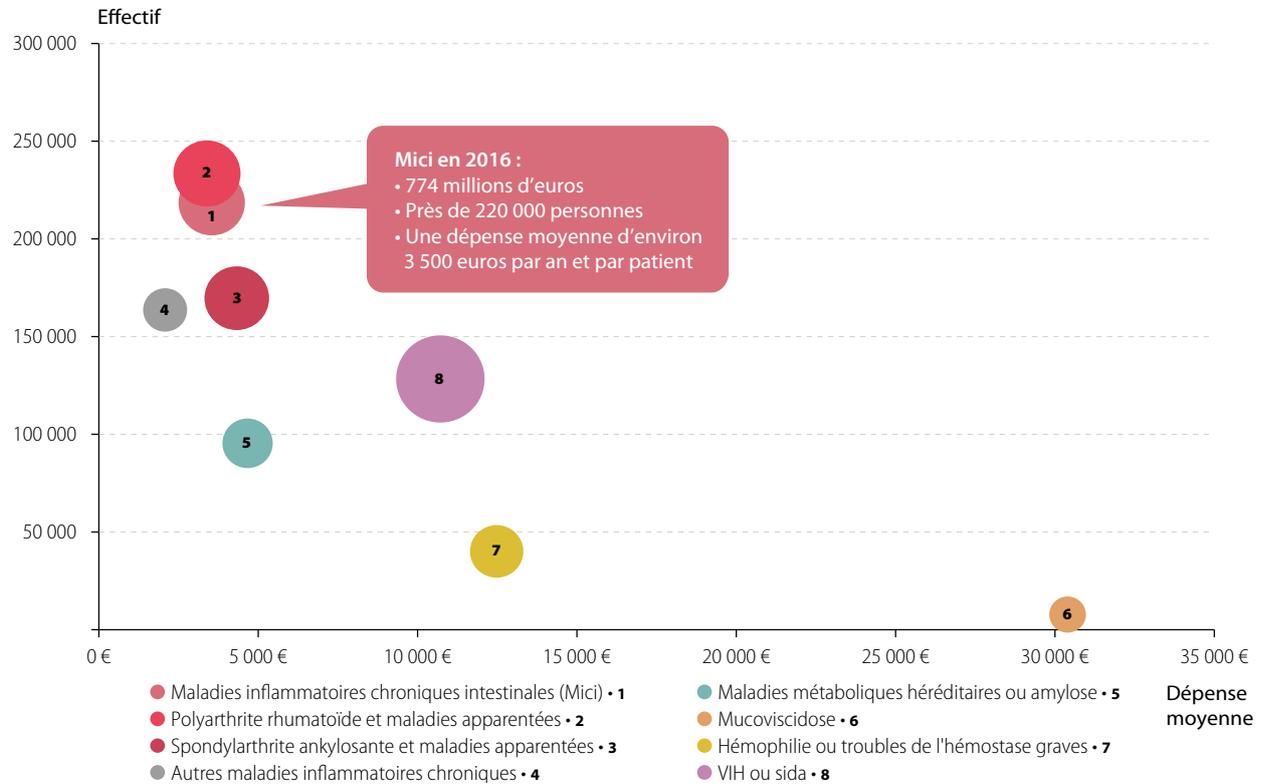
Par ailleurs, Santé publique France indique que ce nouveau test permettrait de dépister davantage de cancers du côlon à un stade précoce, les cancers de stade 1 représentant 46,1 % des cancers dépistés avec le nouveau test contre 37,7 % avec le test au gaïac. L'augmentation de la proportion de patients ayant un cancer de stade 1, voire un carcinome *in situ* parmi l'ensemble des personnes avec un cancer du côlon actif pourrait expliquer la baisse plus marquée de la dépense moyenne observée entre 2015 et 2016 (figure 16).

Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici) : des dépenses qui évoluent fortement sur la période 2012-2016, avec un taux de croissance proche de 10 % par an en lien avec l'augmentation du recours aux biothérapies

En 2016, environ 5,2 milliards d'euros ont été affectés au groupe « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida », dont 774 millions d'euros (15 %) pour la prise en charge des « maladies inflammatoires chroniques intestinales » (figure 17). Près de 220 000 personnes (54 % de femmes, 49 ans en moyenne), ont été prises en charge pour une Mici en 2016.

¹³ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Evaluation-du-programme-sur-la-période-du-14-avril-au-31-décembre-2015>

► FIGURE 17

Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales, en 2016

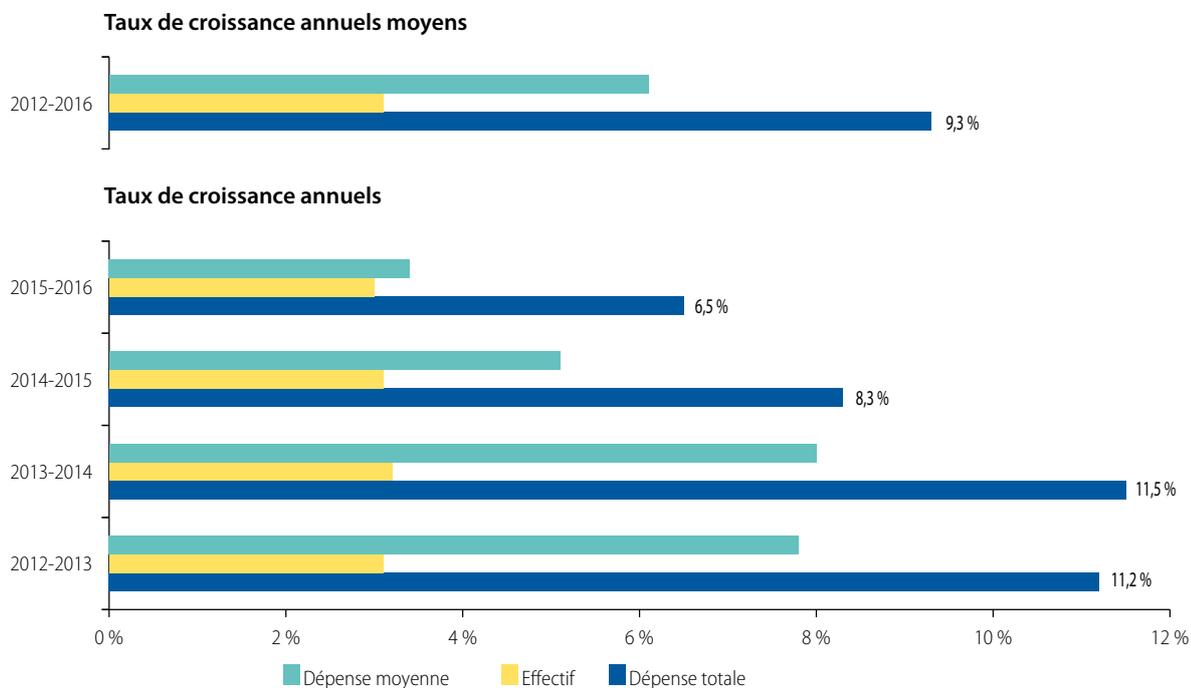
Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Entre 2012 et 2016, les dépenses affectées à la prise en charge des Mici ont augmenté de 232 millions d'euros, évolution très dynamique puisque sur cette période le taux de croissance annuel moyen des dépenses est proche de 10 %. Si les effectifs ont augmenté d'environ 3 % par an en moyenne, de façon régulière, c'est surtout la dépense annuelle moyenne par patient

qui a augmenté très fortement, passant d'environ 2 800 euros à 3 540 euros par an par patient, avec une croissance de + 6 % par an en moyenne (figure 18). La dépense moyenne par patient a évolué en deux temps. Entre 2012 et 2014, elle a fortement augmenté, d'environ + 8 % par an. Puis, en 2015 et 2016, sa croissance a ralenti, pour atteindre + 3,4 % entre 2015 et 2016.

► FIGURE 18

Maladies inflammatoires chroniques intestinales - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016



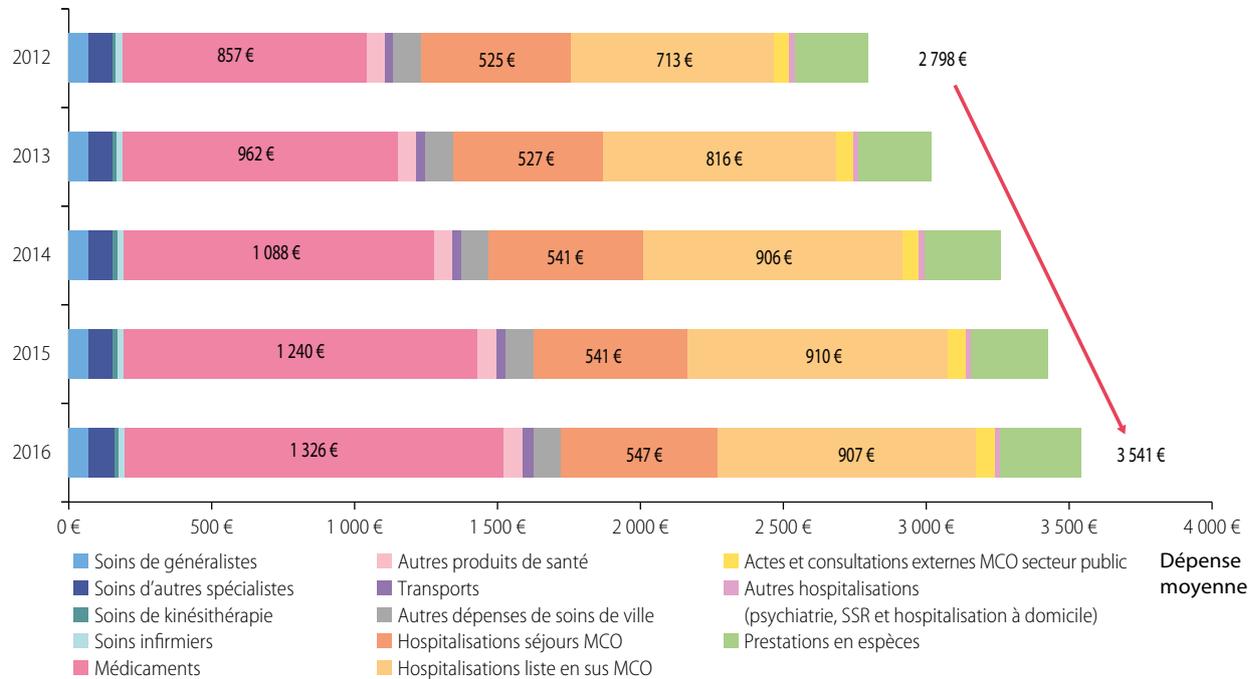
Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

L'analyse de la décomposition de la dépense moyenne (figure 19) montre :

– la concentration de près de 80 % des dépenses sur trois postes : « médicaments » (37 % des dépenses), « liste en sus MCO » (26 %) et dans une moindre mesure les « séjours MCO » (15 %) ;

– la forte augmentation entre 2012 et 2016 des deux principaux postes : + 55 % pour le poste « médicaments » et + 30 % pour le poste « liste en sus MCO ».

► FIGURE 19

Maladies inflammatoires chroniques intestinales - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste

Champ : régime général – France entière

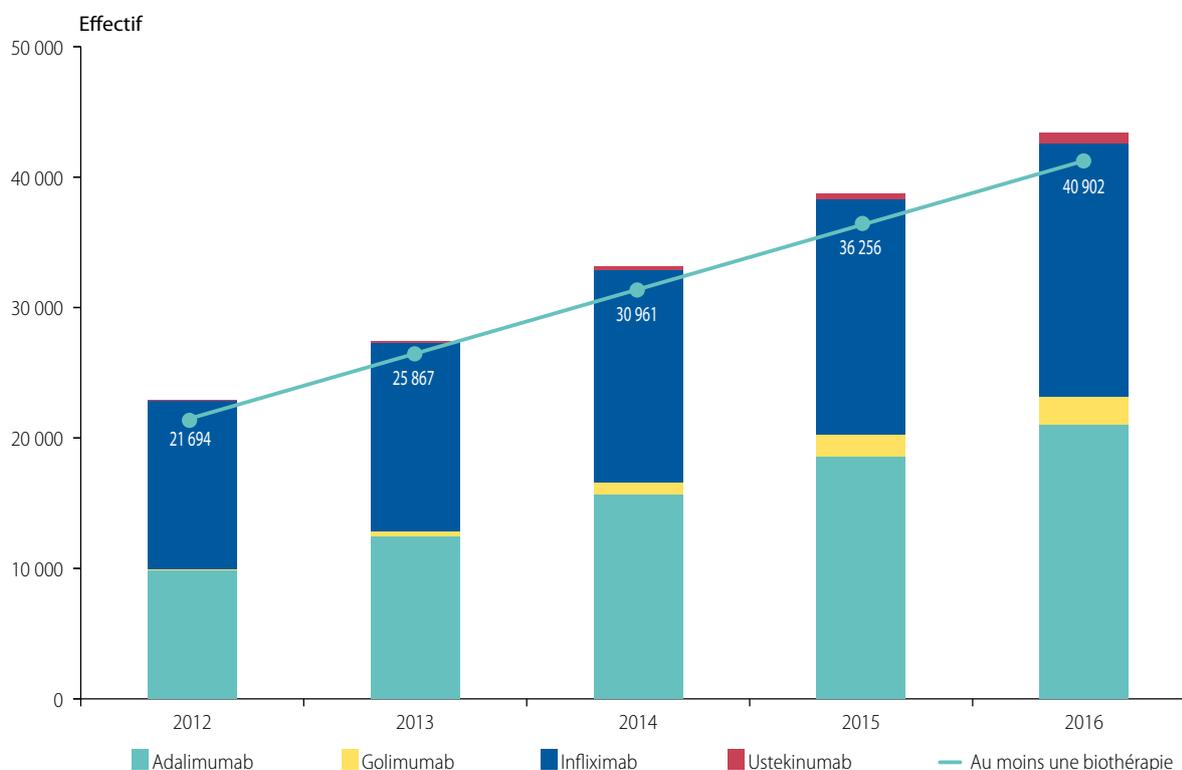
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

La forte augmentation sur ces deux postes s'explique principalement par l'utilisation grandissante des biothérapies (Infliximab, Adalimumab puis Golimumab et Ustekinumab). En effet, parmi les personnes ayant une Mici, la proportion ayant reçu au moins une fois une biothérapie dans l'année était de 11 % (21 700 personnes) en 2012 et 19 % (40 900 personnes)

en 2016. Les molécules les plus fréquemment délivrées étaient l'Infliximab (6,7 % des patients en 2012, 8,9 % en 2016) et l'Adalimumab (5,1 % et 9,6 %, respectivement), cette dernière étant celle dont la fréquence d'utilisation a le plus augmenté et est la plus utilisée en 2016 (figure 20).

► FIGURE 20

Évolution entre 2012 et 2016 du nombre de personnes ayant une maladie inflammatoire chronique intestinale et ayant eu recours au moins une fois à une biothérapie dans l'année, et selon la biothérapie



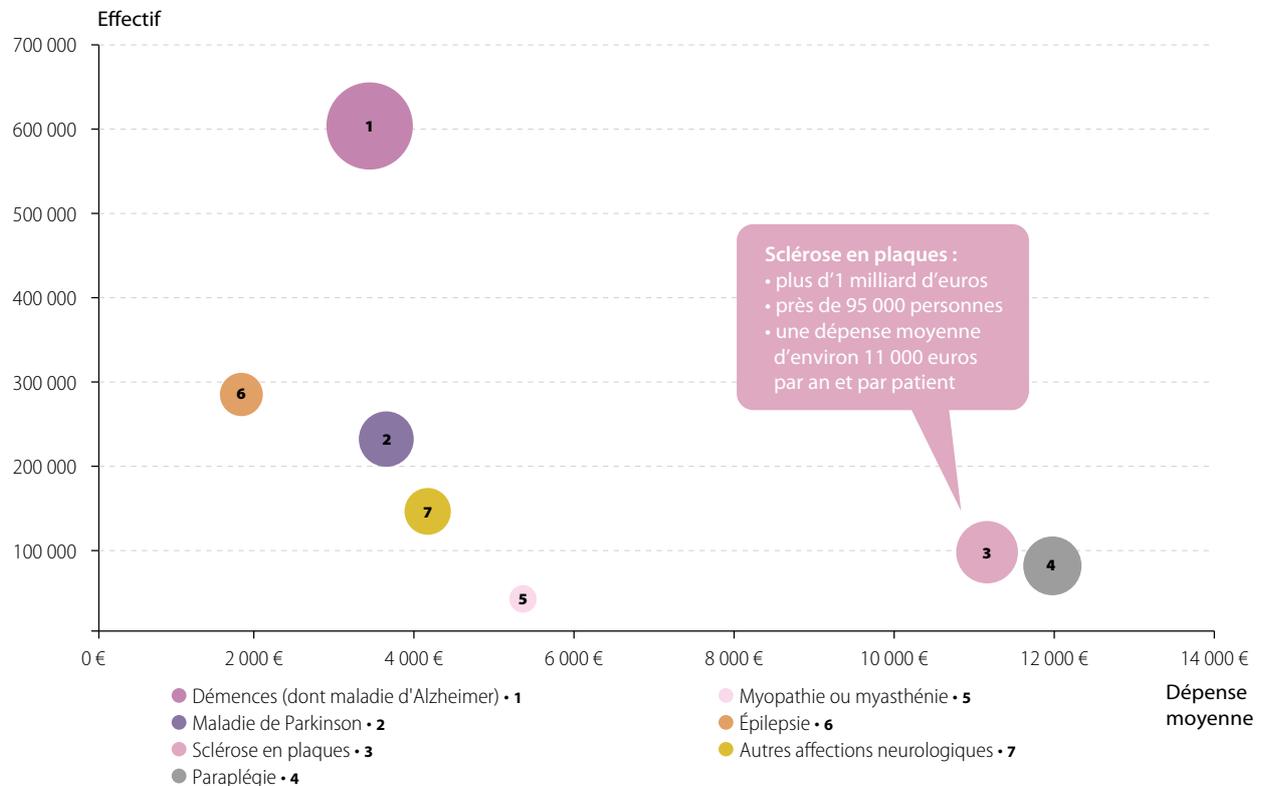
Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

La sclérose en plaques (SEP) – Un coût moyen de prise en charge qui a augmenté entre 2012 et 2016, essentiellement en raison de l'augmentation du poste « médicaments » : impact de l'arrivée des premières thérapies utilisées par voie orale ?

En 2016, plus d'un milliard d'euros a été mobilisé pour la prise en charge de la sclérose en plaques (SEP) soit 16 % des 6,2 milliards

affectés à la prise en charge des « maladies neurodégénératives ». Environ 95 000 personnes ont été prises en charge, dont 73 % de femmes, à un âge moyen de 51 ans. Avec la paraplégie, la SEP est la maladie neurodégénérative pour laquelle la dépense moyenne mobilisée pour sa prise en charge est la plus élevée : environ 11 000 euros par an et par patient (figure 21).

► FIGURE 21

Maladies neurologiques ou dégénératives - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales, en 2016

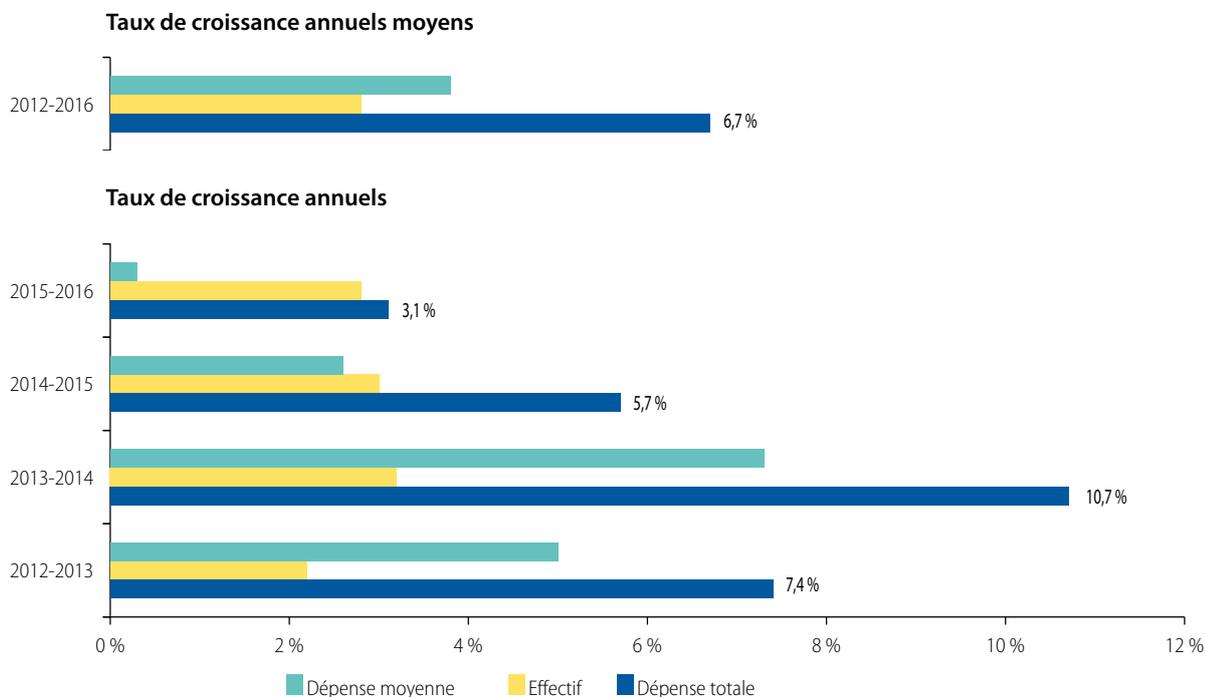
Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Entre 2012 et 2016, les dépenses affectées à la SEP ont augmenté de + 240 millions d'euros (+ 30 %) avec un taux de croissance annuel moyen de 6,7 % par an, variant entre + 3,1 % par an et + 10,7 % par an (figure 22). Ces variations très importantes ne

sont pas expliquées par les effectifs de patients, plutôt stables (entre + 2,2 % et + 3,2 %), mais par les dépenses moyennes par patient, dont les taux de croissance annuels moyens varient entre + 7,3 %, entre 2013 et 2014, et + 0,3 %, entre 2015 et 2016.

► FIGURE 22

Sclérose en plaques - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016

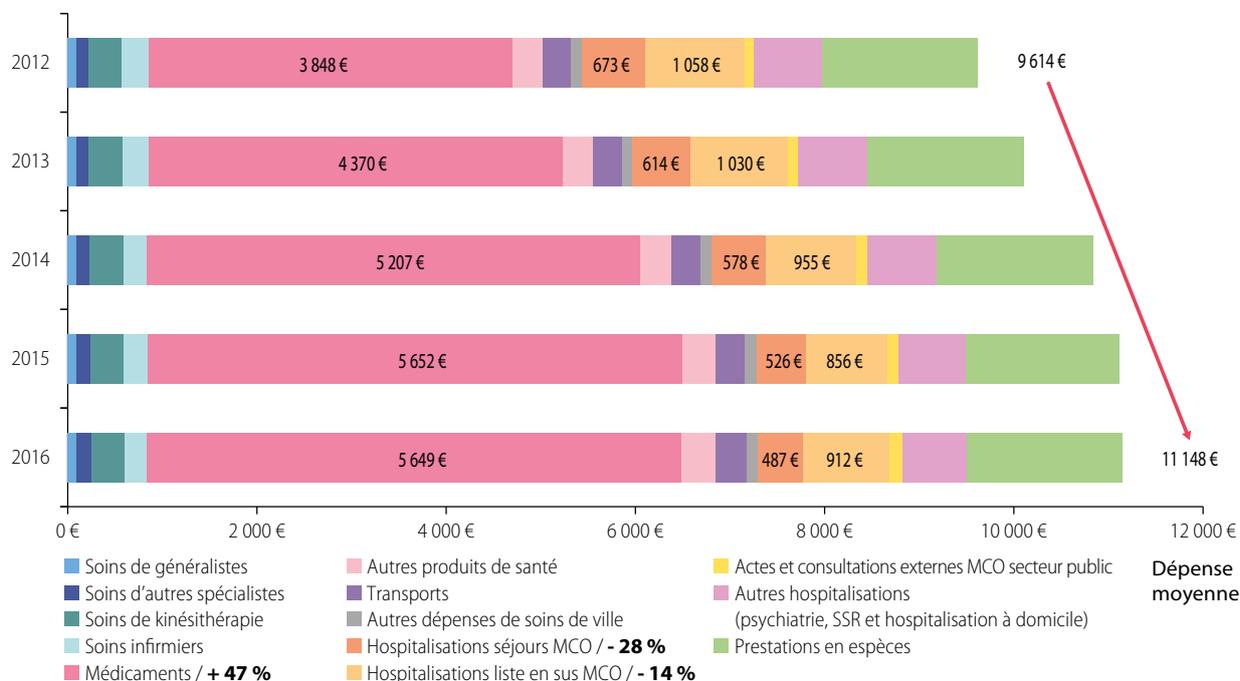


Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Le passage d'une dépense moyenne de 9 641 euros par an par patient en 2012 à 11 148 euros en 2016 s'explique principalement par les fortes augmentations observées sur le poste « médicaments » (+ 47 % entre 2012 et 2016), qui se stabilise en

2016 (figure 23). Cette augmentation n'a été que partiellement compensée par les baisses observées dans le même temps sur les postes « séjours MCO » (- 28 %), « listes en sus MCO » (- 14 %) et dans une moindre mesure sur les « soins infirmiers ».

► FIGURE 23

Sclérose en plaques - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste

Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Ces évolutions peuvent s'expliquer par l'arrivée des premières thérapies utilisées par voie orale, qui a probablement entraîné une augmentation des dépenses sur le poste « médicaments » tout en réduisant le recours aux soins infirmiers, à des médicaments de la liste en sus et à l'hospitalisation. Tériflunomide (Aubagio®), commercialisé en octobre 2014, a été délivré au moins une fois en 2016 chez 9,2 % des patients et Diméthyl fumarate (Tecfidera®), commercialisé en juin 2015, chez 9,8 % des patients. À l'inverse, les molécules qui étaient le plus fréquemment délivrées en 2012 sont utilisées chez un nombre décroissant de patients : l'Interféron beta-1-A a été délivré au moins une fois chez 19,7 % des patients en 2012 contre 10,5 % en 2016, et le Glatiramère acétate, 10,2 % et 6,0 %, respectivement. Enfin, la stabilisation des dépenses du poste « médicaments » en 2016 peut être liée aux baisses des prix de toutes les spécialités en 2015 ou début 2016 : Avonex®, Rebif®, Copaxone®, Gilenya®, etc. En outre, le seul médicament de la liste en sus indiqué dans la SEP est Tysabri®, dont le prix a baissé en août 2014.

Maladies valvulaires : hausse soutenue des effectifs et une dépense moyenne plutôt stable malgré la forte progression observée sur le poste « liste en sus » suite à la diffusion du Transcatheter Aortic Valve Implantation (Tavi)

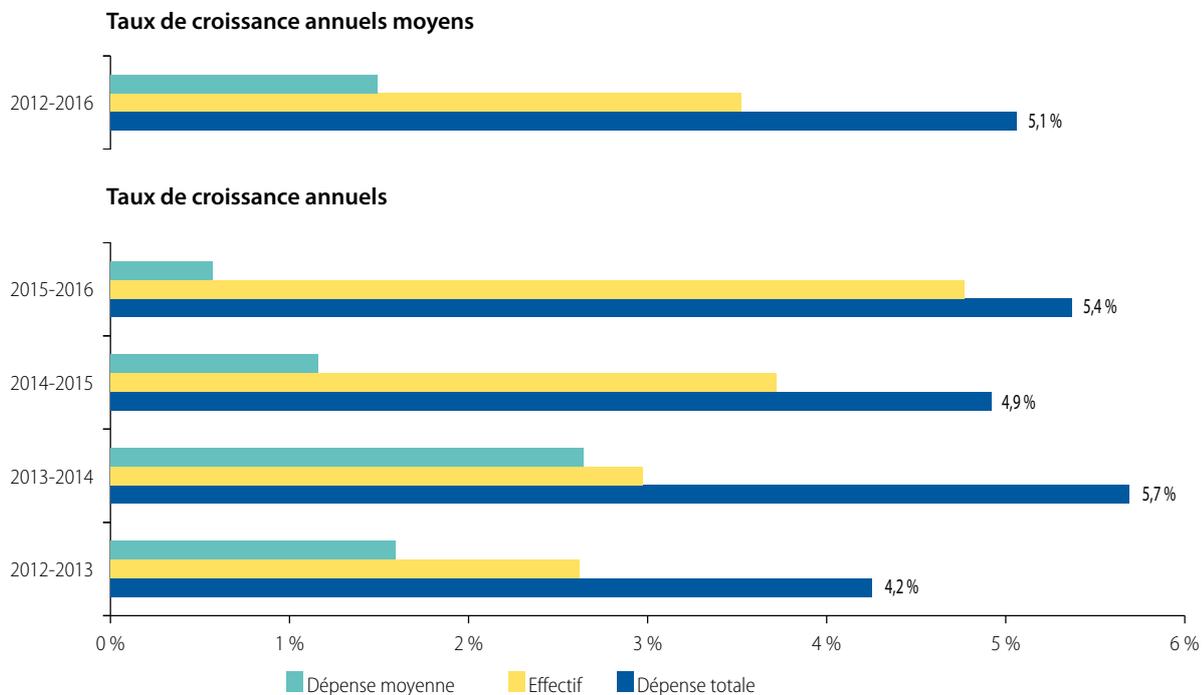
En 2016, environ 340 000 personnes (49 % de femmes et un âge moyen de 74 ans) étaient prises en charge pour une maladie valvulaire, pour une dépense remboursée d'environ 930 millions d'euros ce qui correspond à une dépense moyenne de l'ordre de 2 700 euros par an et par patient, les deux tiers de cette dépense étant induits par les hospitalisations en MCO (séjours et liste en sus).

Entre 2012 et 2016, les dépenses affectées aux maladies valvulaires ont augmenté de + 170 millions d'euros (+ 22 %, soit un taux de croissance annuel moyen supérieur à 5 %), en raison de l'augmentation des effectifs de patients (environ + 44 000 personnes) (figure 24). Lorsqu'on regarde plus finement les évolutions annuelles, on constate :

- un taux d'évolution des effectifs qui augmente chaque année, passant de + 2,6 % entre 2012 et 2013 à + 4,8 % entre 2015 et 2016 ;
- un taux d'évolution de la dépense annuelle moyenne qui augmente jusqu'en 2014 puis ralentit, conduisant *in fine* à une augmentation limitée de l'ordre de + 1,5 % par an en moyenne (soit + 6 % au total sur cinq ans).

► FIGURE 24

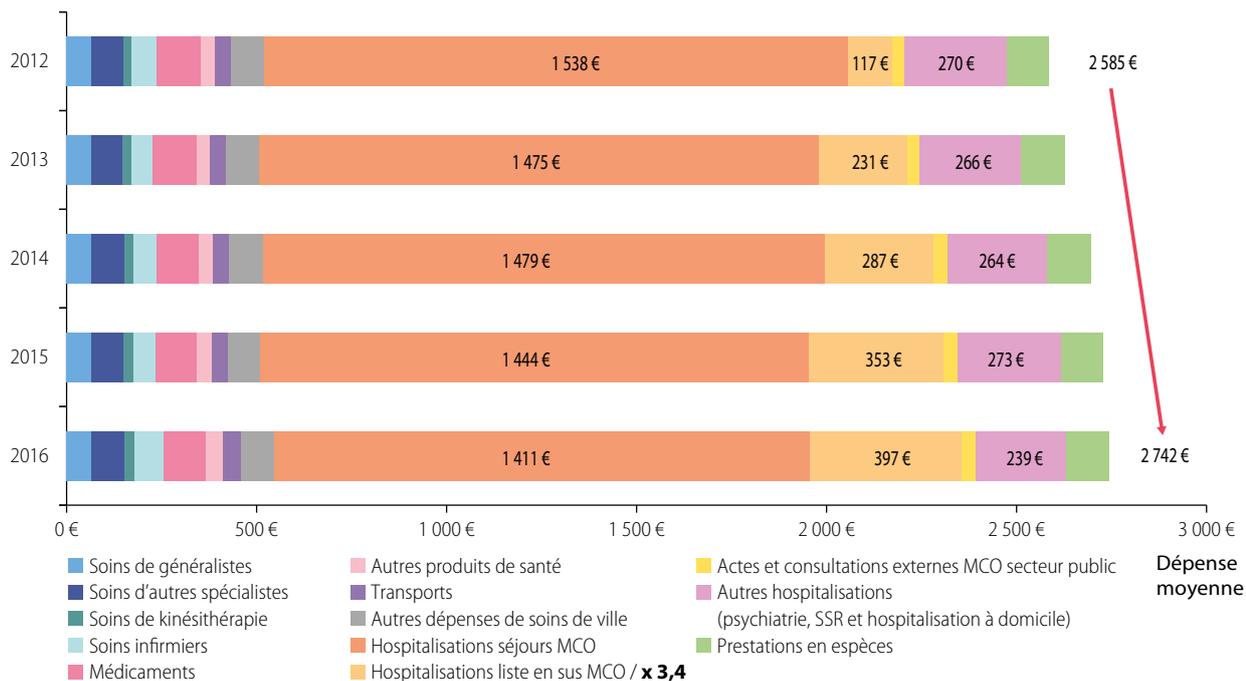
Maladie valvulaire - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016



Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 25

Maladie valvulaire - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste



Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

L'augmentation modérée de la dépense annuelle moyenne (+ 6 % en cinq ans), qui est passée de 2 585 euros par an par patient en 2012 à 2 742 euros en 2016, résulte de deux phénomènes inverses (**figure 25**) :

- la baisse observée de - 8,3 % en cinq ans sur le principal poste de dépenses à savoir « hospitalisation séjours MCO », mais aussi, dans une moindre mesure, sur le poste « autres hospitalisations » (- 11 %) qui inclut essentiellement les dépenses en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- la très forte hausse observée sur le poste « hospitalisation liste en sus MCO », qui est passé de 117 euros par an par patient en 2012 à près de 400 euros en 2016, soit une dépense qui a été multipliée par 3,4 en cinq ans.

Cette hausse du poste « hospitalisation liste en sus MCO » peut être reliée à la diffusion rapide des bioprothèses valvulaires aortiques implantées par voie transcathéter (Tavi) qui sont remboursées par l'Assurance Maladie depuis 2012 chez les patients ayant une sténose aortique sévère symptomatique pour lesquels la chirurgie est contre-indiquée. Ainsi, parmi les personnes avec une maladie valvulaire, le nombre de personnes ayant eu une valve de type Tavi a été multiplié par 5 en cinq ans (environ 600 personnes en 2012, près de 3 300 en 2016). En 2016, ces personnes avaient en moyenne 83 ans. Ces valves, financées en sus des tarifs des séjours hospitaliers MCO (voir poste « hospitalisation liste en sus MCO »), ont un tarif de prise en charge de l'ordre de 14 000 à 18 000 euros par valve selon les modèles, tarif très supérieur à celui des autres valves aortiques (de l'ordre de 2 500 à 3 000 euros par valve). Cela explique vraisemblablement l'augmentation observée sur le poste « hospitalisation liste en sus MCO » et cela même si le taux de recours à ces valves reste faible parmi les personnes avec une maladie valvulaire.

1.2.3 / Les dynamiques de croissance de certains postes de dépenses

La cartographie, dont les résultats ont été présentés jusqu'ici pour comprendre le poids des différentes pathologies et l'évolution des dépenses affectées à leur prise en charge, est également un outil :

- utile pour comprendre les évolutions observées sur des postes de dépenses particulièrement dynamiques ;
- complémentaire au suivi mensuel réalisé dans le cadre du suivi de l'Ondam.

En effet, l'outil permet d'apporter des éléments de réponses à des questions telles que :

- à quelles pathologies ont été affectées les dépenses du poste de soins considéré ?
- quelles sont les pathologies qui concentrent la majeure partie des dépenses du poste considéré ?
- quel est le poids d'une pathologie donnée dans le total des dépenses du poste ?
- à quelles pathologies peuvent être reliées les évolutions temporelles observées sur le poste considéré ?

Cet intérêt va être illustré ci-après pour trois postes de dépenses, pour lesquels notamment :

- le poids dans l'ensemble des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie est important ;
- les évolutions observées entre 2012 et 2016 ont été particulièrement dynamiques ;
- il est difficile de comprendre les raisons des évolutions en dehors des analyses classiques (effets prix, volume et/ou structure).

Analyse du poste « soins infirmiers » : près des deux tiers des dépenses sont mobilisés pour la prise en charge de trois groupes de pathologies

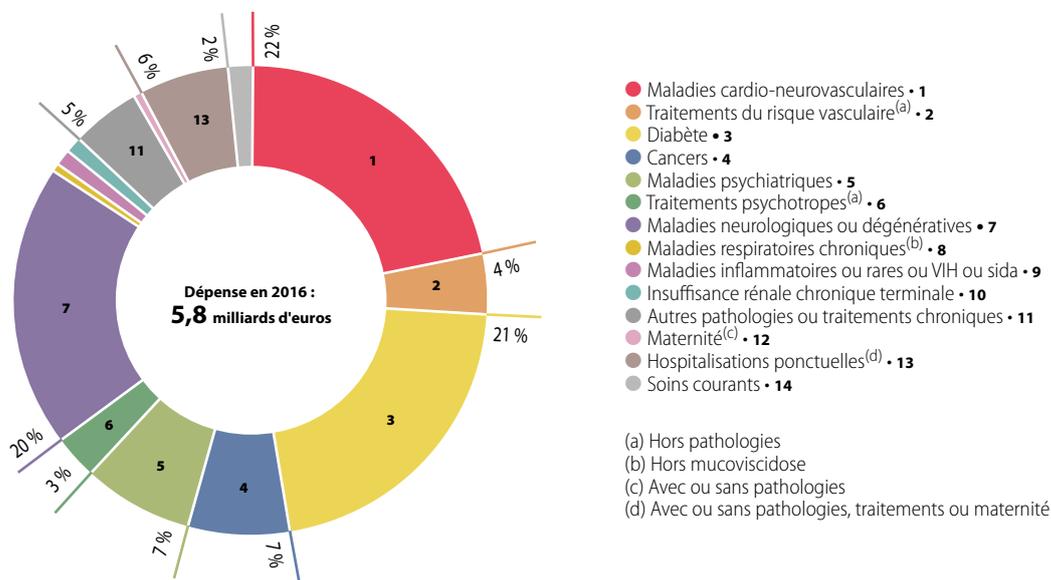
En 2016, 5,8 milliards d'euros ont été remboursés par l'Assurance Maladie au titre des soins infirmiers, ce qui représente 10,1 % de la dépense totale des soins de ville (57,1 milliards d'euros). Environ 62 % des dépenses du poste « soins infirmiers » sont affectés (**figure 26**), à part globalement égale, aux trois groupes de populations (en moyenne âgées) atteints par les pathologies suivantes :

- les maladies cardio-neurovasculaires (22 % soit 1,2 milliard d'euros) ;
- le diabète (21 % soit 1,2 milliard d'euros) ;
- les maladies neurologiques ou dégénératives (20 % soit 1,1 milliard d'euros).

Près de 10 % des dépenses sont également affectés à la prise en charge de personnes ayant une pathologie ou un traitement en lien avec la santé mentale.

► FIGURE 26

Soins infirmiers - Répartition des dépenses remboursées entre les différents groupes de pathologies ou situation de soins, en 2016



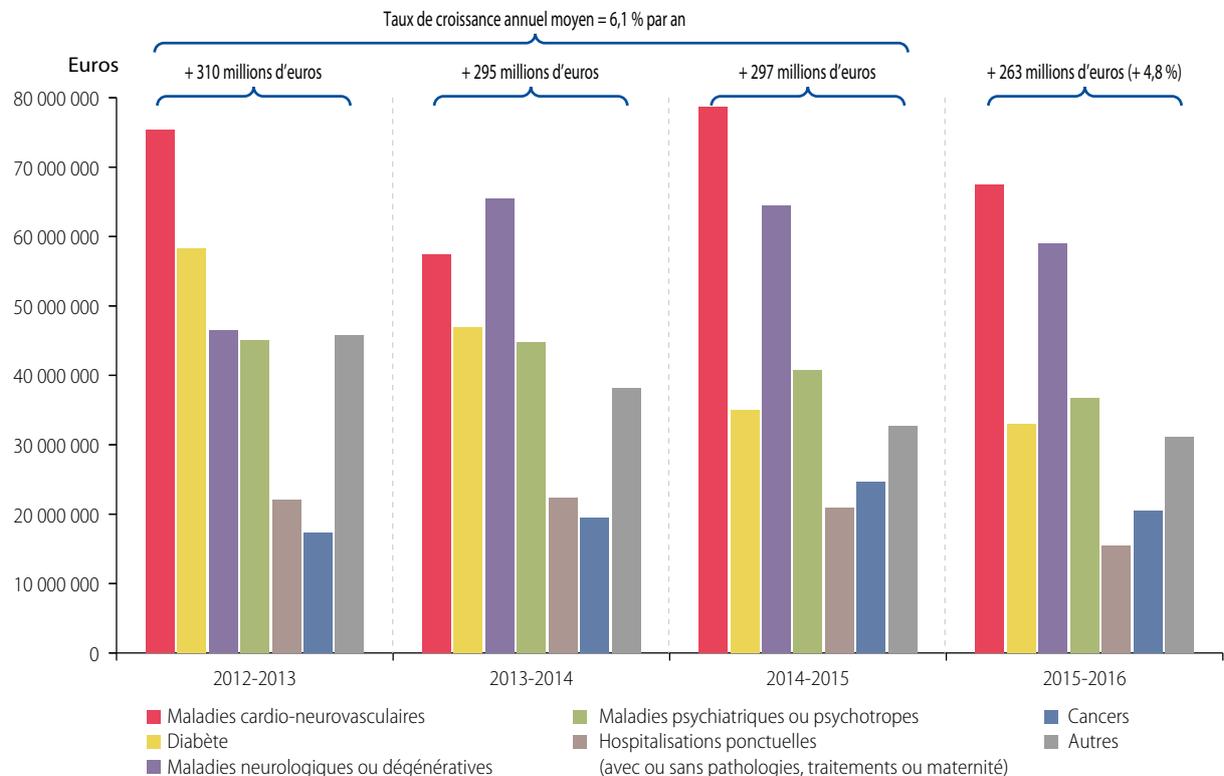
Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Entre 2015 et 2016, les dépenses de soins infirmiers ont augmenté de + 263 millions d'euros (+ 4,8 %), hausse répartie (figure 27) de la façon suivante :

- + 67,5 millions d'euros pour les dépenses relatives aux maladies cardio-neurovasculaires (+ 5,7 %) ;

- + 59 millions d'euros pour les maladies neurologiques ou dégénératives (+ 5,5 %) ;
- + 36,4 millions d'euros pour les maladies psychiatriques (+ 9,2 %) ;
- + 33 millions d'euros pour le diabète (+ 2,7 %).

► FIGURE 27

Soins infirmiers - Évolutions annuelles des dépenses remboursées entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins

Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Le taux d'évolution des dépenses de soins infirmiers observé entre 2015 et 2016 (+ 4,8 %) est inférieur au taux annuel moyen observé sur la période 2012-2015 (+ 6,1 % par an en moyenne). Ce ralentissement s'observe sur l'ensemble des pathologies (**figure 27**).

Au total, entre 2012 et 2016, les dépenses du poste « soins infirmiers » ont augmenté de plus de 1,2 milliard d'euros (soit + 25,2 % en cinq ans).

Analyse du poste « actes et consultations externes¹⁴ » : poids important des soins courants et des hospitalisations ponctuelles qui représentent près de 40 % de ces dépenses

En 2016, 3,5 milliards d'euros ont été remboursés par l'Assurance Maladie au titre des « actes et consultations externes » (ACE) réalisés par des établissements MCO publics. Environ 50 % de cette dépense ont été affectés à la prise en charge (**figure 28**) de :

– personnes ayant uniquement des « soins courants » c'est-à-dire n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou événements de santé spécifiquement repérés à partir des algorithmes de la cartographie (718,9 millions d'euros, soit 21 % de la dépense d'ACE) ;

– personnes ayant eu une « hospitalisation ponctuelle » (602,4 millions d'euros, 17 % de la dépense d'ACE) ;

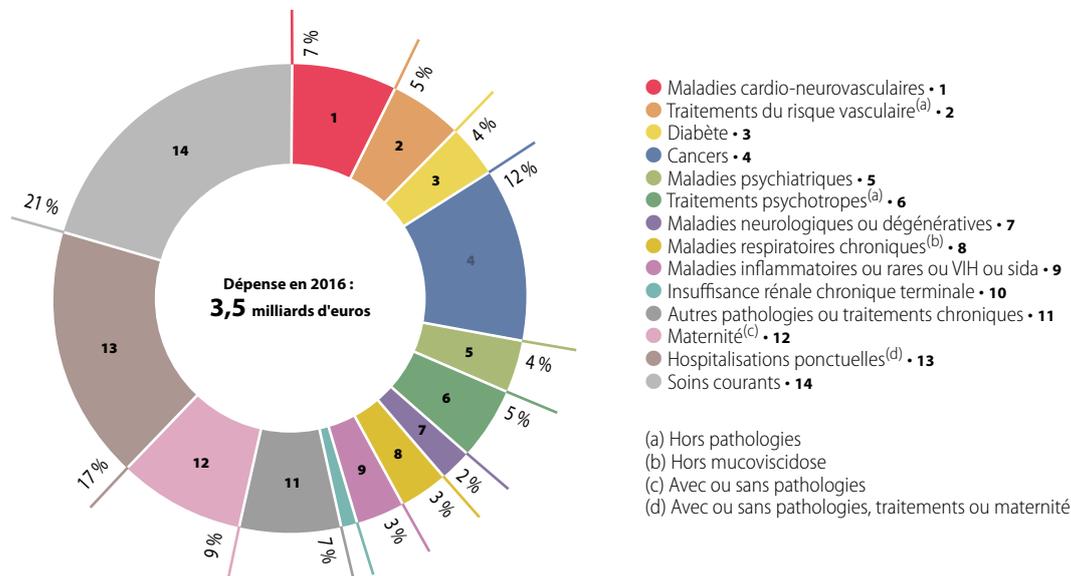
– personnes ayant un cancer (413,8 millions d'euros, 12 % de la dépense d'ACE).

Pour les personnes avec uniquement des « soins courants », le recours à des ACE peut être lié à la réalisation d'actes exploratoires qui ne conduisent pas *in fine* au diagnostic d'une pathologie repérable à partir des algorithmes médicaux, ou au suivi d'une pathologie non repérée.

14 En établissements publics uniquement.

► FIGURE 28

Actes et consultations externes - Répartition des dépenses remboursées entre les différents groupes de pathologies ou situation de soins, en 2016

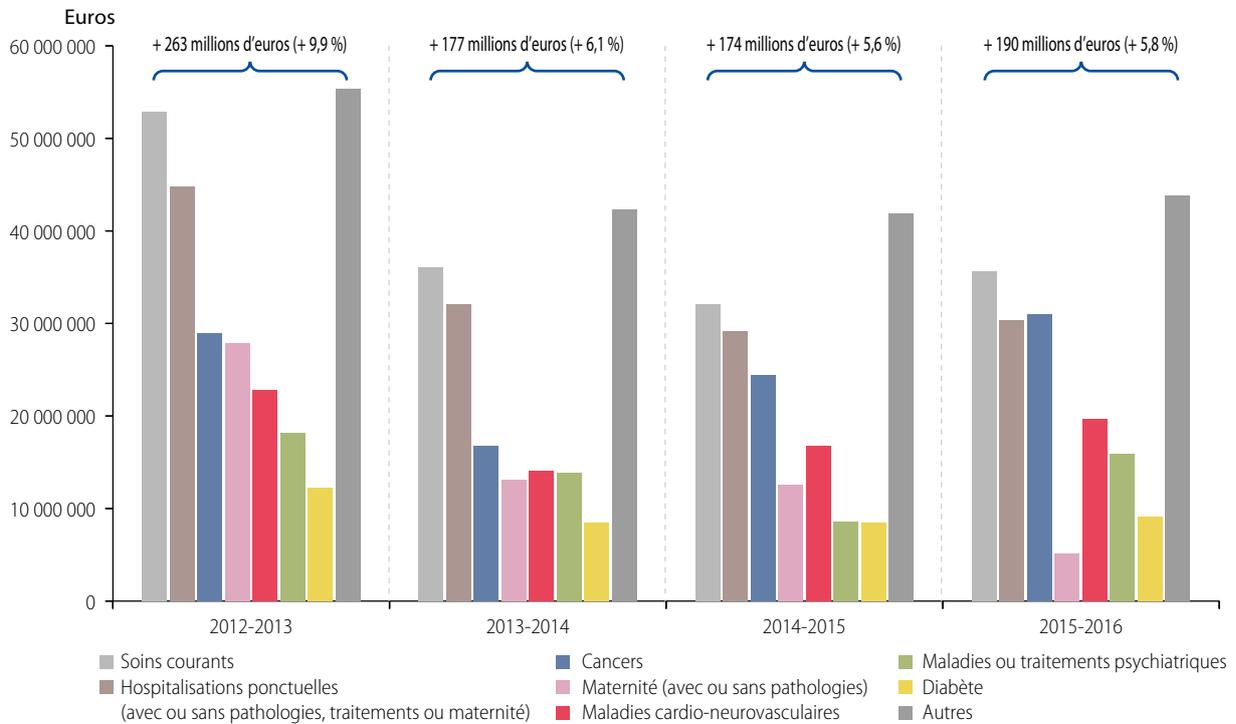


Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

En termes d'évolutions, les dépenses de ce poste ont augmenté de façon très soutenue (figure 29), conséquence probable du virage ambulatoire. En effet, entre 2015 et 2016, l'augmentation est de + 190,4 millions d'euros (+ 5,8 %) dont + 36 millions d'euros (+ 5,2 %) pour la prise en charge de personnes avec

uniquement des « soins courants », + 30 millions d'euros (+ 5,3 %) pour celles ayant eu une « hospitalisation ponctuelle », et + 31 millions d'euros (+ 8,1 %) pour celles traitées pour un cancer.

► FIGURE 29

Actes et consultations externes - Évolutions annuelles des dépenses remboursées entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins

Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Sur l'ensemble de la période 2012 à 2016, l'augmentation a été de + 808 millions d'euros (soit environ + 30 %) soit un taux de croissance de près de 7 % par an en moyenne sur la période. Il convient toutefois d'être prudent dans l'interprétation de cette évolution sur cinq ans car près d'un tiers de la hausse est observé entre 2012 et 2013 (+ 262 millions d'euros) et peut s'expliquer, en partie au moins, par la montée en charge dans le SNDS des données relatives aux ACE. À partir de 2014, les taux d'évolution annuels des dépenses d'ACE sont plutôt stables (de l'ordre de 6 % par an en moyenne), même si les évolutions diffèrent selon les pathologies et les années (figure 29). À noter, l'augmentation croissante de dépenses d'ACE affectées aux cancers après 2013, avec un taux d'évolution qui passe d'environ + 5 % entre 2013 et 2014 à + 8 % entre 2015 et 2016. Ces taux d'évolution sont très supérieurs à ceux des effectifs avec cancer qui augmentent de l'ordre de 1,3 % par an en moyenne entre 2013 et 2016, ce qui pourrait traduire une augmentation de l'intensité du recours aux ACE et/ou le recours à des ACE plus coûteux.

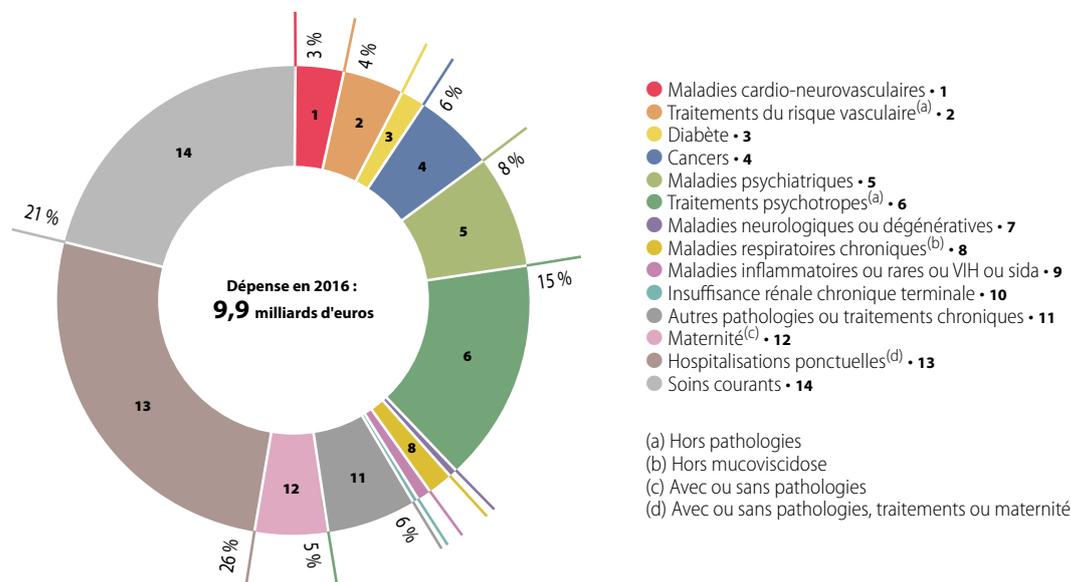
Analyse du poste « IJ maladie ou AT/MP » : poids important des soins courants et épisodes de soins, mais aussi des pathologies ou traitements en lien avec la santé mentale

Cette dépense, par essence, ne peut être affectée qu'à des populations en situation professionnelle, ce qui cible davantage certaines pathologies que d'autres. En 2016, 9,9 milliards d'euros ont été remboursés par l'Assurance Maladie au titre des indemnités journalières pour maladie ou accidents du travail/maladies professionnelles, ce qui représente 53,3 % de la dépense totale des prestations en espèce (18,6 milliards d'euros).

Si environ 48 % des dépenses de ce poste « IJ maladie ou AT/MP » sont affectés aux « hospitalisations ponctuelles » (26,4 %, soit 2,6 milliards d'euros) et aux « soins courants » (21,4 %, soit 2,1 milliards d'euros) (figure 30), près de 23 % (soit 2,3 milliards d'euros) le sont au groupe des « maladies psychiatriques et traitements psychotropes ».

► FIGURE 30

Indemnités journalières pour maladie ou accidents du travail/maladies professionnelles - Répartition des dépenses remboursées entre les différents groupes de pathologies ou situation de soins, en 2016



Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Entre 2015 et 2016, les dépenses d'indemnités journalières au titre de la maladie ou des accidents du travail/maladies professionnelles ont augmenté de + 433,5 millions d'euros (+ 4,6 %). Cette hausse a concerné tous les groupes de populations considérés, et s'élève en particulier à (figure 31) :

- 97 millions d'euros pour les dépenses relatives aux « hospitalisations ponctuelles » (+ 3,4 %) ;
- 118 millions d'euros pour les « soins courants » (+ 5,9 %) ;
- 118 millions d'euros pour les « maladies psychiatriques et traitements psychotropes » (+ 5,5 %).

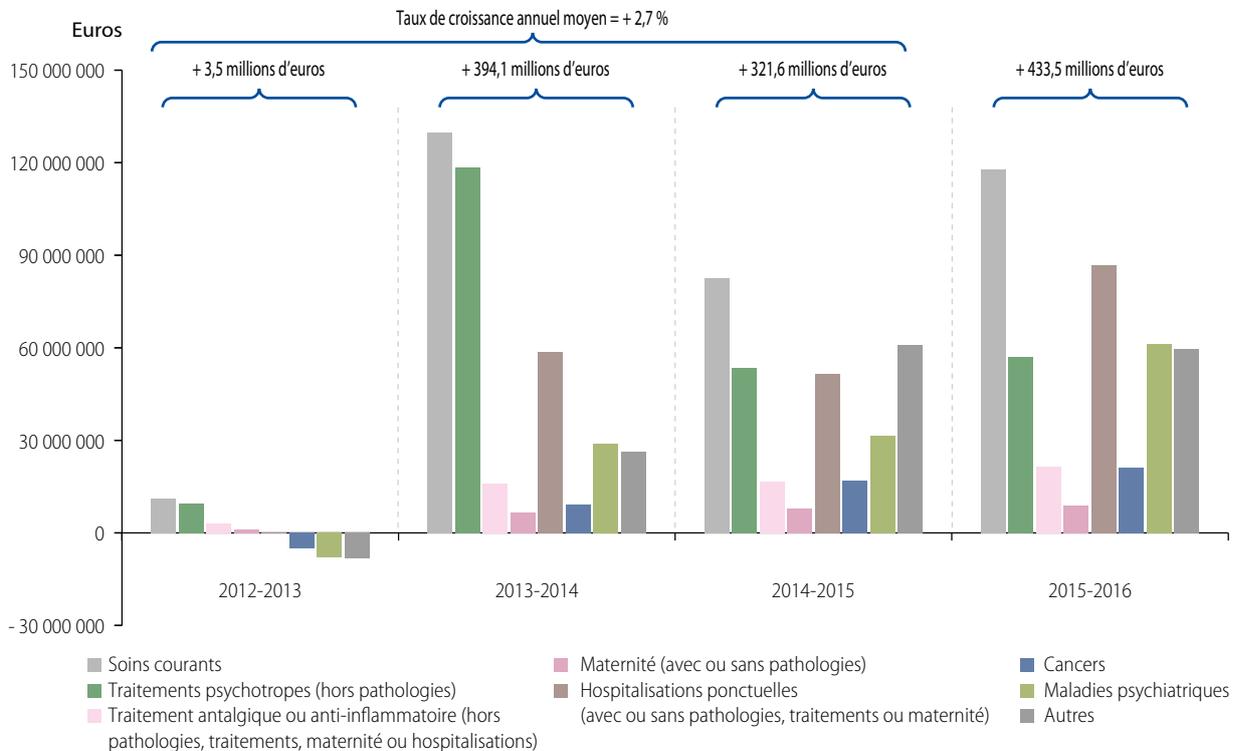
Le taux d'évolution des dépenses d'indemnités journalières AT/MP entre 2015 et 2016 est supérieur à celui observé sur la période 2012-2015 (+ 2,7 % par an en moyenne) ce qui traduit une accélération des dépenses de ce poste. Cela s'explique principalement par la plus forte croissance de ces dépenses affectées aux « hospitalisations ponctuelles », aux « soins courants » et aux « maladies psychiatriques et traitements psychotropes » (figure 31).

Au sein du groupe « maladies psychiatriques et traitements psychotropes », la croissance en 2016 des dépenses d'indemnités journalières pour maladie et AT/MP affectées au sous-groupe « maladies psychiatriques » a été particulièrement forte (+ 8,8 %, soit + 61,1 millions d'euros). Depuis 2012, c'est la première année où l'augmentation de la dépense affectée aux « maladies psychiatriques » est supérieure à celle affectée aux « traitements psychotropes » (+ 57,0 millions d'euros suite à un taux d'évolution de + 3,9 % entre 2015 et 2016). Ce résultat peut, au moins en partie, traduire un possible meilleur repérage dans le SNDS des personnes avec une pathologie psychiatrique documentée (ALD ou hospitalisation avec un motif psychiatrique) au détriment de la population traitée par psychotropes de façon chronique (les deux populations sont en effet mutuellement exclusives).

Au total, entre 2012 et 2016, les dépenses du poste « IJ maladie ou AT/MP » ont augmenté de plus de 1,2 milliard d'euros (soit + 13,2 % sur la période).

► FIGURE 31

Indemnités journalières pour maladie ou accidents du travail/maladies professionnelles - Évolutions annuelles des dépenses remboursées entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins



Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Cette analyse du poste de dépenses « IJ maladie ou AT/MP » réalisée à partir des données de la cartographie complète une étude effectuée afin notamment de mieux comprendre les

évolutions, observées sur la période 2010-2016, des principaux indicateurs relatifs aux arrêts maladie indemnisés et dont les principaux résultats sont présentés dans l'**encadré 4**.

► ENCADRÉ 4

Panorama des arrêts maladie indemnisés par le régime général en 2016 et évolutions 2010-2016

En 2016, le montant indemnisé global (versé au titre des journées de l'année) pour les arrêts maladie s'élève à 7,1 milliards d'euros et concerne 4,9 millions de bénéficiaires (un bénéficiaire est défini comme une personne ayant eu au moins un arrêt avec au moins une journée indemnisée durant l'année). Il correspond à 6,9 millions d'arrêts indemnisés (car un bénéficiaire a en moyenne 1,4 arrêt indemnisé par an), ce qui représente 227 millions de journées indemnisées.

Les arrêts maladie longs : peu nombreux mais un poids élevé dans les dépenses

En 2016, les arrêts de plus de six mois représentent seulement 6 % des arrêts indemnisés mais 44 % des montants indemnisés, soit 419 000 arrêts pour un montant indemnisé de 3,2 milliards d'euros (figure 32). À l'inverse, les arrêts inférieurs ou égaux à 30 jours indemnisés ne pèsent que pour 18 % dans les dépenses bien qu'ils représentent les trois quarts des arrêts indemnisés. Les arrêts indemnisés strictement inférieurs à huit jours indemnisés ont également une place particulière : 46 % des arrêts sont

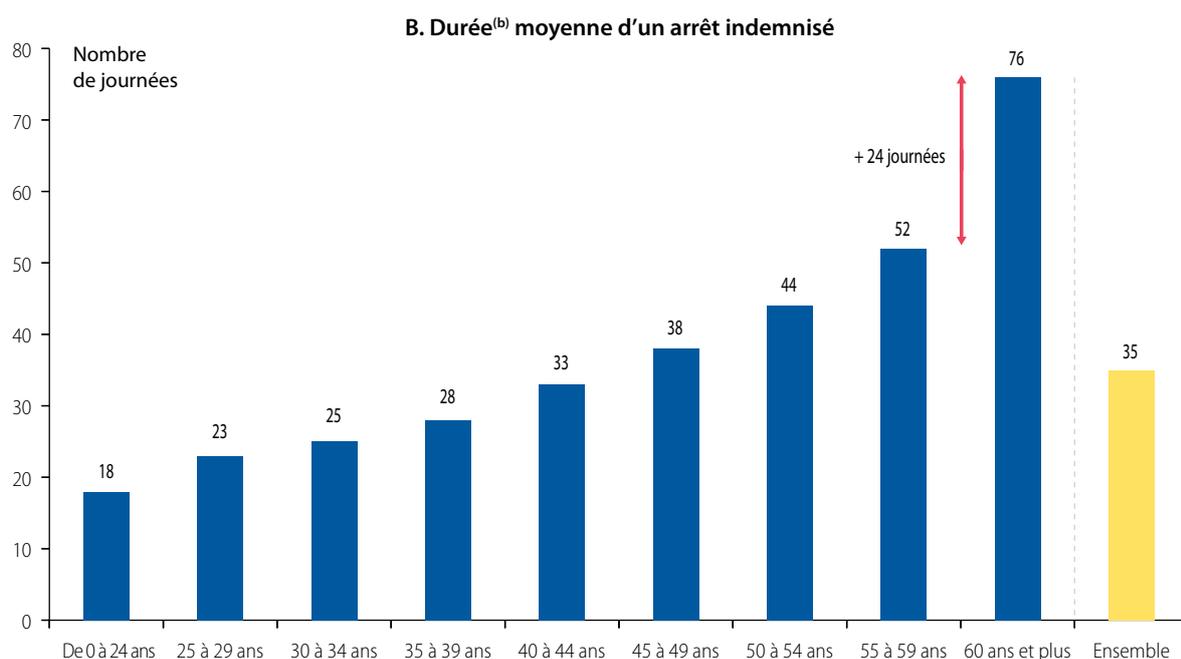
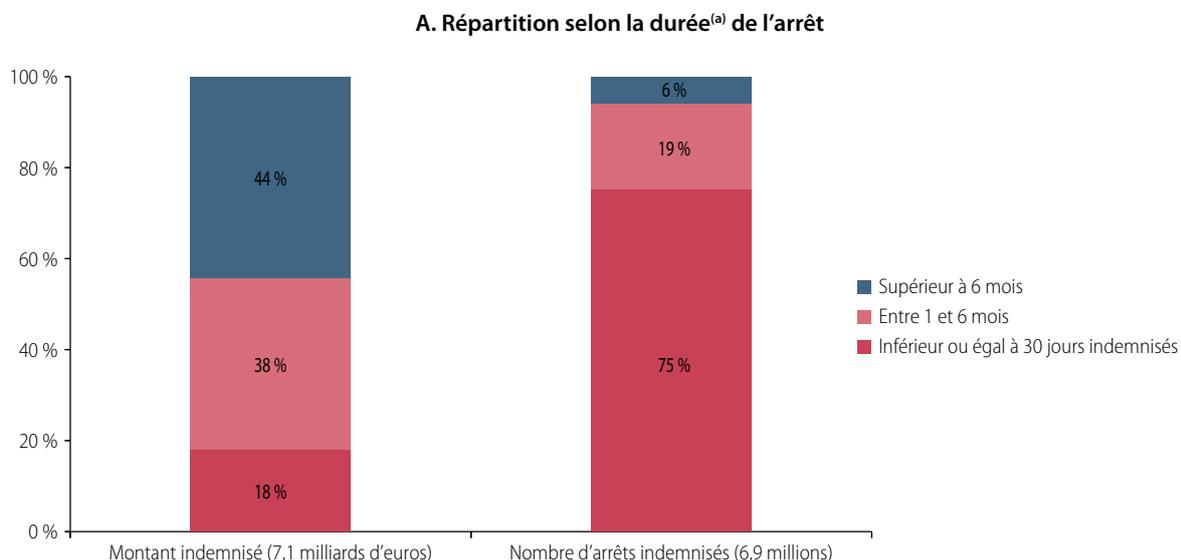
strictement inférieurs à huit jours alors qu'ils ne comptent que pour 4 % de la dépense totale.

La place singulière des bénéficiaires d'arrêts âgés de plus de 50 ans

28 % des arrêts indemnisés et 41 % des montants concernent des bénéficiaires de plus de 50 ans, ce qui correspond à 2 millions d'arrêts pour un montant de 2,9 milliards d'euros tandis que les bénéficiaires de moins de 30 ans comptent pour 11 % des montants indemnisés et pour 20 % du nombre d'arrêts indemnisés.

► FIGURE 32

Répartition des arrêts maladie indemnisés en fonction de leur durée (A) et durée moyenne de ces arrêts en fonction de l'âge des bénéficiaires (B)



(a) Durée calculée en nombre de journées indemnisées (hors délai de carence) depuis le début de l'arrêt. Situation vue à la fin de l'année 2016
 (b) Durée calculée en nombre de journées indemnisées (hors délai de carence) depuis le début de l'arrêt, et uniquement sur les arrêts terminés durant l'année 2016

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

Ces écarts s'expliquent par le fait que la durée moyenne d'un arrêt croît nettement avec l'âge (figure 32) alors que le montant moyen indemnisé reste relativement stable entre les âges. Par conséquent, les arrêts des bénéficiaires de plus de 50 ans vont entraîner des dépenses supérieures en raison d'une durée moyenne d'arrêt beaucoup plus longue.

Arrêts maladie indemnisés : quelles évolutions entre 2010 et 2016 ?

Entre 2010 et 2016, le montant indemnisé au titre des arrêts maladie a augmenté de 15 % passant de 6,2 milliards à 7,1 milliards d'euros (figure 33). Dans le même temps, la croissance des autres indicateurs a été de + 13 % pour le nombre de journées,

de + 7 % pour le nombre d'arrêts et de + 6 % pour le nombre de bénéficiaires. De plus, on constate une forte augmentation de tous les indicateurs à partir de 2014.

Par ailleurs, l'une des tendances de fond sur la période est la croissance de la place des personnes de 60 ans et plus dans les arrêts maladie. Ainsi, elles représentent 7,7 % des

montants indemnisés en 2016 contre 4,6% en 2010. À l'inverse, le poids de ces dépenses lié aux individus de moins de 30 ans diminue : de 12,4% en 2010 à 10,8% en 2016 (figure 33).

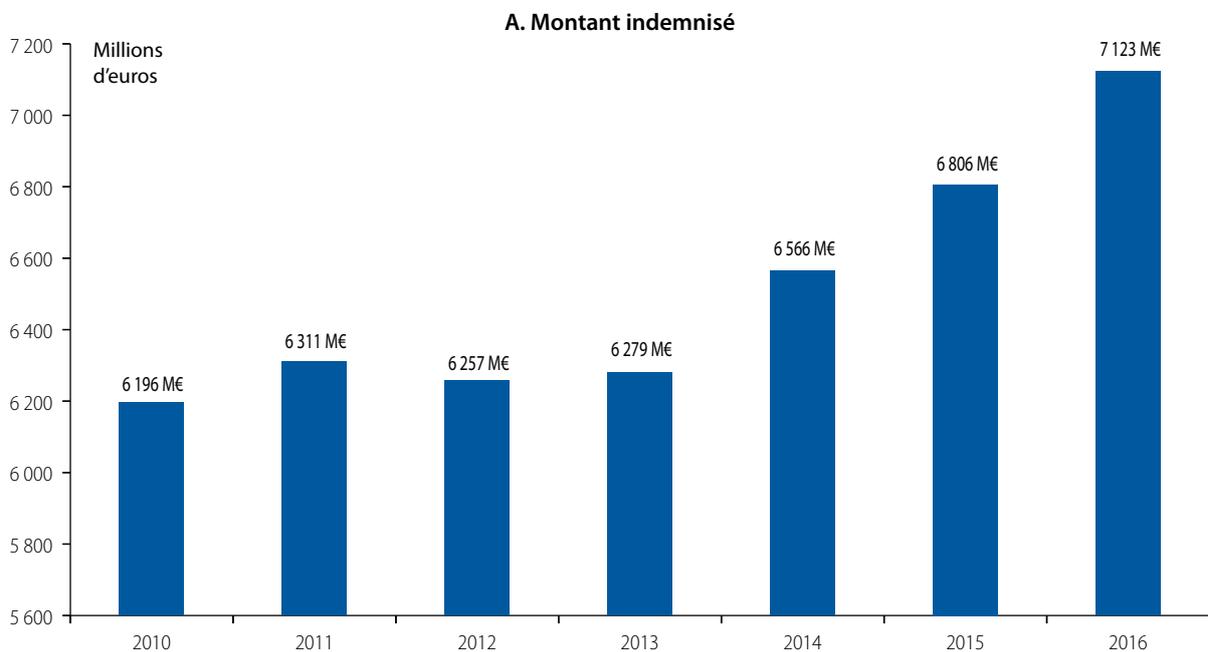
L'évolution de la structure d'âge des arrêts peut être la conséquence des réformes des retraites car elles ont augmenté la participation des personnes les plus âgées au marché du travail. En effet,

selon les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), le taux d'activité de la population des 55-64 ans est passé de 41,7% au premier trimestre 2010 à 54,1% au dernier trimestre de 2016, soit une hausse de + 12,4 points de pourcentage tandis que celui de la population active dans son ensemble a connu une hausse de + 1,3 point de pourcentage. Ces résultats vont dans le sens de précédentes études qui ont

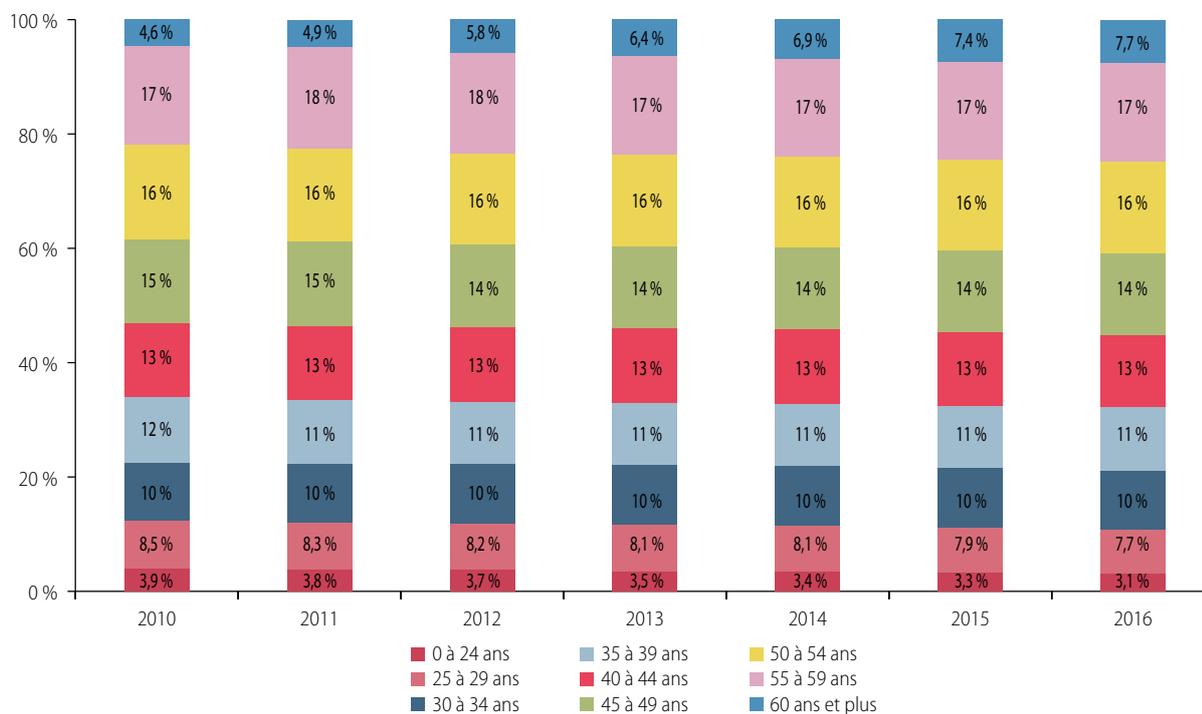
montré l'influence des réformes des retraites sur l'emploi des « seniors ». Ainsi, comme le note une étude de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) : « les réformes des retraites mises en œuvre durant les dix dernières années ont incité au maintien en emploi des seniors ». Ce résultat est conforté par une autre étude qui conclut que : « la réforme [des retraites en 2010] a eu un effet très incitatif sur l'activité des seniors » (Drees).

► FIGURE 33

Évolution sur la période 2010-2016 du montant indemnisé pour les arrêts maladie (A) et répartition de ces montants indemnisés en fonction de l'âge des bénéficiaires (B)



B. Répartition du montant indemnisé selon l'âge des bénéficiaires



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

1.3 La polypathologie

Avec l'allongement de l'espérance de vie lié aux meilleures conditions de vie et à une meilleure prise en charge des pathologies, et avec le vieillissement de la population, on constate un poids croissant des pathologies chroniques sur la population et le système de santé. La polypathologie, définie comme la présence simultanée de plusieurs pathologies chez le même individu, s'est ainsi imposée depuis quelques années comme un défi majeur, un nombre croissant de personnes étant dans cette situation, nécessitant des prises en charge d'une complexité également croissante.

Il faut bien distinguer la notion de polypathologie où l'on appréhende l'intégralité du profil de pathologies d'une personne, sans considérer de pathologie index, à celle de comorbidité, qui désigne toute situation clinique se surajoutant à une pathologie index étudiée. En cela, la notion de polypathologie est plus centrée sur la personne elle-même. Il est maintenant établi que la polypathologie est associée à la fois à l'état de santé et à la mortalité mais également à l'utilisation de services de soins et aux dépenses de santé.

À partir des données de morbidité de la cartographie, on peut étudier de manière précise la polypathologie à l'échelle nationale, en analysant les combinaisons de pathologies les plus fréquentes. L'analyse de ces associations permet d'illustrer la diversité des situations cliniques rencontrées désignées sous le terme de polypathologie et de préciser les spécificités de ces situations cliniques en fonction de l'âge et aussi en fonction du sexe.

La polypathologie a été définie comme la présence simultanée d'au moins deux pathologies (parmi la liste préétablie) chez le même individu, conformément à la majorité des études dans ce domaine à l'échelle internationale. Ainsi, la polypathologie couvre une importante diversité de situations cliniques : deux pathologies identifiées chez une même personne pouvant ne pas avoir de lien direct (comme la démence et les maladies respiratoires chroniques), être la conséquence l'une de l'autre (comme la maladie coronaire et l'insuffisance cardiaque), ou appartenir au même ensemble nosologique (comme dans le cas précédent ou pour les pathologies psychiatriques). Dans le

domaine des pathologies mentales en particulier, une même affection peut faire l'objet de recours successifs aux soins qualifiés par des diagnostics différents, avant l'identification précise du trouble dont souffre la personne. L'interprétation des résultats ci-dessous doit tenir compte de cette complexité.

La fréquence de la polypathologie augmente avec l'âge. En 2016, elle concerne au moins 1 personne sur 5 à partir de 65 ans et au moins 1 personne sur 3 à partir de 85 ans (**figure 34 et tableau 5**). Les hommes sont plus fréquemment atteints de plusieurs pathologies que les femmes, ce qui est particulièrement notable à partir de 65 ans.

Le profil de pathologies et de polypathologie évolue en fonction de l'âge : avant 45 ans, les principales pathologies identifiées concernent le domaine de la santé mentale ; entre 45 et 85 ans, le « diabète » et la « maladie coronaire » représentent une part importante de la polypathologie ; enfin, à partir de 85 ans, la « démence » et l'« insuffisance cardiaque » font partie des pathologies le plus souvent présentes (**tableau 6, tableau 7 et tableau 8**). Les « maladies respiratoires chroniques » sont présentes pour tous les âges, aussi bien chez les hommes que chez les femmes polypathologiques.

Il existe cependant des spécificités selon le sexe. Chez les femmes, les « maladies psychiatriques » restent fréquentes après 45 ans et les « démences » figurent parmi les associations les plus fréquentes après 85 ans. Chez les hommes, le poids des « pathologies cardiovasculaires » et du « diabète » est prédominant dès 45 ans et persiste fortement avec l'âge.

Les profils de personnes polypathologiques sont très divers : on retrouve parmi les associations les plus fréquentes de nombreuses pathologies différentes (plus d'une dizaine de profils chez les personnes de 45 ans et plus) et les associations présentées ne représentent qu'une faible part de l'ensemble des associations de pathologies. Une telle diversité illustre la complexité des situations cliniques rencontrées, appelant chacune des prises en charge spécifiques : il est nécessaire, par exemple, d'adapter les prises en charge de pathologies dont les traitements sont incompatibles ou de prioriser, avec les patients, les différentes étapes de leurs parcours de soins (la fréquence importante de pathologies cancéreuses parmi les associations fréquentes en est un exemple).

► ENCADRÉ 5

Méthodologie de l'étude de la polypathologie

L'étude de la polypathologie fait l'objet d'un chapitre dans le rapport Charges et produits pour l'année 2016.

Pour l'analyse présentée ici, un travail de sélection argumentée des groupes de pathologies à considérer a été effectué. L'ensemble des variables de morbidité disponibles dans la cartographie a été analysé, pour sélectionner celles qui correspondent à des pathologies chroniques (et de possibles décompensations aiguës ou non), nécessitant un suivi médical au long cours et une prise en charge médicale spécifique. Pour certaines pathologies, le niveau d'agrégation le plus adéquat a été retenu (par exemple « maladie coronaire » plutôt que « syndrome coronaire aigu » et « maladie coronaire chronique »). Les traitements, les états non pathologiques (par exemple la maternité non compliquée) et les regroupements

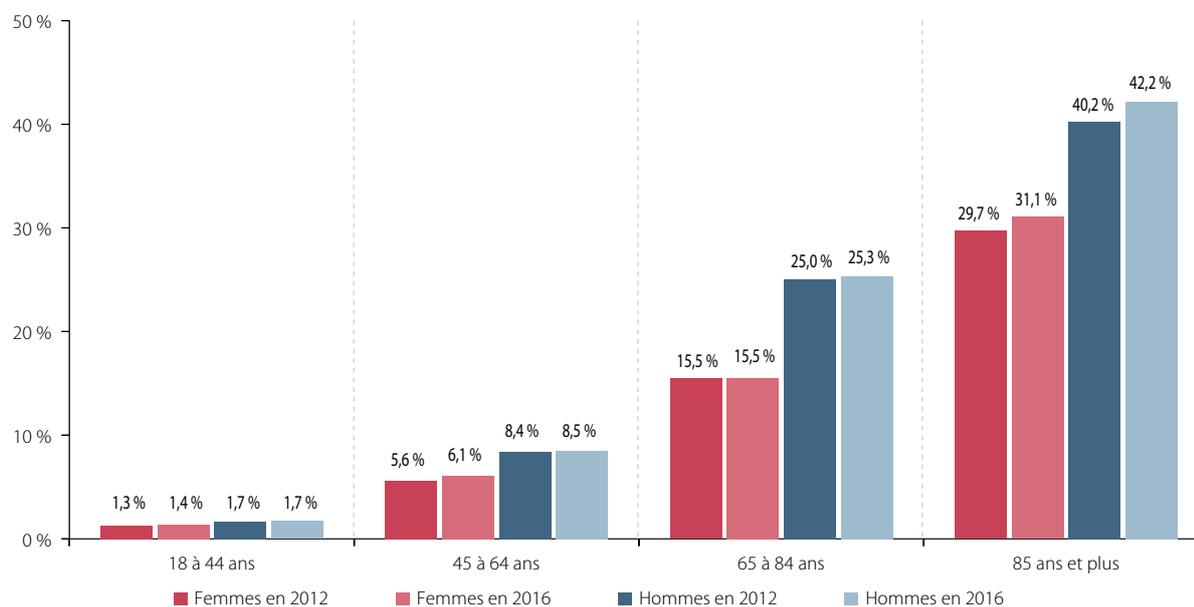
trop larges de pathologies hétérogènes avec des tableaux cliniques différents (par exemple le groupe « maladies cardio-neurovasculaires » en tant qu'entité) n'ont pas été retenus. La liste finale retenue comporte 37 états cliniques qui couvrent la morbidité de l'ensemble des organes et appareils identifiables dans la cartographie. De ce fait, même si les principales tendances peuvent être comparées entre les résultats publiés dans les deux rapports, la prévalence de la polypathologie n'est cependant pas comparable, car les mesures ont été établies à partir de listes de pathologies différentes, donc sur deux périmètres différents (49 groupes de pathologies dans le rapport pour l'année 2016 contre 37 groupes de pathologies dans le présent rapport).

Les résultats descriptifs sur la polypathologie sont étroitement liés à la liste de pathologies considérée pour

sa mesure. Ces résultats apportent un ordre de grandeur et la fréquence de la polypathologie est probablement sous-estimée : certains groupes de population n'ont pas été considérés (comme par exemple les « traitements antihypertenseurs » et les « traitements hypolipémiants », qui correspondent probablement à des prises en charge de prévention primaire), certains états cliniques ne sont pas identifiés par la cartographie (comme par exemple les arthroses, l'ostéoporose ou l'obésité) et certaines personnes âgées polymorbides peuvent ne pas être repérées lorsqu'elles résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ainsi, en l'absence de méthodologie communément admise, les comparaisons internationales sur la polypathologie restent difficiles.

► FIGURE 34

Fréquence de la polypathologie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe



Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► TABLEAU 5

Nombre de pathologies identifiées (parmi la liste préétablie) à partir de 65 ans, selon le sexe, en 2016

	Femmes de 65 à 84 ans		Hommes de 65 à 84 ans		Femmes de 85 ans ou plus		Hommes de 85 ans ou plus	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Pas de pathologie	2 297 078	55,5	1 357 036	42,4	328 656	34,9	94 491	24,9
1 pathologie	1 200 041	29,0	1 030 547	32,2	319 980	34,0	125 020	33,0
2 pathologies	438 804	10,6	504 116	15,8	179 842	19,1	88 578	23,3
3 pathologies	143 000	3,5	200 825	6,3	76 013	8,1	44 503	11,7
4 pathologies ou plus	61 527	1,5	104 889	3,3	36 364	3,9	26 877	7,1
Ensemble	4 140 450	100	3 197 413	100	940 855	100	379 469	100

Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► TABLEAU 6

Associations de pathologies les plus fréquentes chez les personnes polypathologiques, quel que soit le sexe, selon l'âge, en 2016

Classes d'âge	Effectifs	% ^(a)	Associations les plus fréquentes parmi les personnes avec deux ou trois pathologies, en 2016			
18 à 44 ans	251 293	100	Ensemble des personnes avec deux pathologies ou plus			
	22 820	9,1	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques		
	20 450	8,1	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs		
	9 052	3,6	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques		
	8 142	3,2	Troubles psychotiques	Troubles addictifs		
	7 492	3,0	Diabète	Maladies respiratoires chroniques		
	50 842	100	Ensemble des personnes avec trois pathologies ou plus			
	5 688	11,2	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	Troubles addictifs	
	1 658	3,3	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies du foie ou du pancréas	
	1 556	3,1	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies respiratoires chroniques	
	1 276	2,5	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	Maladies respiratoires chroniques	
	811	1,6	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	Diabète	
	45 à 64 ans	913 902	100	Ensemble des personnes avec deux pathologies ou plus		
57 524		6,3	Diabète	Maladies respiratoires chroniques		
52 549		5,7	Diabète	Maladie coronaire		
24 398		2,7	Maladies respiratoires chroniques	Troubles névrotiques et de l'humeur		
22 944		2,5	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur		
21 889		2,4	Maladies respiratoires chroniques	Troubles addictifs		
253 322		100	Ensemble des personnes avec trois pathologies ou plus			
7 363		2,9	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	Maladie coronaire	
5 437		2,1	Diabète	Maladie coronaire	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	
4 910		1,9	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	Troubles névrotiques et de l'humeur	
3 384		1,3	Diabète	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
3 288		1,3	Maladies respiratoires chroniques	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	
65 à 84 ans		1 453 161	100	Ensemble des personnes avec deux pathologies ou plus		
	100 597	6,9	Diabète	Maladie coronaire		
	75 378	5,2	Diabète	Maladies respiratoires chroniques		
	40 642	2,8	Diabète	Autres cancers		
	31 838	2,2	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques		
	24 449	1,7	Diabète	Accident vasculaire cérébral		
	510 241	100	Ensemble des personnes avec trois pathologies ou plus			
	15 869	3,1	Diabète	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	
	12 041	2,4	Diabète	Maladie coronaire	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	
	10 576	2,1	Diabète	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
	7 839	1,5	Diabète	Maladie coronaire	Autres cancers	
	6 477	1,3	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	Insuffisance cardiaque	
	85 ans et plus	452 177	100	Ensemble des personnes avec deux pathologies ou plus		
13 043		2,9	Diabète	Maladie coronaire		
11 488		2,5	Diabète	Démences (dont maladie d'Alzheimer)		
10 956		2,4	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	Troubles névrotiques et de l'humeur		
10 529		2,3	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque		
8 818		2,0	Maladies respiratoires chroniques	Insuffisance cardiaque		
183 757		100	Ensemble des personnes avec trois pathologies ou plus			
3 383		1,8	Diabète	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
3 309		1,8	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	Insuffisance cardiaque	
2 232		1,2	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	Insuffisance cardiaque	
2 111		1,1	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	
2 052		1,1	Diabète	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	

■ Maladies psychiatriques ■ Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) ■ Maladies neurologiques ou dégénératives ■ Diabète
 ■ Maladies cardio-neurovasculaires ■ Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) ■ Cancers

(a) Les pourcentages sont calculés respectivement parmi les personnes avec deux pathologies ou plus et parmi les personnes avec trois pathologies ou plus

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► TABLEAU 7

Associations de pathologies les plus fréquentes chez les femmes polypathologiques, selon l'âge, en 2016

Classes d'âge	Effectifs	% ^(a)	Associations les plus fréquentes parmi les femmes avec deux ou trois pathologies, en 2016			
18 à 44 ans	119 703	100	Ensemble des femmes avec deux pathologies ou plus			
	10 605	8,9	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques		
	7 779	6,5	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs		
	6 486	5,4	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques		
	4 532	3,8	Maladies respiratoires chroniques	Diabète		
	2 557	2,1	Maladies respiratoires chroniques	Autres cancers		
	22 443	100	Ensemble des femmes avec trois pathologies ou plus			
	1 548	6,9	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	Troubles addictifs	
	771	3,4	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies respiratoires chroniques	
	765	3,4	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	Maladies respiratoires chroniques	
	455	2,0	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies du foie ou du pancréas	
	430	1,9	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	Diabète	
	45 à 64 ans	415 043	100	Ensemble des femmes avec deux pathologies ou plus		
		30 741	7,4	Maladies respiratoires chroniques	Diabète	
18 364		4,4	Maladies respiratoires chroniques	Troubles névrotiques et de l'humeur		
14 836		3,6	Troubles névrotiques et de l'humeur	Diabète		
12 747		3,1	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques		
10 898		2,6	Diabète	Maladie coronaire		
103 889		100	Ensemble des femmes avec trois pathologies ou plus			
3 534		3,4	Maladies respiratoires chroniques	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	
2 099		2,0	Maladies respiratoires chroniques	Diabète	Maladie coronaire	
1 860		1,8	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	
1 727		1,7	Maladies respiratoires chroniques	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	
1 454		1,4	Maladies respiratoires chroniques	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	
65 à 84 ans		643 331	100	Ensemble des femmes avec deux pathologies ou plus		
		38 437	6,0	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	28 044	4,4	Diabète	Maladie coronaire		
	18 230	2,8	Diabète	Autres cancers		
	18 213	2,8	Diabète	Cancer du sein de la femme		
	15 297	2,4	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur		
	204 527	100	Ensemble des femmes avec trois pathologies ou plus			
	4 668	2,3	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	Maladie coronaire	
	3 732	1,8	Diabète	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
	3 294	1,6	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	Insuffisance cardiaque	
	2 960	1,4	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	Troubles névrotiques et de l'humeur	
	2 192	1,1	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	Autres cancers	
	85 ans et plus	292 219	100	Ensemble des femmes avec deux pathologies ou plus		
		9 949	3,4	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	Troubles névrotiques et de l'humeur	
9 161		3,1	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	Diabète		
6 911		2,4	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	Insuffisance cardiaque		
6 859		2,3	Diabète	Maladie coronaire		
6 684		2,3	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	Accident vasculaire cérébral		
112 377		100	Ensemble des femmes avec trois pathologies ou plus			
2 045		1,8	Diabète	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
1 927		1,7	Maladies respiratoires chroniques	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
1 565		1,4	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
1 536		1,4	Maladies respiratoires chroniques	Diabète	Insuffisance cardiaque	
1 410		1,3	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	Maladies respiratoires chroniques	Insuffisance cardiaque	

■ Maladies psychiatriques ■ Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) ■ Maladies neurologiques ou dégénératives ■ Diabète
■ Maladies cardio-neurovasculaires ■ Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) ■ Cancers

(a) Les pourcentages sont calculés respectivement parmi les femmes avec deux pathologies ou plus et parmi les femmes avec trois pathologies ou plus

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► TABLEAU 8

Associations de pathologies les plus fréquentes chez les hommes polypathologiques, selon l'âge, en 2016

Classes d'âge	Effectifs	% ^(a)	Associations les plus fréquentes parmi les hommes avec deux ou trois pathologies, en 2016		
18 à 44 ans	131 590	100	Ensemble des hommes avec deux pathologies ou plus		
	12 671	9,6	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	
	12 215	9,3	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	
	7 036	5,3	Troubles addictifs	Troubles psychotiques	
	2 960	2,2	Maladies respiratoires chroniques	Diabète	
	2 566	1,9	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques	
	28 399	100	Ensemble des hommes avec trois pathologies ou plus		
	4 140	14,6	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Troubles psychotiques
	1 203	4,2	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies du foie ou du pancréas
	785	2,8	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies respiratoires chroniques
511	1,8	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles psychotiques	Maladies respiratoires chroniques	
491	1,7	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Epilepsie	
45 à 64 ans	498 859	100	Ensemble des hommes avec deux pathologies ou plus		
	41 651	8,3	Maladie coronaire	Diabète	
	26 783	5,4	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	12 213	2,4	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	
	11 931	2,4	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	
	10 773	2,2	Diabète	Maladies du foie ou du pancréas	
	149 433	100	Ensemble des hommes avec trois pathologies ou plus		
	5 264	3,5	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	4 692	3,1	Maladie coronaire	Diabète	Artériopathie oblitérante du membre inférieur
	2 636	1,8	Maladie coronaire	Diabète	Insuffisance cardiaque
2 038	1,4	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	
1 926	1,3	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies du foie ou du pancréas	
65 à 84 ans	809 830	100	Ensemble des hommes avec deux pathologies ou plus		
	72 553	9,0	Maladie coronaire	Diabète	
	36 941	4,6	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	22 412	2,8	Diabète	Autres cancers	
	21 379	2,6	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	
	20 352	2,5	Diabète	Cancer de la prostate	
	305 714	100	Ensemble des hommes avec trois pathologies ou plus		
	11 201	3,7	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	9 875	3,2	Maladie coronaire	Diabète	Artériopathie oblitérante du membre inférieur
	6 844	2,2	Maladie coronaire	Diabète	Insuffisance cardiaque
6 099	2,0	Maladie coronaire	Diabète	Autres cancers	
4 721	1,5	Maladie coronaire	Diabète	Cancer de la prostate	
85 ans et plus	159 958	100	Ensemble des hommes avec deux pathologies ou plus		
	6 184	3,9	Maladie coronaire	Diabète	
	3 904	2,4	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
	3 545	2,2	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	
	3 426	2,1	Maladie coronaire	Autres cancers	
	3 006	1,9	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	71 380	100	Ensemble des hommes avec trois pathologies ou plus		
	1 382	1,9	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Maladies respiratoires chroniques
	1 338	1,9	Maladie coronaire	Diabète	Insuffisance cardiaque
	1 029	1,4	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
976	1,4	Maladie coronaire	Diabète	Autres cancers	
847	1,2	Maladie coronaire	Diabète	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	

■ Maladies psychiatriques ■ Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) ■ Maladies neurologiques ou dégénératives ■ Diabète
■ Maladies cardio-neurovasculaires ■ Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) ■ Cancers

(a) Les pourcentages sont calculés respectivement parmi les hommes avec deux pathologies ou plus et parmi les hommes avec trois pathologies ou plus

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

1.4 Données de mortalité et cartographie médicalisée

Les causes de décès renseignées sur le certificat de décès ne reflètent pas systématiquement l'ensemble des pathologies présentes ou prises en charge au moment du décès. Ainsi, l'étude de la mortalité pour une pathologie repérée par la seule information contenue dans les certificats de décès ne concernera pas l'ensemble des personnes atteintes par cette pathologie.

La cartographie médicalisée des dépenses permet de repérer les personnes suivies pour un groupe de pathologies, même si ces pathologies ne font pas partie des causes du décès ou n'y ont pas directement contribué.

Il est ainsi particulièrement intéressant de croiser ces informations, ce qui est dorénavant possible dans le cadre du SNDS. La mortalité des personnes atteintes de « maladies psychiatriques », identifiées grâce à la cartographie des pathologies

et des dépenses, fait d'ailleurs l'objet d'une analyse spécifique dans ce rapport (voir page 102). Par ailleurs, la disponibilité des causes de décès permet d'étudier de manière détaillée la mortalité, en analysant les causes initiales et associées des décès, mais aussi d'autres informations sociodémographiques sur les personnes décédées, ou sur les circonstances, comme par exemple le lieu de décès.

Un premier travail d'analyse descriptive sur la mortalité des principaux groupes de pathologies identifiés par la cartographie a été mené avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) sur les décès survenus en 2014, données les plus récentes disponibles dans le SNDS au moment de l'étude. En plus d'apporter des éléments comparatifs de mortalité pour un grand nombre de groupes de populations, ces analyses illustrent le potentiel d'études qu'offre l'enrichissement du SNDS avec les causes médicales de décès.

► ENCADRÉ 6

Méthode d'analyse croisée des causes de décès et de la cartographie des pathologies et des dépenses

L'appariement des causes médicales de décès à la cartographie

La production des données individuelles sur les causes de décès est assurée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), le laboratoire de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). À partir de la partie médicale, non nominative, des certificats de décès, le CépiDc assure le codage des causes de décès selon la classification internationale des maladies (CIM-10) et détermine la cause initiale du décès, cause à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès, tandis que l'Insee lie le certificat de décès à des informations sociodémographiques.

Il existe un identifiant non nominatif unique pour chaque décès, qui est utilisé lors des échanges entre le CépiDc et l'Insee. Cet identifiant n'est pas le même que l'identifiant synthétique non nominatif utilisé pour les données du SNDS

et il n'existe actuellement pas encore de correspondance entre les deux. Une méthode d'appariement indirect entre les données de décès et d'autres systèmes d'information mise au point par le CépiDc a donc été adaptée au SNDS en collaboration entre la Cnam et le CépiDc. Cet appariement mobilise l'année, le mois et le jour de décès, le sexe, l'année et le mois de naissance, le département et la commune de résidence et, le cas échéant, le département de l'établissement hospitalier dans lequel le patient est décédé.

Les premières données disponibles concernent l'année 2014. Pour cette année, 90,1 % des 561 008 décès traités par le CépiDc ont pu être appariés avec des individus dont les données étaient présentes dans le SNDS. Pour notre étude, nous nous sommes intéressés à la population et à la cartographie pour 2014 (version G5) et les causes de décès de ces individus ont pu être appariées avec leurs données de consommation de soins dans 98,2 % des cas.

Les indicateurs présentés

Les taux de mortalité sont calculés en rapportant le nombre de décès au cours de l'année 2014 au sein d'une population étudiée, à l'effectif de cette population présent dans la cartographie en 2014. La mortalité prématurée est définie comme survenant avant 65 ans et les taux de mortalité prématurée sont calculés parmi les personnes âgées de moins de 65 ans. Pour comparer les taux de mortalité des différents groupes étudiés, nous avons calculé des taux standardisés, par une méthode de standardisation directe sur la structure par âge et sexe de la population totale française recensée en 2014 par l'Insee.

Les causes initiales de décès ont été regroupées en 17 catégories selon les chapitres de la classification internationale des maladies (CIM-10).

Pour plus de précisions sur les principaux indicateurs de mortalité, se référer au site du CépiDc :

(<http://www.cepiddc.inserm.fr/index.php?p=indicateurs>)

1.4.1 / Mortalité et mortalité prématurée en fonction des groupes de pathologies de la cartographie

Le taux standardisé de mortalité de l'ensemble de la population de la cartographie est de 7,2 ‰ (tableau 9), ce qui est inférieur au taux national estimé par l'Insee pour l'année 2014, qui est de 8,4 ‰¹⁵. Les personnes n'ayant pas consommé de soins en 2014, ou dont la consommation n'a pas été repérée dans la cartographie (soit par leur affiliation au régime social des indépendants – RSI – ou à la mutualité sociale agricole – MSA, soit pour les résidents de certains établissements d'hébergement médicalisés financés par budget global), ont donc une mortalité plus élevée que les personnes présentes dans la car-

tographie, différence qui ne s'explique que très partiellement par une structure d'âge et de sexe différente.

Les personnes traitées pour « maladies du foie ou du pancréas », pour « cancers », ou pour « insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) », ont les taux de mortalité les plus élevés après standardisation sur l'âge et le sexe (tableau 9). Par rapport à l'ensemble des personnes ayant eu une consommation de soins, ces groupes de personnes malades ont une mortalité plus élevée de 7 à 5 fois (figure 35). La mortalité prématurée (avant 65 ans) la plus élevée est observée pour ces mêmes groupes de pathologies, avec un ratio de surmortalité de 18 pour les personnes atteintes par une « maladie du foie ou du pancréas » ou un « cancer » et de 8 en cas d'IRCT, par rapport à l'ensemble des consommateurs (figure 35).

► TABLEAU 9

Nombre de décès et taux de mortalité toutes causes confondus pour les principaux groupes de patients ayant des pathologies repérées par la cartographie, en 2014

	Effectifs	Âge moyen	Nombre de décès appariés	Âge moyen au décès (ans)	Taux brut de mortalité (‰)	Taux standardisé de mortalité (‰)	Taux brut de mortalité prématurée (‰)	Taux standardisé de mortalité prématurée (‰)
Maladies cardio-neurovasculaires	3 630 000	71	218 611	81	60,2	23,9	21,6	11,9
Traitements du risque vasculaire ^(a)	7 573 000	65	50 825	79	6,7	3,5	2,4	1,5
Diabète	3 000 000	66	80 358	78	26,8	10,3	8,3	3,1
Cancers	2 483 000	67	168 063	74	67,7	39,7	42,1	25,5
Maladies psychiatriques	2 013 000	52	54 681	74	27,2	18,9	10,7	6,3
Traitements psychotropes ^(a)	5 315 000	62	94 478	80	17,8	8,9	5,1	3,1
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 291 000	67	102 665	84	79,6	26,2	15,8	9,7
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	2 972 000	49	77 955	77	26,2	15,4	7,2	4,8
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida	928 000	54	16 597	75	17,9	12,0	5,7	3,8
Insuffisance rénale chronique terminale	74 000	62	5 526	75	75,0	34,7	25,5	12,2
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	477 000	58	36 099	69	75,7	49,8	44,5	25,9
Ensemble des consommateurs du régime général	56 519 000	40	387 332	77	6,9	7,2	1,7	1,4

(a) Hors pathologies (b) Hors mucoviscidose

Note de lecture : les effectifs sont arrondis au millier. Tous les taux sont exprimés pour 1 000 personnes. Un même patient décédé peut avoir été atteint par plusieurs pathologies et son décès peut donc être pris en compte sur plusieurs lignes. Se référer à l'encadré 6, page 49, pour les précisions méthodologiques et les précautions à prendre dans l'interprétation des indicateurs.

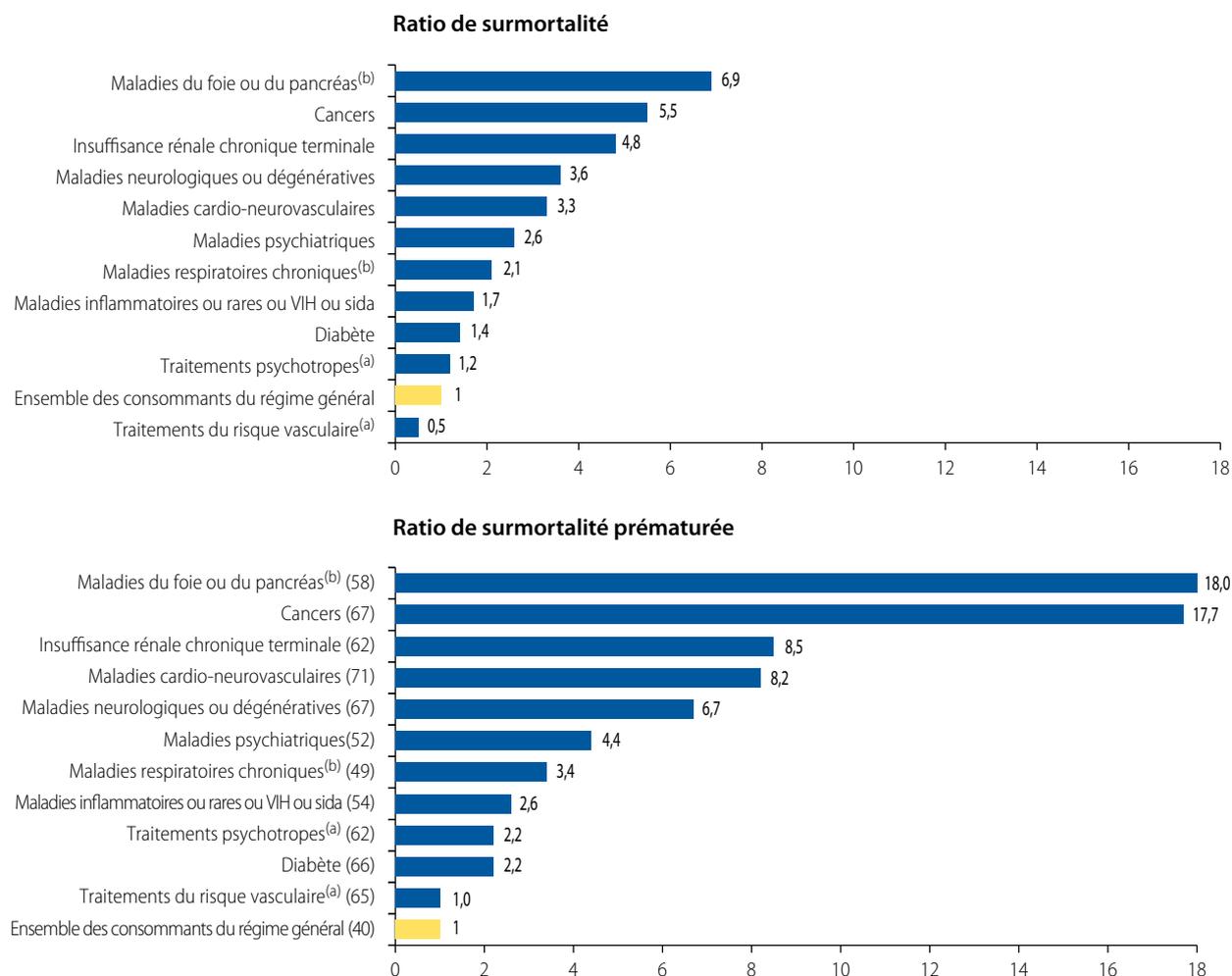
Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018 – appariée avec les causes médicales de décès de 2014)

15 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001641593>

► FIGURE 35

Ratios entre les taux standardisés de mortalité et de mortalité prématurée des principaux groupes de pathologies et les taux de l'ensemble des consommateurs du régime général, en 2014



(a) Hors pathologies
(b) Hors mucoviscidose

Note de lecture : il s'agit du rapport entre le taux standardisé de mortalité au sein d'un groupe de pathologies donné, sur le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble des consommateurs du régime général. La population totale a un ratio de 1 par construction. Les personnes suivies pour des maladies cardio-neurovasculaires ont une mortalité 3,3 fois supérieure et une mortalité prématurée 8,2 fois supérieure à celle de l'ensemble des consommateurs, après standardisation.

Pour les ratios de surmortalité prématurée, l'âge moyen des individus identifiés en 2014 dans chaque groupe apparaît entre parenthèses.

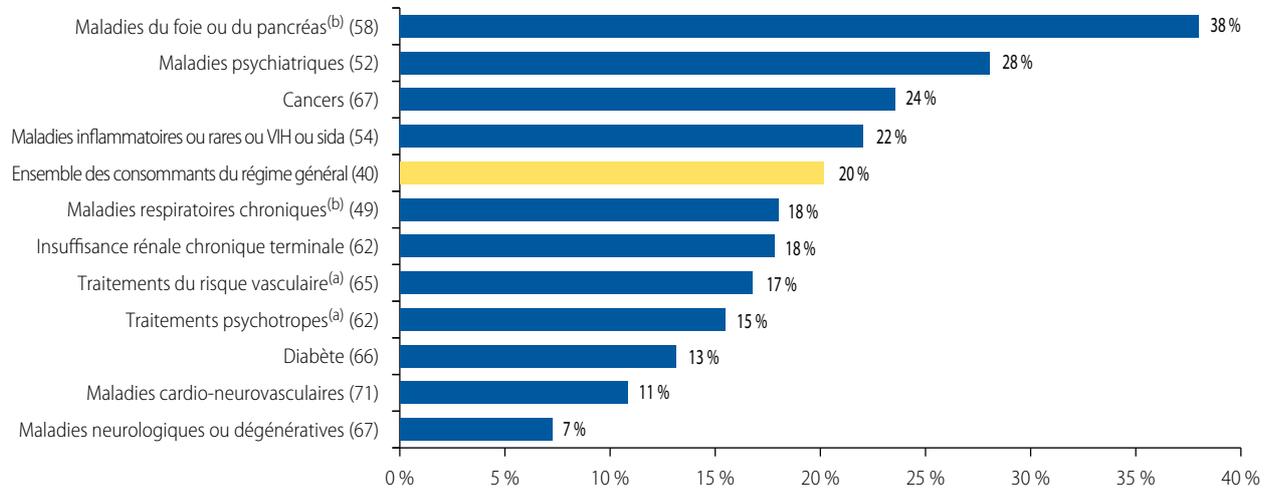
Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018 – appariée avec les causes médicales de décès de 2014)

Lorsque l'on mesure la part de l'ensemble des décès qui surviennent avant 65 ans, on observe qu'elle est supérieure à celle de l'ensemble des consommateurs (20 % des décès) pour les personnes avec « maladies du foie et du pancréas » (38 %) ou avec « cancers » (24 %), mais aussi pour les personnes atteintes de « maladies psychiatriques » et pour le groupe « maladies inflammatoires ou rares, VIH ou sida », avec 28 % et 22 % des décès, respectivement (figure 36). Dans ces deux groupes de pathologies, l'âge moyen au décès est en effet relativement jeune, soit 52 ans et 54 ans, respectivement.

On observe aussi que la part des décès survenant avant 65 ans est presque deux fois plus importante chez les personnes suivies pour cancer (24 %) que chez les personnes suivies pour diabète (13 %), malgré une moyenne d'âge très proche dans ces deux populations (66 et 67 ans respectivement).

► FIGURE 36

Part des décès survenant avant 65 ans parmi l'ensemble des décès, pour les principaux groupes de pathologies, en 2014

(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

Note de lecture : l'âge moyen des individus identifiés en 2014 dans chaque groupe apparaît entre parenthèses.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018 – appariée avec les causes médicales de décès de 2014)

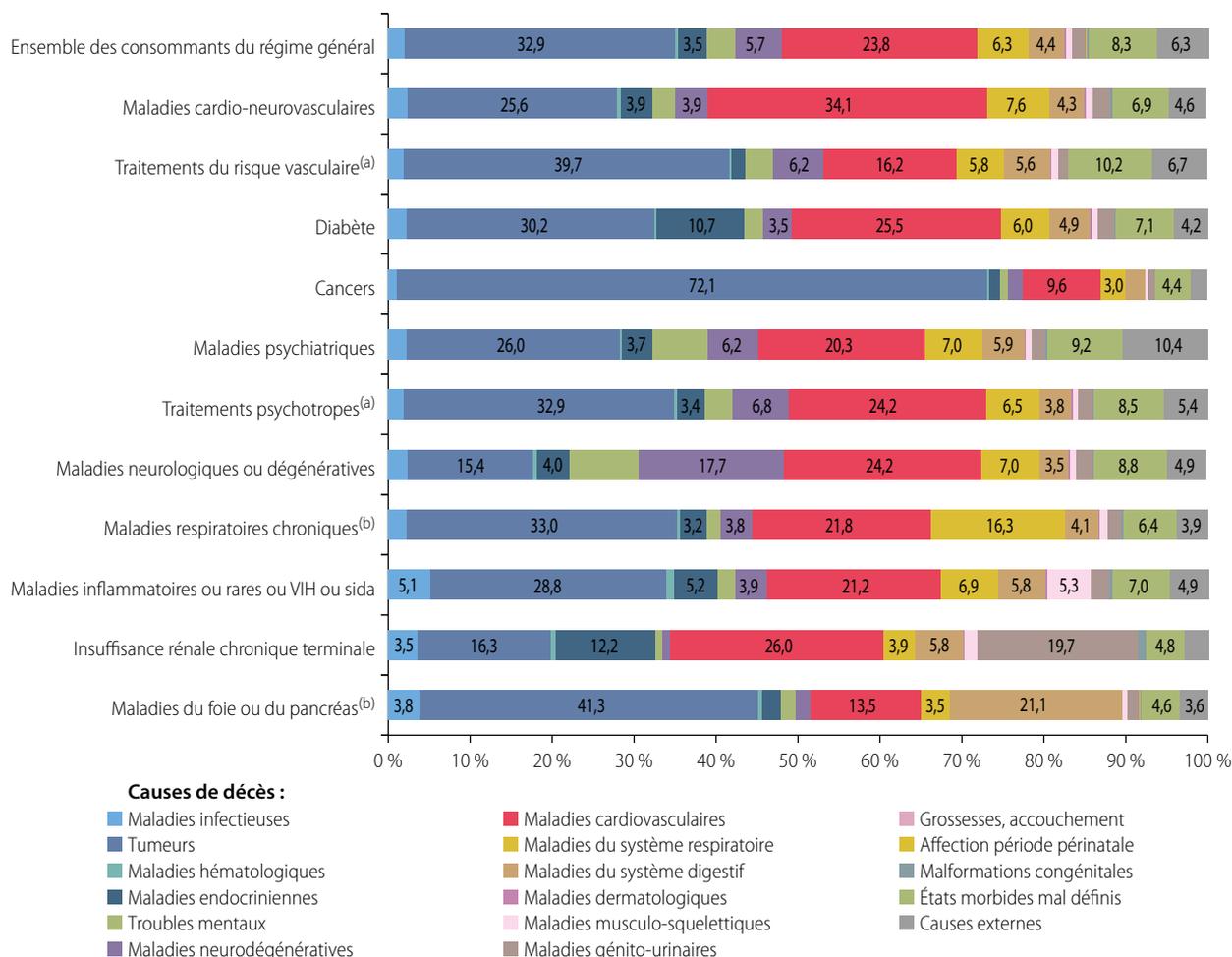
1.4.2 / Analyse des causes de décès

Les tumeurs et les maladies cardiovasculaires sont les causes initiales les plus fréquentes pour quasiment tous les groupes de patients. Certaines catégories de causes initiales de décès sont, de manière attendue, fréquemment observées pour certains groupes de patients, comme les causes génito-urinaires en cas de « IRCT », ou les causes digestives en cas de « maladies du foie ou du pancréas » (**figure 37**). On note aussi la part non négligeable de causes classées en « états morbides mal définis » et de « causes externes », notamment parmi les personnes suivies pour « maladies psychiatriques » (une analyse détaillée de la mortalité pour ce groupe de pathologies est présentée page 101, sur la santé mentale).

Lorsque l'on compare les taux standardisés de mortalité entre les différents groupes de patients et l'ensemble des consommateurs, pour les principales causes initiales de décès, il est logique d'observer que pour certaines causes initiales, la surmortalité est principalement concentrée sur les pathologies prises en charge et repérées par la cartographie : « maladies du foie ou du pancréas » pour la surmortalité digestive, « cancers » pour la surmortalité par tumeurs et « maladies neurologiques ou dégénératives » pour la surmortalité par maladies neurologiques ou dégénératives (**figure 38**).

► FIGURE 37

Causes initiales de décès pour les principaux groupes de personnes atteintes de pathologies selon la cartographie, en 2014



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

Note de lecture : chaque barre horizontale représente l'ensemble des décès au sein d'un groupe de personnes atteintes par différentes pathologies. Les barres sont segmentées par des couleurs représentant les principales causes initiales de décès. La taille des segments colorés est proportionnelle à la part des différentes causes initiales dans l'ensemble des décès de chaque groupe. Attention à ne pas confondre les groupes de personnes atteintes par différentes pathologies de la cartographie (axe vertical) avec les causes initiales de décès pour chaque groupe (légende). Pour faciliter la lisibilité, les parts des causes de décès pour chaque groupe de personnes sont reportées pour les causes les plus fréquentes (représentant au moins 3 % de l'ensemble des décès).

Champ : régime général – France entière

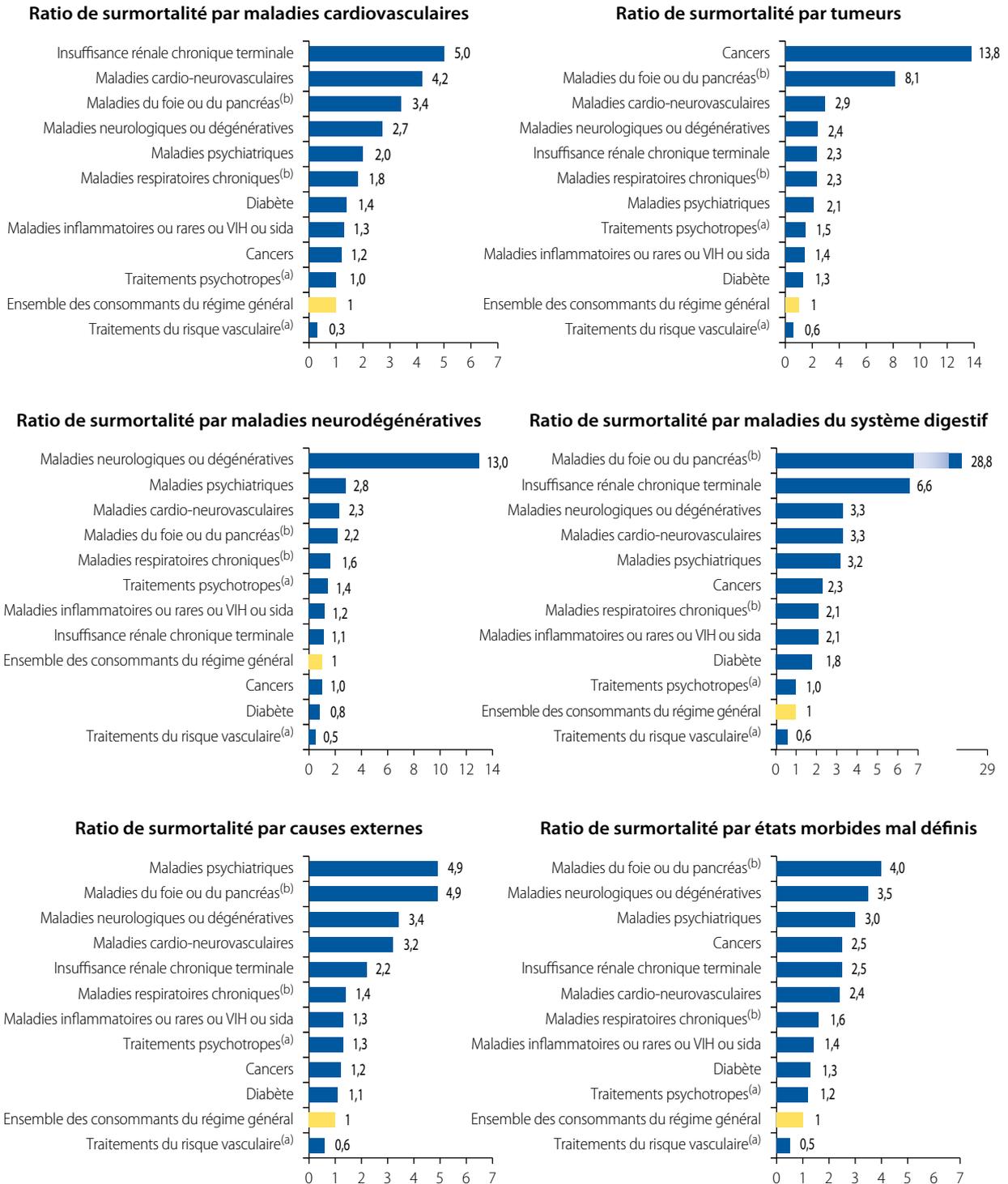
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018 – appariée avec les causes médicales de décès de 2014)

La surmortalité par cause externe ou « états morbides mal définis » est principalement observée parmi les personnes suivies pour « maladies psychiatriques », « maladies du foie ou du pancréas » et « maladies neurologiques ou dégénératives ». Là aussi, il est important de considérer qu'un patient décédé peut avoir été pris en charge pour plusieurs pathologies. Par exemple, un patient traité pour un cancer peut décéder d'une

maladie coronaire pour laquelle il était aussi soigné. Ce décès ne sera utilisé dans la **figure 38** que pour calculer la surmortalité par « maladies cardiovasculaires ». Il sera cependant pris en compte pour estimer cette surmortalité dans les histogrammes correspondant aux deux pathologies (« cardio-neurovasculaires » et « cancers »).

► FIGURE 38

Ratios de surmortalité selon la cause initiale de décès, pour les principaux groupes de pathologies, en 2014



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

Note de lecture : il s'agit du rapport entre le taux standardisé de mortalité par une cause initiale donnée au sein d'un groupe de pathologies, sur le taux standardisé de mortalité par cette même cause initiale pour l'ensemble des consommateurs du régime général. La population totale a un ratio de 1 par construction. Les personnes suivies pour des maladies du foie ou du pancréas ou pour des maladies psychiatriques ont une mortalité par causes externes 4,9 fois supérieure à la mortalité par cause externe de l'ensemble des consommateurs.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018 – appariée avec les causes médicales de décès de 2014)

Enfin, il est possible d'exploiter l'ensemble des causes de décès mentionnées dans le certificat, c'est-à-dire la cause initiale et les causes associées confondues, pour réaliser des analyses dites « en causes multiples », en particulier dans l'étude de la mortalité chez des personnes atteintes de maladies chroniques. On observe que, parmi les personnes prises en charge pour cancer et décédées en 2014, 77 % des certificats de décès portaient la mention « tumeurs » et qu'il s'agit la plupart du temps de la cause initiale (figure 38 : ratio toute mention/cause initiale proche de 1).

Parmi les patients pris en charge pour diabète, la cause initiale de décès la plus fréquente était un cancer, dans près d'un tiers des cas, alors que les causes cardiovasculaires ne correspondent qu'à un quart des décès. Toutefois, la prise en compte des causes associées conduit à retrouver une maladie cardiovasculaire dans la moitié des cas. Une maladie endocrinienne (c'est-à-dire vraisemblablement un diabète) n'est retrouvée que dans un tiers des cas, même en comptabilisant toutes les causes déclarées

sur le certificat comme ayant initié ou contribué au décès. Ces données sont en accord avec des données d'enquête ayant bénéficié d'un appariement aux causes de décès [1].

Enfin, lorsqu'on analyse l'ensemble des causes mentionnées chez les personnes suivies pour cancer ou pour diabète et décédées en 2014, la cause de décès « états morbides mal définis » est toutefois la deuxième cause la plus fréquente (tableau 10). La recherche d'autres pathologies présentes avant le décès est alors suggestive d'un état de santé qui peut avoir contribué au décès.

Au total, ces analyses illustrent la complémentarité entre les informations contenues sur le certificat de décès et les algorithmes d'identification de la cartographie. L'enrichissement du SNDS grâce aux causes de décès va dorénavant conduire à l'exploration plus précise des liens existant entre la prise en charge médicale et le décès.

► TABLEAU 10

Exemple d'analyse en causes multiples pour les personnes prises en charge pour cancer ou pour diabète et décédées en 2014

Catégorie de causes de décès les plus fréquentes	Mention en cause initiale		Toute mention (en cause initiale ou associée)		Ratio (b/a)	Nombre moyen de causes
	Nombre (a)	Pourcentage (a/total)	Nombre (b)	Pourcentage (b/total)		
Personnes suivies pour cancer et décédées en 2014 (total)						
Tumeurs	120 826	72,0	129 004	76,9	1,1	4,6
Maladies cardiovasculaires	16 118	9,6	48 286	28,8	3,0	4,8
États morbides mal définis	7 367	4,4	86 103	51,3	11,7	2,2
Maladies du système respiratoire	5 035	3,0	34 824	20,8	6,9	4,8
Maladies du système digestif	4 022	2,4	19 568	11,7	4,9	5,5
Personnes suivies pour diabète et décédées en 2014 (total)						
Tumeurs	24 226	30,2	26 506	33,1	1,1	4,8
Maladies cardiovasculaires	20 480	25,5	41 384	51,6	2,0	5,0
Maladies endocriniennes	8 566	10,7	26 515	33,1	3,1	5,6
États morbides mal définis	5 666	7,1	45 690	57,0	8,1	2,2
Maladies du système respiratoire	4 811	6,0	18 028	22,5	3,7	5,0

Note de lecture : parmi les personnes suivies pour diabète et décédées en 2014, la mention « maladies endocriniennes » était présente parmi la liste des causes dans 33,1 % des cas et comme cause initiale dans 10,7 % des cas. Les certificats portant cette mention comportaient en moyenne 5,6 causes, en comptant la cause initiale.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018 – appariée avec les causes médicales de décès de 2014)

1.5 La fin de vie : un besoin d'études pour mieux comprendre cette période de recours ultime aux soins

La fin de vie est le sujet d'importants questionnements sociétaux et éthiques. Alors que la population française exprime un choix marqué pour une prise en charge de la fin de vie et un décès à domicile¹⁶, plus de la moitié des décès surviennent à l'hôpital¹⁷. À mesure que le progrès médical permet d'allonger la durée de survie pour la plupart des pathologies, et incite à rallonger d'autant les soins médicaux, la question de la pertinence de ces soins au moment ultime de la vie se pose. Jusqu'où mener une approche curative ? Quel niveau de médicalisation pour la fin de vie ? Ces questions se posent quotidiennement pour de nombreux patients et leur entourage et concernent de nombreuses équipes médicales.

En France, 569 000 décès sont survenus en 2013 et 593 000 en 2015. Compte tenu des évolutions démographiques et du vieillissement de la population, l'Insee estime que ces effectifs seront de 640 000 en 2030 et 775 000 en 2 050. Une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans en 2060, contre 24 % en 2013. Le nombre de personnes atteintes par plusieurs maladies chroniques augmente aussi rapidement.

Le recours à des soins palliatifs, à domicile ou en établissement, est un objectif des politiques publiques récentes pour que des patients de plus en plus nombreux puissent en bénéficier sur de plus longues périodes. Ainsi, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur « Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile », publié en 2017, estime que 60 % des situations de fin de vie, soit environ 311 000 personnes chaque année, nécessitent un recours à des soins palliatifs. L'Igas préconise une mise en place précoce de ces soins dans le parcours de fin de vie.

Ce rapport souligne également le défaut de données et d'études sur la fin de vie, la pauvreté de la recherche en ce domaine mais aussi le manque d'information du grand public et des professionnels. Autant d'éléments indispensables pour améliorer l'accès aux soins palliatifs.

Suite à des échanges avec l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV), l'Assurance Maladie a souhaité contribuer aux travaux dans ce domaine, dès 2016 afin de produire, en coordination également avec l'Institut national du cancer (INCa), les données nécessaires à une meilleure compréhension par les décideurs publics et la production d'indicateurs de parcours de soins permettant le suivi des politiques publiques.

Deux études ont ainsi été réalisées :

- la première s'intéresse à décrire les lieux de décès et le recours aux soins palliatifs la dernière année de vie de toutes les personnes décédées en 2013 ;
- la seconde s'intéresse plus spécifiquement au recours aux soins et à leur intensité à l'approche du décès, notamment dans les 30 derniers jours, pour les personnes décédées en 2015 et qui étaient prises en charge activement pour cancer cette année-là. Une analyse spécifique a été réalisée pour décrire le recours aux soins des personnes prises en charge majoritairement à leur domicile lors des 30 derniers jours avant leur décès.

Les principaux résultats sont présentés dans cette partie.

16 Selon un sondage de l'Institut français d'opinion publique (Ifop) de 2010, 85 % des Français ont déclaré vouloir décéder à domicile. (ainsi pas de confusion entre numéro de note et pourcentage).

17 http://www.sfap.org/system/files/etude2016_findevie_fondationadrea.pdf

1.5.1 / La trajectoire de la dernière année de vie : 60 % de décès à l'hôpital, des trajectoires différentes en fonction du recours ou non à des soins palliatifs hospitaliers

En 2013, 60 % des décès qui ont été constatés chez des assurés du régime général sont survenus lors d'une hospitalisation (51 % en hôpital de court séjour, 6 % en SSR et 3 % en hospitalisation à domicile – HAD), pour 13 % en Ehpad et pour 26 % dans d'autres lieux qui ne peuvent être distingués (faute d'informations dans les bases) tels que le domicile, la voie publique, ou d'autres institutions... Ces décès comprennent bien sûr les décès accidentels ou de survenue imprévisible et rapide qui ne font pas l'objet d'une prise en charge de fin de vie.

Des différences sont observées selon le sexe et surtout l'âge des personnes décédées :

– la proportion de femmes, plus âgées, décédées en Ehpad était de 20 % contre 8 % pour les hommes ;

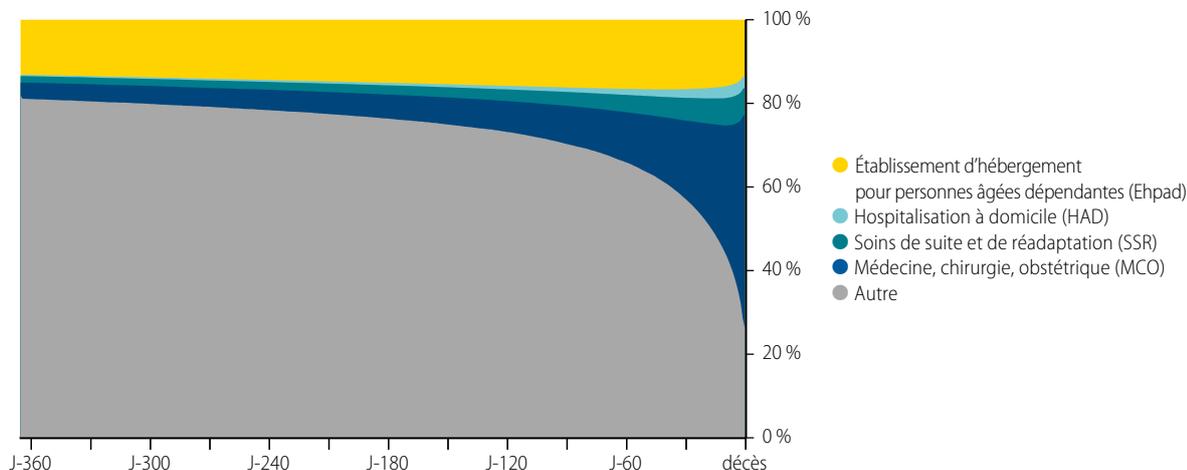
– à l'inverse, la proportion des hommes décédés en hôpital de court séjour était plus importante (55 % versus 47 %).

Une pathologie chronique, identifiée par la cartographie des pathologies et des dépenses, était fréquemment retrouvée chez les personnes décédées : maladies cardio-neurovasculaires (56 %), cancers (42 %), maladies neurologiques et dégénératives (25 %), maladies respiratoires chroniques (20 %).

Toutefois, un an avant leur décès (figure 39), 82 % des personnes (88 % des hommes et 76 % des femmes) n'étaient ni hospitalisées ni résidentes en Ehpad. Néanmoins, au cours de cette même année, 84 % des personnes ont été hospitalisées au moins une fois dans un établissement de court séjour. D'un point de vue dynamique, la proportion de personnes hospitalisées en court séjour l'année précédant leur décès augmentait rapidement à partir du troisième mois avant le décès. Un résultat similaire était observé, dans une moindre proportion, pour les personnes hospitalisées en SSR ou en HAD. Enfin, près de 70 % des personnes décédées en Ehpad y séjournaient déjà un an avant leur décès.

► FIGURE 39

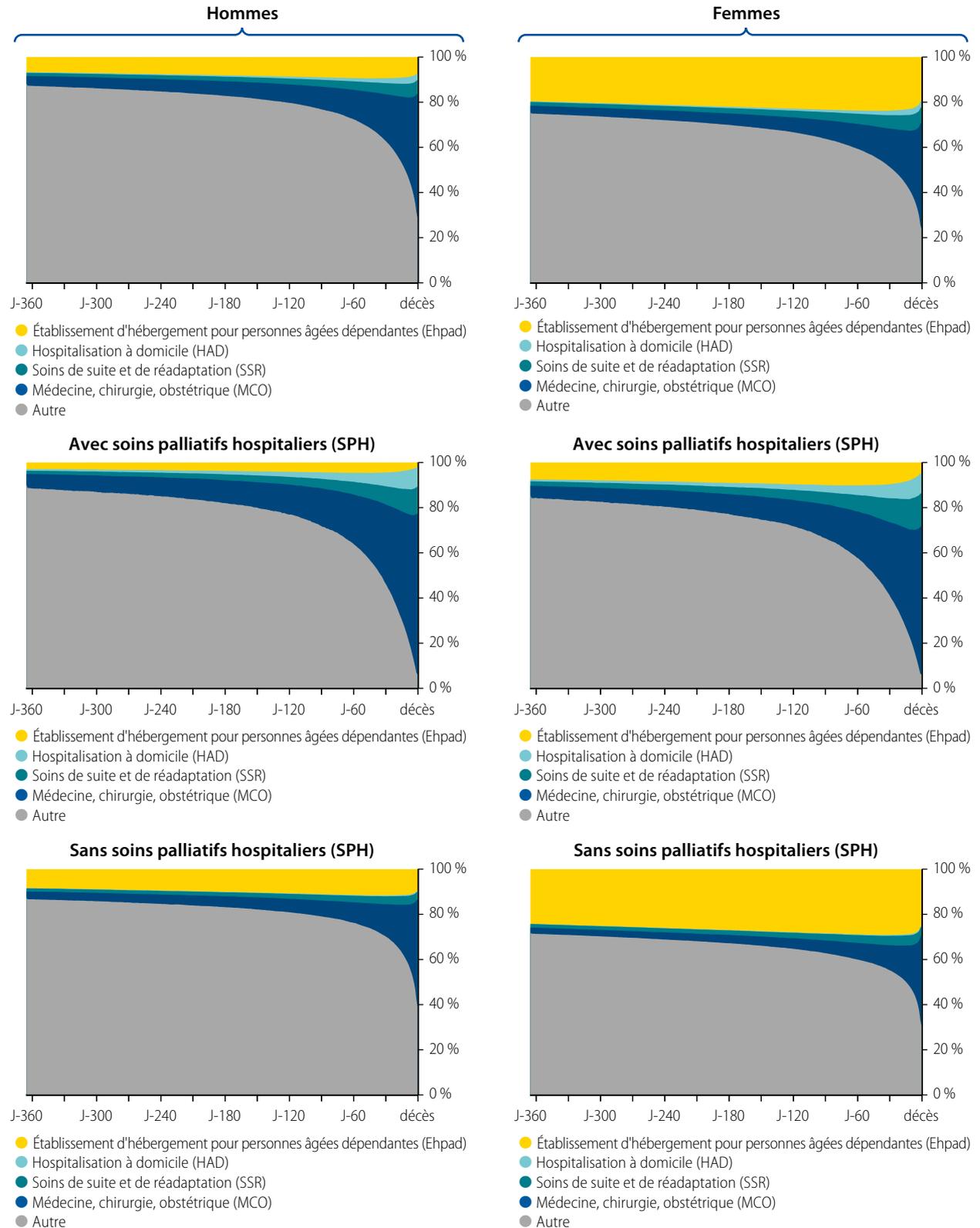
Répartition des personnes décédées en 2013 selon leur lieu de séjour chaque jour dans l'année précédant leur décès



Champ : régime général
Source : Cnam (SNDIS)

► FIGURE 40

Répartition des personnes décédées en 2013 selon leur lieu de séjour un jour donné, dans l'année précédant leur décès, en fonction du sexe et du recours aux soins palliatifs hospitaliers (SPH)



Champ : régime général
Source : Cnam (SNDS)

Parmi l'ensemble des personnes décédées, 29 % avaient un marqueur de recours à des soins palliatifs hospitaliers (SPH) proche du décès ou au cours de l'année précédente. Ce taux de recours aux SPH variait selon le sexe (hommes : 30 % ; femmes : 28 %) et surtout l'âge (< 15 ans : 30 %, 15-35 ans : 16 %, 55-64 ans : 40 %, > 95 ans : 13 %). Il variait également selon la présence ou non de pathologies chroniques et le type de pathologies considérées. Ainsi, en présence d'un cancer, le recours aux SPH était de 52 % (cancer du poumon 62 %, cancer de la prostate 41 %). En l'absence de cancer, le recours aux soins palliatifs variait également selon la pathologie : AVC aigu (24 %), insuffisance cardiaque (17 %), sclérose en plaques (23 %), démence (17 %).

Ces pathologies ne sont toutefois pas exclusives les unes des autres (une même personne pouvant être atteinte par plusieurs de ces pathologies) et la fin de vie peut être associée à un contexte de polyopathie. Dans plus de la moitié des cas, le recours aux SPH s'est fait lors du séjour qui a compris le décès. Parmi les personnes décédées en Ehpad, non dotés de soins palliatifs repérables dans le SNDS, 8 % avaient eu auparavant une prise en charge en SPH.

Ainsi, alors que 85 % des personnes souhaitent décéder à domicile, ce n'est le cas que pour 40 % des personnes décédées en 2013 dans cette étude si l'on assimile les Ehpad et les « autres lieux » à un domicile. Le recours aux soins palliatifs peut paraître insuffisant en milieu hospitalier : il concernait seulement 52 % des patients alors atteints d'un cancer. Dans le cadre de la fin de vie à domicile, il est par ailleurs difficile d'estimer le recours aux soins palliatifs ou à une prise en charge spécifique de la fin de vie à partir des données SNDS. En effet, d'une part, il n'existe pas de marqueurs d'une consommation de soins spécifiques et exhaustifs en ambulatoire ; d'autre part les soins, les supports et prises en charge apportés par les réseaux et les équipes mobiles de soins palliatifs ne font pas l'objet d'un financement individualisé et ne sont donc pas repérables dans le SNDS.

1.5.2 / Le recours aux soins lors du dernier mois de vie des personnes atteintes d'un cancer, en 2015

La trajectoire des patients en fin de vie suite à un cancer incurable a déjà été décrite comme un déclin progressif durant plusieurs années, puis un déclin soudain et net dans les dernières semaines ou mois de vie. Au cours de ces dernières semaines, le recours aux soins est parfois inapproprié et peut être considéré comme trop « agressif », selon des indicateurs observés sur les 30 jours précédant le décès tels que le recours à des chimiothérapies non palliatives, des hospitalisations multiples ou des passages itératifs aux urgences.

La seconde étude présentée ici, réalisée également parmi les assurés du régime général, s'est intéressée aux près de 125 500 personnes décédées en 2015 alors qu'elles avaient été prises en charge activement pour un cancer au cours des deux années précédant le décès. L'étude décrit la consommation de soins hospitaliers et à domicile, ainsi que le recours aux soins palliatifs, à partir de différents indicateurs de prise en charge. Il est important de préciser que ces patients, même s'ils étaient traités pour un cancer et sont décédés, n'étaient pas pour autant systématiquement dans un parcours de fin de vie. Un accident lié au cancer (embolie pulmonaire, choc septique, accident opératoire...) ou une autre pathologie peut avoir contribué subitement au décès. Seul le repérage de soins palliatifs signe un parcours de fin de vie, mais la sélection de ces seuls cas biaiserait les analyses en les centrant sur le parcours d'un sous-groupe trop spécifique de patients.

Description des trajectoires

Les personnes décédées étaient âgées en moyenne de 73 ans. Pour 12 % des personnes, elles étaient prises en charge pour un cancer du côlon, 18 % pour un cancer du poumon, 9 % pour un cancer de la prostate, 8 % pour un cancer du sein et 62 % pour un autre cancer. Le lieu de décès était majoritairement l'hôpital de court séjour pour 67 % des personnes, les SSR pour 8 % et l'HAD pour 4 %. Les autres personnes (15 %) étaient décédées en dehors d'un établissement hospitalier ou d'un Ehpad, vraisemblablement à leur domicile. Tous les patients ont été hospitalisés au moins une fois au cours de leur dernière année de vie (MCO : 98 %, SSR : 25 % ou HAD : 11 %), avec une durée moyenne d'hospitalisation cumulée sur l'année de 70 jours.

Recours aux soins palliatifs

Près de 59 % des personnes qui ont reçu des soins palliatifs au cours de l'année précédant le décès ou lors du séjour du décès, soit une augmentation de 7 points par rapport à ce qui avait été observé dans l'étude précédente sur des données de 2013. Ces personnes étaient plus jeunes que celles n'ayant pas eu recours à des soins palliatifs (71,5 ans *versus* 75,2 ans respectivement) et souffraient moins fréquemment de comorbidités, qu'elles soient neurologiques ou dégénératives (11,4 % *versus* 15,7 %), psychiatriques (7,4 % *versus* 8,3 %) ou cardio-neurovasculaires (47,7 % *versus* 57,3 %).

Hospitalisation, traitement médicamenteux et recours aux urgences

Au cours des 30 jours précédant le décès, 84 % des patients ont été hospitalisés en établissement de court séjour au moins une fois, et 42 % ont été pris en charge aux urgences au moins une fois. Au cours des 14 jours avant le décès, ces fréquences étaient toujours importantes soit respectivement 78 % d'hospitalisations et 35 % de passages aux urgences. Alors que le recours à la radiothérapie était rare (4 % dans les 30 jours et 3 % dans les 14 jours), le recours à la chimiothérapie était de 17 % dans les 30 jours et 10 % dans les 14 derniers jours. La chimiothérapie peut toutefois être administrée à visée palliative, afin de diminuer la douleur.

La fréquence d'au moins un remboursement d'antalgique en pharmacie de ville était de 43 % dans les 30 jours et de 23 % dans les 14 jours. Ces fréquences apparemment faibles doivent toutefois être mises au regard de la fréquence élevée des hospitalisations sur cette période, au cours desquelles ces médicaments sont délivrés au patient par l'hôpital et donc non visibles dans le SNDS.

La présence de soins palliatifs s'accompagnait d'une moindre fréquence d'hospitalisations en réanimation dans les 30 derniers jours de la vie (10 % contre 23 %) ; cela pourrait témoigner soit d'une approche moins « agressive », soit que les patients sans prise en charge de soins palliatifs n'étaient pas dans une trajectoire de fin de vie prévisible.

Spécificité de la fin de vie à domicile

Lorsqu'on s'intéresse plus spécifiquement aux près de 25 500 personnes prises en charge majoritairement¹⁸ à leur domicile lors des 30 derniers jours avant leur décès, 32 % avaient eu au moins un recours aux urgences, 14 % au moins une séance de chimiothérapie, et 56 % au moins un transport remboursé. Les trois quarts des personnes avaient eu recours au moins une fois à un médecin généraliste (avec une médiane de deux visites sur les 30 jours) et 68 % avaient vu un infirmier au moins une fois, avec pour 50 % d'entre eux environ une visite tous les deux jours.

Le recours à un médecin spécialiste était un peu moins fréquent (32 % des personnes). Ces taux de recours qui peuvent paraître faibles compte tenu de la proximité du décès, reflètent une image incomplète du suivi à domicile par les professionnels de

santé. En effet, les éventuelles interventions des professionnels de santé des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), des équipes mobiles et réseaux de soins palliatifs ne peuvent être comptabilisées dans le SNDS.

Chez ces personnes majoritairement prises en charge à domicile, le taux de recours aux antalgiques (délivrés en ville) était de 61 %, un taux supérieur à celui observé pour l'ensemble de la population d'étude (43 %). Le recours à un morphinique était de 44 %. Concernant les produits et prestations remboursables, si 69 % des personnes y avaient eu recours au moins une fois, seules 35 % des personnes avaient eu recours à des produits d'aide au maintien à domicile et notamment 29 % à des lits médicalisés et/ou matelas anti-escarres.

Ce premier état des lieux réalisé à travers les deux études conduites doit être affiné mais il met en avant l'utilité mais aussi les limites des informations provenant actuellement du SNDS.

L'absence d'informations sur le recours aux Ssiad, aux équipes mobiles et réseaux de soins palliatifs à domicile, mais aussi la difficulté à distinguer les chimiothérapies palliatives ou non, et surtout l'impossibilité de distinguer un parcours véritable de fin de vie d'un décès subit, rendent difficile toute conclusion tranchée sur la qualité de la prise en charge à domicile des patients. Lever les zones d'ombre et enrichir les données disponibles dans les bases permettraient d'améliorer la connaissance du parcours de soins en amont du décès et le recours aux soins palliatifs afin d'élaborer des indicateurs de suivi permettant, entre autres, d'évaluer certaines des actions développées.

Références

1 Romon I, Rey G, Mandereau-Bruno L. *et al.* The excess mortality related to cardiovascular diseases and cancer among adults pharmacologically treated for diabetes—the 2001-2006 ENTRED cohort. *Diabet Med J Br Diabet Assoc* 2014;31:946–53. doi:10.1111/dme.12435

18 Au moins 25 jours sur les 30.



**Propositions
pour l'Ondam 2019
et le respect
des objectifs :
Les engagements
de la Cnam pour 2019**

Le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins signé entre l'État et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) fixe les principales actions concourant à cette maîtrise pour les années 2018 et 2019. Il se structure en quatre orientations principales :

- la prévention : développer la prévention pour éviter des dépenses à venir ;
- les prises en charge : restructurer l'offre de soins autour du parcours du patient ;
- les prescriptions : améliorer l'efficacité et la pertinence, tant pour garantir un accès de tous aux produits de santé innovants que pour réduire les actes inutiles, et maîtriser les dépenses de certaines prescriptions (transport ou arrêt de travail) ;
- le contrôle : contrôler et lutter contre la fraude.

Pour contribuer au respect de l'Ondam, dont la loi de programmation des finances publiques prévoit que le niveau se stabilise à 2,3 % au cours des prochaines années, l'Assurance Maladie mènera des actions en activant les leviers qui lui sont propres, notamment en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et d'accompagnement des professionnels de santé. Ces économies – qui n'incluent pas les actions sur les prix des produits de santé liées aux négociations conduites dans le cadre du Comité économique des produits de santé (Ceps) – pourront générer un montant d'environ deux milliards d'euros en 2019. Elles se répartissent de la manière suivante :

► **TABLEAU 11**

Récapitulatif des économies attendues des actions de l'Assurance Maladie en 2019

	Actions de l'Assurance Maladie	Impact sur l'Ondam (millions d'euros)
Pertinence des prises en charge 410 M€	L'adaptation des modes de recours à l'hôpital	
	Le développement de la chirurgie ambulatoire	200
	Le développement des programmes Prado	70
	Autres types de prises en charge	30
	Une meilleure orientation des patients	
	Améliorer la pertinence du recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR)	90
	Favoriser les prises en charge adaptées aux besoins des patients	20
Pertinence des prescriptions et des actes 1 380 M€	La gestion de la liste en sus	100
	La maîtrise médicalisée des prescriptions de produits de santé en ville et à l'hôpital	
	Médicaments de médecine générale	215
	Médicaments de spécialité	70
	Iatrogénie	100
	Dispositifs médicaux	80
	Diffusion des médicaments génériques et des biosimilaires	160
	Transports en ville et à l'hôpital	175
	Indemnités journalières	100
	Actes en ville et à l'hôpital	165
	Autres prescriptions	
Biologie	95	
Paramédicaux	120	
Lutte contre la fraude 220 M€	Lutte contre la fraude et les abus	220
Total	2 010	

Source : Cnam

2.1 Soutenir le déploiement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation

La question de la gradation des modes de prise en charge est l'enjeu principal du virage ambulatoire. L'Assurance Maladie accompagne les acteurs du système de santé à mettre en œuvre ces transformations. En premier lieu, il s'agit de concrétiser toutes les potentialités des mutations durablement engagées, comme le développement de la chirurgie ambulatoire. Cela implique aussi de concentrer les efforts sur les parcours à enjeu en fluidifiant l'étape clé que constitue la sortie d'hospitalisation et le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques. En parallèle, il faut développer davantage les prises en charge alternatives à l'hospitalisation en réunissant les conditions nécessaires à l'essor de la médecine ambulatoire.

Le versant de cette démarche est de veiller à ajuster le mode de prise en charge aux besoins du patient. Les actions en la matière durant l'année 2019 s'attacheront à diversifier les prises en charge après chirurgie orthopédique et à repositionner l'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) en substitution à une hospitalisation avec hébergement.

2.1.1 / Accompagner les acteurs du système de santé dans la mise en œuvre du virage ambulatoire

Amplifier la diffusion de la chirurgie ambulatoire

En 20 ans, le développement de la chirurgie ambulatoire est passé successivement du statut d'alternative à l'hospitalisation traditionnelle à celui de norme de prise en charge chirurgicale, puis de priorité nationale.

Le nouvel objectif ministériel annoncé en octobre 2017 de fixer un taux cible national à 70 % en 2022, alors que nous étions à

54,7 % en 2017, impose une nouvelle dynamique sur la chirurgie ambulatoire : augmenter le taux de progression ambulatoire d'environ 3 points par an, soit une accélération par rapport à la croissance moyenne de 2 points par an observée depuis 2008.

Ainsi, pour arriver à ce taux cible de 70 %, il faut transférer plus d'un million de séjours d'hospitalisation complète vers l'ambulatoire.

L'Assurance Maladie va donc s'appuyer sur une double démarche :

- poursuite des mises sous accord préalable (MSAP) à destination des établissements les plus en retrait ;
- mise en place d'une démarche d'accompagnement pour faire évoluer les pratiques professionnelles et organisationnelles des établissements vers les 20 % d'établissements français les plus performants. Cette démarche « plafond » constitue une offre innovante de services de l'Assurance Maladie à destination des professionnels. Elle repose sur un dialogue de gestion renouvelé tant en interne (directeurs, médecins, soignants) qu'en externe (agences régionales de santé – ARS –, Assurance Maladie, établissements).

Ce dialogue se nourrit des informations mises à disposition dans le nouvel outil de l'Assurance Maladie : outil de datavisualisation « Visuchir » (**encadré 7**). Cet outil s'inscrit dans le renforcement des liens avec les professionnels et le partenariat avec les sociétés savantes (Association française de chirurgie ambulatoire – Afca –, Société française d'anesthésie et de réanimation – Sfar –, etc.) en vue d'actions concrètes comme l'élaboration de chemins cliniques, de diagnostic et d'accompagnement.

→ Grâce à la progression de 3 points du taux de chirurgie ambulatoire, 200 millions d'euros d'économies sont envisageables en 2019.

► ENCADRÉ 7

Visuchir, outil de visualisation des potentiels de transférabilité en ambulatoire des actes chirurgicaux

L'Assurance Maladie et les ARS présentent annuellement aux établissements leur positionnement en matière de chirurgie ambulatoire.

Pour permettre à chaque établissement de s'autoévaluer, un outil de visualisation des pratiques et des potentiels de transférabilité en ambulatoire des actes chirurgicaux va être mis à disposition prochainement. Cet outil de visualisation des données du programme de

médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettra à chaque acteur de pouvoir comparer sa situation avec les autres établissements de son territoire, les établissements de même catégorie du territoire national et les établissements de même case-mix de spécialités chirurgicales.

L'enjeu est de responsabiliser les établissements et les professionnels en les dotant d'un tableau de bord de pilotage

et de comparaison de leurs pratiques. Les campagnes de MSAP seront ainsi dorénavant organisées sur la base d'un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs.

Cet outil contiendra quatre années de données (2014, 2015, 2016 et 2017), mille établissements de santé, six millions de séjours par an et huit millions d'actes entrant dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) par an.

Il analyse les pratiques et compare les établissements de santé en prenant en compte leurs spécificités (case-mix de spécialités chirurgicales, niveaux de sévérité des patients, innovation chirurgicale ambulatoire...).

Il apporte des éléments prospectifs et identifie pour chaque établissement son potentiel de développement en se basant sur les 20 % d'établissements français les plus performants en ambulatoire, acte CCAM par acte CCAM.

L'outil mixe performance et potentiel, permettant un accompagnement individualisé de chaque établissement de santé et de chaque spécialité chirurgicale.

Le développement accru de l'ambulatoire passe par une bonne coordination entre l'hôpital et la médecine de ville. L'enjeu est d'inscrire la séquence chirurgicale dans le parcours de soins du patient. Pour parvenir à cet objectif, il convient de favoriser le partage d'informations en amont et en aval du séjour hospitalier entre les professionnels de la ville ou du médico-social selon le statut du patient et les professionnels hospitaliers.

Accompagner les retours à domicile des parcours à enjeux

Depuis 2010, l'Assurance Maladie consacre des ressources pour organiser les retours à domicile après hospitalisation dans le cadre du programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado). Il s'agit d'un service proposé aux établissements de santé, aux professionnels de santé libéraux et aux patients. Chacun de ces acteurs est libre de participer au service.

Les établissements de santé matérialisent leur adhésion en signant une convention. Seule l'équipe médicale qui prend en charge le patient peut décider de la date de sortie du patient et de la nécessité d'activer pour lui la mise en place du service Prado.

En cas d'inclusion par l'équipe médicale, un conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) prend contact avec le patient pour lui présenter l'offre. Celui-ci est alors libre d'accepter ou de refuser le service, ses remboursements étant identiques dans les deux cas. Le service proposé consiste à prendre rendez-vous pour le patient avec les professionnels de santé libéraux dont l'intervention est nécessaire en sortie d'hospitalisation. Si le patient connaît déjà un professionnel libéral (infirmier ou masseur-kinésithérapeute par exemple), celui-ci est appelé en priorité pour vérifier son accord et sa disponibilité. Si tel n'est pas le cas, il est proposé au patient de choisir parmi une liste aléatoire pour garantir l'équité de traitement des intervenants libéraux. Sur critères sociaux, une offre de portage de repas ou d'aide-ménagère peut également être proposée au patient.

La mise en place de Prado part du constat qu'il est souvent difficile pour un patient de s'organiser dès la sortie de l'hospitalisation pour rechercher un professionnel de santé pouvant le prendre en charge. Il s'ensuit dans certains cas un délai entre la sortie de l'hôpital et la reprise des soins pouvant être préjudiciable au patient.

Le programme a démarré en 2010 par l'accompagnement des sorties de maternité en proposant la visite d'une sage-femme au domicile de la mère. Fin 2017, on dénombrait plus de 1,5 million de naissances accompagnées dans ce cadre. Le programme a contribué à faire de l'intervention de la sage-femme libérale au domicile un réflexe. Ainsi, moins de 10 % des parturientes

citaient une sage-femme spontanément au conseiller de l'Assurance Maladie au démarrage du programme, alors qu'elles sont maintenant plus de 50 % à citer le nom d'une sage-femme dont elles souhaitent l'intervention en priorité.

Le service s'est ensuite étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie orthopédique, avant de couvrir l'ensemble des interventions chirurgicales. Il s'est développé également à destination des patients atteints de maladies chroniques. Enfin, des expérimentations sont en cours pour la prise en charge suite à un AVC et pour les personnes âgées en articulation avec le programme Paerpa (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie).

Toutes ces évolutions amènent le service à se concentrer sur les parcours où il peut apporter le plus de valeur ajoutée au fonctionnement du système de soins. Dès lors, l'accompagnement des maternités aura pour enjeu prioritaire l'accompagnement des sorties précoces (moins de 72 heures, ou 96 heures si césarienne), en articulation avec l'avenant 4 à la convention nationale des sages-femmes libérales signé le 29 mai 2018, qui prévoit la généralisation de ce service.

L'accompagnement des sorties d'hospitalisation *via* les programmes Prado s'inscrit dans un environnement en pleine recomposition. La mise en place progressive d'équipes de soins primaires (ESP), de plateformes territoriales d'appui (PTA) et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) contribuera à mailler progressivement l'organisation des soins primaires. De même, le développement de nombreux outils numériques doit permettre de fluidifier les sorties d'hospitalisations. Le dispositif Prado a naturellement vocation à s'articuler avec ces dispositifs en respectant les choix organisationnels effectués par les professionnels dans les différents territoires.

En 2019, la priorité sera mise sur :

- l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques ;
- l'accompagnement des sorties précoces de maternité ;
- l'accompagnement des prises en charge postchirurgicales nécessitant une suite de soins réalisée en ville.

➔ *Le déploiement des nouveaux programmes Prado sur les enjeux prioritaires permettra d'éviter 70 millions d'euros de dépenses en 2019.*

► **ENCADRÉ 8**

Zoom sur le volet Prado insuffisance cardiaque

Une étude de l'Irdes¹⁹ a visé à évaluer si un meilleur suivi des patients en soins primaires est effectivement associé à une diminution des réhospitalisations. Leurs travaux mesurent si le délai de consultation d'un médecin généraliste, après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque en France, a un impact sur le risque de réadmission. Ils ont ainsi mis en lumière qu'un sujet de plus de 65 ans peut réduire son risque de réadmission de près de 50 % s'il consulte rapidement son généraliste après une première hospitalisation pour insuffisance cardiaque. La précocité de la consultation et l'accessibilité géographique du médecin traitant ressortent ainsi comme ayant une influence majeure. L'étude menée sur l'analyse des données de 2013 des bases de l'Assurance Maladie et du PMSI fait ressortir qu'à quatre semaines, le taux de réadmission après 28 jours était de 24 %.

Le volet Prado insuffisance cardiaque a été mis en place pour réduire ce délai de prise de rendez-vous et garantir la

réalisation des différents rendez-vous. Le conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) facilite le retour à domicile du patient en planifiant les premiers rendez-vous avec l'ensemble des professionnels de santé qui le suivront en ville, sur le principe de libre choix : médecin traitant, infirmier, cardiologue.

Il vérifie que les rendez-vous ont bien été honorés et peut les reprogrammer, le cas échéant.

La durée de l'accompagnement Prado varie selon le stade de sévérité NYHA²⁰ : un patient en stade NYHA I et II bénéficie d'un accompagnement à domicile d'une durée de deux mois, et de six mois pour les stades NYHA III et IV. Le Prado a été élaboré selon le guide du parcours de soins des insuffisants cardiaques de la HAS en 2013 et prévoit :

– une consultation avec le médecin traitant la semaine suivant le retour à domicile et une consultation longue (majoration

pour consultation d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation par le médecin traitant – MIC) dans les deux mois ;

– une consultation dans le courant du deuxième mois avec le cardiologue ;

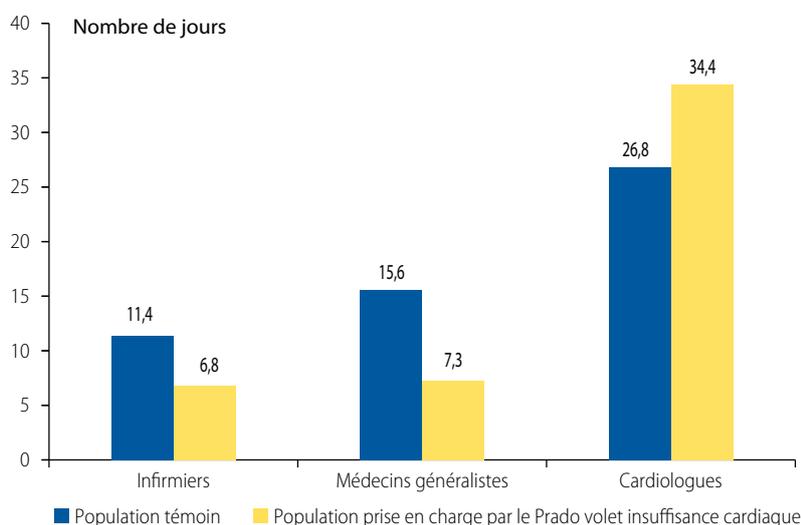
– une séance hebdomadaire de surveillance et d'éducation par l'infirmier pendant deux mois pour tous les patients, puis une séance bimensuelle pendant quatre mois pour les patients en stade III et IV (quinze séances au total).

La fréquence des consultations est adaptée aux besoins du patient. Cet accompagnement dans le cadre de Prado est complété par la mise en place, si nécessaire, d'une aide à la vie (aide-ménagère et/ou portage de repas).

En 2019, on estime que 10 millions d'euros de dépenses peuvent être évités en réduisant d'un tiers les réhospitalisations potentiellement évitables pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

► **FIGURE 41**

Délais d'intervention des professionnels de ville suite à une prise en charge par le Prado, volet insuffisance cardiaque versus population témoin, en 2016



Source : Cnam

19 Bricard D. et al. Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients? Documentation Technique Irdes, mars 2018. Document de travail n° 73.

20 New York Heart Association.

Encourager les nouvelles modalités de prises en charge

Les travaux engagés autour de la diffusion des démarches de réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac) se poursuivent. La Raac est une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie.

La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Cela nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluriprofessionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville.

Les résultats probants de l'évaluation médico-économique présentée dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2017 avaient permis de démontrer les gains associés au développement de la Raac : baisse moyenne de la durée moyenne de séjour (DMS) d'1,1 jour toutes spécialités confondues ainsi qu'une consommation de médicaments inférieure de 13 % pour les patients pris en charge selon les protocoles Raac.

Le développement de la médecine ambulatoire constitue un deuxième axe majeur de rénovation des prises en charge. Sur la base des différents rapports consacrés à cette thématique, il est acquis que le développement de l'ambulatoire en spécialités médicales hospitalières passe notamment par :

- une optimisation des organisations reposant sur une professionnalisation et une mutualisation des processus et des structures favorisant la pluridisciplinarité. Cet objectif est à inscrire dans le cadre des nouvelles organisations permises par les groupes homogènes de tarifs (GHT). La réforme des autorisations est une opportunité à moyen terme pour revoir et encadrer les modalités de fonctionnement des structures hospitalières ambulatoires, et les assortir le cas échéant d'un cadre et d'un dispositif d'incitation.
- la mise en place d'un cadre tarifaire incitatif, en adéquation avec les pratiques médicales et les modalités de prise en charge de patients en ambulatoire qui peuvent aller de la consultation simple à l'expertise complexe. À court terme, il pourrait être envisagé de transposer les consultations longues et complexes de la convention médicale aux établissements publics.

➔ *La diffusion cumulée de ces modes innovants de prise en charge permettra de générer 30 millions d'euros d'économies en 2019.*

► ENCADRÉ 9

Bilan de la campagne de mises sous accord préalable (MSAP) des décisions d'orientation en soins de suite et de réadaptation (SSR)

La gouvernance de la mise en œuvre des mises sous accord préalable (MSAP) évolue en 2017 et 2018 pour laisser une part plus importante à l'analyse territoriale. Cette transition progressive entraîne une diminution du nombre de MSAP entreprises.

La MSAP peut être mise en place désormais selon trois voies :

- dans le cadre des objectifs inscrits dans les plans d'actions pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins (Paprap);

- par décision du directeur général de l'ARS après avis de l'organisme local d'assurance maladie, pour certains établissements éloignés des référentiels nationaux ou des moyennes nationale et/ou régionale;

2.1.2 / Ajuster l'orientation des patients à leurs besoins

Diversifier les prises en charge après chirurgie orthopédique

Les actions de l'Assurance Maladie pour favoriser la pertinence du recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR) se déploient depuis plusieurs années. L'enjeu est de garantir que les patients orientés en SSR répondent aux critères d'inclusion et qu'ils puissent y accéder dans un délai court. Le développement des outils numériques d'orientation en la matière est un vrai gage d'efficacité et de pertinence.

L'Assurance Maladie est particulièrement attentive à l'orientation des patients et à leur prise en charge à l'issue d'un séjour de soins aigus en chirurgie. La réponse aux besoins de soins de réadaptation doit dans ce cadre être personnalisée.

L'amélioration des techniques chirurgicales et le développement des prestations à domicile concourent à la mise en place de nouveaux parcours de soins permettant, y compris pour des personnes d'un âge élevé, un retour plus précoce à domicile.

L'Assurance Maladie a mis en place une politique volontariste d'accompagnement de ces changements au travers de deux leviers :

- le programme Prado d'accompagnement du retour à domicile, qui vise à faciliter la transition entre l'hospitalisation et la reprise de la vie sociale et professionnelle du patient – proposé à l'origine aux patients relevant d'interventions de chirurgie orthopédique, la coordination mise en œuvre par le service Prado est assurée dorénavant, sur proposition de l'équipe médicale hospitalière, à tous les patients chirurgicaux ;
- la mise sous accord préalable (MSAP) des décisions d'orientation en SSR, qui vise à faire évoluer les pratiques d'orientation dans les établissements avec un taux significativement plus élevé que la moyenne régionale – cette procédure concerne les suites des interventions chirurgicales suivantes : chirurgie de la prothèse du genou, chirurgie de la prothèse de hanche (traumatique et non traumatique), chirurgie de la fracture du trochanter, chirurgie des ligaments croisés du genou.

– par le biais des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caqes) signés avec les établissements de santé dans le cadre des volets additionnels visant à l'amélioration des actes, des prescriptions ou des prestations.

Il convient de noter que le nombre de refus de prise en charge en SSR après avoir demandé l'accord préalable au service médical de l'Assurance Maladie est passé de 3,35 % en 2016 à 2 % en 2017,

traduisant ainsi une pertinence accrue des orientations demandées.

Une comparaison a été réalisée sur l'évolution du nombre de séjours en SSR en postopératoire des actes concernés pour les établissements MSAP et les autres (données 2016) : les résultats montrent qu'après une mise sous accord préalable sur les suites d'interventions de la coiffe des rotateurs et sur le ligament croisé antérieur, les établissements diminuent leurs transferts respectivement de 10 %

et 11 % vers le SSR, alors que la moyenne des établissements non MSAP est stable pour les interventions de la coiffe des rotateurs et en baisse de -1 % pour le ligament croisé antérieur.

La MSAP constitue l'un des outils au service de l'amélioration de la pertinence des soins, tant des gestes techniques (chirurgie, imagerie) que des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire, SSR) comme le permettent désormais les Papraps.

► FIGURE 42

Impact de la mise sous accord préalable (MSAP) des décisions d'orientation en soins de suite et de réadaptation (SSR)

Intervention	Nombre d'établissements en MSAP SSR	Nombre de demandes d'accord préalable	Nombre de séjours	Évolution du taux d'orientation de transfert en SSR	
				Établissements en MSAP SSR	Établissements sans MSAP SSR
Arthroplastie du genou par prothèse totale de genou	68	993	8 090	- 8 %	- 2 %
Arthroplastie de la hanche par prothèse totale de hanche	11	134	1 327	- 3 %	- 1 %
Chirurgie d'une fracture trochantérienne du fémur	15	235	2 123	- 6 %	0 %
Pose d'une prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur	35	412	4 325	- 6 %	- 2 %
Chirurgie de la coiffe des rotateurs	18	245	2 064	- 10 %	0 %
Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou	19	130	1 700	- 11 %	- 1 %
Total	166	2 149	19 629		

Champ : données de l'année 2016

Source : Cnam

► ENCADRÉ 10

Prado, un programme qui s'articule avec les outils numériques

ViaTrajectoire est un logiciel du groupement de coopération sanitaire (GCS) Sisra (système d'information de santé en Rhône- Alpes). C'est un logiciel gratuit et sécurisé, qui propose une aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé. ViaTrajectoire a été déployé par la majorité des ARS de France.

Le module d'orientation sanitaire permet de transférer des patients vers les soins de suites et de réadaptation (SSR) et vers les structures d'hospitalisation à domicile (HAD). Ce module proposera prochainement d'élargir les solutions d'orientation vers les programmes Prado et les services

de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) afin de proposer facilement aux équipes hospitalières une large palette de prises en charge en aval.

➔ *Un séjour en SSR a un coût moyen de 5 112 euros alors qu'une prise en charge en ville s'élève en moyenne à 894 euros. La poursuite des procédures de MSAP SSR permettra d'éviter environ 7 000 séjours supplémentaires en SSR, soit une économie se situant à 28 millions d'euros. La montée en charge du programme Prado orthopédie permettra de prendre en charge en ville 14 700 séjours, soit une économie de 62 millions d'euros.*

Repositionner l'intervention de l'hospitalisation à domicile

En France, l'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) reste majoritairement sur initiative hospitalière et est souvent positionnée comme l'aval d'une hospitalisation avec hébergement. C'est pourtant une hospitalisation à part entière qui pourrait intervenir davantage en substitution d'une hospitalisation avec hébergement, plutôt qu'en complément. Plus des deux tiers des inclusions d'HAD sont d'origine hospitalière en France.

Une étude de 2016²¹ s'était intéressée à l'expérience de médecins généralistes d'Île-de-France ayant eu au moins un de leurs patients en HAD pour recueillir leur expérience. Dans le cadre d'une prise en charge en HAD, le médecin généraliste est le responsable médical du suivi de son patient avec l'appui du médecin coordonnateur de l'HAD pour assurer la continuité des soins. Il ressortait de cette étude que, si la plupart des médecins généralistes ayant eu un patient en HAD connaissaient bien les grandes indications de prises en charge des patients en HAD, ceux qui ont voulu faire une demande d'entrée en HAD,

directement via la médecine de ville, ont exprimé des difficultés d'accès avec des démarches consommatrices de temps. Le circuit de la demande via la médecine de ville était jugé peu opérationnel par ces médecins.

Une des conditions indispensables pour être le médecin généraliste d'un patient en HAD est d'être en capacité de faire des visites à domicile. Certains médecins pointaient également la difficulté de gestion des soins complexes à domicile tels que les pompes à morphine, les nutrition parentérales qui limiteraient leur recours direct à l'HAD surtout quand il n'y avait pas de référent hospitalier identifié en appui.

L'intervention de l'HAD dans les structures médico-sociales, en particulier les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), est en hausse constante ces dernières années. Elle représentait en 2016 6,7 % de l'activité totale réalisée par les établissements d'HAD. Ces chiffres devraient significativement progresser car l'arrêté du 19 janvier 2017 a mis fin aux restrictions existant précédemment en ouvrant l'ensemble des prises en charge possibles en HAD aux résidents d'Ehpad.

➔ *Une journée d'HAD coûte en moyenne 198 euros contre 703 euros pour une journée en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Une substitution de 40 000 journées du MCO et du SSR vers l'HAD, dans le cadre de parcours sans hospitalisation traditionnelle en amont, permettrait d'économiser 20 millions d'euros.*

► ENCADRÉ 11

Le nouveau profil de l'Assurance Maladie pour l'accompagnement des structures d'hospitalisations à domicile

L'évaluation des précédentes campagnes d'accompagnement des HAD mises en œuvre par l'Assurance Maladie a révélé qu'elles ne correspondaient que partiellement aux attentes des HAD. Cette visite était vécue comme factuelle et descriptive, sans faire suffisamment le lien avec les enjeux de développement et de positionnement territorial. C'est pourquoi la nouvelle campagne lancée dès l'automne 2018 est articulée autour d'un nouveau profil pour objectiver les potentiels de partenariat, fournir une information personnalisée et contextualisée dont l'analyse peut donner lieu à la définition d'orientations et d'engagements avec la structure d'HAD. Cette campagne vient en complément

d'autres outils qui permettent d'évaluer des potentiels de transférabilité en HAD en lien avec des établissements MCO ou SSR.

Le nouveau profil permet une comparaison de la patientèle de l'HAD avec celle de sa région. Il propose un *focus* sur la trajectoire des patients en amont et en aval de l'HAD, et décline les provenances par mode de prise en charge principal (MPP) : domicile/MCO (séjours MCO dans les sept jours précédant l'entrée en HAD, pour neutraliser un très bref retour au domicile en attente de l'entrée en HAD). Le profil offre également un *focus* sur les relations avec les Ehpad.

La visite a pour objet d'aider les HAD à se positionner, s'évaluer et à développer leurs

partenariats. Elle vise aussi à faire la présentation de l'outil de représentation des flux entre établissements (Orfee) développé par l'Atih et l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap), et qui permet à une structure HAD de connaître à la fois le niveau et la nature du recours à l'HAD des établissements MCO de son territoire/département/région et d'analyser les flux, le cas échéant, concurrentiels avec d'autres structures HAD.

Des travaux sont également en cours pour évaluer la possibilité de conduire une campagne d'accompagnement des médecins traitants sur les prescriptions d'HAD.

21 Leung I. *et al.* « Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile », *Santé Publique*, vol. 28, n° 4, 2016, pp. 499-504.

2.2 Maîtriser les dépenses en renforçant l'efficacité des prescriptions

Mobiliser les marges d'efficacité implique en premier lieu d'apporter les éléments d'information utiles aux prescripteurs pour qu'ils se saisissent des enjeux de régulation et placent la notion de pertinence au cœur de leurs pratiques de prescription. Dans cette optique, l'Assurance Maladie s'inscrit dans une démarche d'accompagnement régulier de chaque prescripteur. C'est le travail que mènent quotidiennement les agents de l'Assurance Maladie *via* les visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM), les entretiens confraternels des praticiens-conseils et les rencontres avec les prescripteurs en établissements à propos de la maîtrise médicalisée.

En 2017, 708 millions d'euros d'économies de maîtrise médicalisée ont été réalisées pour un objectif fixé à 700 millions d'euros.

Les actions conduites en 2019 porteront sur quatre champs :

- les produits de santé pour permettre un accès pour tous aux produits innovants ;
- les actes pour réduire le recours à des actes inutiles au regard des évaluations et appliquer les recommandations de bonne pratique ;
- les arrêts de travail en favorisant une logique d'analyse conjointe avec les prescripteurs des situations difficiles ;
- les transports pour maîtriser les dépenses très dynamiques.

Amener les prescripteurs à évaluer la pertinence de leurs prescriptions dans chacun de ces domaines restera le fil conducteur des actions mises en œuvre. Le succès de la démarche de maî-

trise médicalisée ne peut reposer que sur l'appropriation des enjeux par les prescripteurs.

2.2.1 / Optimiser la structure de prescriptions des produits de santé

Diffusion des médicaments génériques et des biosimilaires

Privilégier la prescription de médicaments génériques et biosimilaires permet, sans modifier le niveau de recours aux traitements, de dégager des marges financières pour rembourser les nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché. La diffusion des innovations en matière de produits de santé constitue une avancée majeure en termes de qualité des soins pour les années à venir. La France est le deuxième pays, derrière les États-Unis, à avoir la plus forte distribution de médicaments nouveaux, en revanche, elle accuse un retard significatif de prescription des médicaments génériques et biosimilaires par rapport à ses voisins. Ainsi, des marges d'efficacité existent et doivent être mobilisées pour permettre de disposer des financements nécessaires à la diffusion des produits innovants.

Les efforts des pharmaciens et les actions visant à réserver l'application du tiers payant à la délivrance de médicaments génériques ont permis d'atteindre un taux moyen de substitution en 2017 de 88,1 %²² (tableau 12). L'objectif est dorénavant fixé à 90 %.

► TABLEAU 12

Classement des dix molécules ayant la plus forte croissance de leur taux de substitution par les génériques depuis la signature de l'avenant n° 11 à la convention avec les pharmaciens en juillet 2017

Principe actif	Taux de substitution		Évolution du taux de substitution depuis la signature de l'avenant n° 11	Objectif de substitution fixé dans l'avenant n° 11	Écart par rapport à l'objectif
	Année 2016	Année 2017			
Rosuvastatine		58,6 %	+ 58,6 pt	55 %	+ 3,6 pt
Valganciclovir		40,8 %	+ 17,2 pt	75 %	- 34,2 pt
Quetiapine		76,3 %	+ 7,1 pt	75 %	+ 1,3 pt
Aripiprazole		82,2 %	+ 2,8 pt	85 %	- 2,8 pt
Duloxetine		82,7 %	+ 2,5 pt	85 %	- 2,3 pt
Olanzapine	88,0 %	90,6 %	+ 2,3 pt	90 %	+ 0,6 pt
Gliclazide	83,9 %	87,3 %	+ 2,1 pt	90 %	- 2,7 pt
Montelukast	83,2 %	84,9 %	+ 0,6 pt	85 %	- 0,1 pt
Valsartan		87,8 %	+ 0,6 pt	90 %	- 2,2 pt
Clopidogrel	78,9 %	79,8 %	+ 0,6 pt	80 %	- 0,2 pt

Source : Cnam

²² Taux moyen excluant la lévothyroxine.

Les efforts visant à maximiser la substitution des médicaments génériques lors de la délivrance se poursuivront puisque le taux de substitution cible est maintenant fixé à 90 %. De même, les engagements portés dans le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caqes) auront pour résultat une progression du taux de prescription des prescripteurs en établissement dans le répertoire des génériques.

Concernant les médicaments biosimilaires, les actions seront portées par la mise en œuvre des plans d'actions régionaux visant à favoriser leur recours. Les campagnes d'accompagnement des prescripteurs libéraux en entretiens confraternels sur les biosimilaires se poursuivront également.

L'Assurance Maladie mettra en œuvre des actions visant à favoriser la montée en charge du dispositif d'intéressement des établissements mis en place par l'instruction de février 2018 pour les prescriptions exécutées en ville des biosimilaires de l'insuline glargine et des anti-TNF (Tumor Necrosis Factor) alpha et leurs renouvellements. L'expérimentation mise en place dans le cadre de l'article 51 fournira également un vecteur supplémentaire favorable à la diffusion des biosimilaires et permettra de tester la validité d'un intéressement revenant aux services prescripteurs. En cas de succès de la démarche, le mécanisme pourra être envisagé pour d'autres classes de biosimilaires.

➔ *La poursuite des actions en faveur de la diffusion des médicaments génériques avec un taux de substitution cible fixé à 90 % et les actions d'incitation à la prescription des médicaments biosimilaires permettront de dégager une économie de 160 millions d'euros en 2019.*

La prescription médicamenteuse

En 2019, les économies de maîtrise médicalisée attendues comporteront à nouveau un volet important sur la prescription médicamenteuse.

► ENCADRÉ 12

Hypothèse de généralisation d'une action locale sur le non-substituable

Le coût de l'apposition de la mention « non substituable » est estimé à 104 millions d'euros par an. Depuis l'entrée en vigueur du dispositif « tiers payant contre génériques » en 2012, le taux d'apposition de la mention « non substituable » n'a cessé de progresser pour atteindre un taux moyen de 8,3 % en 2016 contre 1,8 % en 2013.

Aucune raison médicale ne suffisant à expliquer une telle augmentation, un lien peut probablement être fait entre

cette progression de la mention « non substituable » et la nécessité d'en faire état sur la prescription pour bénéficier du tiers payant pour un médicament princeps.

Ce constat a conduit la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Tarn à mettre en place un plan d'actions en partenariat avec les principaux syndicats locaux de pharmaciens et en accord avec les syndicats de médecins ainsi que leur instance ordinaire. Des actions

de communication et d'information en direction des pharmaciens, des médecins, des assurés sociaux et des associations de patients (collectif interassociatif sur la santé – Ciss) avaient été mises en œuvre au préalable. Cette action qui s'est déroulée au mois de juin a permis de diviser par deux le taux d'apposition de la mention « non substituable » (- 5 points) et une croissance de 3 points du taux de substitution, en trois mois.

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

Un plan d'actions renouvelé concernant les antidiabétiques sera mis en place en 2019 pour accompagner la diffusion des nouvelles recommandations de la HAS dont la publication est attendue. Cette nouvelle campagne d'échanges aura pour ambition d'individualiser davantage le portage des recommandations de bonnes pratiques. Les messages seront ainsi ajustés aux pratiques professionnelles des médecins rencontrés. Le poste des antidiabétiques demeure un des premiers postes de médicaments remboursés en ville pour un montant total de 1,14 milliard d'euros remboursé en 2017.

De même, s'agissant des classes de médicaments prescrits par les spécialistes, des enjeux importants de pertinence des prescriptions demeurent, compte tenu du prix des nouveaux produits et de leur dynamique de diffusion.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie poursuivra les actions d'accompagnement auprès des prescripteurs sur la thématique des biothérapies dans les maladies inflammatoires chroniques. On peut estimer sur la base des résultats enregistrés précédemment que 50 millions d'euros d'économies pourront être réalisées grâce à cette nouvelle campagne.

➔ *Les campagnes de maîtrise médicalisée déployées sur les thèmes des médicaments auront un impact financier permettant une économie totale de 285 millions d'euros.*

► ENCADRÉ 13

Illustration d'une action de la région Pays de la Loire sur les facteurs de croissance menée par l'Assurance Maladie en partenariat (Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques – Omedit –, réseau régional de cancérologie – Onco – Bretagne-Pays de la Loire, ARS)

La neutropénie fébrile est une des complications susceptibles de survenir chez les patients cancéreux qui suivent une chimiothérapie. Elle se manifeste par une baisse du nombre de neutrophiles, un type de globules blancs. L'administration de facteurs de croissance de la lignée leucocytaire Granulocyte Colony Stimulating Factor (G-CSF) est majoritairement utilisée pour éviter ce type d'effets secondaires.

Si les recommandations concernant cette stratégie de traitement sont claires, des options thérapeutiques subsistent quant au choix de la molécule à utiliser. Le choix du G-CSF est laissé à l'appréciation du prescripteur en fonction du protocole de chimiothérapie utilisé ou de la situation clinique et peut notamment porter sur le rythme d'administration entre chaque cycle de chimiothérapie (unique pour le pegfilgrastim ou quotidien pour le filgrastim et le lenograstim), et le coût (utilisation de biosimilaires)²³.

En France, pour l'année 2014, les données OpenMedic montrent un usage dominant du pegfilgrastim à 38 %, devant le lenograstim avec 35 %, puis le filgrastim à 27 %. Cette répartition nationale cache

de grandes disparités régionales. Ainsi la région Pays de la Loire fait partie de celles ayant le plus souvent recours au pegfilgrastim (43,04% de prescription).

Or, l'impact en termes de remboursement est non négligeable : lorsqu'on regarde le nombre moyen d'injections par séance de chacune des molécules dans le cancer du sein et dans le cancer du poumon, le coût d'une utilisation de pegfilgrastim est plus de deux fois plus élevé que la molécule la moins chère. Au total en 2014, les G-CSF en Pays de la Loire représentaient un budget d'environ 14 millions d'euros, dont 9 millions pour le seul pegfilgrastim.

Suite à ce constat partagé avec nos partenaires de l'Omedit, de l'ARS et du réseau Onco Bretagne-Pays de la Loire, une information des prescripteurs hospitaliers sur le bon usage des G-CSF et la place des biosimilaires en cancérologie a été effectuée en deux phases, sous forme d'échanges confraternels par les praticiens-conseils de l'Assurance Maladie. La première phase a commencé au début du second semestre 2014 auprès de certains établissements publics ou établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) qui représentaient 80 %

des dépenses. La seconde phase, sur la période de juin 2015 à décembre 2015, concernait les établissements privés spécialisés en oncologie.

Sur la période 2012 à 2016, les préférences de traitement des médecins ont évolué en Pays de la Loire. Les actions conduites auprès des prescripteurs ont eu un impact sur la diminution des prescriptions de la forme retard à injection unique (pegfilgrastim) au profit des formes à injection quotidienne (filgrastim) et en particulier de ses biosimilaires, en passant de plus de 700 boîtes de pegfilgrastim délivrées en avril 2014 à 410 en janvier 2016.

En prenant comme hypothèse une projection sur la base d'une hausse tendancielle de 2 % de nombre de boîtes prescrites, alors la somme totale de boîtes de pegfilgrastim vendues aurait été d'environ 13 360 boîtes sur la période de juillet 2015 à décembre 2016. Au lieu de cette estimation, il a été comptabilisé dans les bases de remboursement (données de consommation interrégimes – DCIR), un total de 10 467 boîtes remboursées, soit une dépense évitée d'environ 2 840 000 euros (au prix moyen de 982 euros la boîte).

La prescription de sortie d'hospitalisation est une étape clé dans le parcours de santé car cette prescription sera vraisemblablement renouvelée plusieurs fois par la suite en ville par le médecin traitant. La valorisation financière du travail d'analyse de la pertinence de la prescription de sortie constitue une des principales nouveautés du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques) entré en vigueur en 2018 (contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins) qui couvre l'ensemble des établissements de santé et donnera lieu au versement d'un intéressement pour la première fois en 2019. Cela implique un travail conjoint entre l'ARS, les organismes d'assurance maladie et l'établissement de santé,

ainsi que la diffusion d'outils d'analyse tels que la mise en ligne des données des prescriptions hospitalières exécutées en ville (Phev) en open data.

La contradiction entre les règles encadrant les marchés internes aux établissements pour la fourniture des produits de santé et l'impact en ville des prescriptions de sortie constitue un frein aux actions. Les évolutions juridiques nécessaires pour lever cet obstacle seront expertisées et de nouvelles dispositions pourront être définies pour encadrer ces marchés le cas échéant.

²³ Smith T. J., Bohlke K., Lyman G. H., Carson K. R., Crawford J., Cross S. J., ... Armitage, J. O. (2015). Recommendations for the use of WBC growth factors: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 33(28), 3199-3212. DOI: 10.1200/JCO.2015.62.3488

Les actions de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse

Dans la population âgée de 65 ans et plus, le taux de iatrogénie médicamenteuse serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations. Ce taux passe à 20 % chez les octogénaires²⁴. Ces événements indésirables représentent d'abord un problème de sécurité et de qualité des soins pour les patients.

Des actions ont été menées depuis plusieurs années sur le sujet de la iatrogénie médicamenteuse, notamment s'agissant de la prescription des benzodiazépines (BZD) hypnotiques et anxiolytiques. Les campagnes sur ce sujet vont se poursuivre pour diminuer les événements iatrogènes, notamment chez les populations vulnérables. Afin de systématiser la vigilance au risque iatrogène, l'Assurance Maladie va progressivement intégrer un *focus* sur ce sujet dans chacune de ces campagnes de maîtrise médicalisée. Trois thèmes vont ainsi progressivement être portés au second semestre 2018 et au premier semestre 2019 :

- les inhibiteurs de la pompe à protons chez la personne âgée car des durées de traitement trop longues peuvent avoir des effets potentiellement néfastes (campagne des délégués de l'Assurance Maladie) ;
- les antihypertenseurs chez la personne âgée pour privilégier les molécules ayant le moins d'effets indésirables (campagne d'entretiens confraternels) ;
- l'utilisation des laxatifs lors de la constipation chez la personne âgée avec un message sur la recherche parmi les traitements habituels de la prise répétée d'une molécule susceptible de ralentir le transit (campagne des délégués de l'Assurance Maladie).

Le bilan de médication

Les conventions nationales avec les professions médicale et pharmaceutique prévoient des mesures en faveur de la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse :

- forfait patientèle médecin traitant (FPMT) prenant en compte les personnes âgées pour les médecins ;
- rémunération des bilans partagés de médication pour les pharmaciens.

Un acte d'accompagnement à domicile par les infirmiers de la prise médicamenteuse sera également proposé dans le cadre de la convention avec les infirmiers.

La mesure des premiers résultats du déploiement des bilans de médication constituera un des enjeux de l'année 2019. Mis en place par l'avenant n° 12 à la convention des pharmaciens, le bilan partagé de médication est un accompagnement du patient âgé polymédiqué par le pharmacien structuré autour de supports, un guide et des fiches de suivi, validés par la HAS. Ce bilan s'articule de manière pluriannuelle.

La première année, un entretien de recueil d'informations est planifié avec le patient pour :

- expliquer l'objectif de la démarche au patient ;
- recenser les traitements prescrits ou non au vu des ordonnances et les analyses biologiques apportées par celui-ci ;

- passer en revue les éléments contenus dans le dossier « pharmaceutique », dans le dossier « patient » de l'officine ou dans le dossier médical partagé (DMP) ainsi que des renseignements éventuellement fournis par les proches du patient.

Le pharmacien mène ensuite une analyse des traitements recensés lors de l'entretien de recueil, assortie de conclusions et de recommandations qui devront être intégrées au DMP et envoyées au médecin traitant du patient par la messagerie sécurisée de santé (MSS) dans le but d'obtenir l'avis de celui-ci.

À l'issue de cette démarche, un nouvel entretien « conseil » entre le patient et le pharmacien a lieu où ce dernier explique au patient les conclusions de son analyse ainsi que l'avis de son médecin traitant si celui-ci a été fourni. L'entretien permet un échange autour de la prise des traitements, de leur bon usage au quotidien ou d'éventuelles adaptations de traitements quand celles-ci sont validées par le médecin traitant.

Le pharmacien mène ensuite avec le patient un troisième entretien de suivi de l'observance des traitements.

Les années suivantes se déroulent selon deux schémas :

- s'il y a une modification du traitement, une actualisation de l'analyse initiale conduisant à un nouveau cycle pour mettre à jour les recommandations : entretien de recueil, analyse, envoi de l'analyse au médecin, puis un nouvel entretien « conseil » avec le patient sur le modèle de celui conduit la première année et, enfin, un entretien de suivi de l'observance des traitements ;
- s'il n'y a pas de modification du traitement : deux entretiens de suivi de l'observance des traitements.

Un téléservice a été développé par l'Assurance Maladie pour recueillir les informations concernant la réalisation de ces bilans et permettre la rémunération des pharmaciens.

En parallèle, le site ameli.fr permettant l'inscription des entretiens pharmaceutiques et des bilans partagés de médication est désormais ouvert. Ce site permettra aux pharmaciens de déclarer le recueil des informations du patient et l'analyse des traitements tout comme la réalisation des étapes du bilan de médication. Cette démarche conditionne l'éligibilité du pharmacien et sa rémunération qui interviendra au plus tard au mois de mars de chaque année. Le montant de cette rémunération sera de 60 euros par patient la première année, de 20 euros les années suivantes en cas de continuité des traitements, et de 30 euros en cas de nouveaux traitements.

➔ *L'impact attendu des actions mises en œuvre en 2019 vise à obtenir une diminution de 1 % du nombre d'unités galéniques prescrites chez les patients de plus de 65 ans, ainsi que de 1 % des hospitalisations pour cause de iatrogénie. Elles permettront une économie totale de près de 100 millions d'euros en 2019.*

24 Legrain S, others. « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé ». *Consomm Prescr Iatrogénie Obs* [Internet]. 2005.

► **ENCADRÉ 14**

Exemple d'un accompagnement local pour favoriser les conditions du bilan partagé de médication : la démarche de la région Île-de-France

Les organismes d'Assurance Maladie d'Île-de-France ont mis en place une démarche expérimentale d'accompagnement afin de favoriser les conditions de déploiement des bilans partagés de médication. Cette action, menée en partenariat avec la profession médicale dans le cadre de la commission paritaire régionale des médecins d'Île-de-France, consiste à accompagner un binôme médecin traitant généraliste/pharmacien d'officine ayant des patients âgés polymédiqués communs, pour leur présenter la démarche et les mettre en relation, s'ils en sont d'accord.

La démarche a trois objectifs :

1. accompagner les médecins dans la démarche d'optimisation thérapeutique, visant à réduire le nombre de médicaments potentiellement inappropriés prescrits aux sujets âgés de plus de 65 ans ;
2. promouvoir le dialogue médecin-pharmacien dans l'intérêt du patient ;
3. optimiser les pratiques individuelles de prescription pour le médecin et de dispensation pour le pharmacien.

À partir des données des bases de l'Assurance Maladie, une recherche est faite des binômes médecins généralistes/pharmaciens, installés dans la même commune d'Île-de-France, ayant au moins six patients communs âgés de 65 ans et plus pour lesquels on retrouve pour chacun d'eux au moins une prescription de plus de dix lignes de médicaments.

Parmi cette sélection, une deuxième étape de filtres a été appliquée pour identifier environ 130 binômes répartis dans tous les départements de la région Île-de-France sur la base des critères alternatifs suivants :

- présence pour les patients de prescriptions comportant au moins une association de deux médicaments formellement contre-indiqués : la prescription d'associations contre-indiquées est un indicateur manifeste de la nécessité d'une conciliation médicamenteuse ;
- prescriptions comportant au moins une association de deux médicaments différents de même classe thérapeutique : éviter la redondance d'une même classe thérapeutique est une piste de travail facilitatrice pour la réduction du nombre de lignes de traitement ;
- prescriptions comportant au moins un médicament à effet anticholinergique : les personnes âgées sont plus sensibles aux effets secondaires anticholinergiques du fait du vieillissement physiologique. Les effets secondaires anticholinergiques peuvent induire une perte d'autonomie, une diminution de la qualité de vie et une augmentation de la morbi-mortalité ;
- prescriptions comportant au moins une benzodiazépine à demi-vie longue : ces médicaments peuvent avoir pour effets indésirables des pertes de mémoire, une désorientation et des troubles

psychomoteurs pouvant entraîner des chutes ;

- prescriptions comportant au moins un neuroleptique.

L'action consiste d'abord à rencontrer séparément dans le cadre d'un entretien confraternel conduit par un praticien-conseil, le médecin et le pharmacien pour leur présenter des situations réelles issues de leur patientèle commune et voir si le médecin accepterait d'être contacté par le pharmacien, en cas d'accord de ce dernier.

Une première vague conduite au premier trimestre 2018 a permis de rencontrer 100 médecins et 112 pharmaciens permettant de former 92 binômes.

Sur les 100 médecins rencontrés, 96 ont accepté de collaborer (par téléphone dans la majorité des cas ou par messagerie sécurisée) avec le pharmacien d'officine autour de bilans partagés de médication.

Sur les 112 pharmaciens rencontrés, 102 ont accepté de rejoindre la démarche.

Cette première expérimentation montre majoritairement une adhésion des professionnels rencontrés à la démarche. Une mesure d'impact est prévue à six mois des contacts pour évaluer l'évolution des indicateurs utilisés pour la sélection. Si cette expérimentation produit des résultats positifs, la méthodologie sera proposée aux autres régions pour généralisation.

Les dispositifs médicaux

Les règles entourant la prescription et la délivrance des dispositifs inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) sont complexes. Pour améliorer l'adéquation de la prescription aux besoins du patient, ainsi que la connaissance sur les rôles respectifs des prescripteurs et des prestataires, il est nécessaire de réduire l'asymétrie d'information entre les professionnels de la LPP et les prescripteurs.

Des actions d'accompagnement sont prévues en 2019 sur différents thèmes, en particulier les compléments nutritionnels oraux qui représentent en 2017 un poste en montants remboursés de 305 millions d'euros, en croissance de 2,2 %. L'objectif est notamment de favoriser la qualité de la prescription parti-

culièrement chez le sujet âgé, en sensibilisant les prescripteurs sur la composition de ces produits et en leur fournissant une aide à la prescription destinée à favoriser l'observance. L'action aura aussi pour objet de s'appuyer sur les pharmaciens pour une dispensation adaptée aux préférences des patients dans le respect des indications médicales afin d'éviter le gaspillage de ces produits. Un travail sur la prescription des pansements et l'aide à la prescription des perfusions sera également engagé.

Un axe important de travail concerne par ailleurs les demandes d'accord préalable (DAP). Les travaux visent à élaborer des formulaires (papier et dématérialisés) de DAP qui soient aussi des outils d'aide à la prescription intégrant à chaque fois que cela est possible l'arbre de décision pour le dispositif médical concerné.

Le développement des outils susceptibles de faciliter la prescription des dispositifs de la LPP, avec notamment les logiciels d'aide à la prescription et les modèles d'ordonnances établis par l'Assurance Maladie, représente une réelle opportunité pour une meilleure régulation. Les indications et les conditions de prescription doivent être mieux cadrées dans un certain nombre de domaines, à l'instar de ce qui a été fait récemment pour les sièges coquilles, afin de ne rembourser que ce qui est vraiment utile. Les actions d'accompagnement de l'Assurance Maladie déployées auprès des prescripteurs sur les recommandations et les conditions sont élaborées pour aider les prescripteurs à assurer le respect de ces indications dans un secteur complexe.

Ces campagnes d'accompagnement donnent souvent lieu à la remise de mémos en papier, ce qui ne rend pas leur conservation facile pour les professionnels et ne permet pas de mise à jour. C'est pourquoi l'Assurance Maladie expérimente actuellement la mise à disposition d'une application pour smartphone

(ameli Memo) qui permet à un prescripteur de retrouver sous une interface ergonomique le contenu des recommandations utilisées dans les campagnes d'accompagnement. Cette application a été expérimentée dans onze départements : Marne, Finistère, Loire-Atlantique, Côte-d'Or, Jura, Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne, Bas-Rhin, Haut-Rhin, et Vosges. Hormis les thèmes « transports » et « arrêts de travail » déjà en ligne dans l'application, les médecins généralistes ont fait part d'un vif intérêt pour les thématiques de la LPP. Quatre thèmes sont déjà disponibles dans l'application : « sièges coquilles », « fauteuils roulants manuels », « lits médicaux » et « coussins de positionnement ».

➔ *Les nouvelles actions mises en œuvre pour la maîtrise des dispositifs médicaux permettront de générer 80 millions d'euros d'économies en 2019.*

► ENCADRÉ 15

Les systèmes d'autosurveillance de la glycémie sans piqûre Freestyle Libre (Abbott)

Le système flash d'autosurveillance du glucose interstitiel Freestyle Libre est inscrit à la LPP et admis au remboursement depuis le 1^{er} juin 2017. Ce lecteur est le premier système de mesure en continu du glucose pris en charge par l'Assurance Maladie. La mesure du glucose interstitiel est obtenue par simple « scan » du capteur.

Depuis l'admission au remboursement au mois de juin 2017, les remboursements des dispositifs de systèmes d'autosurveillance de la glycémie sans piqûre Freestyle Libre sont en croissance très significative. De juin 2017 à avril 2018, les dispositifs Freestyle Libre représentent 59 % des remboursements du régime général pour le poste d'autocontrôle de la glycémie, soit 97,8 millions d'euros sur un poste qui s'élève à 164,5 millions d'euros de remboursements sur les onze derniers mois. À titre de comparaison, 67,01 millions d'euros avaient été remboursés sur le même poste pour la période de juin 2016 à avril 2017, soit une hausse de 145 % en un an. La première année de prise en charge d'un nouveau dispositif est cependant coûteuse s'agissant d'un dispositif fortement attendu par les patients

diabétiques. Le coût sera ensuite lissé sur plusieurs années s'agissant d'un appareil renouvelé tous les quatre ans.

Les conditions de prises en charge inscrites à la LPP prévoient que la prescription initiale est faite par un diabétologue ou un pédiatre expérimenté en diabétologie pour une période limitée d'un à trois mois afin d'apprécier l'adaptation du patient à ce nouveau système ainsi que sa tolérance. Pendant cette période d'évaluation, le lecteur et des capteurs doivent être mis à disposition, à titre gratuit.

La deuxième prescription après cette période d'essai est assurée par ces mêmes spécialistes uniquement ; il s'agit de la prescription définitive du lecteur et non d'une prescription de renouvellement. Cette prescription définitive entraîne une délivrance du lecteur et des capteurs prise en charge par l'Assurance Maladie.

La prise en charge est assurée pour une attribution tous les quatre ans et n'autorise pas l'acquisition d'un lecteur de glycémie classique²⁵. Le renouvellement du lecteur à l'issue d'une période de quatre ans peut être fait par tout médecin ainsi

que la prescription des capteurs.

Un observatoire à partir des données Sniiram a été mis en place afin de mesurer le développement de cette nouvelle technique de surveillance du diabète et de vérifier le respect des conditions de prise en charge. Les données Sniiram montrent que sur la période de juin à décembre 2017 :

– 455 prescripteurs dont 200 médecins généralistes et 225 endocrinologues, ont prescrit deux lecteurs Freestyle Libre au même patient adulte ;

– 271 établissements ont prescrit à 621 patients de plus de 16 ans au moins deux lecteurs (jusqu'à 31 lecteurs pour cinq patients pour un établissement).

Les prescripteurs méconnaissent les conditions de prise en charge des dispositifs expliquant l'origine des dérives. Au regard des enjeux financiers, l'Assurance Maladie lance dès l'été 2018 une campagne d'information des prescripteurs n'ayant pas respecté les règles de prescription et prépare une campagne plus générale qui interviendra dans un deuxième temps auprès de l'ensemble des prescripteurs sur les conditions de prise en charge.

25 Sauf dans le cadre de la dérogation prévue jusqu'au 31 mai 2021 pour les patients ayant déjà un lecteur de glycémie classique de moins de quatre ans et pour lesquels un lecteur Freestyle Libre peut être prescrit dans le respect des indications et des conditions de prise en charge.

2.2.2 / Renforcer la pertinence des actes

S'assurer que les soins délivrés aux patients sont pertinents, c'est-à-dire nécessaires, adaptés à leurs besoins, conformes aux recommandations, c'est à la fois améliorer la qualité et éviter des dépenses inutiles. Cette problématique concerne potentiellement tous les soins, actes médicaux et chirurgicaux, examens diagnostiques, soins paramédicaux.

Dans ce domaine également, les démarches d'accompagnement des professionnels sont un levier important pour essayer de promouvoir les meilleures pratiques : les programmes de maîtrise médicalisée incluent des visites sur les examens de biologie, sur certains actes médicaux ou sur la prescription de soins de masso-kinésithérapie.

L'Assurance Maladie contribue aussi à l'amélioration de la pertinence des soins dans le cadre de la démarche pilotée par le ministère et portant sur les actes chirurgicaux. Elle met en œuvre des actions

d'accompagnement auprès des établissements et des professionnels de santé, et élabore des outils permettant la diffusion des recommandations médicales (référentiels de bonnes pratiques médicales, profils d'activité, guide d'information pour les patients).

En fonction des objectifs prioritaires inscrits dans les plans d'actions pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins (Paprap), les directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque (DCGDR) de l'Assurance Maladie et les ARS peuvent sélectionner les établissements de santé considérés comme atypiques au regard des indicateurs et des thèmes retenus. Ces établissements peuvent se voir proposer la signature d'un volet additionnel du Caqes relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé. Cette dynamique sera poursuivie et consolidée en 2019.

→ *Au total, l'ensemble de ces mesures permettra de générer 165 millions d'euros d'économies en 2019. Une partie de ces économies est documentée dans les encadrés ci-dessous.*

► ENCADRÉ 16

Favoriser la pertinence des échographies et de l'imagerie

En 2017, 29 millions d'échographies ont été facturées en libéral (hors activité des sages-femmes) pour un montant remboursé de près de 1,4 milliard d'euros. Plus gros poste dans le secteur de l'imagerie, les dépenses d'échographies augmentent de plus de 2 % par an et cette tendance ne semble pas vouloir s'infléchir. En effet, la baisse de prix des échographes et le développement d'appareils portatifs, voire même portables de type échoscopes conduisent à une démocratisation de l'usage de la technologie des ultrasons dans l'imagerie diagnostique sans pour autant garantir la qualité des examens et la compatibilité avec les exigences de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Ainsi, quelles que soient les spécialités (cardiologie, médecine vasculaire, rhumatologie...) mais aussi en médecine générale, on assiste à une croissance et à un usage de plus en plus fréquent de cette technologie. Il convient ainsi de s'interroger sur la pertinence de ces actes, des recommandations en matière d'équipement et de leur niveau tarifaire compte tenu de la part de l'échoscopie dans les actes d'échographies facturés, alors même que cette technique n'a ni été évaluée ni bien sûr inscrite à la nomenclature des actes professionnels.

Discipline très spécialisée et quasi exclusivement du ressort des cardiologues,

l'échographie cardiaque pourrait également faire l'objet d'actions de pertinence. Elle représente en effet 15 % des actes d'échographie et environ 370 millions d'euros en termes de remboursements. Ce poste a crû de plus de 5 % par an depuis 2013. Une partie de cette augmentation peut être liée sur le long terme à une évolution des recommandations qui préconisent plus d'échographies pour un meilleur suivi de la patientèle. La diminution des durées des séjours hospitaliers contribue également à cette croissance en transférant une part des actes réalisés à l'hôpital vers la médecine ambulatoire dans le cadre de suivis posthospitalisation. Néanmoins, l'augmentation du taux de recours augmentant à tout âge de la vie, on ne peut pas non plus exclure une part non nulle d'actes surnuméraires ; les échographies cardiaques étant une source de revenu fondamentale pour les cardiologues : elles participent pour près de 50 % à l'équilibre économique de leurs cabinets.

La question se pose avec la même acuité pour les échographies vasculaires, deuxième poste en termes de remboursements (environ 300 millions d'euros) au sein des échographies et qui connaissent une croissance annuelle de

2 % à 3 %. De même, les échographies ostéoarticulaires et musculaires qui représentent un montant moins élevé mais augmentent très rapidement : plus de 5 % en termes de remboursements entre 2015 et 2017 ; l'échographie ostéoarticulaire est en effet de plus en plus souvent associée à d'autres actes d'imagerie comme la radiologie des membres.

Contrairement à d'autres modalités d'imagerie, les échographies ne sont pas réalisées exclusivement par les radiologues. Si ces derniers exécutent la majeure partie des échographies ostéoarticulaires, urogénitales, du sein, de l'appareil digestif ou encore de la thyroïde, seuls les cardiologues réalisent des échographies cardiaques. Les gynécologues réalisent quant à eux une large partie des échographies obstétricales et du petit bassin féminin. Enfin, les médecins vasculaires et les angiologues se font une spécialité des échographies des vaisseaux.

Les recommandations dans le domaine de l'échographie relèveraient donc de plusieurs sociétés savantes avec lesquelles l'Assurance Maladie se propose de travailler pour s'engager collectivement vers des actions d'accompagnement visant à modérer la croissance des volumes ou à adapter une grille tarifaire favorisant une plus grande efficacité des actes d'échographie.

► ENCADRÉ 17

Pertinence des actes en radiologie

L'Assurance Maladie a conclu, en avril 2018, avec le principal syndicat de radiologues (Fédération nationale des médecins radiologues – FNMR) un accord général sur l'imagerie médicale pour mettre en œuvre sur la période 2018-2020 un ensemble d'actions et de mesures visant à maîtriser les dépenses de remboursement en imagerie médicale pour un montant de plus de 200 millions d'euros.

L'Uncam et la FNMR se sont en premier lieu attachées à favoriser le développement d'actions de maîtrise médicalisée de façon à accompagner l'évolution de la profession dans une démarche de pertinence des examens d'imagerie médicale. Ainsi, des actions conjointes et coordonnées visant à limiter les demandes d'examen d'imagerie en première intention pour une lombalgie commune vont être déployées tout au long de la durée du plan. En effet, les marges d'efficience dans ce domaine sont importantes : alors que l'imagerie du rachis n'est pas recommandée pour une lombalgie sans signes d'alerte dans les cinq premières semaines, on observe que 63 % des arrêts de travail pour lombalgie sont

suivis d'un examen radiologique dans le mois suivant la date d'arrêt. Les économies attendues sur ce thème sont de l'ordre de 40 millions d'euros. De même, l'Assurance Maladie souhaite également limiter les radiographies du thorax, du crâne et de l'abdomen aux seules indications recommandées pour un montant d'économies de 10 millions d'euros.

Ce même accord vise à favoriser l'utilisation efficiente des produits de contraste qui sont injectés chez le patient avant l'examen de scanner ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour améliorer la qualité de l'image et donc du diagnostic. Les radiologues se sont en effet engagés à utiliser des génériques dès lors que ceux-ci sont indiqués, soit des économies de l'ordre de 40 % par rapport aux produits princeps. Mais surtout, le progrès technologique et la montée en gamme des appareils de scanographie et de remnographie autorisent pour la même qualité d'image, l'injection de doses moins importantes de produits de contraste. Si les recommandations internationales de bonne pratique sont correctement

appliquées, elles sont un avantage pour les patients (risque moindre d'effets indésirables), comme pour l'Assurance Maladie (moindre coût lié à une baisse de la dose). Ainsi, l'Assurance Maladie et la FNMR ont convenu d'atteindre un objectif de 22 millions d'euros d'économies sur la période 2018-2019 sur les produits de contraste.

L'Assurance Maladie et le syndicat des radiologues se sont également entendus sur des ajustements tarifaires d'actes d'imagerie que ce soit dans le cadre de pertinence des tarifs inscrits à la CCAM comme la forfaitisation des actes de radiographie des membres selon le nombre d'incidences. Mais aussi par des ajustements guidés par le développement des technologies et de l'importance des volumes facturés en échographie, imagerie dentaire, imagerie interventionnelle, rémunération des actes d'IRM et de scanners. Au total, ces ajustements tarifaires devraient conduire à des économies en année pleine de près de 90 millions d'euros.

► ENCADRÉ 18

Mise en place d'une demande d'accord préalable dématérialisée pour la chirurgie bariatrique

Le nombre d'interventions de chirurgie bariatrique a été multiplié par plus de trois entre 2006 et 2017, avec près de 450 000 personnes opérées sur cette période. La question de la pertinence des interventions en France se pose quand on met en perspective le fait que l'obésité concerne un niveau moindre de la population que dans les pays voisins alors que le nombre d'interventions est par exemple très supérieur en France à celui de l'Allemagne ou du Royaume-Uni.

Une demande d'accord préalable existe déjà pour ces opérations mais le circuit

papier ne permet pas d'y apporter une réponse réactive. À titre ponctuel, certains établissements ayant une activité atypique peuvent également être mis sous accord préalable et on dénombre alors 29 % d'avis défavorables, soit un niveau bien supérieur à celui des autres types d'intervention éligibles à une mise sous accord préalable.

C'est pourquoi, à partir de janvier 2019, un téléservice accessible aux établissements et aux chirurgiens libéraux permettra d'effectuer la demande d'accord préalable en chirurgie bariatrique en ligne. Une réponse sera donnée aux demandeurs

dans des délais très courts. Les contrôles du respect des avis donnés seront parallèlement renforcés.

Pour faciliter l'appropriation de ce nouveau circuit, l'Assurance Maladie mettra en œuvre en amont dès l'automne 2018 un accompagnement des établissements publics et chirurgiens libéraux concernés. Les conseillers informatique service (CIS) de l'Assurance Maladie apporteront leur contribution en installant la solution informatique dans chaque établissement sur au moins un poste informatique.

2.2.3 / Agir ensemble pour ajuster la durée des arrêts de travail et prévenir la désinsertion professionnelle

Les arrêts de travail pour maladie ont représenté 7,1 milliards d'euros de dépenses pour l'Assurance Maladie en 2016 (régime général) et leur progression demeure dynamique.

Les actions poursuivront en 2019 les efforts en matière de prévention de la désinsertion professionnelle. Il s'agit de pouvoir mettre en place un plan d'action de prévention en entreprise en particulier sur les problématiques des risques psychosociaux, des troubles musculo-squelettiques, de la lombalgie et du maintien dans l'emploi des seniors. Cette démarche implique un renforcement des relations avec les employeurs et la médecine du travail. La prévention de la désinsertion professionnelle continuera à être un axe structurant de l'action de l'Assurance Maladie en articulant l'intervention du service social, du service médical et des CPAM. La fonction de facilitation à la reprise du travail sera également généralisée dans les échelons locaux du service médical.

Des actions sur l'adéquation du recours et de la poursuite de l'arrêt de travail sur certains motifs médicaux seront également déployées, notamment sur le parcours de soins des patients lombalgiques, afin d'éviter la chronicisation des arrêts et l'ajout de référentiels de parcours pour les pathologies chroniques. Un accompagnement personnalisé des professionnels de santé sera développé pour répondre à cet objectif visant à pouvoir résoudre collectivement les situations complexes rencontrées par le médecin traitant et face auxquelles il est souvent démuni. Des procédures renforcées de soutien à l'action du médecin traitant dans la gestion des arrêts de travail viseront à obtenir un meilleur suivi des signalements des médecins traitants.

Les prescriptions d'indemnités journalières (IJ) en établissement feront également l'objet d'une nouvelle action de maîtrise médicalisée en 2019 avec la mise en place spécifique d'un dialogue de gestion sur les IJ en sortie d'hospitalisation pour les établissements et les urgences.

Les opérations de contrôle des arrêts de travail seront maintenues pour limiter la progression des dépenses d'arrêt de travail. L'articulation médico-administrative sur l'entrée et la gestion des arrêts en longue durée une fois la période des 360 jours réglementaire épuisée sera revue pour permettre une plus grande anticipation des situations.

La promotion du téléservice de déclaration en ligne des arrêts de travail sera également poursuivie.

➤ *Les modalités de l'accompagnement des forts prescripteurs d'indemnités journalières sont également renouvelées avec de nouveaux supports. Le message prend pour point de départ de l'échange les difficultés rencontrées par le médecin. Cette campagne permet l'accompagnement de 16 000 médecins présentant les plus grands volumes d'IJ prescrites en excluant les arrêts liés à des affections de longue durée pour cancers. Le rendement moyen attendu de la campagne d'accompagnement graduée auprès des médecins forts prescripteurs est la diminution de chaque arrêt de travail d'une journée, soit une économie de 90 millions d'euros.*

2.2.4 / Accompagner le changement organisationnel pour favoriser la pertinence des prescriptions de transports

En 2017, le total des remboursements des transports représente 5,3 % du poste des soins de ville. Malgré la mise en œuvre de plans d'actions sur les prescriptions de transports, la croissance des dépenses demeure rapide. Le poste représente aujourd'hui plus de 4 milliards d'euros de dépenses par an pour l'Assurance Maladie.

La priorité est de remettre en question à chaque prescription la nécessité du besoin médical de la prescription du transport et de veiller à mettre en cohérence le mode de transport prescrit avec l'état de santé du patient. Des obstacles logistiques conduisent trop régulièrement à choisir le mode de transport le plus rapidement disponible au détriment de l'efficacité. Ces organisations sont à faire évoluer et l'Assurance Maladie souhaite y apporter une contribution majeure en appuyant les acteurs, notamment hospitaliers, à mettre en œuvre en partenariat avec les ARS et l'Anap les plateformes de centralisation de la commande de transports en priorité au niveau des GHT qui offrent des vecteurs de diffusion du transport partagé.

Les nouveaux parcours de prise en charge liés à la mise en place des GHT et le développement des prises en charge ambulatoires induisent de nouveaux besoins de transports. Le déploiement de solutions telles que la télémédecine vient aussi diminuer la nécessité de se déplacer. La promotion du volet additionnel des Caqes relatif aux prescriptions de transports par les établissements vient apporter un cadre favorable pour un plan d'actions conjoint entre professionnels de santé et institutionnels.

Par ailleurs, les conventions locales des taxis arrivent à échéance à compter de septembre 2018 et doivent toutes être renouvelées d'ici juillet 2019. Compte tenu de l'augmentation de ce poste de dépenses avec un taux de croissance 2016-2017 de 7,4 %, des mécanismes de régulation seront proposés dans les nouvelles conventions locales. Ces mécanismes viseront à ajuster les différents leviers de régulations tarifaires avec l'évolution des volumes des transports en taxi. Cet équilibre devrait permettre de garantir à la profession des taxis une visibilité

prévisionnelle dans un contexte où le transport de malades représente une part significative de l'activité du secteur, tout en garantissant pour la collectivité la soutenabilité de ces prises en charge.

Enfin, en 2019, le recours au véhicule personnel sera encouragé par une révision du processus de remboursement des frais de véhicule personnel pour les assurés qui s'appuiera sur de nouvelles applications informatiques permettant de déposer en ligne les documents nécessaires au remboursement. De même, le développement de la prescription dématérialisée des transports fournira un vecteur de fiabilisation forte du processus de prescription des transports.

→ Sur la base d'une hypothèse de substitution de 15 % des trajets réalisés en ambulance vers du transport assis professionnalisé, 75 millions d'euros d'économies peuvent être réalisés. Par ailleurs, une progression de 20 % des transports partagés permettrait d'atteindre 30 millions d'euros d'économies supplémentaires. Enfin, la révision des conventions départementales des taxis et la montée en charge de la télémédecine qui limitera le recours à certains transports permettront d'envisager 70 millions d'euros d'économies additionnelles. L'ensemble des actions menées sur les transports devrait ainsi pouvoir permettre de réaliser 175 millions d'euros d'économies.

2.2.5 / Les autres prescriptions

Biologie

La biologie médicale est un secteur dynamique porteur d'innovation. L'information des professionnels de santé sur les

conditions de prise en charge de ces nouveaux actes représente donc un enjeu important.

L'Assurance Maladie informera les prescripteurs du remboursement de nouveaux actes de biologie médicale ou de la modification des conditions de prise en charge d'actes de biologie médicale. Une fiche synthétique présentant les indications des nouveaux actes et leur place dans la prise en charge diagnostique sera élaborée avec les biologistes et mise à disposition des prescripteurs. Cette démarche vise à aider les professionnels à s'approprier la nomenclature des actes de biologie médicale. Elle constitue ainsi un levier complémentaire à la maîtrise médicalisée pour favoriser la bonne pratique dans le domaine du diagnostic. Les premières fiches concerneront l'infectiologie.

Les actions de maîtrise médicalisée de l'Assurance Maladie se concentreront sur les actes pour lesquels la prescription n'est pas toujours pertinente, notamment le bilan martial.

Le suivi du protocole national relatif aux accords prix-volumes permettra également de soutenir cet objectif.

→ 95 millions d'euros d'économies pourront être réalisées en 2019, dont 20 au titre des nouvelles actions de maîtrise médicalisée.

Paramédicaux

Les actions nationales de maîtrise médicalisée auprès des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers seront construites en lien avec les nouveaux accords conventionnels.

Par ailleurs, les programmes de contrôle seront poursuivis en veillant au préalable à sensibiliser les professionnels sur les règles de facturation donnant lieu à la constatation d'anomalies.

► ENCADRÉ 19

Mes remboursements simplifiés, initiative de la CPAM de Toulouse

La CPAM de la Haute-Garonne propose depuis janvier 2018 un nouveau service numérique : mes remboursements simplifiés (MRS). Ce service entièrement développé avec les utilisateurs permet aux assurés de déclarer en ligne leurs demandes de remboursement liées à des prescriptions médicales de transport en véhicule particulier ou transport en commun. Afin de rendre le service encore plus attractif, la CPAM a également réorganisé le processus interne de traitement pour garantir un délai de paiement inférieur à sept jours.

Le véhicule particulier étant un mode de transport peu prescrit, la CPAM a parallèlement mis à disposition des médecins une application mobile permettant d'indiquer en quelques questions le mode de transport adapté à l'état de santé du patient et conforme à la réglementation.

L'accélération et la simplification du remboursement de l'utilisation du véhicule particulier ou des transports en commun a remporté l'adhésion des assurés et des prescripteurs. En six mois, MRS compte 280 utilisateurs pour un total supérieur

à 1 500 demandes transmises via la plateforme. Dans les cas où l'utilisation du véhicule personnel a remplacé un trajet en taxi/VSL, la CPAM a évalué l'économie à près de 65 000 euros sur le seul département de la Haute-Garonne en sept mois.

Le service est déployé sur la Haute-Garonne, l'Ariège (mai 2018), le Lot (juin 2018). Le service devrait être déployé sur l'ensemble de la région Occitanie dans le courant du second semestre 2018. À l'issue d'une évaluation, sa généralisation à l'échelle nationale pourra être envisagée.

Enfin, l'amélioration qualitative de la connaissance de l'activité de masso-kinésithérapie en ville est une nécessité. Cette démarche s'est en effet développée dans beaucoup de secteurs. C'est dans cet objectif que l'avenant n° 5 conclu en novembre 2017 arrête le principe d'une réécriture d'une nomenclature plus descriptive différenciant les actes effectués ou les parcours de soins. Elle devrait permettre de mieux appréhender et valoriser l'activité de masso-kinésithérapie en tenant compte

des techniques actuelles et d'effectuer une analyse et un suivi médico-économique plus précis des actes dispensés. Ces travaux de description ont été engagés dès 2018, en lien avec les experts et les représentants des professionnels. Ils vont se poursuivre en 2019.

➔ Les économies attendues pour le poste des paramédicaux en 2019 sont de 120 millions d'euros.

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

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

En 2017, l'Assurance Maladie a détecté et stoppé un montant total de fraudes et activités fautives de 270 millions d'euros, soit une augmentation de plus de 10 % par rapport à 2016 (tableau 13).

On peut notamment constater dans ce bilan 2017, une amélioration du rendement des contrôles relatifs aux prestations en nature (+ 27 %), aux indemnités journalières (+ 22 %), à la gestion des droits (+ 20 %) et aux établissements (+ 11 %).

Ces résultats en augmentation depuis plusieurs années (figure 43) reposent sur :

- l'amélioration des techniques de détection, d'investigation et des modes de sanction des fraudes ;
- la poursuite de la professionnalisation des acteurs du contrôle contentieux et de la répression des fraudes, ainsi que son enrichissement en 2017 à d'autres thématiques (exploitation des documents comptables ; investigateurs médicaux) ;
- l'engagement de nouvelles actions sur des thématiques émergentes (nouvelles spécialités médicales ou nouveaux types d'atypismes) et la consolidation des actions partenariales (MSA, Cnav etc.) ;
- l'optimisation du pilotage du contrôle-contentieux et de la lutte contre la fraude (séminaires régionaux, renforcement du rôle de la coordination régionale en matière de lutte contre la fraude, mise en place de plans régionaux de lutte contre la fraude).

► TABLEAU 13

Montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées (en millions d'euros)

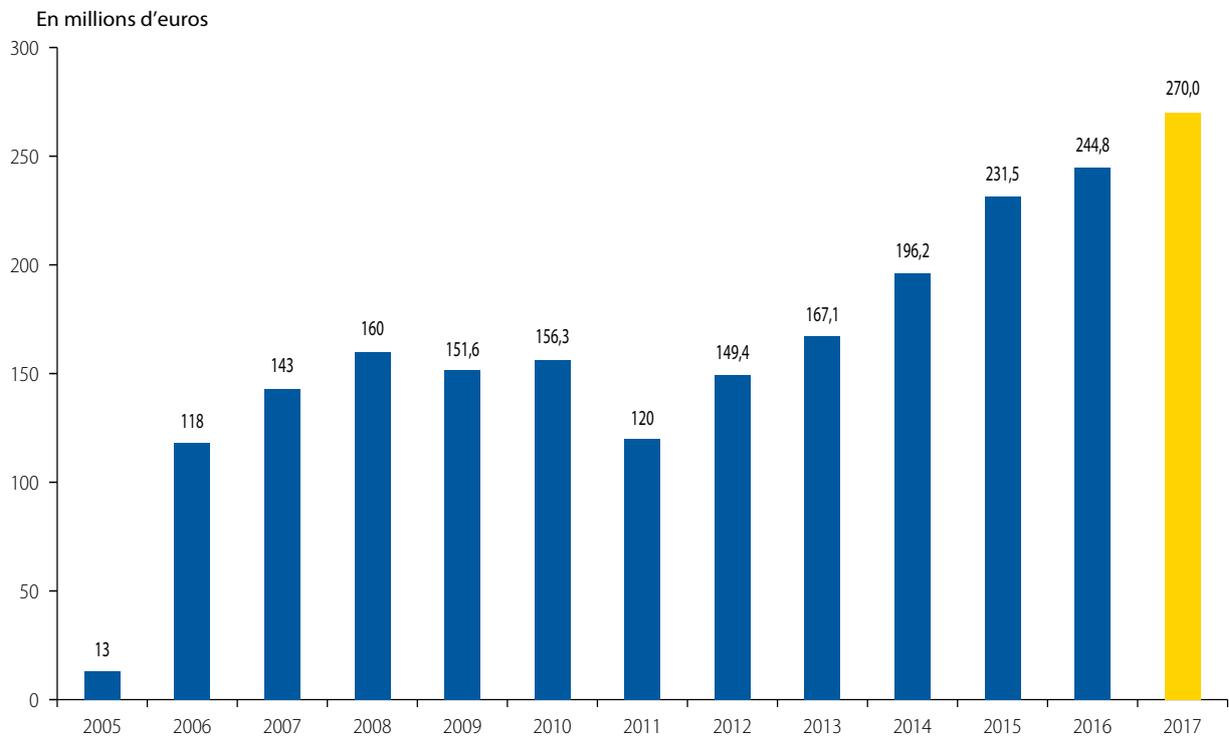
Montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées	2017	2016	Évolution 2016-2017 ^(a)
Obtention des droits	10,9 M€	9,1 M€	+ 19,6 %
dont			
• Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	8,2 M€	5,3 M€	+ 54,9 %
Prestations en espèces	31,3 M€	30,9 M€	+ 1,2 %
dont			
• Indemnités journalières (IJ)	13,0 M€	10,7 M€	+ 21,7 %
Prestations en nature	136,3 M€	107,7 M€	+ 26,6 %
Établissements (total)	91,5 M€	82,4 M€	+ 11,0 %
dont :			
• Tarification à l'activité (T2A)	58,2 M€	51,7 M€	+ 12,6 %
• Hors T2A	33,3 M€	30,7 M€	+ 8,5 %
Autres fraudes ^(b)	-	14,7 M€	-
Total	270 M€	244,8 M€	+ 10,2 %

(a) Le comparatif annuel du tableau est à relativiser au regard du caractère pluriannuel des programmes de contrôle contentieux (durée des investigations, choix des actions et durées des procédures dépassant l'année)

(b) Le poste « Autres fraudes » a été segmenté et réparti plus finement sur les autres postes de fraudes (obtention des droits, prestations en espèces, prestations en nature, établissements)

Source : Cnam

► FIGURE 43

Montants annuels des fraudes et activités fautives détectées et stoppées

Source : Cnam

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

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

CHAPITRE

3

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

3.1 Santé mentale

Dans la cartographie médicalisée des dépenses de santé, le poids de la « santé mentale » est chaque année particulièrement marquant, tant en termes d'effectifs de patients concernés que de dépenses. Ainsi, en 2016, plus de sept millions de personnes, soit plus d'un Français sur dix, ont eu recours à des soins ou des prestations que l'on peut rattacher soit à une maladie psychiatrique soit à un traitement chronique par psychotropes. Les dépenses correspondantes se sont élevées à près de 20 milliards d'euros pour les bénéficiaires du régime général, une somme extrapolable à 23 milliards d'euros pour correspondre aux dépenses de tous les régimes, soit 14 % des dépenses d'assurance maladie.

Derrière cette notion particulièrement large de soins en rapport avec la santé mentale, on retrouve une très grande diversité de situations cliniques, allant des troubles du sommeil aux troubles psychotiques, d'épisodes passagers rapidement résolutifs à des pathologies chroniques, incluant des troubles liés à des risques professionnels ou encore à la consommation inappropriée de médicaments psychotropes. Les soins et prestations consommés sont aussi de nature très variable, ils sont fonction de la pathologie ou des symptômes considérés, et incluent l'ensemble des postes de dépenses offerts par l'Assurance Maladie.

Il faut d'emblée préciser que l'image de la santé mentale que donne la cartographie médicalisée est loin du sens entier que lui offre l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Par construction, la cartographie ne donne à voir que ce qui a conduit à la consommation de soins que l'on peut rattacher à une pathologie ou à un traitement répété. Il existe donc de véritables zones d'ombre que la cartographie ne permet pas d'éclairer, comme le non-recours aux soins, le sous-diagnostic ou encore la prise en charge inadéquate de certains troubles psychiatriques, et bien sûr le mal-être, mais aussi les consultations de psychologues. Ce n'est pas ici la méthode qui est en cause, elle se contente de refléter la réponse imparfaite que notre système de santé apporte à certains de ces troubles.

D'autres zones d'ombre correspondent à des limites du système d'information, comme l'absence des données issues du secteur du handicap, très précieuses pour comprendre les trajectoires des patients porteurs des pathologies psychiatriques et médicales les plus lourdes. Dans les années à venir, les évolutions du SNDS sont appelées à combler ce manque²⁶.

En dépit de ces limites, la cartographie médicalisée et plus largement le SNDS offrent une vision particulièrement utile et pertinente pour mieux comprendre ces pathologies, les modalités de consommation de soins et de prestations qu'elles occasionnent pour les populations parfois particulièrement fragiles qui en sont atteintes.

Le présent chapitre offre donc une vision large de ces problématiques en présentant une analyse détaillée de la cartographie, une analyse des pathologies somatiques (c'est-à-dire non psychiatriques) qui sont associées aux pathologies psychiatriques et une analyse de la mortalité, en croisant pour la première fois la cartographie avec les causes de décès, récemment rendues disponibles dans le SNDS. Deux questions particulièrement importantes sont abordées : la pertinence du recours à certains médicaments psychotropes et les dépenses d'indemnités journalières. Enfin, des éléments de réflexion sur le financement des soins en psychiatrie sont exposés.

3.1.1 / Analyse épidémiologique et économique du poids de la santé mentale à partir de la cartographie médicalisée des dépenses

Quel est le poids de la santé mentale en 2016 ?

Au sein de la santé mentale, la cartographie distingue deux groupes de populations exclusives l'une de l'autre : celle pour laquelle un marqueur a permis de repérer un diagnostic de « pathologies psychiatriques » et celle recevant un des « traitements psychotropes chroniques » sans marqueur de diagnostic retrouvé (**encadré 22**). Parmi les 20 milliards d'euros remboursés par le régime général pour la santé mentale en 2016, environ 14 milliards d'euros (70 %) ont été affectés à la prise en charge des patients ayant une pathologie psychiatrique associée à un diagnostic dans le SNDS (soit 10 % des dépenses totales de la cartographie sur l'ensemble des pathologies) et 6 milliards d'euros (30 %) aux soins des personnes ayant un traitement chronique par psychotropes sans diagnostic repérable (soit 4 % des dépenses totales).

Selon la cartographie, ces pathologies psychiatriques touchent 2,1 millions de personnes et 5,1 millions de personnes reçoivent un traitement psychotrope chronique. La dépense moyenne par an par patient pris en charge pour une pathologie psychiatrique est logiquement beaucoup plus élevée (6 686 euros contre 1 126 euros) (**tableau 2**).

²⁶ Il faut aussi tenir compte de l'amélioration permanente du codage du PMSI psychiatrique.

La structure des dépenses est également très différente entre les deux groupes. Les dépenses relatives à la prise en charge des « pathologies psychiatriques » sont pour les deux tiers liées aux hospitalisations, alors que pour les « traitements chroniques par psychotropes », ce sont par définition les soins de ville (52 % des dépenses) et les prestations en espèces (41 %) qui expliquent la quasi-totalité des dépenses. Ces résultats s'expliquent essen-

tiellement par les définitions utilisées, qui tiennent compte des hospitalisations pour motif psychiatrique.

Cependant, les deux situations cliniques présentées ici restent elles-mêmes très hétérogènes. Il est nécessaire de les analyser de façon plus fine pour en apprécier la complexité.

► ENCADRÉ 20

Méthode et limites de la cartographie médicalisée dans l'analyse du recours aux soins pour la santé mentale

Méthode

La cartographie distingue deux populations exclusives dans le champ de la santé mentale : les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique avérée et les personnes recevant un traitement « chronique » par psychotropes.

Identification des « pathologies psychiatriques »

Les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique sont celles pour qui on retrouve une hospitalisation pour un motif psychiatrique et/ou des droits ouverts au titre d'une ALD pour une pathologie psychiatrique, codés selon la classification internationale des maladies (CIM-10) :

- personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de trouble psychiatrique et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic principal – DP – ou diagnostic relié – DR) et/ou psychiatrique (DP ou diagnostic associé – DA) – durant au moins une des deux dernières années ;

- ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs – dans un établissement de santé MCO (DP ou DR ou DA) et/ou psychiatrique (DP ou DA) – durant au moins une des cinq dernières années (n à n-4) et ayant reçu au moins trois délivrances de médicaments spécifiques au cours de l'année n (à différentes dates).

Identification des traitements « chroniques » à visée psychiatrique

Personnes recevant de manière chronique un traitement psychotrope répondant aux caractéristiques suivantes :

- ayant reçu, au cours de l'année n, au moins trois délivrances (à différentes dates) soit d'antidépresseurs (à l'exception de la lévotonine), soit de lithium, soit de Dépakote® ou soit de Dépamide®, soit de neuroleptiques (à l'exception des spécialités à base de lithium, de la spécialité Agréal® et de la spécialité Neuriplège®), soit d'anxiolytiques, soit d'hypnotiques ;

- et qui n'ont pas de code de pathologie psychiatrique retrouvé dans le SNDS.

Les limites pour les patients ayant un suivi psychiatrique en ambulatoire

Pour tous les patients qu'il suit, un établissement psychiatrique dispose d'un identifiant à usage interne, *a priori* unique, quel que soit son mode de prise en charge, ambulatoire ou hospitalisation.

Dans le cas d'une hospitalisation complète, le patient devant s'acquitter d'un reste à charge, l'établissement vérifie ses droits et cette information est transmise à l'Assurance Maladie. C'est à ce moment que l'identifiant interne du patient est mis en correspondance avec le numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (NIR), permettant le chaînage de l'ensemble des informations relatives à la prise en charge de ce patient dans l'établissement considéré.

Dans le cas où la prise en charge du patient reste exclusivement ambulatoire, le patient ne doit s'acquitter d'aucun reste à charge. Le plus souvent, l'établissement ne vérifie donc pas l'ouverture de ses droits et aucune correspondance n'est faite entre le NIR et l'identifiant interne à l'établissement. Il n'est donc pas possible de chaîner les informations contenues dans le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIMP) avec celles du SNDS.

Dans le cas où le patient est en ALD pour une pathologie psychiatrique, il sera repéré par cette prise en charge.

Selon l'Atih, les soins ambulatoires correspondent au mode de prise en charge de plus de 80 % des files actives des établissements psychiatriques. L'analyse du SNDS ne retrouve donc pour ces patients aucune trace de cette consommation de soins ambulatoires. Une partie de ces patients est retrouvée *via* la consommation de traitements psychotropes et classée dans la catégorie « traitements chroniques ». Les patients ne consommant pas de traitements psychotropes ne seront pas repérés par les algorithmes de la cartographie.

Il s'agit d'une limite importante de la cartographie qui repère ainsi de manière imparfaite les patients les plus légers, ou au contraire les moins adhérents à la prise en charge qui leur est proposée, qui sont parfois même en échappement thérapeutique jusqu'à ce qu'ils soient hospitalisés pour ces troubles.

Autres limites

Les délivrances de traitements hypnotiques ou anxiolytiques peuvent correspondre à de très petits conditionnements, parfois même à une semaine de traitement. La délivrance répétée deux fois d'un très petit conditionnement sera ainsi considérée comme un traitement « chronique », même si la quantité délivrée ne couvre que trois semaines de traitement.

Le SNDS ne permet pas de savoir si une personne est en activité professionnelle, sauf lorsqu'elle bénéficie d'indemnités journalières. Cette limite doit aussi être prise en compte lors de l'analyse de ce poste de dépenses.

Dans le groupe de patients pris en charge pour « pathologies psychiatriques », on retrouve le poids important des « troubles névrotiques ou de l'humeur » (1,3 million de personnes) et des « troubles psychotiques » (0,4 million de personnes) qui concentrent 70 % des 14,1 milliards d'euros affectés à l'ensemble des pathologies psychiatriques.

Analyse épidémiologique : des différences par sexe et l'importance des inégalités sociales

En 2016, parmi les 57,4 millions de personnes incluses dans la cartographie médicalisée, 1,3 million (2,2 %) étaient prises en charge pour un « trouble névrotique ou de l'humeur » et un peu plus de 400 000 (0,73 %) pour un « trouble psychotique » ayant justifié une ALD ou une hospitalisation. Les « troubles névrotiques ou de l'humeur » concernaient plus volontiers des personnes un peu plus âgées que celles atteintes de « trouble psychotique » (âges médians respectivement de 58 et 49 ans) et comprenaient plus de femmes (67 % pour les « troubles névrotiques ou de l'humeur » et 45 % pour les « troubles psychotiques »). On retrouvait d'ailleurs une fréquence plus grande de ces « troubles névrotiques ou de l'humeur » chez l'ensemble des femmes de la cartographie (2,7 % contre 1,6 % chez les hommes), la différence s'accroissant avec l'âge, pour atteindre 7,1 % des femmes et 3,3 % des hommes après 75 ans (**figure 44**). Par contraste, les « troubles psychotiques » étaient plus fréquents chez les hommes (0,86 %) que chez les femmes (0,61 %) tous âges confondus, mais la situation s'inversait après 65 ans.

Malgré quelques différences dans la répartition géographique entre les deux groupes de pathologies, leurs fréquences, telles que repérées dans la cartographie, étaient plus grandes en Bretagne et dans la moitié sud-est de la France, et plus faibles dans une diagonale allant de la Vendée à la pointe nord-est (**figure 45**). Cette répartition est en partie superposable à la densité en lits d'hospitalisation en psychiatrie.

Parmi les personnes de moins de 60 ans, ces deux grands groupes de troubles psychiatriques étaient plus fréquents chez les personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) que dans la population générale : 2 % contre 1,5 % pour les « troubles névrotiques ou de l'humeur » ; 0,87 % contre 0,69 % pour les « troubles psychotiques ».

Enfin, les pathologies psychiatriques étaient souvent associées entre elles. Parmi les personnes prises en charge pour un « trouble névrotique ou de l'humeur », 25 % l'étaient également pour une autre maladie psychiatrique. Parmi les personnes prises en charge pour « troubles psychotiques », 40 % l'étaient également pour une autre maladie psychiatrique. On notera également que 20 % des personnes ayant un « trouble névrotique ou de l'humeur » étaient également prises en charge pour une maladie cardio-neurovasculaire.

Ces résultats, notamment les tendances par âge et sexe, sont cohérents avec les estimations faites sur l'année 2014 par Santé publique France sur les troubles psychotiques et les troubles de l'humeur (sans les troubles névrotiques), sur la même source de données mais avec des algorithmes de repérage des pathologies légèrement différents [1]. D'après les analyses de Santé publique France, une répartition différente des troubles psychotiques avant et après 60 ans chez les hommes et les femmes concerne essentiellement les troubles psychotiques autres que la schizophrénie, mais les raisons de la fréquence plus faible à partir de 50 ans environ, chez les hommes, sont encore méconnues. On peut faire l'hypothèse que ce phénomène est en partie lié à la surmortalité prématurée de cette population (voir page 102).

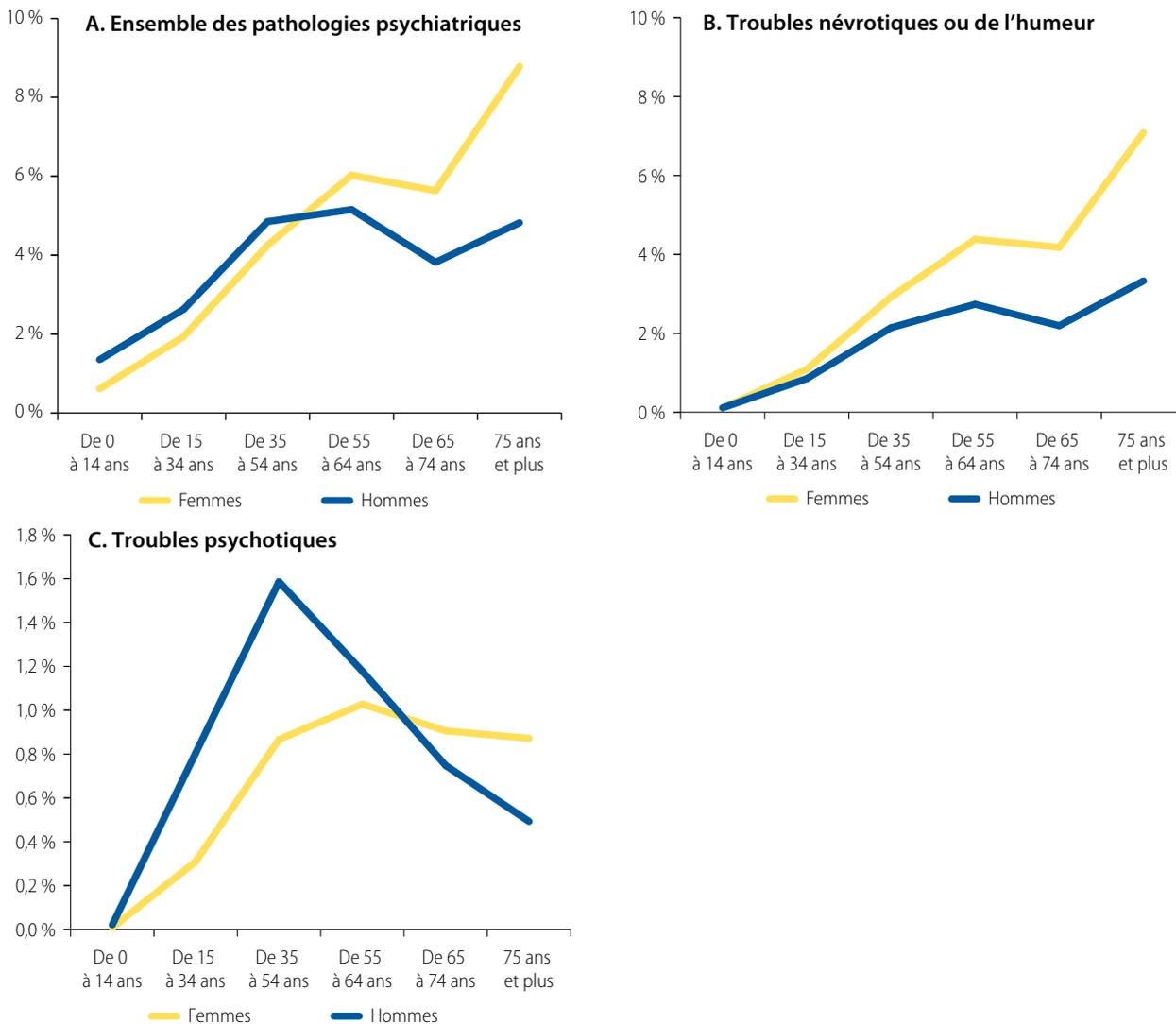
Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie ont fait l'objet d'un rapport de l'Irdes en 2014 [2]. Nos résultats suggèrent que la répartition de l'offre de soins hospitaliers psychiatriques explique probablement, mais en partie seulement, les disparités géographiques des prises en charge pour maladie psychiatrique. On peut faire l'hypothèse qu'en présence d'une offre plus importante, les pratiques sont plus centrées sur l'hospitalisation et donc une personne a davantage de chances d'être repérée par les algorithmes dans le SNDS. Cependant, ces algorithmes tiennent également compte des ALD, qui ne devraient pas être impactées par cette différence d'offre de lits d'hospitalisation. Dans le cadre de maladies affectant une longue partie de la vie, il est aussi possible qu'une domiciliation soit établie dans le secteur d'offre de soins correspondant. Le rapport 2018 de l'Atlas sur la santé mentale en France, rédigé par l'Irdes et la Drees, apportera certainement des éléments d'analyse complémentaires sur ce sujet.

Par ailleurs, ces résultats suggèrent aussi les intrications profondes qui existent entre maladies psychiatriques et maladies non psychiatriques, et leurs prises en charge respectives, lesquelles sont détaillées plus bas.

La fréquence élevée des troubles névrotiques et de l'humeur et des troubles psychotiques dans les populations précaires, identifiées dans cette analyse par le recours à la CMU-C, a déjà été décrite, en particulier parmi les personnes sans logement personnel. Dans l'étude Samenta, conduite par le Samu social de Paris en 2009, 6,7 % des personnes sans logement personnel souffraient d'un trouble sévère de l'humeur, 12,2 % d'un trouble anxieux et 13,2 % d'un trouble psychotique [3,4]. Ces résultats soulignent à la fois l'importance des inégalités sociales dans le champ de la santé mentale et leurs répercussions sur la prise en charge, qui signent la nécessité de tenir compte des populations économiquement défavorisées dans la conduite d'actions de santé publique.

► FIGURE 44

Proportion de personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique (A), ou plus spécifiquement pour un trouble névrotique ou de l'humeur (B) ou un trouble psychotique (C), par sexe et classe d'âge, en 2016

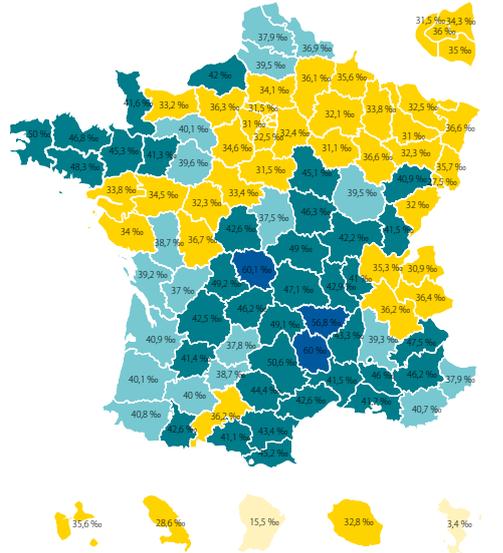


Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 45

Prévalence standardisée^(a) des « pathologies psychiatriques » (A), et plus spécifiquement des « troubles névrotiques et de l'humeur » (C) et des « troubles psychotiques » (D) par département, et offre de soins en hospitalisation psychiatrique (B), en 2016

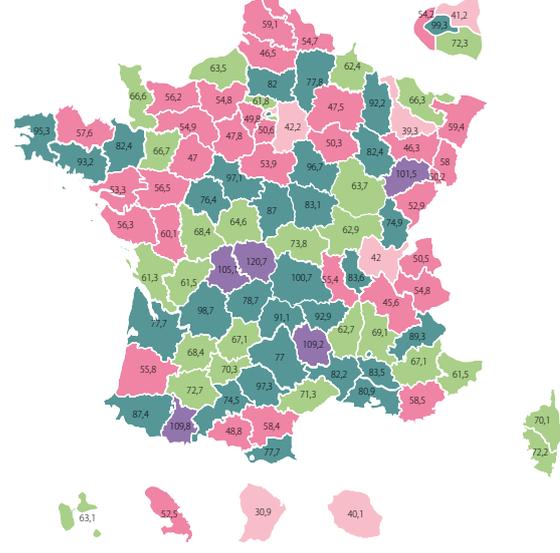
A. Ensemble des « pathologies psychiatriques »



Taux standardisé de personnes prises en charge

3,4 % à 21,5 % 21,5 % à 36,8 % 36,8 % à 40,9 %
40,9 % à 53,7 % 53,7 % à 61,1 %

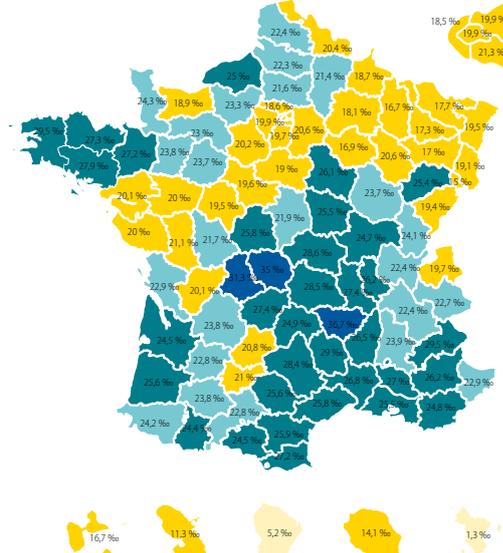
B. Offre de soins en hospitalisation psychiatrique



Densité de lits en psychiatrie ou places d'hospitalisation (à temps plein ou à temps partiel) pour 100 000 habitants

30,9 à 43,9 43,9 à 60,7 60,7 à 74,2
74,2 à 101,1 101,1 à 120,7

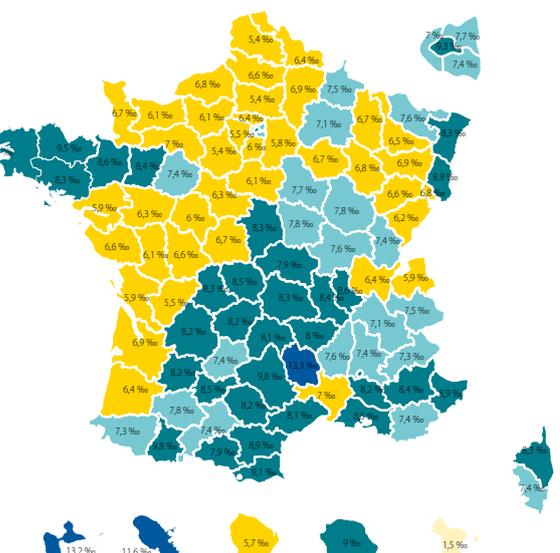
C. Troubles névrotiques et de l'humeur



Taux standardisé de personnes prises en charge

1,3 % à 8,3 % 8,3 % à 21,4 % 21,4 % à 24,3 %
24,3 % à 30,6 % 30,6 % à 36,7 %

D. Troubles psychotiques



Taux standardisé de personnes prises en charge

1,5 % à 3,5 % 3,5 % à 7 % 7 % à 7,9 %
7,9 % à 10,8 % 10,8 % à 13,3 %

(a) Standardisation sur la structure d'âge et de sexe de la population Insee

Note de lecture : pour connaître les taux de prévalence et l'offre de soins en hospitalisation psychiatrique par département, consulter la version en ligne du rapport sur assurance-maladie.fr/Qui sommes-nous ? Nos publications de référence/Assurance Maladie/Rapport Charges et produits/Documents utiles : Propositions sur les charges et produits de l'Assurance Maladie pour 2019, page 86.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Analyse économique : le poids important des séjours en établissements psychiatriques

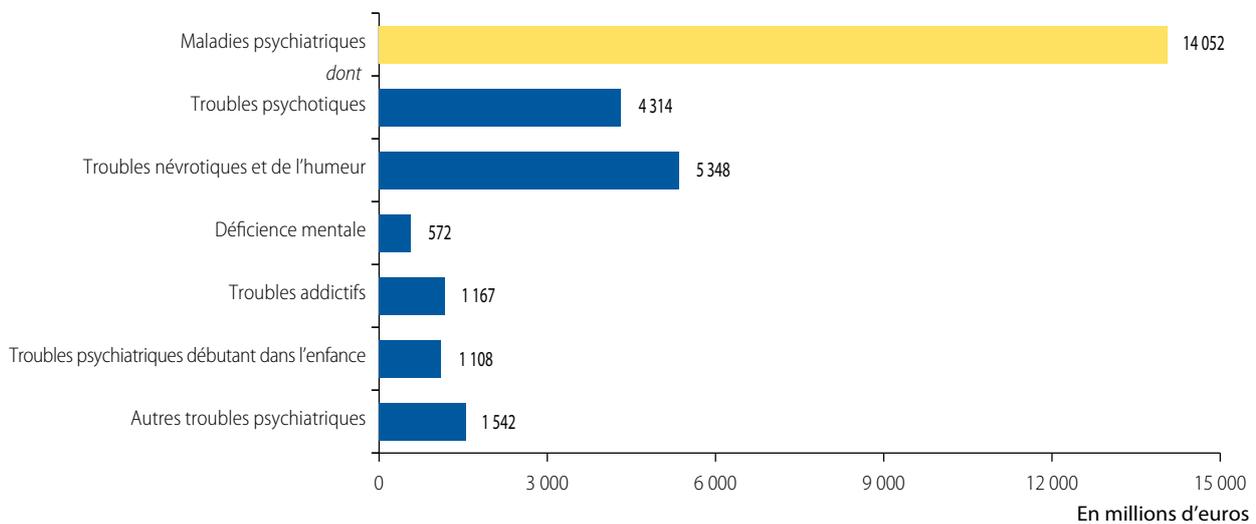
Les 14,1 milliards d'euros affectés aux « pathologies psychiatriques » en 2016 sont répartis essentiellement sur les « troubles névrotiques ou de l'humeur » (5,3 milliards d'euros) et les « troubles psychotiques » (4,3 milliards d'euros), qui concentrent près de 70 % de ces dépenses (figure 46). Les dépenses affectées à la prise en charge des « troubles addictifs » et des « troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance » sont relativement plus faibles, même si elles représentent chacune une dépense supérieure à un milliard d'euros. Il faut rappeler

ici que le coût du handicap n'est pas actuellement inclus dans le champ du SNDS (encadré 20).

Le poids économique élevé des « troubles névrotiques ou de l'humeur » est la résultante d'effectifs élevés (1,3 million de personnes), pour une dépense moyenne plutôt modérée (4 300 euros par an par patient) (figure 47). Les « troubles psychotiques » sont moins fréquents (417 300 personnes), mais la dépense moyenne par patient est plus élevée (10 300 euros par an par patient).

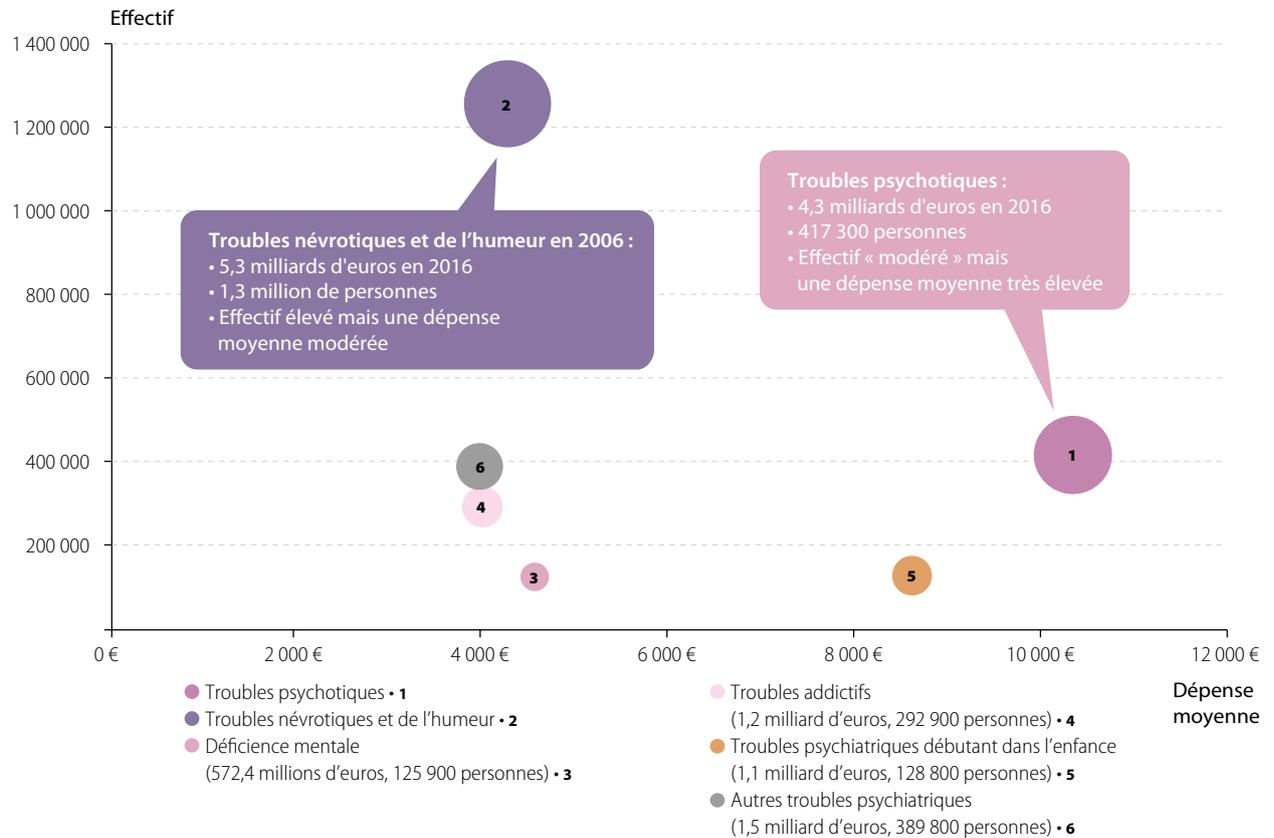
► FIGURE 46

Répartition 2016 des dépenses affectées aux pathologies psychiatriques, par pathologie



Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 47

Pathologies psychiatriques - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales, en 2016

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

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

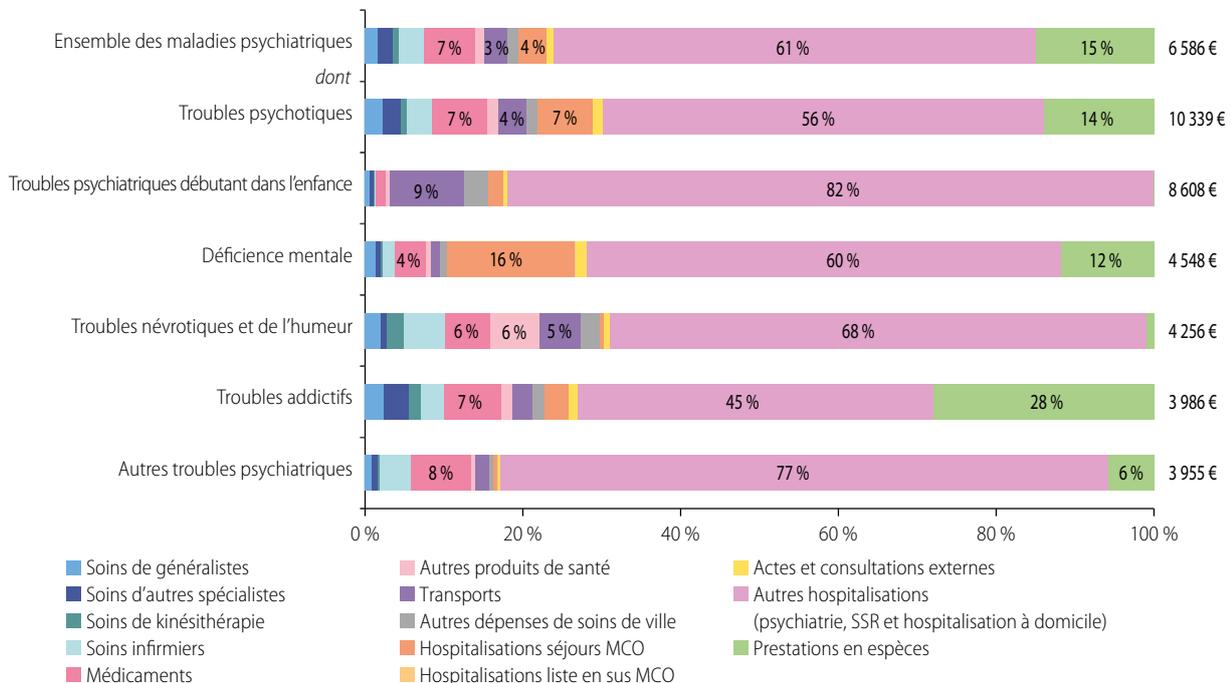
L'analyse de la structure des dépenses annuelles moyennes affectées à la prise en charge des différentes pathologies psychiatriques considérées (figure 48) met en évidence le poids important des dépenses relatives aux séjours en établissements psychiatriques, qui représentent entre 45 % et 82 % des dépenses moyennes par an par patient selon les pathologies. Des dépenses liées aux séjours en établissement MCO s'ajoutent pour les personnes ayant une déficience mentale (16 % des dépenses annuelles moyennes) et pour les personnes ayant un « trouble psychotique » (7 %). Les dépenses liées aux prestations

en espèces²⁷ constituent également un poste de dépenses important pour les personnes ayant un « trouble addictif » (28 % des dépenses annuelles moyennes) et, dans une moindre mesure, pour celles ayant un « trouble psychotique » ou une « déficience mentale ». Cela s'explique par le fait que, lorsqu'elles sont bien équilibrées, ces pathologies sont compatibles avec une activité professionnelle. Une part importante des personnes concernées par ces pathologies est en effet âgée de 15 à 64 ans, et est donc possiblement en activité.

²⁷ Ici, il s'agit des indemnités journalières versées dans le cadre d'une maladie, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et/ou de pensions d'invalidité.

► FIGURE 48

Pathologies psychiatriques - Structure des dépenses remboursées moyennes par patient, pour chaque pathologie, en 2016



Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Un poids humain et économique important lié aux personnes prises en charge par traitements antidépresseurs et anxiolytiques

Analyse épidémiologique : des différences en fonction des traitements et de l'âge

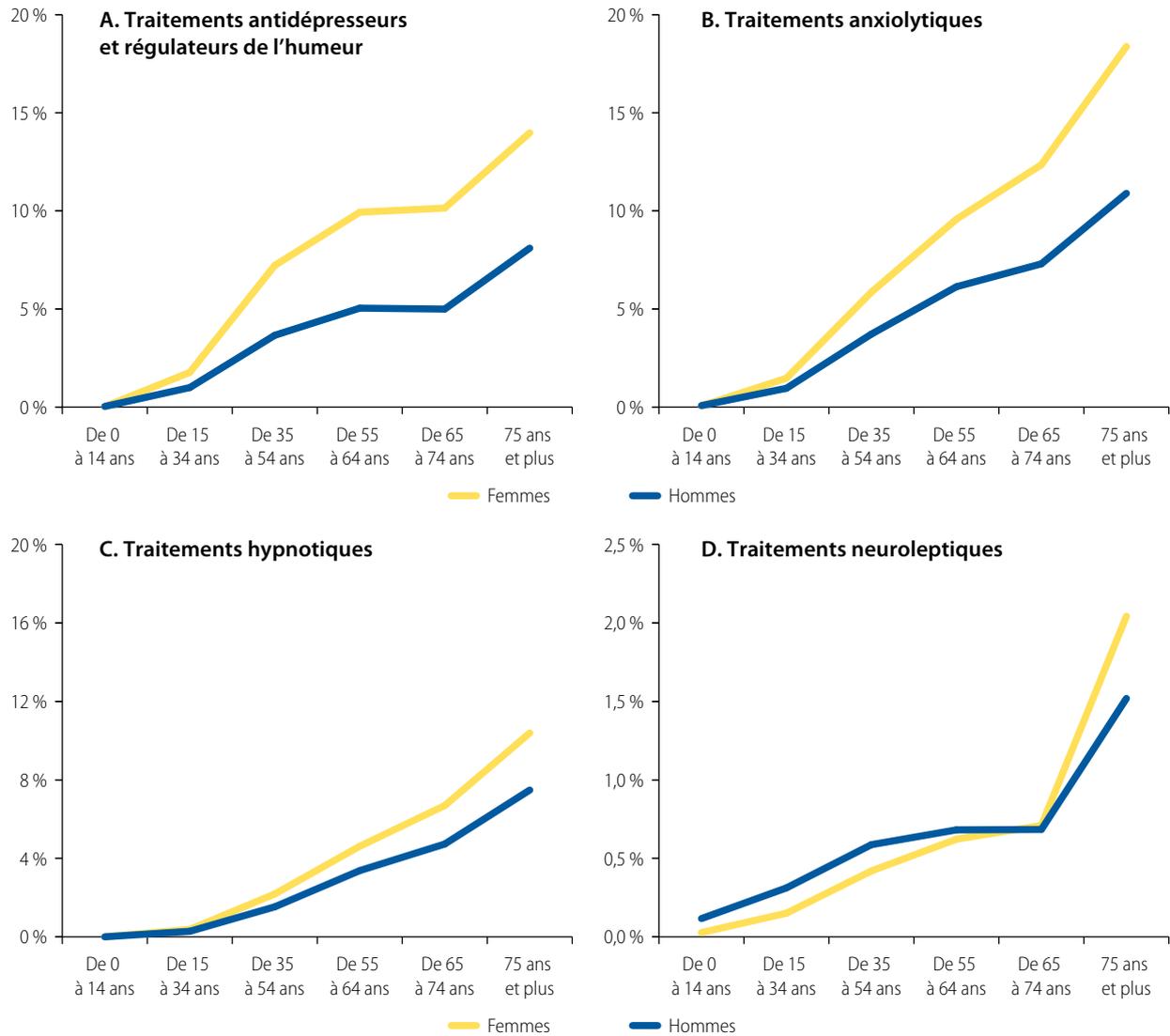
En 2016, parmi les 57,4 millions de personnes incluses dans la cartographie, 5 124 200 personnes (8,9 %) ont reçu au moins trois délivrances d'un psychotrope sans qu'un diagnostic soit mentionné dans le SNDS par ailleurs. La fréquence du recours aux « antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur » était plus élevée chez les femmes (6,0 %) que chez les hommes (2,8 %), et augmentait avec l'âge (figure 49).

Les algorithmes de repérage des maladies psychiatriques étant basés sur la déclaration en ALD ou une hospitalisation pour motif psychiatrique, les traitements décrits dans cette section permettent de repérer indirectement des personnes pouvant avoir le même type de troubles mais n'ayant pas été hospitalisées dans les cinq dernières années et n'ayant pas été déclarées en ALD pour ce motif. Il peut donc s'agir de personnes ayant une pathologie d'expression clinique moins sévère justifiant d'une seule prise en charge ambulatoire, éventuellement même

en secteur psychiatrique, ou de personnes ayant une symptomatologie de troubles du sommeil ou de troubles anxieux relatifs à une situation personnelle, professionnelle ou médicale transitoire (ou non) qui recourent au moins à trois délivrances dans l'année.

Ainsi, on retrouve un recours à des traitements plutôt spécifiques des troubles névrotiques et de l'humeur (anxiolytiques, antidépresseurs et régulateurs de l'humeur) plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, quel que soit l'âge. Les neuroleptiques étaient utilisés plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes avant 65 ans, mais moins fréquemment aux âges plus élevés. Ceci peut correspondre à des usages différents de ces médicaments selon l'âge : chez les personnes jeunes, ils sont utilisés pour traiter des pathologies psychotiques (et certains troubles de l'humeur) qui sont plus fréquentes chez les hommes. Chez la personne âgée, les neuroleptiques sont parfois utilisés en cas de troubles du comportement, en particulier chez les personnes démentes vivant en collectivité (Ehpad), faute d'autre solution et en dépit des recommandations. Ces personnes sont le plus souvent des femmes.

► FIGURE 49

Proportion de personnes recevant un traitement psychotrope (hors pathologies)^(a) en 2016, par sexe et classe d'âge, selon le type de traitement

(a) Au moins 3 délivrances dans l'année

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

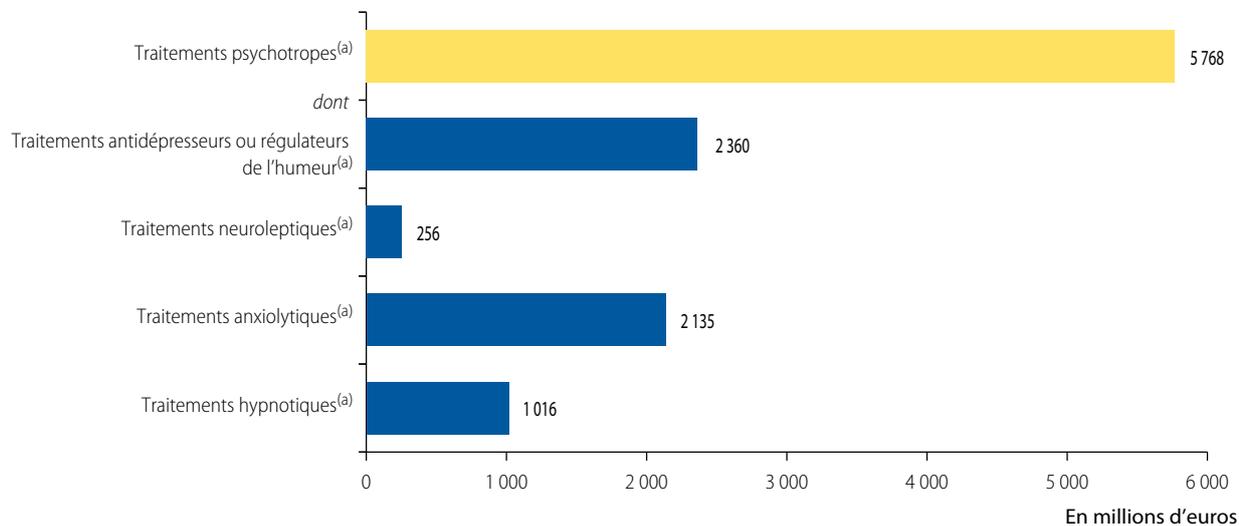
Analyse économique : les antidépresseurs et les anxiolytiques représentent 80 % des dépenses pour ce groupe de patients

Sur les 5,8 milliards d'euros affectés à la prise en charge de personnes recevant un traitement chronique par psychotropes sans diagnostic repéré, 80 % sont affectés à la prise en charge de deux groupes de médicaments (figure 50 et figure 51) :

- les personnes traitées par antidépresseurs ou médicaments régulateurs de l'humeur, 2,4 milliards d'euros et 2,6 millions de personnes concernées ;
- les personnes traitées par anxiolytiques, 2,1 milliards d'euros et 2,8 millions de personnes concernées.

► FIGURE 50

Répartition des dépenses affectées à la prise en charge des personnes traitées par psychotrope (hors pathologies), en 2016

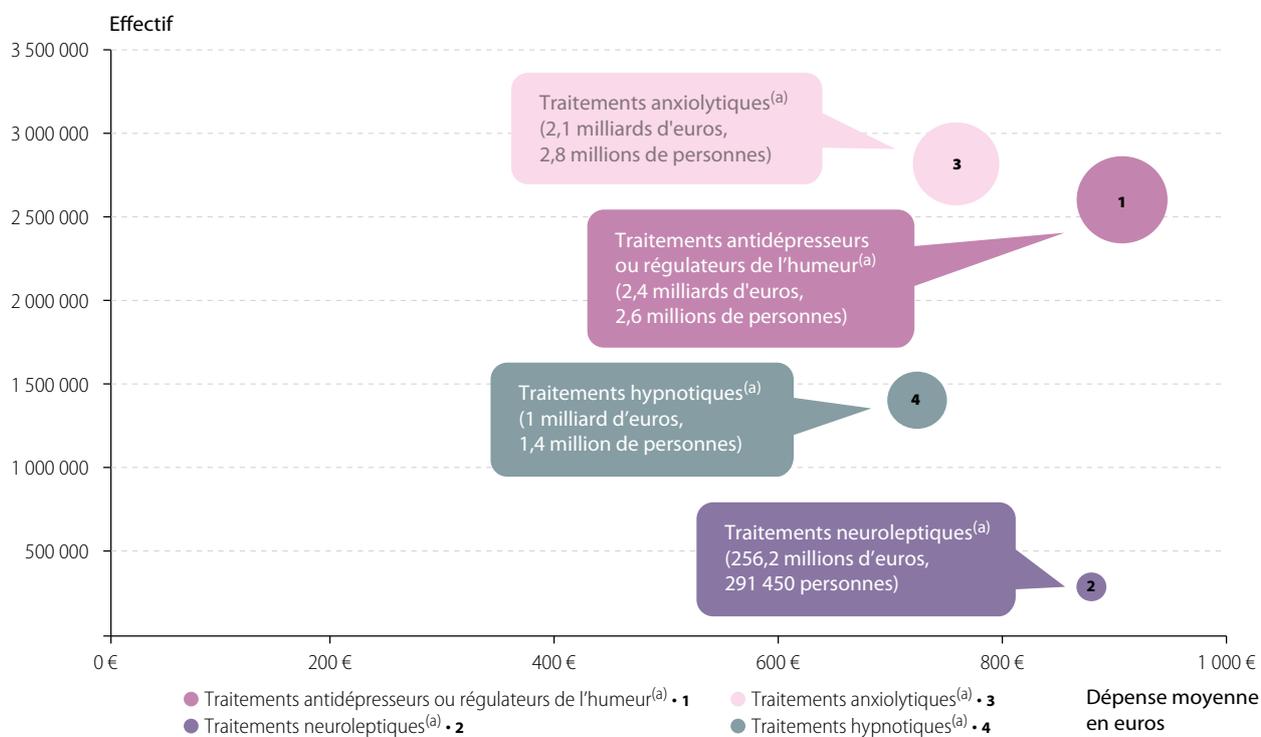


(a) Hors pathologies

Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 51

Traitements psychotropes (hors pathologies) - Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales, en 2016

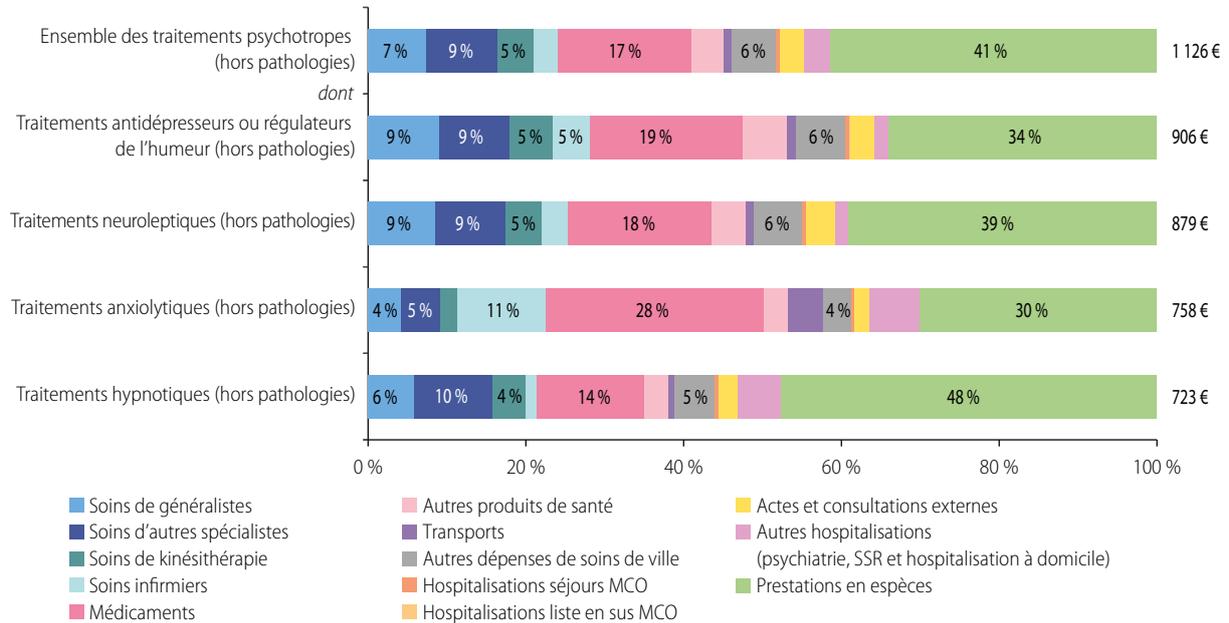


(a) Hors pathologies

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

Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 52

Traitements psychotropes (hors pathologies) - Structure des dépenses remboursées moyennes par patient, pour chaque pathologie, en 2016

Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Environ 1 100 euros par an et par patient sont mobilisés pour la prise en charge des personnes traitées par psychotropes, montant qui varie entre environ 700 et 900 euros par an et par patient selon le sous-groupe (figure 52). Cela s'explique par la fréquente coprescription de traitements psychotropes, qui fait qu'une même personne peut être incluse dans plusieurs des sous-groupes considérés (près de 50 % des personnes traitées par anxiolytiques prennent au moins un autre traitement psychotrope de façon chronique).

Les prestations en espèces constituent le premier poste de dépenses, avec plus de 40 % des dépenses annuelles moyennes par patient. Le poids de ce poste varie entre 30 % pour les personnes traitées par un anxiolytique et 48 % pour les personnes traitées par un hypnotique. Compte tenu du poids important de ce poste dans la prise en charge des personnes ayant un traitement chronique par psychotropes, une analyse complémentaire a été réalisée afin de mieux comprendre les facteurs sous-jacents (voir page 112).

Le poste « médicaments » est le deuxième poste de dépense (17 % en moyenne) : il représente 14 % des dépenses affectées au sous-groupe « traitements hypnotiques » versus 28 % de celles affectées au sous-groupe « traitements anxiolytiques ». Pour ce dernier groupe, on notera également :

- le poids du poste « soins infirmiers » qui représente 11 % des dépenses, contre 5 % pour le groupe « traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur » ;
- le poids plus faible que pour les autres groupes du poste « soins d'autres spécialistes », 5 % versus 9 % à 10 % pour les autres groupes.

Cette analyse permet également de montrer que si les deux principaux groupes (« traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur » et « traitements anxiolytiques ») ont un poids, tant épidémiologique qu'économique, assez proche (figure 51), la structure des dépenses affectées est différente (figure 52).

Par ailleurs, les patients traités par anxiolytiques ont aussi des caractéristiques qui diffèrent de celles des patients traités par hypnotiques. Ils ont probablement une symptomatologie et des répercussions plus importantes sur la vie professionnelle, et l'intrication de ces symptômes avec des pathologies somatiques est probable, vu la part du recours aux soins infirmiers.

Quelles évolutions épidémiologiques et économiques ont eu lieu entre 2012 et 2016 ?

Près de 200 000 personnes supplémentaires prises en charge entre 2012 et 2016 pour des « pathologies psychiatriques » pour 1,6 milliard d'euros de dépenses supplémentaires, à mettre en regard de l'augmentation du nombre de personnes ayant un « trouble névrotique ou de l'humeur »

Entre 2012 et 2016, le nombre de personnes prises en charge pour un « trouble névrotique ou de l'humeur » a augmenté de 174 000, passant de 1 082 900 personnes (1,9 %) à 1 256 600 (2,2 %) (figure 53). Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) est de 3,79 %. Dans le même temps, la fréquence des « troubles psychotiques » a légèrement augmenté, passant

de 389 900 personnes (0,70 %) à 417 300 (0,73 %), résultant en un TCAM de 1,72 %.

Cette augmentation des effectifs est à interpréter avec précaution : elle traduit possiblement, au moins en partie, un meilleur repérage des patients à partir des informations disponibles dans le SNDS (recours plus fréquents à l'ALD et surtout meilleur codage des pathologies psychiatriques lors de séjours hospitaliers). Elle est à relier à la baisse des effectifs observée dans le même temps pour les personnes ayant un traitement chronique par psychotrope seul (voir *infra*).

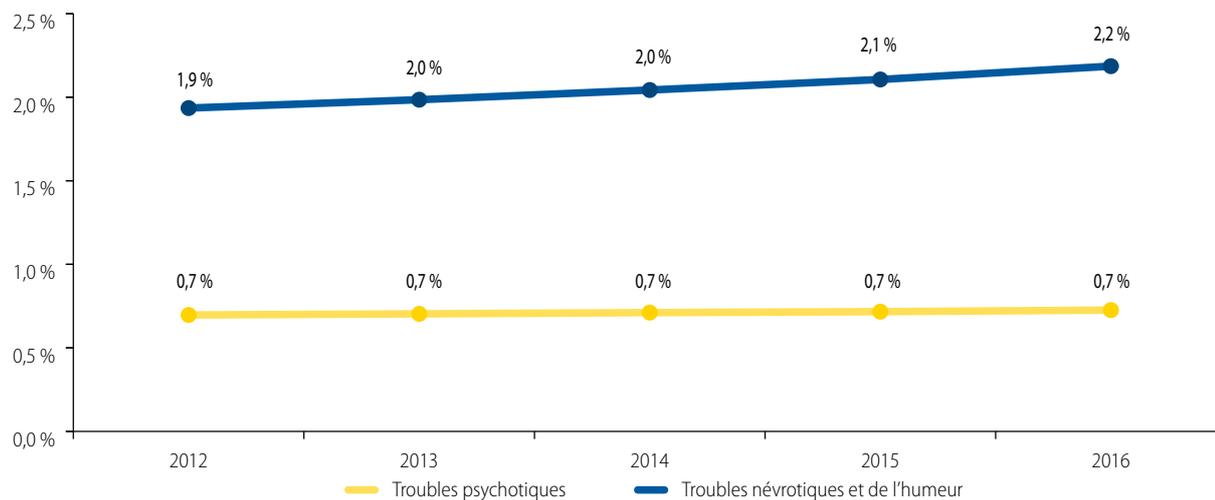
Parallèlement, les dépenses affectées aux « pathologies psychiatriques » ont augmenté de 1,6 milliard d'euros. Cette

augmentation s'explique à plus de 80 % par (figure 54 et figure 55) :

- une augmentation des dépenses affectées aux « troubles névrotiques ou de l'humeur », + 886 millions d'euros (+ 4,6 % par an en moyenne) soit une contribution à la croissance d'environ 56 % ;
- une augmentation plus modérée des dépenses affectées aux « troubles psychotiques », + 419 millions d'euros (+ 2,6 % par an en moyenne) soit une contribution à la croissance de 26 %. Cette hausse des dépenses est plutôt liée à l'augmentation des effectifs décrite précédemment, la dépense moyenne par patient n'ayant augmenté que très légèrement, à un taux inférieur à + 1 % par an par patient pour ces deux groupes de pathologies.

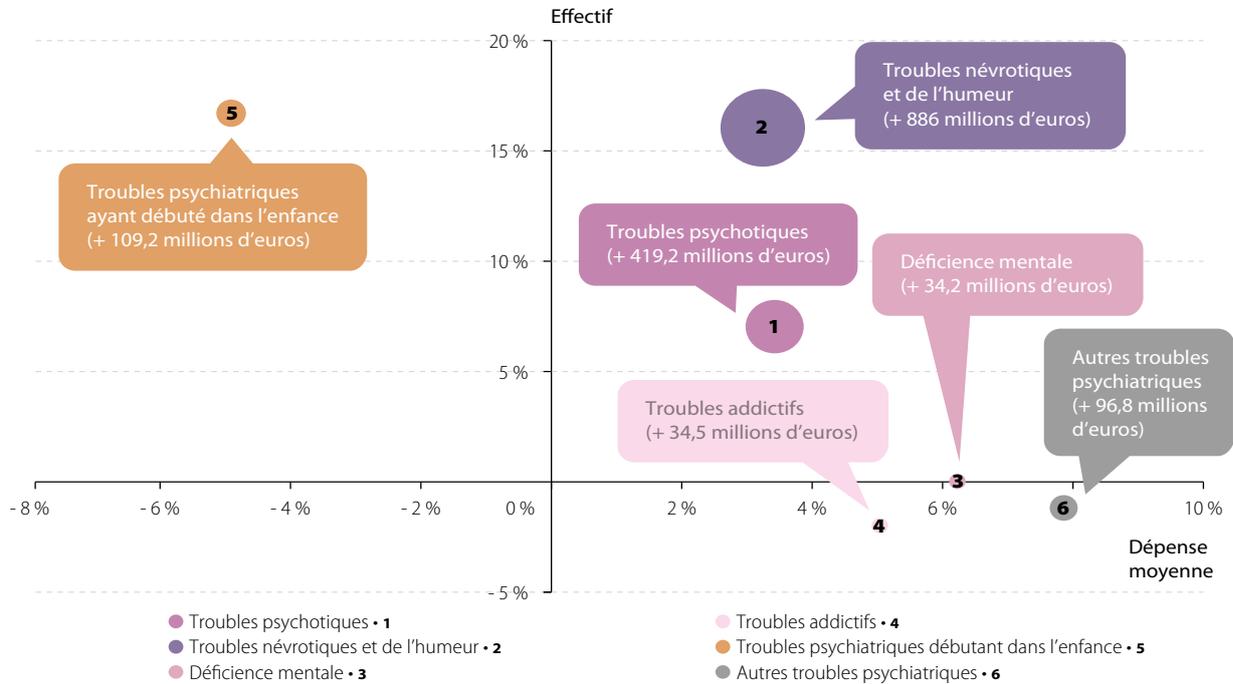
► FIGURE 53

Évolution des proportions de personnes prises en charge pour un « trouble psychotique » ou un « trouble névrotique et de l'humeur », entre 2012 et 2016



Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 54

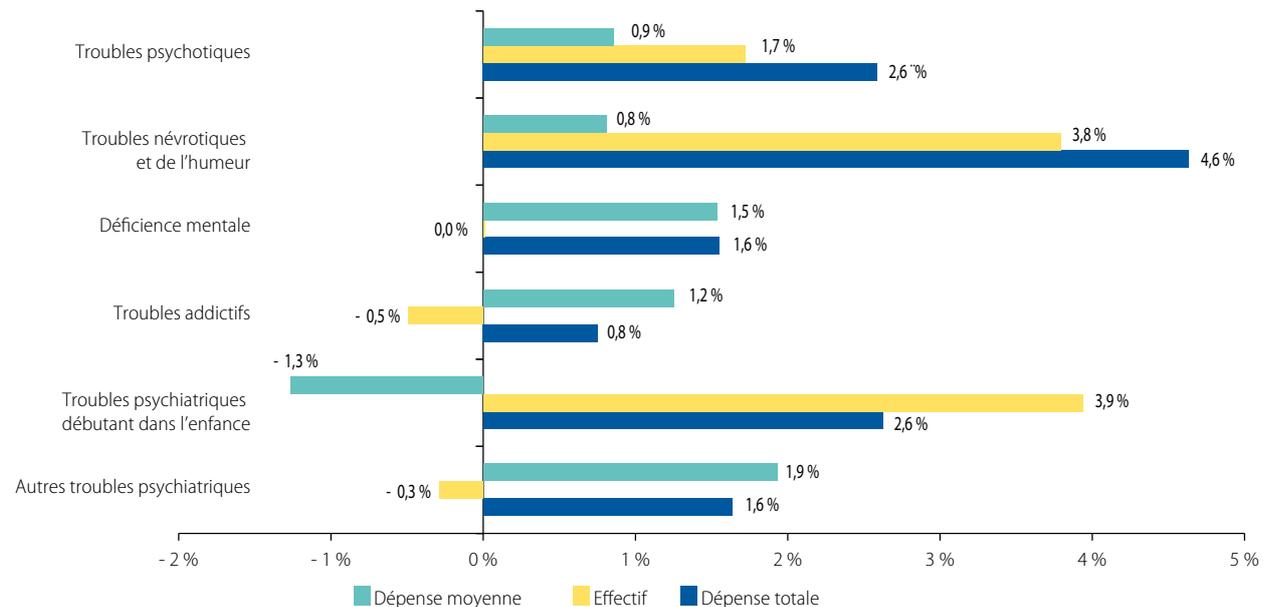
Pathologies psychiatriques - Taux de croissance sur cinq années (2012-2016) des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales

Note de lecture : la taille de la bulle est proportionnelle au différentiel de dépenses remboursées totales. Les taux d'évolutions des effectifs et des dépenses moyennes sont ceux observés sur l'ensemble de la période, soit sur cinq années (il ne s'agit pas de taux de croissance annuels).

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 55

Pathologies psychiatriques - Taux de croissance annuels moyens entre 2012 et 2016 des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, par groupe de pathologies psychiatriques

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

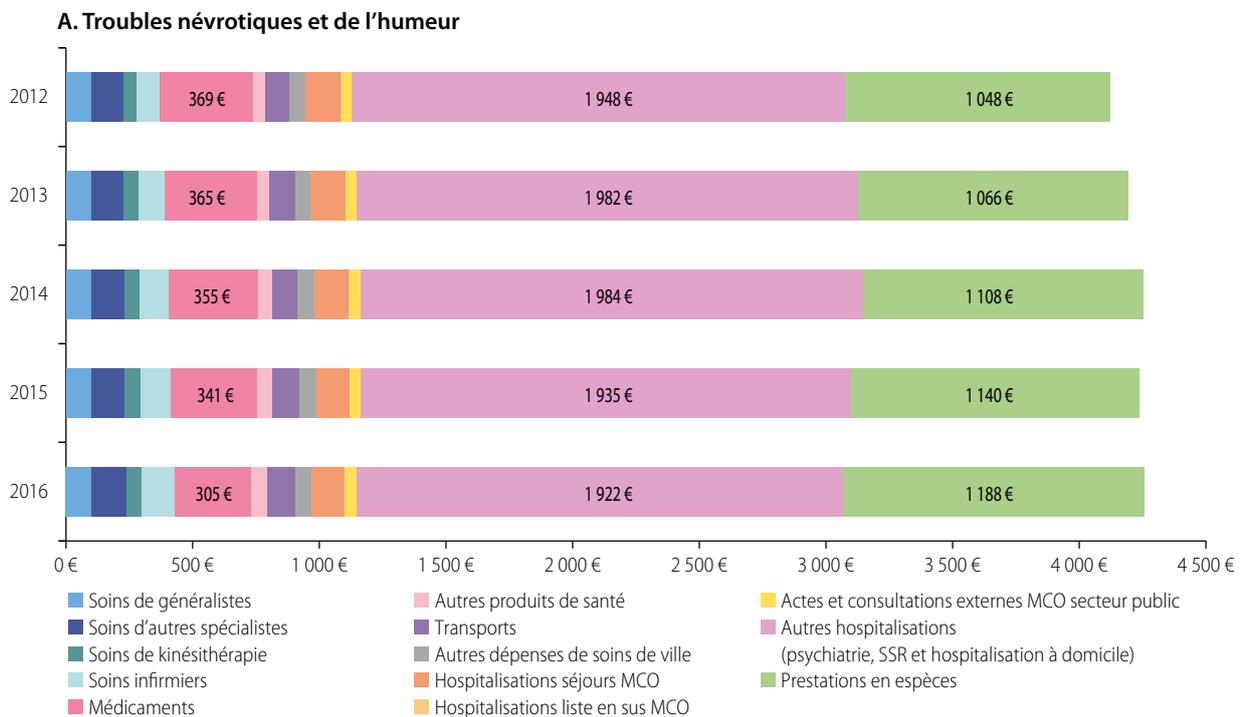
Cette relative stabilité des dépenses moyennes par patient résulte d'évolutions différenciées en termes de postes de dépenses selon le type de pathologie psychiatrique :

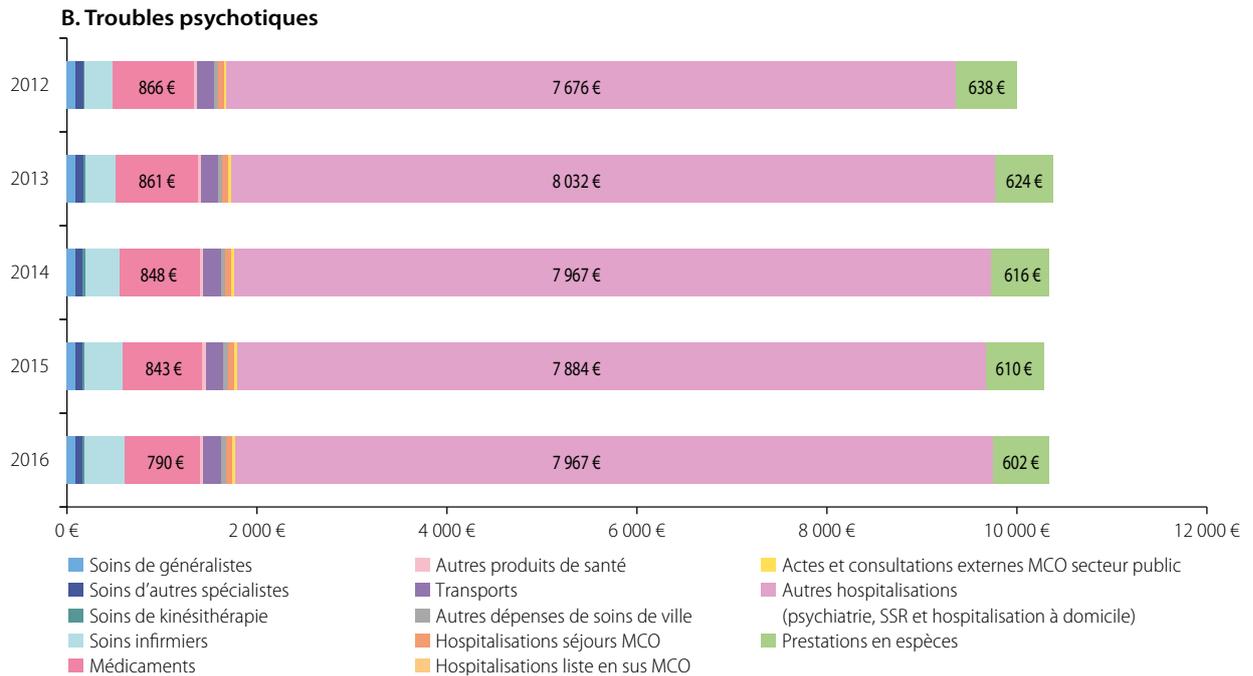
– pour les « troubles névrotiques ou de l'humeur », la baisse de la dépense moyenne observée sur le poste « médicaments » (- 17 % entre 2012 et 2016) a compensé la hausse sur le poste « prestations en espèces » (+ 13 %) ;

– pour les « troubles psychotiques », la baisse des dépenses moyennes sur les postes « médicaments » (- 8,8 % entre 2012 et 2016) et « prestations en espèces » (- 5,6 %) a compensé en partie la hausse observée sur les postes « autres hospitalisations » (+ 3,8 %), qui comprennent les séjours en établissement psychiatrique et le poste « soins infirmiers » (dont l'évolution paraît dynamique, + 47 %, mais est, *in fine*, peu contributeur).

► FIGURE 56

Évolution de la structure des dépenses remboursées moyennes par patient et par an, pour les personnes ayant un « trouble névrotique et de l'humeur » (A) ou un « trouble psychotique » (B), entre 2012 et 2016





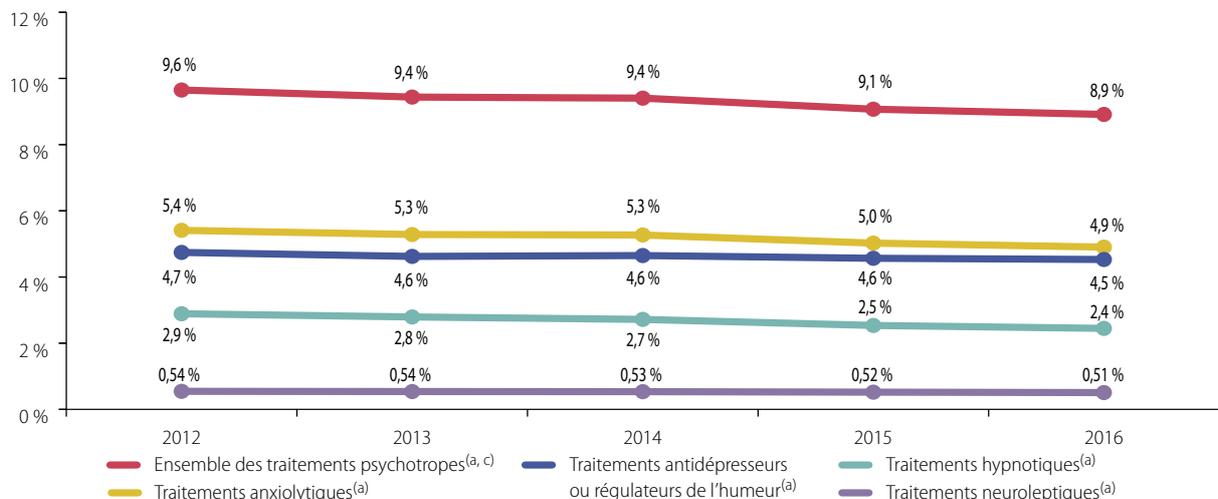
Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Concernant les patients recevant des traitements chroniques par psychotropes, on observe une hausse des dépenses de 123 millions d'euros en cinq ans, ce qui s'explique principalement par la baisse des effectifs en partie liée à un meilleur repérage dans le SNDS des personnes ayant un diagnostic de pathologie psychiatrique
Entre 2012 et 2016, la fréquence d'utilisation des traitements

chroniques par psychotropes (hors pathologie psychiatrique repérée par ailleurs) a diminué, passant de 9,6 % à 8,9 % de la population (figure 57). Cette baisse était observée pour tous les types de traitements psychotropes considérés, avec des taux d'évolution annuels moyens compris entre - 3,4 % (« traitements hypnotiques ») et - 0,5 % (« traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur »).

► FIGURE 57

Évolution entre 2012 et 2016 de la fréquence des traitements chroniques^(a, b) par psychotropes, selon le type de traitement



(a) Hors pathologies (b) Au moins 3 délivrances dans l'année (c) Ensemble des autres catégories décrites sur cette figure

Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Sur cette période, les dépenses mobilisées pour la prise en charge des personnes recevant un traitement chronique par psychotropes (hors pathologies repérées) n'ont augmenté que de 123 millions d'euros soit une hausse de 2,2 % sur la période (soit + 0,5 % par an en moyenne) avec des évolutions différenciées selon les sous-groupes considérés (figure 59 et figure 60) :

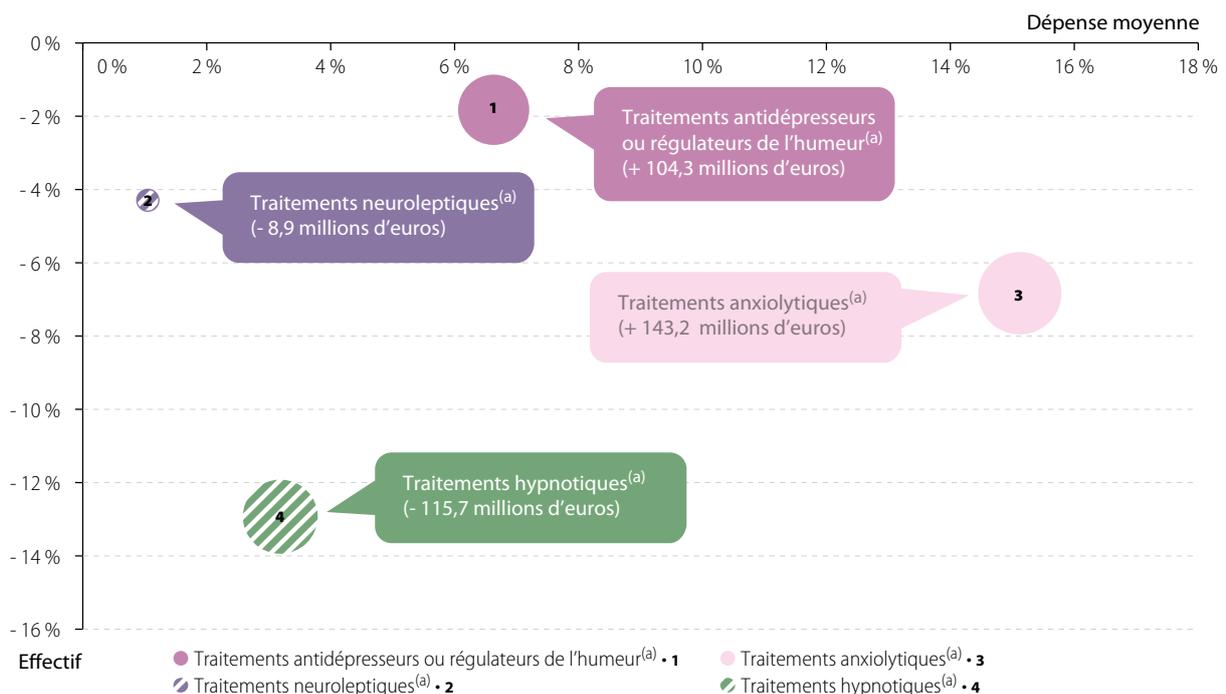
– augmentation des dépenses pour les deux principaux groupes : + 104,3 millions d'euros pour les dépenses affectées au groupe des « traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur » (+ 1,1 % par an en moyenne) et + 143 millions d'euros pour le groupe des « traitements anxiolytiques » (+ 1,8 % par an en moyenne) ;

– baisse des dépenses pour les deux autres groupes : - 116 millions d'euros pour les personnes traitées par hypnotiques (- 2,7 % par an en moyenne) et - 9 millions d'euros pour les personnes traitées par neuroleptiques (- 0,8 % par an en moyenne).

Ces évolutions s'expliquent principalement par la baisse des effectifs observée pour tous les types de traitements psychotropes considérés. Ces baisses du nombre de personnes traitées par ces différents psychotropes, en dehors de pathologie psychiatrique identifiée, sont à mettre en regard de la hausse observée du nombre de personnes ayant une « pathologie psychiatrique » (voir *supra*). En effet, toute amélioration de l'information médicale (ALD ou motifs médicaux des hospitalisations) conduit à faire basculer, par construction des algorithmes, des groupes « traitements psychotropes » vers les groupes « pathologies psychiatriques ». Néanmoins, on peut également penser qu'une partie de la baisse observée s'explique aussi par un moindre recours chronique aux traitements psychotropes, en particulier pour les hypnotiques pour lesquels il existe des recommandations de la HAS (octobre 2007) visant à en réduire l'usage chez la personne âgée [5].

► FIGURE 58

Traitements psychotropes (hors pathologies) - Évolution sur cinq années (2012-2016) des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales



(a) Hors pathologies

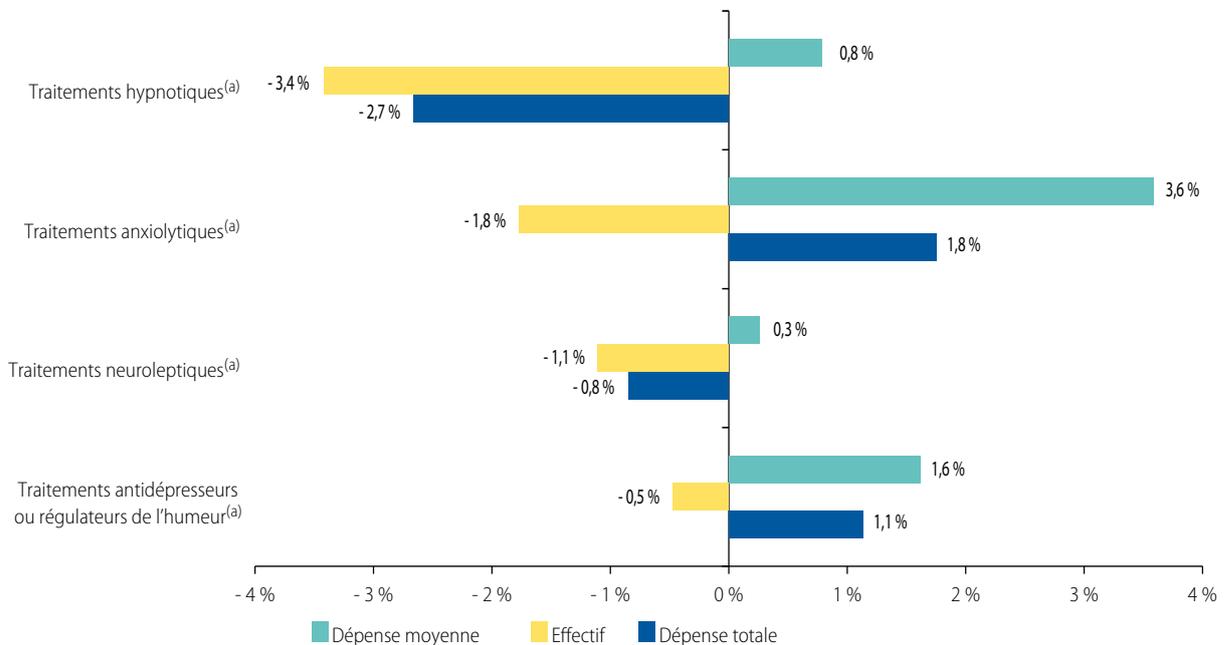
Note de lecture : la taille de la bulle est proportionnelle au différentiel de dépenses remboursées totales (en montants), avec des bulles hachurées pour marquer une baisse des dépenses remboursées sur la période, des bulles pleines lorsqu'il s'agit d'une augmentation des dépenses. Les taux d'évolution des effectifs et des dépenses moyennes sont ceux observés sur l'ensemble de la période, soit cinq années (il ne s'agit pas de taux de croissance annuels).

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► FIGURE 59

Taux de croissance annuels moyens entre 2012 et 2016 des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales pour les personnes ayant un traitement psychotrope chronique (hors pathologies)



(a) Hors pathologies

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

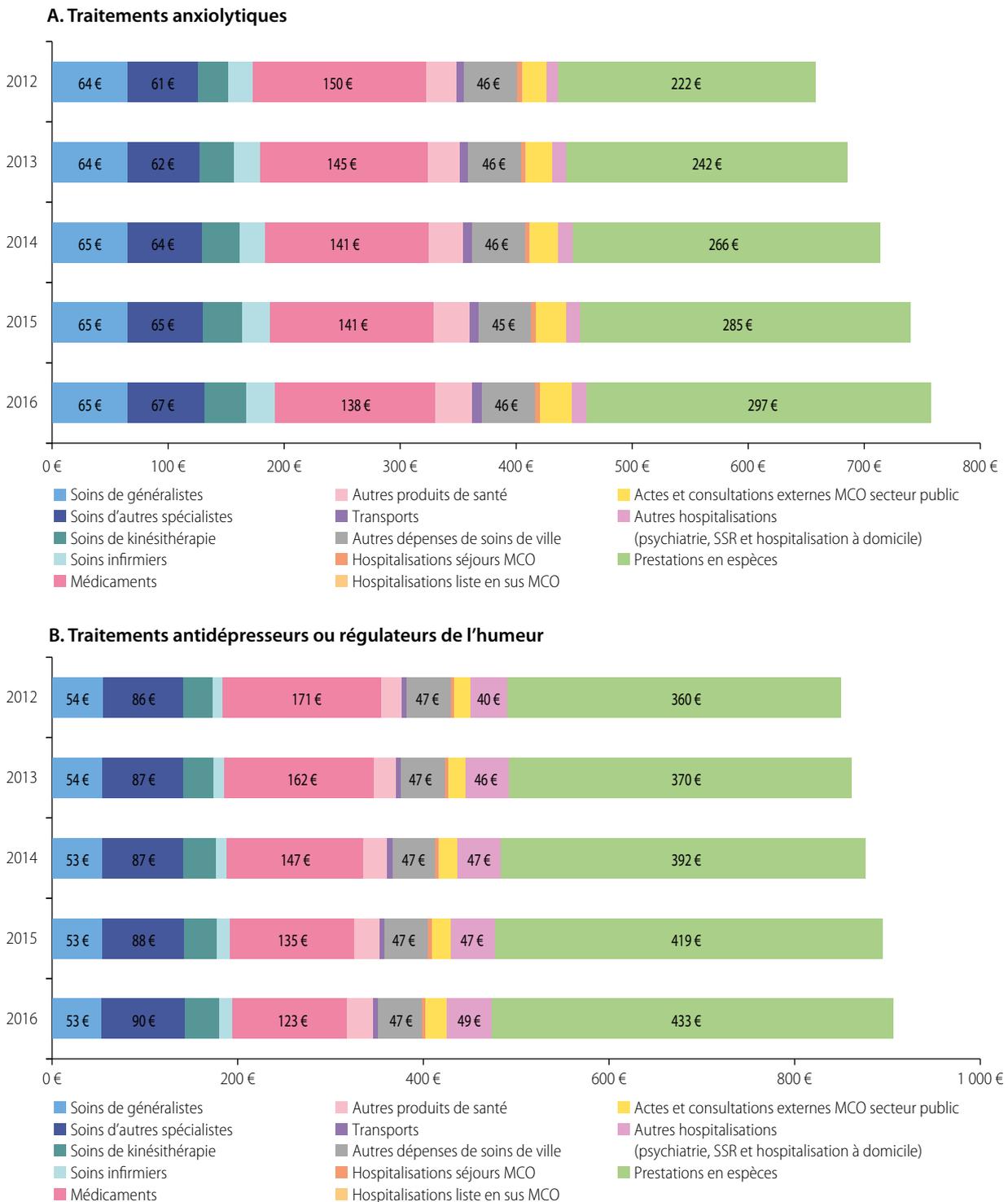
Pour les deux types de traitement les plus fréquents (antidépresseurs et anxiolytiques), l'impact sur les dépenses de la baisse des effectifs a été compensé par une hausse des dépenses annuelles moyennes par patient de 3,6 % pour les « traitements anxiolytiques » et de 1,6 % pour les « traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur ». Cette hausse résulte principalement de l'augmentation soutenue sur la période 2012-2016 des prestations en espèces qui n'a été que très partiellement compensée par les baisses sur le poste « médicaments » (figure 60) :

- traitements anxiolytiques, augmentation de + 34 % entre 2012-2016 sur le poste « prestations en espèces » (soit + 7,5 % par an en moyenne) alors que sur la même période on observe une baisse de - 8 % sur le poste « médicaments » (soit - 2,1 % par an en moyenne) ;
- traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, une augmentation de + 20 % sur le poste « prestations en espèces » (soit + 4,7 % par an en moyenne) alors que sur la même période on observe une baisse de - 28 % sur le poste « médicaments » (- 7,9 % par an en moyenne).

L'interprétation de ces résultats est délicate compte tenu de la bascule dans le temps de patients hospitalisés (dont la symptomatologie est plus sévère) dans le groupe « pathologies », du fait d'un meilleur codage du PMSI psychiatrique. Les patients aujourd'hui mieux identifiés dans le groupe « pathologies » étaient peut-être moins souvent en activité professionnelle que les autres. Ceux sans hospitalisation, placés dans le groupe « traitements » sont peut-être plus souvent en activité professionnelle, et susceptibles de bénéficier d'indemnités journalières.

► FIGURE 60

Traitements psychotropes (hors pathologies) - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an, pour les personnes ayant des «traitements anxiolytiques» (A) et des «traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur» (B), entre 2012 et 2016



Champ : régime général – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

3.1.2 / Les personnes souffrant de pathologies psychiatriques ont un sur-risque très important de maladies cardio-neurovasculaires et de cancer du poumon

Les pathologies psychiatriques, une association avec les pathologies somatiques qui complexifie la prise en charge

La santé des personnes atteintes de pathologies psychiatriques ne se résume pas à leur seule pathologie psychiatrique. Elles sont, comme l'ensemble de la population, exposées à des facteurs de risque et des pathologies non psychiatriques, dites somatiques. Elles sont, pour certaines, plus fragiles de ce point de vue, soit du fait d'un moindre accès aux soins (isolement social, stigmatisation), soit du fait d'une exposition accrue à certains facteurs de risque (tabac, alcool, sédentarité...), soit du fait des effets secondaires de certains traitements à visée psychiatrique [6]. Dans certains cas, les troubles psychiatriques (la dépression par exemple) peuvent résulter d'une atteinte somatique comme une séquelle d'accident vasculaire cérébral, un diabète, un cancer. Quelle que soit la pathologie originelle, l'association d'une pathologie psychiatrique à une pathologie somatique complexifie la prise en charge, au-delà de la complexité apportée par la polyopathie (voir page 101).

Dans les populations souffrant de troubles psychiatriques, on observe un risque de survenue de certaines pathologies plus important que dans la population générale, en particulier en termes de santé cardiovasculaire. Ce sur-risque et ses conséquences ont été documentés par plusieurs études étrangères, mais il n'existe à ce jour aucune étude sur des données françaises à grande échelle. Il est possible d'utiliser les données

de la cartographie médicalisée pour étudier partiellement ce sujet et identifier une fréquence plus importante de pathologies somatiques chez les personnes avec une pathologie psychiatrique et ainsi d'estimer un sur-risque de survenue de ces pathologies dans cette population. La notion de causalité ne saurait toutefois être introduite dans l'approche épidémiologique transversale. Au vu des données de la littérature et des facteurs de risque présents dans cette population, le choix a été fait de se concentrer sur les pathologies cardio-neurovasculaires et sur certains cancers. La survenue d'événements cardio-neurovasculaires a été étudiée grâce au suivi sur les cinq années disponibles de la cartographie.

Un sur-risque important de pathologies cardio-neurovasculaires pour les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique

En 2016, on observe une plus grande fréquence de pathologies cardio-neurovasculaires chez les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique

Les personnes des différents groupes de pathologies psychiatriques individualisés, et en particulier celles ayant un trouble addictif, avaient globalement un risque deux fois plus élevé d'être prises en charge pour une ou plusieurs des pathologies cardio-neurovasculaires étudiées (**tableau 14**). Le sur-risque d'embolie pulmonaire, pathologie potentiellement mortelle, était identifié dans l'ensemble des groupes, les SMR correspondant étant très élevés, supérieurs à 2,5. Globalement, les risques de syndrome coronaire aigu étaient moins élevés que pour les AVC et les embolies pulmonaires. Néanmoins, ils étaient similaires à celui de l'accident vasculaire cérébral ou de l'insuffisance cardiaque chez les personnes prises en charge pour troubles addictifs au tabac et au cannabis et les troubles névrotiques liés au stress et somatoformes.

► ENCADRÉ 21

Méthode et limites de l'analyse de la cartographie pour l'étude des liens entre santé mentale et pathologies somatiques

L'étude a porté sur les personnes affiliées au régime général, âgées de 18 ans ou plus et repérées en 2016 par la cartographie comme prises en charge pour une pathologie psychiatrique. Les différentes pathologies psychiatriques ont été considérées séparément. Les pathologies somatiques cardiovasculaires et les cancers ont également été repérés à partir de la cartographie.

Le sur-risque a été étudié en calculant des ratios de morbidité standardisés (SMR), qui sont les rapports entre les fréquences de pathologies cardiovasculaires ou de cancer observées dans un groupe pris

en charge pour une pathologie mentale aux fréquences des mêmes pathologies observées dans l'ensemble de la population du régime général en 2016, en prenant en compte les différences d'âge et de sexe.

Les sur-risques de survenue d'un événement cardio-neurovasculaire entre 2013 et 2016 chez les personnes ayant une pathologie psychiatrique ou non en 2012 ont en revanche été estimés à l'aide d'une régression logistique sur quatre groupes :

– **Groupe 1 :** maladie psychiatrique et aucune maladie cardio-neurovasculaire en 2012

– **Groupe 2 (référence) :** aucune maladie psychiatrique et aucune maladie cardio-neurovasculaire en 2012

– **Groupe 3 :** maladie psychiatrique et maladie cardio-neurovasculaire en 2012

– **Groupe 4 :** aucune maladie psychiatrique mais maladie cardio-neurovasculaire en 2012.

Les odds ratio (OR) ont été obtenus à l'aide d'une régression logistique avec prise en compte de l'âge et du sexe et en prenant comme référence le groupe 2 pour chaque odds ratio.

Les personnes prises en charge pour une déficience mentale ou des troubles maniaques ou bipolaires avaient un risque plus modérément élevé que les autres groupes, supérieur de 50 % à celui de la population générale de même âge et sexe, pour l'AVC, l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (Aomi) et l'insuffisance cardiaque (IC).

Les troubles addictifs étaient particulièrement associés à un excès d'Aomi (SMR > 4 pour ces troubles liés à l'usage du tabac et du cannabis) (tableau 14).

Les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique en 2012 avaient un risque plus élevé de survenue d'événement cardio-neurovasculaire entre 2013 et 2016

L'analyse par régression logistique permet d'évaluer le risque de développer une pathologie cardiovasculaire entre 2013 et 2016, chez les personnes pour lesquelles une pathologie psychiatrique était repérée en 2012, qu'elles aient eu ou non des antécédents cardio-neurovasculaires préalables (tableau 15).

Les personnes ayant une pathologie psychiatrique en 2012 avaient globalement un risque plus élevé de développer une pathologie cardio-neurovasculaire, et en particulier une embolie pulmonaire entre 2013 et 2016, que celles sans prises en charge pour pathologie psychiatrique. Les personnes soignées pour un trouble addictif avaient un sur-risque particulièrement marqué, avec par exemple pour les AVC un odds ratio de 2,6.

► TABLEAU 14

Ratios de morbidité standardisés (SMR) entre la fréquence de prise en charge pour une maladie cardio-neurovasculaire chez des personnes ayant une pathologie mentale et cette même fréquence en population générale

	Syndrome coronaire aigu	Accident vasculaire cérébral aigu	Séquelle d'accident vasculaire cérébral	Accident vasculaire cérébral	Insuffisance cardiaque aiguë	Aomi	Embolie pulmonaire aiguë
Troubles psychotiques	1,01	1,45	1,47	1,47	1,59	1,09	2,74
Troubles névrotiques et de l'humeur	1,83	2,48	2,30	2,33	1,98	1,65	2,58
Troubles maniaques et bipolaires	1,20	1,63	1,56	1,57	1,52	1,16	2,54
Dépression et autres troubles de l'humeur	1,68	2,44	2,44	2,44	1,88	1,72	2,60
Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	2,30	2,72	2,32	2,38	2,26	1,67	2,98
Déficience mentale	0,46	1,19	1,55	1,51	1,54	0,50	2,26
Troubles addictifs	1,45	2,84	2,74	2,75	2,82	2,93	2,93
Troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	1,40	2,90	2,79	2,80	2,82	2,94	2,88
Troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	2,69	3,14	2,41	2,51	3,66	4,21	3,61
Troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis	2,62	2,65	1,95	2,04	2,48	4,04	5,55
Troubles addictifs (hors alcool, tabac et cannabis)	1,50	2,61	2,38	2,41	2,77	2,76	3,84
Autres troubles psychiatriques	1,22	1,94	2,16	2,13	1,50	1,55	2,32
Ensemble des maladies psychiatriques	1,55	2,26	2,17	2,18	1,87	1,59	2,37

Note de lecture : les cases bleues correspondent à un sur-risque supérieur ou égal à 3, les cases sont grises lorsque le sur-risque est compris entre 2 et 3, et jaunes lorsqu'il est compris entre 1,5 et 2. En 2016, les personnes avec troubles addictifs ont 2,84 fois plus de risque d'être prises en charge pour AVC aiguë que l'ensemble de la population du régime général.

Champ : régime général, patients âgés de 18 ans et plus – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

► TABLEAU 15

Odds ratio (OR) ajustés sur le sexe et l'âge de survenue d'une pathologie cardio-neurovasculaire entre 2013 et 2016, selon différents groupes d'inclusion en 2012 (avec ou sans pathologie psychiatrique ou cardio-neurovasculaire) comparativement au groupe sans maladie psychiatrique ni cardio-neurovasculaire (encadré 21)

	Troubles addictifs			Troubles psychotiques			Troubles névrotiques et de l'humeur		
	Groupe 1 vs 2	Groupe 3 vs 2	Groupe 4 vs 2	Groupe 1 vs 2	Groupe 3 vs 2	Groupe 4 vs 2	Groupe 1 vs 2	Groupe 3 vs 2	Groupe 4 vs 2
Survenue d'une maladie coronaire aiguë	1,3	5,0	2,8	1,0	3,3	2,8	1,2	3,0	2,8
Survenue d'AVC aigu	2,6	6,3	2,8	1,3	4,0	2,8	1,4	3,2	2,9
Survenue d'IC aiguë	2,2	20,1	9,5	1,6	11,7	9,5	1,5	8,8	9,7
Survenue d'une embolie pulmonaire aiguë	2,4	23,3	10,0	2,2	17,7	10,0	2,0	9,4	10,1

	Troubles maniaques et bipolaires			Dépression et autres troubles de l'humeur			Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes		
	Groupe 1 vs 2	Groupe 3 vs 2	Groupe 4 vs 2	Groupe 1 vs 2	Groupe 3 vs 2	Groupe 4 vs 2	Groupe 1 vs 2	Groupe 3 vs 2	Groupe 4 vs 2
Survenue d'une maladie coronaire aiguë	1,1	3,3	2,8	1,3	3,0	2,8	1,2	3,1	2,8
Survenue d'AVC aigu	1,4	3,4	2,8	1,4	3,2	2,9	1,4	3,2	2,9
Survenue d'IC aiguë	1,4	11,2	9,5	1,5	8,7	9,6	1,6	9,1	9,6
Survenue d'une embolie pulmonaire aiguë	2,2	11,2	10,0	2,2	9,7	10,1	2,1	9,2	10,0

Groupe 1 : maladie psychiatrique et aucune maladie cardio-neurovasculaire en 2012 / Groupe 2 (référence) : aucune maladie psychiatrique et aucune maladie cardio-neurovasculaire en 2012 / Groupe 3 : maladie psychiatrique et maladie cardio-neurovasculaire en 2012 / Groupe 4 : aucune maladie psychiatrique mais maladie cardio-neurovasculaire en 2012

Note de lecture : les cases bleues correspondent aux odds ratio supérieurs ou égaux à 3, les cases grises aux odds ratio compris entre 2 et 3, et les cases jaunes aux odds ratio compris entre 1,5 et 2. Les personnes avec troubles addictifs et aucune maladie cardio-neurovasculaire en 2012 (groupe 1) ont 2,6 fois plus de risque de survenue d'AVC aigu entre 2013 et 2016 que le groupe de référence (groupe 2) n'ayant aucune maladie psychiatrique ni maladie cardio-neurovasculaire en 2012.

Champ : régime général, patients âgés de 18 ans et plus

Source : Cnam (cartographie 2012-2016)

La coexistence en 2012 d'une pathologie psychiatrique et d'une pathologie cardio-neurovasculaire augmentait logiquement ce risque d'événement cardio-neurovasculaire de manière très importante. Les niveaux de risque constatés chez ces personnes par rapport aux autres personnes sont supérieurs à ceux constatés chez les personnes qui n'avaient qu'une pathologie cardiovasculaire repérée, sans pathologie psychiatrique, en 2012. Pour l'embolie pulmonaire par exemple, les personnes soignées pour un trouble psychotique, sans antécédent cardio-neurovasculaire repéré en 2012, avaient un odds ratio de 2,2. Lorsque l'on rajoute aux troubles psychotiques un antécédent cardio-neurovasculaire, l'odds ratio s'élève à 18. Ce sur-risque peut être comparé au sur-risque de 10 des personnes qui n'avaient qu'un antécédent cardio-neurovasculaire sans pathologie psychiatrique en 2012.

Ces résultats suggèrent qu'il existe une forme de « potentialisation » des risques vasculaires chez les patients psychiatriques. Plusieurs explications peuvent être avancées pour comprendre ces différences, comme un niveau de risque intrinsèque plus élevé, une plus grande fréquence de facteurs de risque cardiovasculaire et en particulier du tabac et du stress, mais aussi

une prise en charge moins adaptée, un moindre recours aux soins ou une moins bonne adhérence à une prise en charge de prévention primaire et secondaire.

Les personnes prises en charge pour un trouble psychiatrique sont plus souvent traitées pour un cancer du poumon, comparativement à la population générale

Le cancer du poumon est le cancer pour lequel l'excès d'association à une pathologie psychiatrique est le plus marqué dans la cartographie de 2016 (tableau 16) (SMR = 4,3 et 3,4 pour l'association aux troubles addictifs liés au tabac et au cannabis). Il existe un excès d'association relativement important de cancers du sein et du côlon chez les personnes ayant des troubles névrotiques liés au stress et somatoformes (SMR = 1,5 et 1,8), et aux troubles dépressifs et de l'humeur, alors que cet excès n'est pas retrouvé chez les personnes ayant un trouble psychotique ou une déficience mentale. Il n'existe pas non plus d'excès d'association avec d'autres cancers chez les personnes ayant une déficience mentale ni celles ayant un trouble psychotique (SMR négatifs ou proches de 1). Un excès ou l'absence d'excès de risque peuvent avoir de nombreuses origines comme

► TABLEAU 16

Ratios standardisés (SMR) entre la fréquence de prise en charge pour un cancer (en phase active de traitement) chez des personnes ayant une pathologie mentale et cette même fréquence en population générale

	Cancer du sein de la femme actif	Cancer du côlon actif	Cancer du poumon actif	Cancer de la prostate actif
Troubles psychotiques	1,08	0,95	1,44	1,09
Troubles névrotiques et de l'humeur	1,34	1,49	2,27	1,16
Troubles maniaques et bipolaires	1,13	1,01	1,33	0,98
Dépression et autres troubles de l'humeur	1,30	1,38	2,10	1,17
Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	1,50	1,79	2,95	1,17
Déficience mentale	0,81	1,01	0,38	2,13
Troubles addictifs	1,09	1,20	2,55	0,94
Troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	1,10	1,20	2,48	0,93
Troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	0,71	1,14	4,30	1,04
Troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis	0,83	1,14	3,37	1,56
Troubles addictifs (hormis ceux liés à l'utilisation d'alcool, du tabac et du cannabis)	0,94	1,14	2,99	0,91
Autres troubles psychiatriques	1,03	0,97	1,62	1,20
Ensemble des maladies psychiatriques	1,25	1,32	2,00	1,15

Note de lecture : les cases sont bleues lorsque le sur-risque est supérieur ou égal à 3, grises lorsque le sur-risque est compris entre 2 et 3 et jaunes lorsqu'il est compris entre 1,5 et 2. En 2016, les personnes avec troubles addictifs ont 2,84 fois plus de risque d'être prises en charge pour un AVC aigu que l'ensemble de la population du régime général.

Champ : régime général, patients âgés de 18 ans et plus – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

l'exposition à des facteurs de risque majeurs tels que le tabac pour le cancer du poumon dans ces groupes de personnes connues pour leur consommation tabagique importante. L'absence d'excès de risque peut aussi être liée à l'absence de dépistage pour des cancers d'évolution plus lente, comme dans le cas des cancers du sein et du côlon qui font l'objet d'un dépistage organisé. Enfin, on ne peut exclure que les troubles psychiatriques, en particulier les troubles névrotiques ou de l'humeur soient, à l'inverse, induits par le fait d'avoir un cancer.

3.1.3 / La surmortalité des personnes soignées pour une pathologie psychiatrique ou traitées par psychotropes, par rapport à la population générale

Les pathologies en lien avec la santé mentale s'accompagnent chez les personnes qui en souffrent d'une surmortalité globale et prématurée importante, ainsi que d'une réduction de leur espérance de vie. Ce phénomène est bien connu et documenté, et a fait l'objet de nombreux travaux internationaux.

En France toutefois, très peu d'études ont été réalisées sur le sujet. Une étude [7] récente a décrit la mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux à partir des données issues des certificats de décès sur la période 2000-2013. Toutefois, l'utilisation des seules causes de décès pour documenter la mortalité des personnes avec des pathologies en lien avec la santé mentale peut conduire à sous-estimer la réalité du problème, ce que nous avons décrit plus haut (voir chapitre cartographie). En effet, et pour ce type de pathologies en particulier, une sous-déclaration est possible dans la mesure où le médecin qui remplit le certificat de décès n'est pas forcément celui qui connaissait la personne avant son décès. Il peut donc ne pas être informé de l'existence d'une pathologie en lien avec la santé mentale, ou ne pas souhaiter la déclarer, sur demande de la famille par exemple.

L'inclusion récente des données de causes de mortalité du CépiDc (Inserm) aux données SNDS offre désormais la possibilité de croiser ces informations avec celles de la cartographie médicalisée et d'étudier spécifiquement la mortalité et le sur-risque de mortalité associés aux pathologies psychiatriques.

Les résultats présentés ci-dessous portent donc sur les décès survenus en 2014 chez des personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique ou traitées de façon chronique par psychotropes. Ce travail, fruit d'une collaboration entre l'Assurance Maladie et l'Irdes, reprend la méthodologie utilisée dans le premier chapitre du rapport (voir page 49).

L'étude porte sur l'ensemble des décès pour lesquels un appariement avec les causes de décès a pu être réalisé (98 % des décès observés en 2014) soit au total près de 55 000 décès parmi les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique et 95 000 décès parmi les personnes traitées de façon chronique par psychotropes, soit 150 000 décès au total.

Une surmortalité multipliée par 2 à 3 chez les personnes prises en charge pour pathologie psychiatrique par rapport à la population générale, et une mortalité prématurée (avant 65 ans) encore plus marquée

Après standardisation des taux sur l'âge et le sexe, les personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique en 2014 ou traitées par psychotropes ont, comme attendu, un taux de mortalité global supérieur (11,1 ‰) environ 2,6 fois plus élevé que celui observé pour l'ensemble des personnes ayant eu une consommation de soins en 2014 (7,2 ‰), les moyennes d'âge au décès étant similaires (77 ans) (**tableau 17**).

La mortalité prématurée est aussi quatre fois supérieure à celle de la population générale chez les personnes ayant un « trouble névrotique ou de l'humeur » ou un « trouble psychotique ». Pour les personnes sous traitement chronique par psychotropes, la surmortalité prématurée est doublée. Il est probable que ces troubles soient liés à la proximité du décès et aux conditions de fin de vie.

Cette surmortalité est observée pour l'ensemble des groupes de pathologies psychiatriques considérées, avec toutefois des écarts plus ou moins marqués. La surmortalité est la plus élevée chez les personnes ayant des « troubles névrotiques liés au

stress et somatoformes » et celles ayant des « troubles addictifs », décédées à un plus jeune âge (taux de mortalité d'environ 22 ‰ dans les deux cas, âges moyens au décès respectifs de 77 et 57 ans). Le taux de mortalité est aussi très élevé, supérieur à 17 ‰ chez les personnes ayant une « déficience mentale » ou un « trouble psychiatrique ayant débuté dans l'enfance », chez lesquelles l'âge au décès est de plus particulièrement jeune (59 et 55 ans en moyenne, respectivement). La surmortalité est en revanche plus faible chez les personnes traitées de façon chronique par psychotropes (hors pathologies), lesquelles ont un taux de mortalité global de 8,9 ‰ avec un âge moyen au décès de 80 ans, mais dont le taux s'élève à 14,8 ‰ chez les personnes traitées par neuroleptiques.

Une autre caractéristique marquante et déjà anticipée par les comparaisons portant sur l'âge au décès est la forte part des décès prématurés, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans, chez les personnes ayant des pathologies psychiatriques et, dans une bien moindre mesure, chez celles traitées de façon chronique par psychotropes. En effet, les taux de mortalité prématurés sont respectivement de 6,3 ‰ et 3,1 ‰, *versus* 1,4 ‰ pour l'ensemble de la population générale ayant consommé des soins (régime général).

Cette mortalité prématurée est particulièrement marquée chez les personnes prises en charge pour des « troubles addictifs » pour lesquelles elle représente 73 % des décès, avec un taux standardisé de mortalité prématuré supérieur à 10 ‰ soit 7,5 fois supérieur à celui observé pour l'ensemble de la population. La mortalité prématurée est aussi 4 fois supérieure à celle de la population générale chez les personnes ayant un « trouble névrotique ou de l'humeur » ou un « trouble psychotique ». Pour les personnes sous traitement chronique par psychotropes, la surmortalité prématurée est doublée. Il est probable que ces troubles soient liés à la proximité du décès et aux conditions de fin de vie.

► TABLEAU 17

Nombre de décès, âge moyen au décès et taux de mortalité, toutes causes confondues, en 2014 pour les différentes populations considérées, avec une pathologie ou un traitement en lien avec la santé mentale

	Effectifs	Âge moyen	Nombre de décès appariés	Âge moyen au décès	Taux brut de mortalité ‰	Taux standardisé de mortalité ‰	Taux brut de mortalité prématurée ‰	Taux standardisé de mortalité prématurée ‰
Ensemble des consommateurs du régime général	56 519 000	40	387 332	77	6,9	7,2	1,7	1,4
Maladies psychiatriques ou psychotropes	7 328 000	59	149 159	77	20,4	11,1	4,1	4,0
Maladies psychiatriques	2 013 000	52	54 681	74	27,2	18,9	7,6	6,3
Troubles psychotiques	402 000	50	7 486	67	18,6	16,8	8,1	5,6
Troubles névrotiques et de l'humeur	1 155 000	58	37 697	77	32,6	19,2	7,0	6,2
Troubles maniaques et bipolaires	193 000	55	3 535	70	18,3	13,6	6,4	5,1
Dépression et autres troubles de l'humeur	742 000	59	23 534	76	31,7	18,9	7,2	6,3
Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	437 000	57	16 617	77	38,0	22,2	7,7	7,5
Déficience mentale	124 000	40	1 605	59	13,0	17,4	7,9	6,3
Troubles addictifs	294 000	46	7 248	57	24,7	22,0	18,0	10,8
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	115 000	17	338	55	3,0	19,1	1,9	6,3
Autres troubles psychiatriques	394 000	51	9 779	73	24,8	17,9	7,6	6,5
Traitements psychotropes^(a)	5 315 000	62	94 478	80	17,8	8,9	2,7	3,1
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 627 000	59	39 800	80	15,2	8,8	2,1	2,5
Traitements neuroleptiques	302 000	61	11 352	78	37,6	14,8	3,6	3,6
Traitements anxiolytiques	2 978 000	62	52 446	83	17,6	9,5	3,2	3,8
Traitements hypnotiques	1 536 000	66	32 270	79	21,0	9,6	3,6	4,0

(a) Hors pathologies

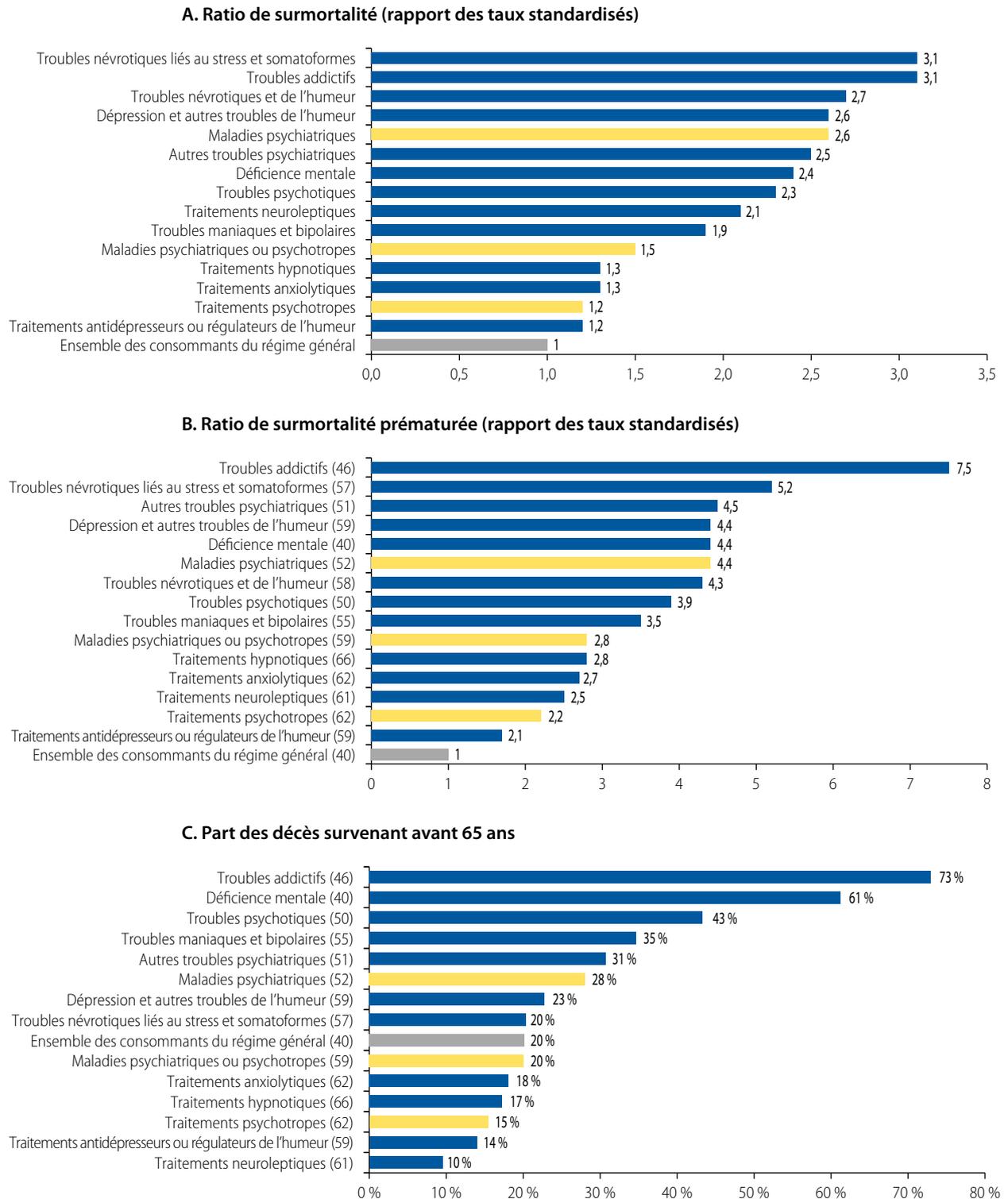
Note de lecture : les catégories représentées en gras sont des regroupements. Les effectifs sont arrondis au millier. Tous les taux sont exprimés pour 1 000 personnes.

Champ : consommateurs du régime général – France entière

Source : Cnam (SNDS)

► FIGURE 61

Ratios entre les taux standardisés de mortalité (A) et de mortalité prématurée (B) des principales populations considérées et les taux observés pour l'ensemble des personnes ayant consommé des soins en 2014 (régime général) et part des décès survenant avant 65 ans parmi l'ensemble des décès (C)



Note de lecture : les barres en jaune représentent les principaux regroupements en lien avec la santé mentale de la cartographie (voir précédemment). L'âge moyen des personnes avec la pathologie ou le traitement considéré est indiqué entre parenthèses.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (SNDS)

Des causes initiales de décès proches de celles de l'ensemble de la population en 2014, avec toutefois une plus forte représentation des causes externes.

L'analyse des causes initiales de décès montre que le cancer reste la première cause de décès des personnes ayant une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé (26 % des décès *versus* 33 % en population générale), suivi par les maladies cardio-neurovasculaires (20 % *versus* 24 %), tout comme pour l'ensemble de la population ayant consommé des soins en 2014 (régime général) mais en proportions inférieures.

Les décès par causes externes constituent la troisième cause de décès des personnes souffrant de « maladies psychiatriques » et représentent 10 % de l'ensemble des causes initiales dans les certificats de décès de ces personnes alors qu'elles représentent

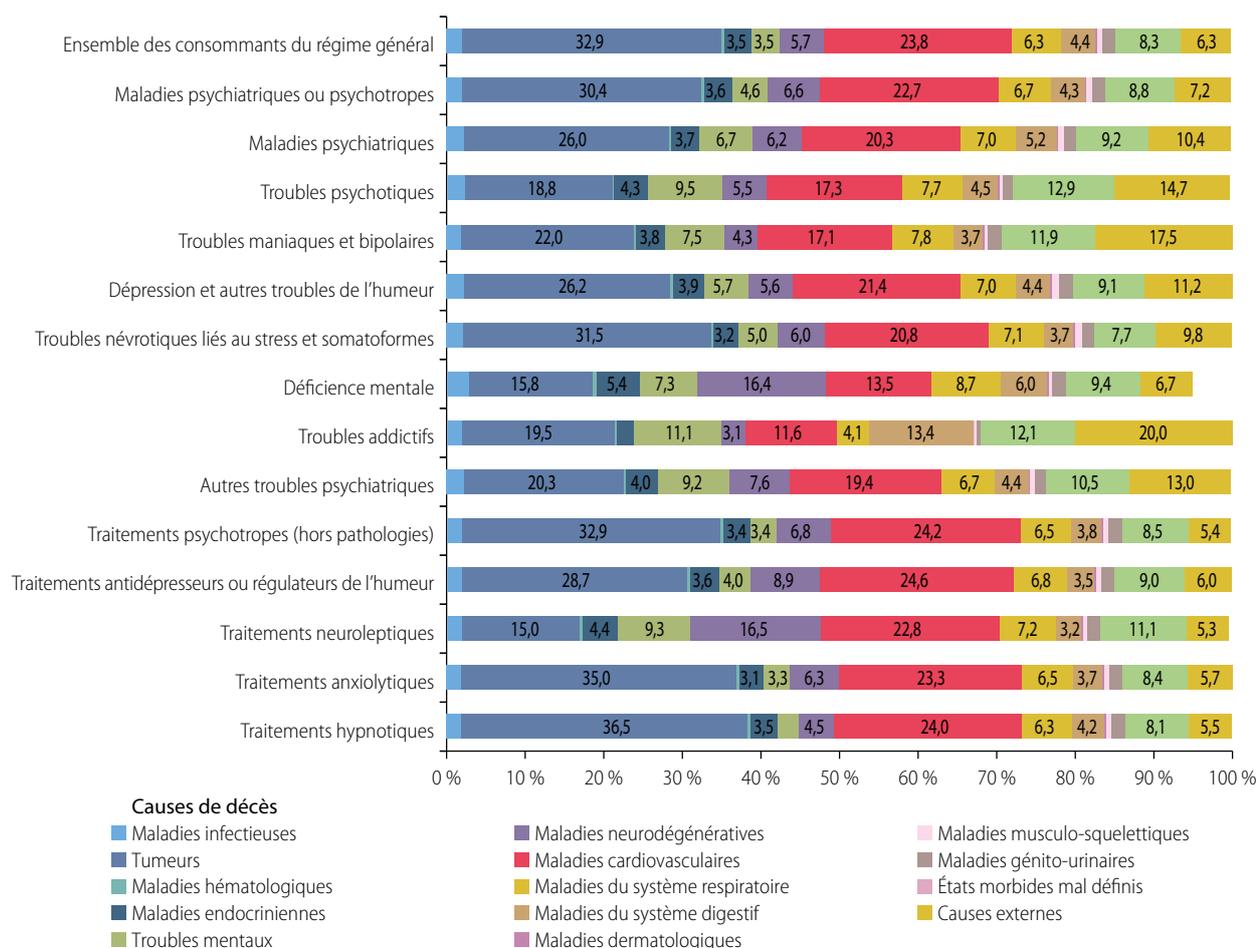
6 % dans l'ensemble de la population. Chez les personnes avec des troubles addictifs, c'est même la cause initiale la plus fréquente (20 %) (figure 62).

Les troubles mentaux n'apparaissent que peu fréquemment parmi les causes initiales de décès, ce qui doit inciter à ne pas se limiter aux seules causes initiales de décès pour l'étude de la mortalité en lien avec la santé mentale.

Par ailleurs, l'analyse détaillée des causes externes montre que le suicide représente 40 % des causes externes de décès parmi les personnes suivies pour des troubles psychiatriques, contre 25 % dans l'ensemble de la population (figure 63). C'est chez les personnes avec des troubles maniaques et bipolaires que la part des suicides parmi les causes externes est la plus élevée (57 %).

► FIGURE 62

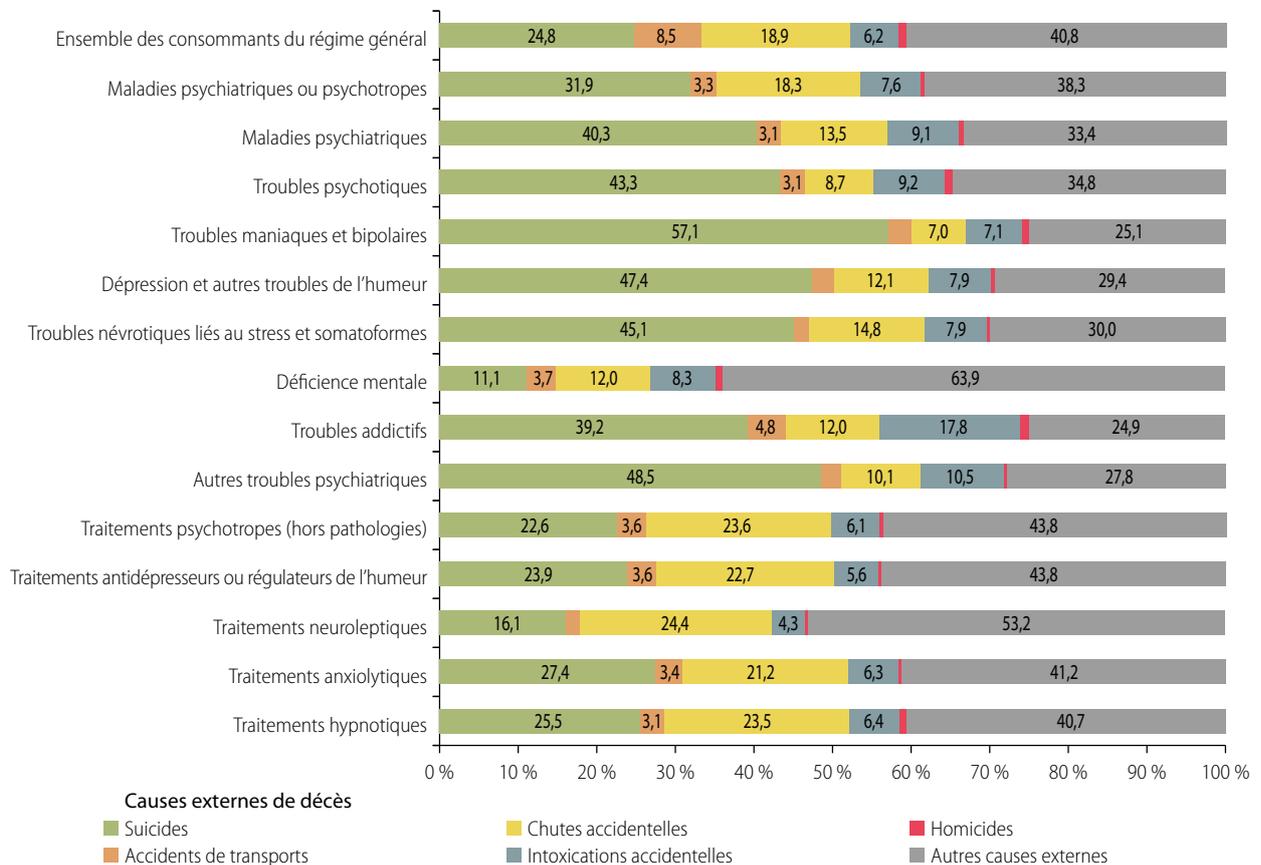
Principales causes initiales de décès en 2014 des personnes ayant une pathologie ou un traitement en lien avec la santé mentale, et comparaison avec l'ensemble de la population ayant consommé des soins



Champ : consommateurs du régime général – France entière
Source : Cnam (SNDS)

► FIGURE 63

Détail des causes externes de décès, en 2014, des personnes ayant une pathologie ou un traitement en lien avec la santé mentale, et comparaison avec l'ensemble de la population ayant consommé des soins (régime général)



Note : les autres causes externes comprennent notamment les accidents autres que liés au transport (exemple : accidents domestiques), et tout un ensemble de causes hétérogènes (noyades, complications de soins médicaux, etc.) ou non déterminées.

Champ : consommateurs du régime général – France entière
Source : Cnam (SND5)

La surmortalité des personnes suivies pour des troubles psychiatriques s'observe pour l'ensemble des causes initiales de décès. Les ratios de surmortalité les plus élevés sont logiquement observés pour les causes de décès par troubles mentaux et causes externes avec un taux de mortalité 5 fois supérieur à celui de la population générale. Mais les taux de décès sont aussi : 3 fois supérieurs pour les maladies du système digestif et les états morbides mal définis, 2,8 fois supérieurs pour les maladies neurodégénératives, les maladies du système respiratoire et les maladies endocriniennes, et 2 fois supérieurs pour

les tumeurs et les maladies cardiovasculaires (tableau 18). Au sein des cancers, comme en population générale, le cancer du poumon occupe la première place, avec toutefois un taux 2,3 fois supérieur pour les personnes suivies pour des troubles psychiatriques ce qui est cohérent avec les résultats observés dans l'étude du sur-risque de pathologies somatiques chez ces patients (page 100).

► TABLEAU 18

Ratio de mortalité entre les taux de mortalité des consommateurs du régime général et des personnes suivies pour des troubles psychiatriques, par cause initiale de décès, en 2014

	Taux standardisé de mortalité pour l'ensemble des consommateurs	Taux standardisé de mortalité pour les personnes suivies pour « maladies psychiatriques »	Ratio de surmortalité
Troubles mentaux	25,1	125,3	5,0
Causes externes	45,4	222,7	4,9
Maladies du système digestif	31,9	101,4	3,2
États morbides mal définis	59,7	177,5	3,0
Maladies neurodégénératives	40,9	115,6	2,8
Maladies du système respiratoire	45,8	129,0	2,8
Maladies infectieuses	14,3	39,9	2,8
Maladies endocriniennes	25,2	68,9	2,7
Tumeurs	235,3	499,1	2,1
Maladies hématologiques	2,7	5,6	2,1
Maladies cardiovasculaires	172,0	349,9	2,0

Remarque : les taux sont pour 100 000 habitants (standardisation directe sur la population Insee 2014).

Champ : régime général

Sources : Cnam (SNDS), Insee RP 2014

3.1.4 / Approche médicament

Le recours aux traitements à visée psychiatrique est fréquent, que ce soit dans le cadre d'une pratique de médecine générale ou d'une pratique de psychiatrie ou d'autres spécialités. S'ils jouent un rôle évidemment important dans le traitement des troubles psychiques et psychiatriques, ils n'en sont pas l'unique composante et doivent parfois s'inscrire dans des prises en charge complexes et longues. La pertinence de l'initiation de ces traitements et la qualité de leur suivi constituent des enjeux importants de santé publique et ont des répercussions économiques.

Bien qu'il ne soit pas possible d'identifier précisément l'ensemble des troubles psychiatriques dans les bases de données médico-administratives, l'utilisation de ces données permet d'apporter des éléments précieux d'analyse et de compréhension des pratiques de prescription médicamenteuse et plus largement des parcours de soins, et ainsi d'identifier des points d'amélioration des pratiques.

L'initiation et le suivi des traitements antidépresseurs

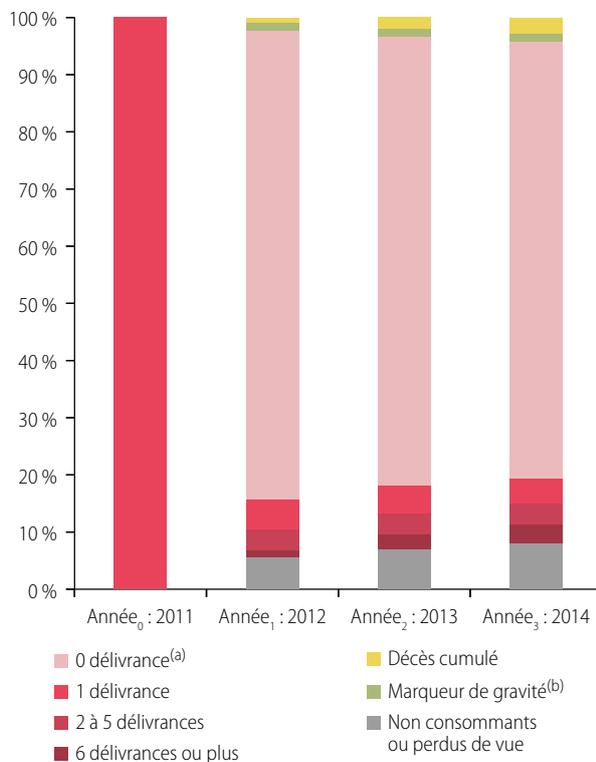
Les antidépresseurs sont des traitements dont l'utilisation ne semble pas optimale. Ainsi, une étude publiée en 2014 par l'Assurance Maladie sur des données de 2011 soulevait la question de la pertinence de ces prescriptions en mettant en évidence des taux de prescription très variables selon les départements et surtout des durées de traitement inférieures aux recommandations dans près de la moitié des cas. Ainsi, on retrouvait moins de six délivrances d'antidépresseurs dans l'année de l'initiation du traitement chez 70 % des 950 000 patients concernés, et près de 40 % des patients n'avaient reçu qu'une seule délivrance. Le suivi médical après une première prescription était de plus tardif, avec une médiane de 27 jours, bien que ce suivi soit nécessaire à l'évaluation de l'efficacité du traitement, de l'adhérence à celui-ci et à la surveillance du risque suicidaire. Toutefois les consultations de suivi en centre médico-psychologique (CMP) ne sont pas disponibles dans le SNDS. Selon les recommandations, l'initiation du traitement doit s'accompagner d'un suivi hebdomadaire [8].

Le suivi prolongé à trois ans de la cohorte de ces 950 000 patients ayant initié un traitement antidépresseur en 2011 renforce ce constat. Parmi les patients ayant une seule délivrance d'antidépresseurs en 2011, la survenue d'une hospitalisation en psychiatrie, l'instauration d'une prise en charge pour affection de longue durée ou un arrêt de travail d'au moins six mois pour motif psychiatrique, considérés ici comme des critères de gravité, étaient très rares dans les trois années du suivi (moins de 3 % de ces patients) et la très grande majorité des patients (79 %) ne prenait alors plus aucun traitement antidépresseur (figure 64). Si on ne peut exclure que pour certains patients une mauvaise adhésion ou des effets indésirables puissent expliquer la déli-

vrance unique, l'évolution favorable dans le temps confirme que beaucoup de ces cas correspondent à des épisodes dépressifs légers pour lesquels le traitement médicamenteux ne doit pas être systématique et une psychothérapie est recommandée en première ligne, ou des symptômes dépressifs ou anxieux transitoires entrant dans le cadre de troubles de l'adaptation pour lesquels il n'est pas recommandé d'instaurer de traitement antidépresseur. Les antidépresseurs sont donc probablement trop fréquemment prescrits de manière inadéquate dans la population générale²⁸. Inversement, il y a probablement également une sous-prescription chez les patients ayant un épisode dépressif modéré à sévère.

► FIGURE 64

Suivi à trois ans des patients ayant eu une seule délivrance d'antidépresseurs en initiation de traitement en 2011



(a) Aucune délivrance d'antidépresseur mais repérés comme consommateurs
 (b) Survenue d'une hospitalisation en psychiatrie, instauration d'une prise en charge pour affection de longue durée ou arrêt de travail d'au moins six mois pour motif psychiatrique

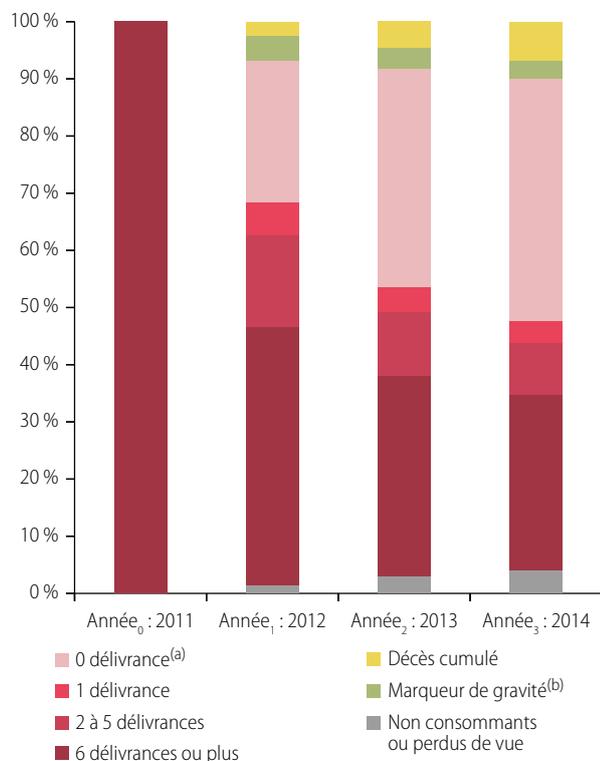
Source : Cnam (SNDS)

En revanche, les quelque 282 000 patients ayant eu au moins six délivrances en 2011 ont une évolution davantage évocatrice de troubles chroniques ou graves puisque seulement 21 % d'entre eux ont arrêté ce traitement trois ans plus tard (figure 65). La proportion ayant un critère de gravité est cette fois-ci de 8 %. De plus, 5 % sont décédés et 65 % ont eu de nouveau au moins six délivrances d'antidépresseurs.

Une étude à paraître permet de confronter le niveau de dépression mesuré à l'inclusion dans la cohorte Constances (voir page 196) entre 2010 et 2015 à l'aide d'une échelle standardisée (CES-D) et l'initiation d'un traitement antidépresseur retrouvé dans les données de remboursement de l'Assurance Maladie chez plus de 6 600 personnes parmi les 64 400 participants à la cohorte [9]. Les résultats montrent un lien entre les séquences de traitement et la sévérité des symptômes dépressifs.

²⁸ Dans certains cas, des traitements antidépresseurs peuvent être utilisés dans d'autres indications (douleurs neurogènes par exemple) sans qu'il soit possible de les distinguer dans le SNDS. Ces situations sont cependant beaucoup moins fréquentes que les épisodes dépressifs et ne jouent donc probablement qu'à la marge sur les indicateurs en population générale.

► FIGURE 65

Suivi à trois ans des patients ayant reçu au moins 6 délivrances d'antidépresseurs en initiation de traitement en 2011

(a) Aucune délivrance d'antidépresseur mais repérés comme consommateurs
 (b) Survenue d'une hospitalisation en psychiatrie, instauration d'une prise en charge pour affection de longue durée ou arrêt de travail d'au moins six mois pour motif psychiatrique

Source : Cnam (SNDS)

Par rapport aux autres patients, ceux qui n'avaient aucune ou une seule nouvelle délivrance dans les six mois suivant la première délivrance avaient un score de dépression inférieur six mois avant, pendant et six mois après la période couverte par la première délivrance suggérant qu'ils présentaient des troubles moins graves, voire une absence de troubles dépressifs. Par ailleurs, pendant les six mois suivant la prescription initiale, ils avaient un score de dépression plus faible que celui des patients pour lesquels un deuxième type d'antidépresseur était introduit, suggérant une absence de réponse au premier traitement. Néanmoins, ce score était comparable à celui des patients pour lesquels le traitement initial était maintenant, suggérant une réponse au premier traitement.

L'une des limites à la comparaison de la situation française à celles d'autres pays européens est l'absence de remboursement en France des stratégies non médicamenteuses, comme la psychothérapie, pourtant recommandée par la HAS dans certains épisodes dépressifs. De ce fait, cette option n'est pas accessible financièrement pour de nombreux patients et conduit à l'utilisation par défaut des antidépresseurs en particulier pour les patients pris en charge en médecine générale. L'Assurance Maladie a ainsi proposé de mener une expérimentation d'une organisation de soins coordonnée pour les dépressions légères et modérées, incluant les thérapies non médicamenteuses.

► ENCADRÉ 22

Le dispositif de prise en charge de la psychothérapie expérimenté dans quatre départements

Ce dispositif expérimental a été élaboré en association avec le ministère de la Santé, le Collège de la médecine générale (CMG), le Conseil national professionnel de psychiatrie (CNPP), le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), des représentants de psychologues cliniciens et l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC). Il vient compléter les circuits habituels de prise en charge et ne présente aucun caractère obligatoire.

Seuls les assurés de 18 à 60 ans (inclus) du régime général, résidents et affiliés dans les quatre départements expérimentateurs, bénéficieront de cette prise en charge.

Description de l'expérimentation

Dans le rapport « Charges et Produits » pour la LFSS 2015, l'Assurance Maladie proposait d'expérimenter une organisation de soins coordonnés pour la dépression légère et modérée (proposition n° 25).

Un dispositif expérimental de prise en charge de la psychothérapie en ville, pour les patients adultes (18-60 ans) ayant des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée a été déployé depuis l'automne 2017 dans quatre départements français (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Landes et Morbihan).

Ce dispositif est inscrit dans le Plan national de santé publique « Prévention pour lutter contre les inégalités de santé » (p. 33) et sera

expérimenté durant trois ans. Les premiers patients ont été inclus en janvier 2018, selon le schéma de prise en charge suivant :

- identification et inclusion des patients incidents ayant des troubles en santé mentale légers à modérés par les médecins généralistes traitants ;
- adressage par le médecin traitant des patients inclus à des psychologues cliniciens psychothérapeutes agréés ARS, volontaires et ayant signé une convention avec les CPAM expérimentatrices ;
- réalisation d'une première séance d'entretien d'évaluation par le psychologue clinicien psychothérapeute ;
- selon les conclusions de cette évaluation, réalisation de séances d'accompagnement

psychologique de soutien (psychothérapie de soutien) après concertation entre le médecin traitant et le psychologue psychothérapeute (entre une et dix séances en fonction de l'évolution de l'état du patient) ;

– selon l'évolution du patient et après concertation entre le médecin traitant, le psychologue psychothérapeute et le psychiatre, réalisation d'une psychothérapie structurée (entre une à dix séances en fonction de l'évolution de l'état du patient).

Le dispositif expérimental fera l'objet d'une évaluation médico-économique, réalisée par une équipe de recherche externe indépendante.

Bilan à mi-2018

Adhésion des psychologues cliniciens psychothérapeutes agréés ARS :

– 309 psychologues psychothérapeutes conventionnés, soit 39 % de l'ensemble des psychologues cliniciens psychothérapeutes agréés ARS éligibles identifiés dans les fichiers Adeli (automatisation des listes).

Inclusion des patients :

– 744 patients ont réalisé au moins une séance de psychothérapie ;

– l'inclusion de 10 000 patients est prévue sur trois ans.

Une évaluation médico-économique de cette expérimentation sera réalisée, afin de mettre en évidence l'impact de cette prise en charge et particulièrement en termes de retour à l'emploi et de moindre consommation d'indemnités journalières maladie.

La prise en charge médicamenteuse des troubles bipolaires

Au sein de la problématique de la pertinence de prescription à visée psychiatrique, le trouble bipolaire est une pathologie psychiatrique sévère associée notamment à un risque suicidaire élevé. La surmortalité des personnes concernées est pratiquement doublée par rapport à celle de la population générale, comme nous l'avons décrit plus haut. Vient s'ajouter le poids des comorbidités non psychiatriques aussi décrit plus haut. Ainsi, selon la cartographie, les personnes avec un trouble bipolaire prises en charge en 2012 ont un risque de survenue d'événement cardio-neurovasculaire aigu entre 2013 et 2016, par rapport à la population générale, qui est multiplié par 3 pour la maladie coronaire et l'AVC, par 9 pour l'insuffisance cardiaque et par 10 pour l'embolie pulmonaire.

Dans la population affiliée au régime général, on retrouve près de 30 000 personnes souffrant d'un trouble bipolaire²⁹ et qui ont débuté soit un traitement thymorégulateur conventionnel³⁰ ou antipsychotique de seconde génération³¹ soit l'association des deux, en 2011 et 2012. L'analyse des schémas thérapeutiques mis en place met en évidence plusieurs points.

En premier lieu, le traitement initialement prescrit était un antipsychotique de seconde génération dans près de la moitié des cas (48 %), un thymorégulateur conventionnel dans 42 % des cas et une association des deux dans 10 %. Les dérivés du valproate de sodium (divalproate et valpromide) et la rispéridone étaient les molécules les plus fréquemment prescrites en monothérapie, respectivement dans 30 % et 15 % des cas, le lithium n'étant prescrit que dans 4,7 % des cas. En bithérapie, les dérivés du valproate de sodium étaient les plus fréquemment associés aux antipsychotiques. Ces résultats mettent en lumière

la faible place du lithium, pourtant censé être le traitement de première ligne dans cette indication.

Le recours important aux antipsychotiques de seconde génération en première ligne interroge, au regard du profil de risque cardiovasculaire connu et important de cette classe de médicament. De plus, les données d'essais cliniques ont montré que l'utilisation des antipsychotiques de seconde génération chez des patients âgés souffrant de démence était associée à une augmentation de la mortalité comparativement au placebo. Il ne semble cependant pas que ces critères aient joué sur le choix de la thérapeutique de première ligne puisque d'une part, on retrouve des antécédents cardio-neurovasculaires chez les patients sous antipsychotique de seconde génération et, d'autre part, ces antécédents ne sont pas moins fréquents que chez les patients sous thymorégulateurs conventionnels (**tableau 19**). Étant donné les problématiques de santé cardiovasculaire dans la population souffrant de troubles psychiatriques, souligné plus haut dans ce rapport, un tel niveau de recours pose la question de la pertinence de telles prescriptions, mais également des mesures de suivi et de prévention qui sont mises en œuvre chez ces patients, en particulier chez les sujets âgés. De plus, les patients débutant un thymorégulateur conventionnel et ceux débutant un antipsychotique de seconde génération ont été comparés en termes de bénéfice au bout d'un an de suivi à partir d'un événement combinant changement ou ajout de traitement, arrêt du traitement, hospitalisation psychiatrique, tentative de suicide avec hospitalisation et décès. Cette étude de cohorte n'a pas mis en évidence d'avantage à prescrire un antipsychotique de seconde génération plutôt qu'un thymorégulateur conventionnel chez les patients avec trouble bipolaire.

29 Pathologie identifiée par la présence d'un code diagnostic correspondant lors d'une hospitalisation, d'une prise en charge ALD ou d'une invalidité/arrêt maladie.

30 Lithium, carbamazépine, lamotrigine, divalproate ou valpromide.

31 Aripiprazole, olanzapine, rispéridone ou quétiapine.

► TABLEAU 19

Profil cardio-neurovasculaire des patients avec trouble bipolaire débutant un traitement indiqué dans ce trouble en 2011-2012

	Patients avec trouble bipolaire débutant un traitement en 2011-2012 (effectif = 29 172)			
	Thymorégulateurs conventionnels (41,7 %)	Antipsychotiques de seconde génération (48,1 %)	Thymorégulateurs conventionnels et antipsychotiques de seconde génération (10,2 %)	Total (100 %)
Âge moyen (\pm écart-type)	49,6 \pm 15,3	50,7 \pm 16,8	46,3 \pm 15,4	49,8 \pm 16,1
Cardiopathies ischémiques	4,0 %	4,8 %	2,9 %	4,2 %
Diabète	7,7 %	9,4 %	5,7 %	8,3 %
Traitements hypolipémiants (hors pathologie)	14,2 %	15,2 %	9,7 %	14,2 %
Accident vasculaire ischémique	1,2 %	1,4 %	0,4 %	1,2 %
Démences	2,6 %	5,4 %	2,0 %	3,9 %

Source : Cnam (SNDS)

Dans le traitement du trouble bipolaire, les traitements antidépresseurs sont à manier avec précaution et sous étroite surveillance en raison du risque accru de suicide et virage maniaque. On retrouve cependant au jour de l'instauration du traitement du trouble bipolaire, une codélivrance d'un antidépresseur chez 40 % des patients et dans l'année précédant l'initiation de thymorégulateur conventionnel et/ou d'antipsychotiques de deuxième génération, 64 % des patients avaient eu au moins un remboursement d'antidépresseur.

Ces données basées sur l'utilisation en vie réelle des thérapeutiques mettent en évidence une problématique de pertinence à l'initiation des traitements pour le trouble bipolaire, qui va au-delà de la seule prescription médicamenteuse. Comme souvent dans le cas des prescriptions de psychotropes, il faut veiller à ne pas restreindre le cadre de la réflexion aux seuls psychiatres, libéraux ou hospitaliers, puisque dans 20 % des cas, l'initiation était réalisée sur prescription d'un médecin généraliste.

L'utilisation du méthylphénidate, médicament indiqué pour la prise en charge médicamenteuse des troubles déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Le TDAH est un trouble neuro-développemental de l'enfant et de l'adolescent, plus fréquent chez l'homme, dont le diagnostic repose non seulement sur des éléments médicaux, mais aussi sociaux, éducatifs et psychologiques. La prévalence exacte de ces troubles est d'autant plus difficile à établir que les critères diagnostiques diffèrent de manière importante en fonction des classifications³², la prévalence de ces troubles varierait entre 0,4 et 16,6 % en fonction de la classification retenue [10]. Une étude française publiée en 2011 estimait cette prévalence entre 3,5 et 5,6 % en France en 2011 [11].

La prise en charge de ces troubles repose, d'une part, sur des approches psycho-comportementales, et d'autre part sur des traitements médicamenteux, dont le seul autorisé en France est le méthylphénidate (Ritaline®, Concerta® ou Quasym®). Il s'agit d'un traitement psychostimulant dérivé de l'amphétamine, classé parmi les substances stupéfiantes, dont la prescription est strictement encadrée, le traitement nécessitant notamment chaque année une prescription initiale hospitalière et l'utilisation d'ordonnances sécurisées. L'autorisation de mise sur le marché (AMM) de cette molécule en restreint l'usage aux enfants de 6 ans et plus. Toute utilisation hors de ces limites d'âge se fait donc en dehors de l'AMM. Du fait d'un usage détourné en augmentation et du risque d'effets indésirables bien décrits, principalement neuropsychiatriques, cardiovasculaires et cérébrovasculaires, et chez l'enfant, le retentissement sur la croissance staturo-pondérale, l'Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA) et l'ANSM ont renforcé l'information des prescripteurs des patients et de leur famille. Comme pour les antipsychotiques de seconde génération, la toxicité cardiovasculaire de ces traitements impose un suivi particulier, avec par exemple la réalisation d'un électrocardiogramme annuel.

La Cnam a participé à un projet international impliquant 14 pays visant à comparer l'usage en vie réelle des traitements de TDAH à partir des bases de données médico-administratives. Les données du panel montrent que la prévalence de l'usage de ces traitements augmente dans tous les pays participants depuis le début des années 2000. La France reste le pays où cet usage est le moins important en 2014 (moins de 3 % en 2014, contre près de 60 % aux États-Unis). Un tel constat témoigne cette fois du respect des règles de prescription strictes en France, et sans doute également d'une approche moins centrée sur les médicaments dans la prise en charge de ces troubles.

³² La classification internationale des maladies (CIM-10), qui ne se limite pas à la psychiatrie et le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-IV ou V), plutôt utilisé en Amérique du Nord, qui en donne une définition beaucoup plus large, en particulier dans sa 5^e version, ce qui occasionne des débats d'experts très vifs.

En 2014, près de 48 500 personnes, affiliées au régime général, avaient bénéficié d'au moins une délivrance d'une spécialité contenant du méthylphénidate. Parmi ces prescriptions, 18 % étaient toutefois hors du cadre de l'AMM parce que faites chez des patients trop jeunes (moins de 6 ans) ou trop âgés (plus de 18 ans, cas hors AMM le plus fréquent).

Entre 2006 et 2014, le nombre de cas prévalents de prescription (nouveaux et anciens) de ces spécialités a plus que doublé passant de 22 200 à 48 500. Cette évolution s'est principalement faite dans des classes d'âge compatibles avec l'AMM, surtout entre 12 et 18 ans. La prévalence du traitement chez les filles a particulièrement augmenté, probablement du fait d'une meilleure identification de ce trouble. L'incidence des traitements, c'est-à-dire l'instauration de nouveaux traitements une année donnée chez des patients qui n'en avaient pas au préalable, a également augmenté, mais dans des proportions moindres. Il est cependant notable qu'en 2014, on enregistre 4 500 cas d'initiation de traitements (28 % des initiations), *a priori* en dehors de l'AMM selon le critère d'âge, alors que la prescription du traitement est très encadrée.

Enfin, dans un rapport d'avril 2017, l'ANSM a indiqué qu'environ 30 % des initiations de méthylphénidate sont prescrites par des médecins libéraux, spécialistes et généralistes, allant ainsi à l'encontre des recommandations de primo-prescription hospitalière par un spécialiste [12].

3.1.5 / Approche économique : les arrêts maladie chez les personnes ayant un traitement chronique par psychotropes

L'OCDE rappelle que de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiatriques sont en situation d'emploi³³. Le taux d'emploi de ces personnes, entre 50 % et 70 % en moyenne, est cependant plus faible de 10 à 15 points que celui des personnes en bonne santé. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) souligne également que pour ces personnes, la fréquence des arrêts maladie est plus importante que celle observée pour les personnes sans troubles mentaux et que leurs arrêts durent également plus longtemps.

Les résultats présentés permettent d'une certaine façon d'étayer/d'illustrer le constat fait par l'OCDE. Les prestations en espèces, et plus spécifiquement les IJ maladie ou AT/MP, constituent en effet, comme nous l'avons vu plus haut, un poste particulièrement important dans les dépenses affectées à la prise en charge de personnes traitées de façon chronique par psychotropes. C'est également une population qui contribue de manière significative à l'augmentation du poste de dépenses « IJ maladie ou AT/MP » (figure 52).

Ainsi, une étude a été réalisée pour mieux comprendre s'il existe des spécificités du recours aux indemnités journalières versées dans le cadre de la maladie à des personnes traitées de façon chronique par psychotropes sans diagnostic de pathologie (psychiatriques ou somatiques) retrouvé dans le SNDS (population définie selon les algorithmes de la cartographie - encadré 3).

L'objectif de cette étude est de décrire les arrêts maladie de ces personnes et de les comparer à ceux de deux autres populations pour lesquelles on ne retrouve pas de pathologies spécifiques repérables par nos algorithmes :

- les personnes traitées, de façon chronique, uniquement par antalgiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens – AINS – (hors pathologie somatique ou psychiatrique, et hors épisodes de soins) ;
- les personnes avec seulement des soins courants.

Ces trois populations, identifiées grâce aux algorithmes médicaux de la cartographie, sont disjointes, c'est-à-dire qu'une même personne n'appartient qu'à une seule population. L'étude porte uniquement sur les personnes (régime général) âgées de 15 à 65 ans³⁴ et ayant eu des arrêts maladie indemnisés (c'est-à-dire hors jours de carence).

Cette étude vise à apporter des informations susceptibles d'alimenter les réflexions sur les éventuelles actions à mettre en place pour faciliter le maintien ou le retour à l'emploi des personnes. Elle apporte notamment des éléments de réponses à des interrogations telles que :

- observe-t-on des différences en termes de fréquence ou de durée des arrêts maladie ?
- est-ce que les secteurs d'activité des entreprises dans lesquelles travaillent les personnes appartenant à chacune de ces trois populations et en arrêt pour maladie sont les mêmes ?

³³ <http://www.oecd.org/fr/els/mal-etre-au-travail-mythes-et-realites-sur-la-sante-mentale-et-l-emploi-9789264124561-fr.html>

³⁴ Le choix de la borne d'âge inférieure s'est fait pour deux raisons : elle correspond à l'âge à partir duquel une personne peut rentrer en apprentissage et coïncide avec l'âge pris en compte par l'Insee pour déterminer la population active. Le choix de la borne d'âge supérieure s'explique par le faible taux d'activité et d'arrêt maladie au-delà de 65 ans.

► **ENCADRÉ 23**

Principales caractéristiques des trois populations étudiées

Pour les trois populations exclusives les unes des autres, on retrouve une majorité de femmes : elles sont 68 % parmi les personnes ayant un traitement chronique par psychotropes (hors pathologies psychiatrique ou somatique mais aussi hors épisodes de soins), 69 % parmi les personnes ayant un traitement chronique par antalgique ou AINS (hors pathologie psychiatrique ou somatique mais aussi

hors épisodes de soins) et 50 % parmi les personnes ayant uniquement eu recours à des soins courants.

Même si cette répartition par sexe est assez similaire pour au moins deux des trois populations, il existe des différences plus marquées pour d'autres caractéristiques.

Tout d'abord, les personnes avec un traitement chronique par psychotropes

sont plus âgées. Les personnes de plus de 50 ans représentent, en effet, 39 % de cette population, tandis qu'elles ne sont que 30 % à suivre un traitement chronique par antalgique ou AINS et 21 % pour celles ayant uniquement des soins courants. De même, les 15-24 ans représentent respectivement 5 %, 11 % et 23 %.

Les personnes ayant un traitement psychotrope chronique ont un taux de recours aux IJ maladie deux fois plus élevé que celui des personnes avec des soins courants uniquement et plus faible que celui des personnes traitées de façon chronique par antalgique ou AINS

Les personnes ayant un traitement chronique par psychotropes ont un taux de recours (brut) aux arrêts maladie d'environ 19 % (**tableau 20**). Ce taux est légèrement plus faible que celui des personnes ayant un traitement chronique par antalgique ou AINS (22 %), mais bien plus élevé que celui des personnes avec seulement des soins courants (9 %). Ces différences persistent même lorsque sont neutralisés les effets liés aux différences de structure d'âge et de sexe entre les populations (**encadré 23**).

Il convient toutefois d'être très prudent dans l'interprétation de ces taux de recours dans la mesure où ils peuvent, au moins en partie, refléter des différences de taux d'activité professionnelle entre les populations considérées. En effet, le taux d'activité est

connu comme étant plus faible chez les personnes ayant des troubles mentaux et seules les personnes ayant une activité professionnelle peuvent percevoir des indemnités journalières, destinées à compenser une perte de revenu. Or, on ne dispose pas d'information dans le SNDS qui permette de calculer le taux de recours uniquement sur les personnes en activité et ayant des droits aux indemnités journalières.

Des arrêts maladie indemnisés qui concernent des personnes souvent plus âgées

La répartition par âge des arrêts maladie diffère sensiblement selon les populations considérées, avec pour les personnes traitées uniquement par psychotropes, une population plus senior (**figure 66**). En effet, la part des arrêts maladie chez les personnes de 45 ans et plus est de 46 % pour cette population contre 37 % pour les personnes traitées par antalgique ou AINS et 29 % pour les personnes qui ont uniquement recours à des soins courants.

► **TABLEAU 20**

Proportion de personnes ayant eu des arrêts maladie pour chaque groupe de population

	Effectifs	Avec arrêts maladie		Taux standardisés ^(a)
		Effectifs	%	
Traitement psychotrope	785 100	152 600	19 %	19 %
Traitement antalgique ou AINS ^(b)	852 600	184 500	22 %	20 %
Soins courants	21 805 000	1 900 000	9 %	9 %

(a) La population de référence pour la standardisation est la population française Insee en 2016

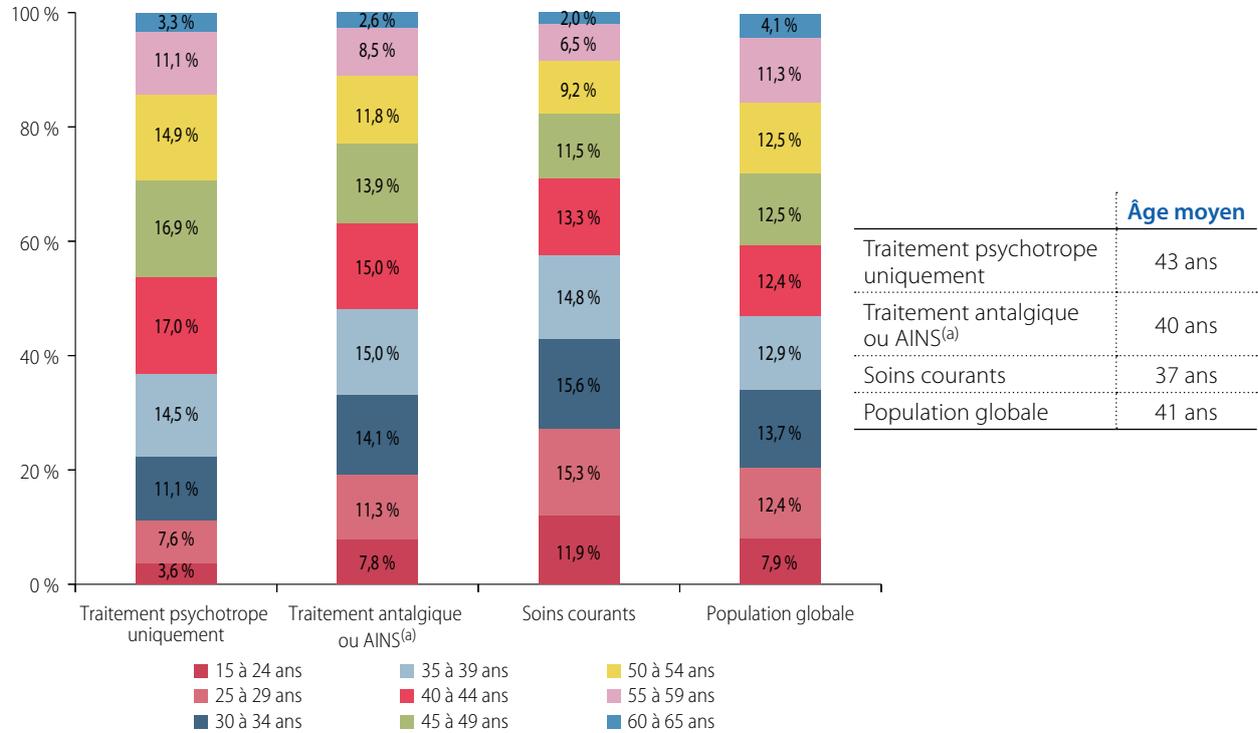
(b) AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Champ : régime général, personnes de 15 à 65 ans – France entière

Sources : Cnam (SNDS, Insee RP 2016)

► FIGURE 66

Répartition par classe d'âge et âge moyen des personnes ayant eu des arrêts maladie pour chaque groupe de population



(a) AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Champ : régime général, personnes de 15 à 65 ans – France entière
Source : Cnam (SNDS)

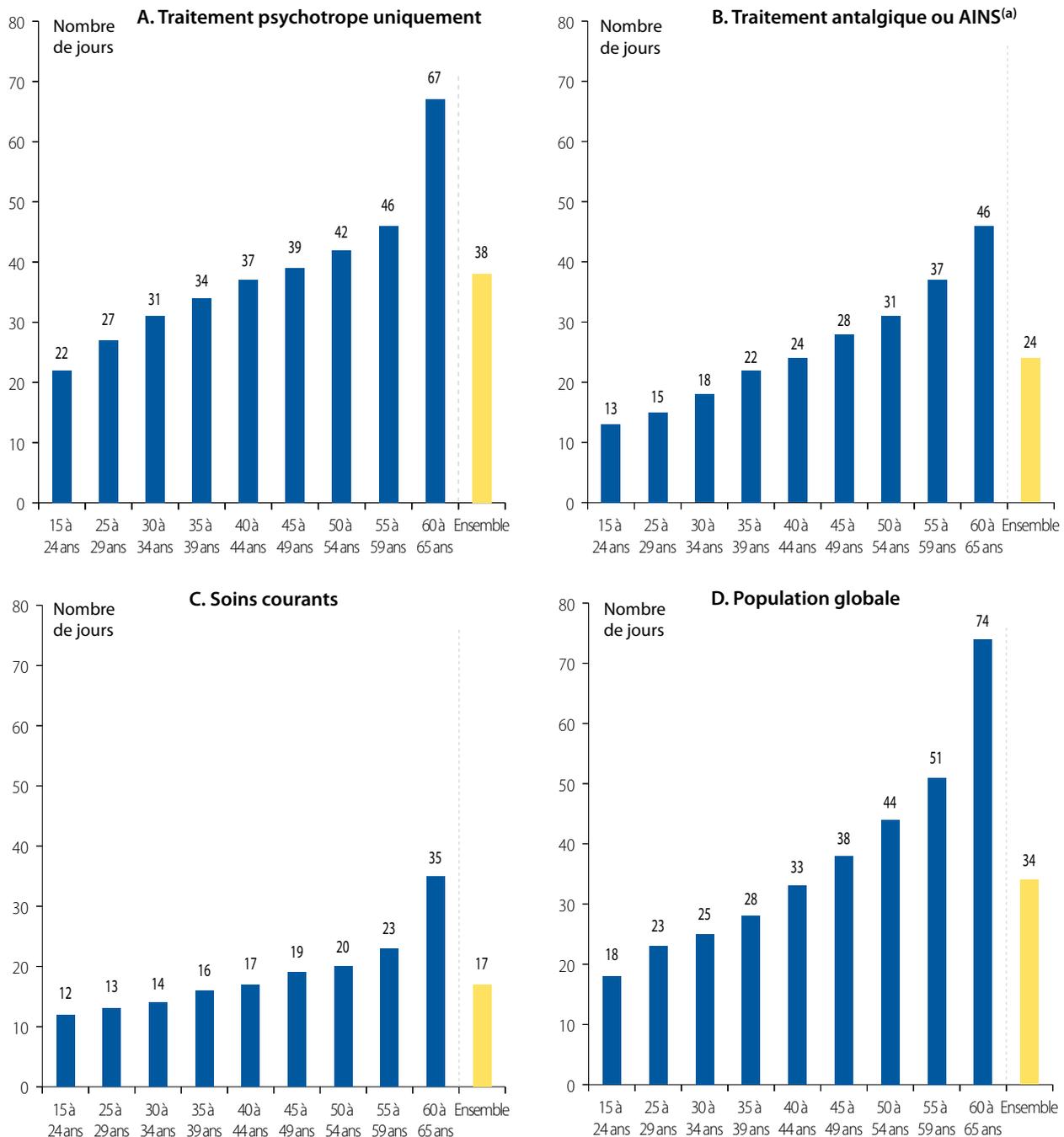
Des arrêts maladie indemnisés plus longs (en moyenne 38 jours) en présence d'un traitement psychotrope que pour les autres populations considérées

La durée d'un arrêt indemnisé est d'environ 38 jours indemnisés en moyenne pour les personnes traitées par psychotropes *versus* 24 jours pour les personnes traitées par antalgique ou AINS et 17 jours pour les personnes avec uniquement des soins courants. De plus, quel que soit l'âge, la durée moyenne d'un arrêt est systématiquement plus élevée pour les personnes traitées uniquement par psychotropes (figure 67).

Cette durée moyenne est croissante avec l'âge avec, à chaque fois, une augmentation plus forte pour la tranche d'âge 60-65 ans. Cette rupture est plus marquée chez les personnes traitées uniquement par psychotropes que chez celles traitées par antalgiques ou AINS. Elle semble indiquer une difficulté importante dans le retour au travail des seniors approchant l'âge de la retraite et qui sont traités par psychotropes, en dehors de toute autre pathologie.

► FIGURE 67

Durée moyenne des arrêts indemnisés pour chacune des populations, par classe d'âge



(a) AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

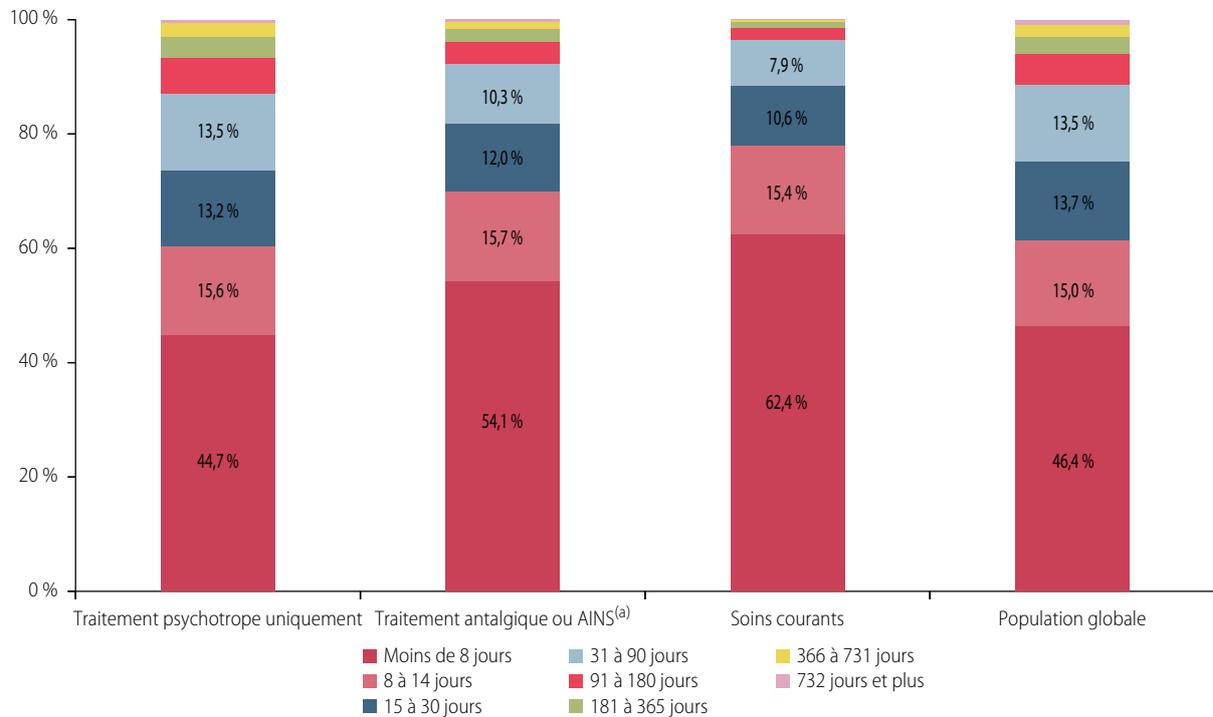
Champ : régime général, personnes de 15 à 65 ans – France entière
Source : Cnam (SND5)

L'analyse de la structure des arrêts indemnisés selon la durée, permet de mieux comprendre les différences observées sur les durées moyennes d'arrêt (figure 68). En effet, les arrêts de moins de 8 jours représentent 45 % des arrêts chez les personnes traitées par psychotropes versus 54 % chez les personnes

traitées par antalgique ou AINS et 62 % chez les personnes ayant uniquement des soins courants. À l'inverse, les arrêts de plus de 180 jours sont plus fréquents chez les personnes traitées par psychotropes : 6,7 %, 3,9 % et 1,5 % respectivement.

► FIGURE 68

Répartition des arrêts maladie par population en fonction de la durée indemnisée des arrêts



(a) AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Champ : régime général, personnes de 15 à 65 ans – France entière
 Source : Cnam (SNDS)

Une répartition des arrêts maladie entre les trois principaux secteurs d'activité qui diffère selon les populations, avec une prédominance marquée du secteur « santé humaine et action sociale » chez les personnes traitées par psychotropes

Pour chacune des populations, les trois secteurs d'activité³⁵ qui concentrent la majeure partie des bénéficiaires d'arrêts maladie sont identiques. Il s'agit des secteurs d'activité suivants :

- « industrie manufacturière » ;
- « commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles » ;
- « santé humaine et action sociale ».

Ces trois secteurs d'activité concentrent la moitié des bénéficiaires d'arrêts maladie indemnisés alors qu'ils représentent 41 % des salariés (figure 69).

Toutefois, la répartition des bénéficiaires d'arrêts maladie entre ces trois secteurs diffère selon les populations considérées (figure 69). Le secteur d'activité « santé humaine et action sociale », qui emploie 11 % des salariés, concentre 18 % des bénéficiaires d'arrêts maladie pour les personnes traitées par psychotropes, contre 17 % pour les personnes traitées par antalgique ou AINS et 13 % pour les personnes avec des soins courants. À l'inverse, le secteur d'activité « industrie manufacturière » qui représente 14 % de la

population salariée, concentre 18 % des bénéficiaires d'arrêts maladie pour les personnes ayant des soins courants *versus* 16 % pour les personnes traitées par psychotropes.

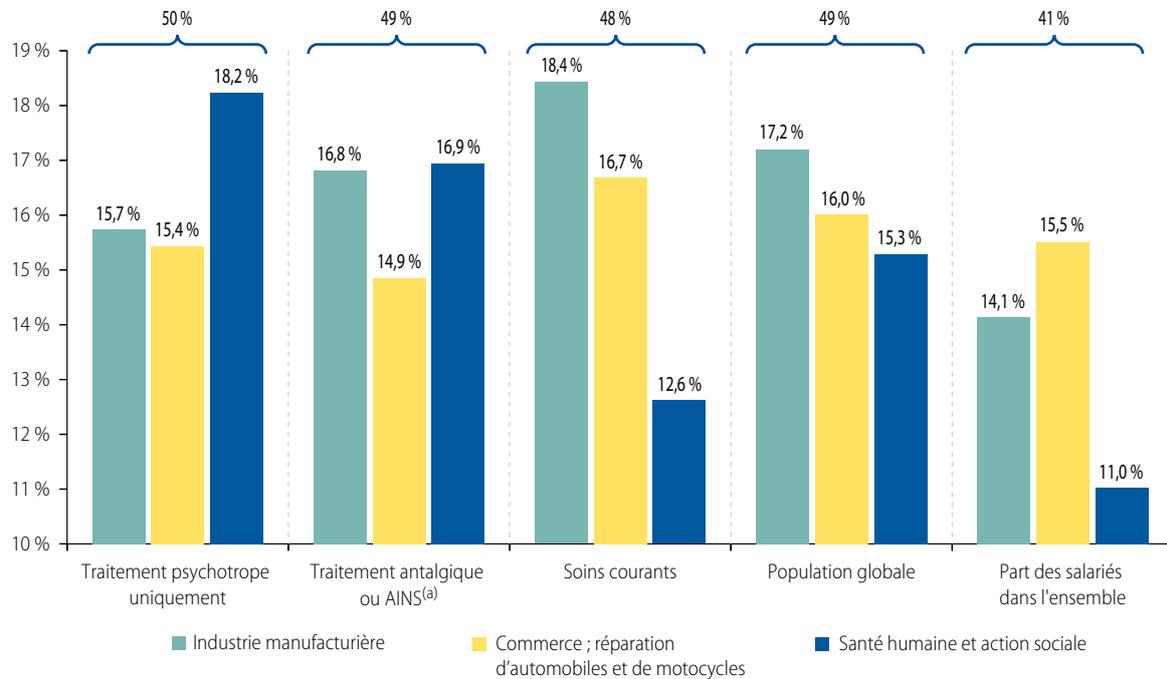
Les personnes ayant un traitement psychotrope chronique ont des durées moyennes d'arrêts par secteur d'activité plus élevées que les autres populations. Pour le secteur « industrie manufacturière » un arrêt de travail pour une personne traitée par psychotropes dure en moyenne 34 journées indemnisées contre 24 pour les personnes avec un traitement antalgique ou AINS et 15 pour les individus ayant des soins courants. Pour l'ensemble de la population, cette durée moyenne est de 30 jours.

Pour toutes les populations, les personnes travaillant dans le secteur « commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles » ont des durées d'arrêts plus longues que dans les deux autres secteurs d'activité (tableau 21). Ainsi les personnes traitées par psychotropes ont une durée moyenne d'arrêt de 44 jours contre 38 jours dans le secteur « santé humaine et action sociale » et 34 jours pour le secteur « industrie manufacturière » alors qu'elles sont légèrement plus jeunes (42 ans *versus* 44 ans) (figure 70). On observe le même type de résultat pour les deux autres populations, même si les écarts en termes de durée moyenne sont moins marqués.

35 Le numéro d'employeur de la personne ayant perçu des arrêts maladie est disponible dans le SNDS, et permet ensuite un rattachement avec le secteur d'activité auquel appartient l'établissement.

► FIGURE 69

Proportion de bénéficiaires d'arrêts maladie en fonction de leur secteur d'activité et de la population considérée

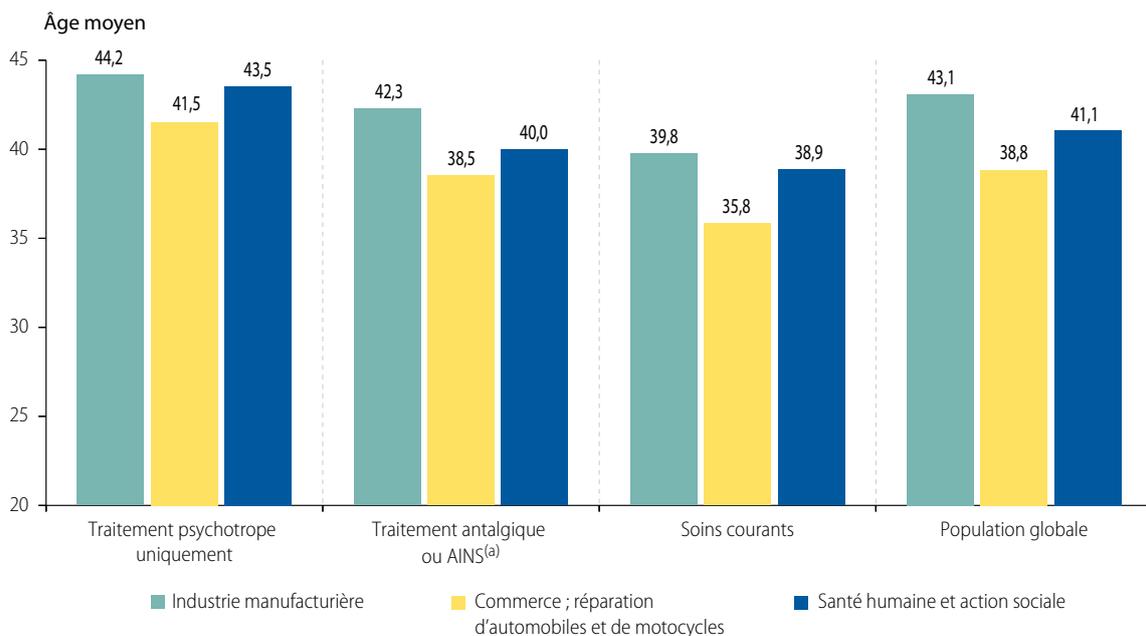


(a) AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Champ : régime général, personnes de 15 à 65 ans – France entière
Source : Cnam (SNDS)

► FIGURE 70

Âge moyen des personnes ayant eu des arrêts maladie pour chaque population



(a) AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Champ : régime général, personnes de 15 à 65 ans – France entière
Source : Cnam (SNDS)

► TABLEAU 21

Durée moyenne de l'arrêt maladie (en nombre de journées) pour chaque population et pour les principaux secteurs d'activité

	Traitement psychotrope uniquement	Traitement antalgique ou AINS ^(a)	Soins courants	Population globale
Industrie manufacturière	34	24	15	30
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	44	27	18	35
Santé humaine et action sociale	38	24	17	34

(a) AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Champ : régime général, personnes de 15 à 65 ans – France entière
Source : Cnam (SNDS et table des établissements)**3.1.6 / Évolution des modes de financement**

En France, la circulaire du 15 mars 1960 a créé les secteurs psychiatriques, qui visaient à la mise en place d'une coordination globale du parcours de santé mentale, depuis la prévention, les soins, jusqu'à la réinsertion. Il s'agissait de donner à une équipe pluriprofessionnelle, placée sous l'autorité d'un psychiatre, la responsabilité populationnelle d'un secteur géographique. La culture de la sectorisation reste globalement toujours très présente aujourd'hui. Elle a été remise en cause par la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) qui définissait le territoire de santé comme cadre d'exercice de la psychiatrie en même temps qu'elle donnait à l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, les fonctions auparavant confiées aux secteurs. Il en a résulté une ambiguïté due aux différents périmètres d'intervention qui a été levée par la loi de modernisation de notre système de santé, en 2016, qui réaffirme le principe de la sectorisation psychiatrique.

La psychiatrie est financée selon deux dispositifs : pour les établissements publics et privés non lucratifs, qui appartiennent au secteur, le financement est assuré par la dotation annuelle de financement (DAF). Il s'agit d'un montant annuel fixé par un arrêté du ministère de la Santé réparti entre les différentes ARS, qui les ventilent ensuite entre les différents établissements. Les cliniques sont financées par le dispositif de l'objectif quantifié national (OQN). Enfin, les soins de ville psychiatriques ne font pas l'objet d'un traitement particulier par rapport aux autres secteurs médicaux.

Le financement de l'activité de secteur est aujourd'hui critiqué, non pas sur le principe de la dotation globale, mais sur ses critères de répartition historiques, qui aboutissent à des situations d'iniquités parfois importantes (en 2015, la DAF par patient dans la file active était comprise entre 3 168 euros en Meurthe-et-Moselle et 14 468 euros dans l'Indre). Ces différences de dotation sont potentiellement sources d'inégalités d'accès et de traitement sur le territoire. L'une des limites des critères aujourd'hui utilisés est la difficulté de rendre compte de facteurs complexes, notamment épidémiologiques et socio-démographiques.

Quels sont les modes de financement utilisés à l'étranger ?

Dans les pays comparables à la France, les modes de financement de la psychiatrie sont variables selon les pays et parfois au sein d'un même pays. Les pratiques de budget global se divisent en trois grandes catégories. Le financement par un paiement à l'activité est beaucoup plus répandu, même s'il coexiste souvent avec une part de budget global (par exemple pour les activités liées à la prévention).

Aux Pays-Bas

Les Pays-Bas ont un système de santé mentale intégralement financé à partir des besoins thérapeutiques du patient, que ce soit les soins primaires ou les soins hospitaliers. Il s'agit d'un système très précis et détaillé où les interventions sont estimées en durée de soins exprimée en minutes.

Pour les soins psychiatriques qui ne peuvent être traités par le médecin généraliste, le patient est orienté vers des spécialistes en ambulatoire (psychologues, psychiatres ou gériatres) pour recevoir des soins dits basiques. Selon la nature de sa pathologie, sa sévérité, ses éventuelles complications et comorbidités, il est « affecté » à l'une des quatre catégories d'« intensités de soins » :

- traitements courts pour des problèmes légers avec peu de complications et peu de risques (300 minutes) ;
- traitements intermédiaires pour les problèmes modérés à sérieux avec une faible complexité mais des risques moyens (500 minutes) ;
- traitements intensifs pour des problèmes sévères avec peu de complexité et des risques moyens (750 minutes) ;
- traitements chroniques pour les malades chroniques (750 minutes par an).

Pour les patients avec des pathologies plus lourdes, les soins secondaires, ambulatoires comme hospitaliers, sont financés sur la base d'une unité de mesure, appelée DBC (*Diagnose Behandeling Combinatie*), proche conceptuellement des groupes homogènes de malades du PMSI. Il en existe à peu près 120 en lien avec la santé mentale. Ils définissent le diagnostic et le temps médical nécessaires à la prise en charge du patient, qui peut pour les cas les plus sévères dépasser les 30 000 minutes. Un patient peut très bien être associé à plusieurs DBC à l'inté-

rieur des troubles de santé mentale (addiction et schizophrénie par exemple) ou avec d'autres troubles somatiques. Un forfait journalier est ajouté à ces DBC, pour les patients hospitalisés, lui-même modulé selon la gravité de l'état du patient.

Enfin, pour les soins secondaires chroniques qui durent depuis plus de trois ans, le relais est pris par les soins de longue durée, un autre système de tarification basé sur le même principe, pour lesquels 13 différents niveaux d'intensité et de types de soins coexistent.

Que ce soit pour les soins primaires, secondaires ou de longues durées, les tarifs ne sont pas uniformes, ils sont la résultante de négociations menées entre les différents assureurs et chaque hôpital (ou structure de soins). Le législateur fixe néanmoins un tarif maximum à chaque catégorie pour éviter une progression trop importante des dépenses. À titre d'exemple, un diagnostic de schizophrénie était valorisé à 1 259 euros pour un temps médical compris entre 250 et 799 minutes et à 69 204 euros pour un temps médical supérieur à 500 heures.

Au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, le mode de financement en vigueur est basé sur une logique proche. Après avoir été adressé dans un service de santé mentale (essentiellement par le médecin généraliste s'il ne peut pas le prendre en charge), le patient est assigné à un cluster, à partir duquel sera basé le financement des soins. Il

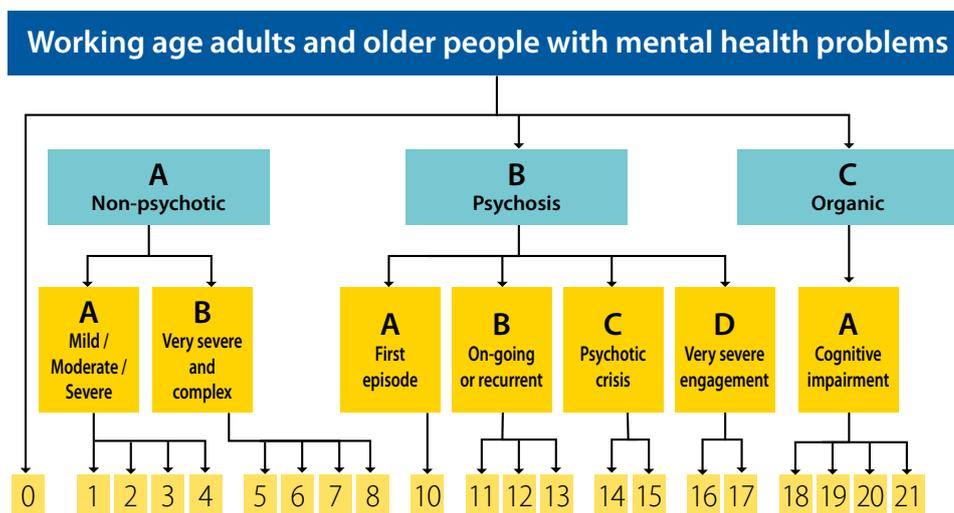
existe 21 clusters qui se répartissent en trois grandes catégories : psychotiques, non-psychotiques et déficience cognitive, elles-mêmes divisées selon la sévérité, la complexité et la chronicité. Un patient ne peut être assigné dans plus d'un cluster, mais en fonction peut passer de l'un à l'autre. Tous ont une durée maximale (entre quatre semaines et un an) à l'issue de laquelle la situation du patient est évaluée et sa réaffectation à ce cluster ou à un autre décidée.

Pour déterminer l'assignation dans un cluster, le soignant s'appuie sur une échelle de classification : le *Mental Health Clustering Tool* (MHCT). Cette échelle ne s'attache pas au diagnostic clinique mais à l'état du patient à la fois actuel (dans les 15 derniers jours) et pris dans une perspective plus longue (hallucinations, problèmes relationnels, état dépressif...). Elle est constituée de 18 items (13 pour la partie actuelle et 5 pour l'historique), chacun noté entre 0 et 4. Le MHCT ne constitue toutefois qu'une aide au soignant, c'est à lui seul que revient la décision du cluster d'assignement du patient.

Au sein des clusters, le type et la quantité des soins prodigués sont laissés à la discrétion de l'équipe soignante, même s'il existe bien souvent dans les structures une offre de soins « type » par cluster qui est adaptée à la marge en fonction des cas. Ce sont des soins qui peuvent être délivrés aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalier.

► FIGURE 71

Schéma d'inclusion dans les clusters



Source : NHS

Les tarifs de chaque cluster sont négociés localement, entre les autorités locales (les *Clinical Commissioning Groups* – CCGs) et les structures de soins, selon la même procédure que pour les soins hospitaliers somatiques. Il n'existe pas de tarifs maximum ou minimum donnés entre lesquels fixer le prix de chaque cluster. Tout juste est-il précisé que la fixation du prix doit être déterminée dans le respect de l'intérêt supérieur du patient et avec une exigence de transparence. Les contractants peuvent au choix établir leur accord sur la base d'un prix par journée, d'un prix pour la période moyenne observée de présence dans le cluster ou d'un prix couvrant la totalité de la période. Dans les faits, les prix par journées sont les plus utilisés, avec un tarif déterminé pour les patients hospitalisés et un autre pour les ambulatoires. On observe une grande variabilité des tarifs journaliers par cluster pour des patients hospitalisés (388 à 461 livres sterling), ou ambulatoires (5 à 35 livres sterling). Dans le cas où les soins seraient effectués dans plusieurs structures de soins, des contrats entre les différentes structures sont établis pour la répartition des paiements.

Le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), qui vise à promouvoir le recours aux psychothérapies pour les troubles dépressifs ou anxieux de faible intensité ou modérés, a été construit en parallèle et ne s'adresse théoriquement pas à des personnes « clusterisées ». Toutefois, des accords locaux peuvent exister entre les différentes structures de soins et des mutualisations de l'offre de soins sont possibles.

Les similarités et les différences – comparaison internationale

Dans la plupart des pays, les modes de financement entre soins psychiatriques à l'hôpital et soins hospitaliers somatiques ne sont souvent pas les mêmes, et n'ont pas été modifiés dans les mêmes temporalités. D'une manière générale, la réforme du financement des soins psychiatriques est postérieure à celle concernant les soins somatiques. Elle n'est pas conçue non plus selon les mêmes modalités ni les mêmes référentiels. À l'instar de la France, on trouve aussi des pays où les soins psychiatriques sont financés sur un budget global et les soins somatiques à l'activité, comme en Norvège, par exemple. À l'inverse, le remboursement des consultations de psychiatres ou de psychologues libéraux suit souvent les mêmes modalités que pour les autres spécialistes. Les généralistes ne sont généralement pas rémunérés différemment pour les consultations de santé mentale que pour les autres.

La question du financement à l'activité des soins psychiatriques semble donc ne pas pouvoir être calquée sur le modèle des soins somatiques. Cela tient beaucoup à la difficulté d'arriver à une classification des soins psychiatriques pour laquelle la variabilité des coûts ne soit pas trop importante. Le diagnostic seul ne permet pas de déterminer la quantité de soins nécessaire.

Aussi, déterminer précisément quels et combien de soins apporter à un patient à partir uniquement de son diagnostic, de ses symptômes, de son âge, de sa sévérité est compliqué, sans doute plus que dans certaines maladies somatiques.

C'est sans doute pour cette raison que les systèmes de santé ayant décidé de s'orienter vers un financement à l'activité ont établi un classement qui laisse une très large part d'autonomie à l'équipe soignante, que ce soit en définissant uniquement un temps de soins à apporter (Pays-Bas), une durée maximale pour être admis dans une catégorie (Royaume-Uni) ou une tarification à la journée (Allemagne). Ainsi, il n'a pas pu être trouvé d'exemple de pays ayant mis en place une classification très directive des soins psychiatriques. Dès lors, la constitution de catégories larges permettant une grande diversité de soins pose la question de la définition d'un tarif moyen adéquat qui permette d'adapter au mieux les soins à chaque patient. Le risque est grand également de voir les organismes s'adapter à ceux-ci pour maximiser les profits. Il a été par exemple montré aux Pays-Bas que la répartition des soins en minutes n'était pas continue mais était au contraire très sensible aux seuils, avec une surreprésentation des temps de traitement minimum de chaque classe.

Le financement des soins primaires liés à la santé mentale

Si les grands changements en santé mentale ont surtout concerné les pathologies lourdes dans la seconde moitié du XX^e siècle, avec notamment le mouvement de désinstitutionnalisation et le développement des traitements extrahospitaliers, il semble qu'aujourd'hui l'accent soit plutôt mis sur la continuité du parcours de soins, la prévention et la prise en charge des troubles légers à modérés.

Des modes de financement incitant les professionnels à travailler en ce sens ont été développés. Le constat qui semble prépondérant et commun aux pays de l'OCDE est que le médecin généraliste est le professionnel le plus consulté en cas de troubles mentaux (dans environ trois cas sur quatre). Aussi, les innovations en termes d'organisation des soins ou de financement ont souvent concerné ces derniers. En Norvège par exemple, les généralistes peuvent donner des consultations plus longues et mettre en place et suivre des plans de soins avec d'autres professionnels (notamment psychothérapeutes) pour traiter les troubles mentaux légers à modérés. Pour ces consultations plus longues, ils sont remboursés plus fortement.

Au Royaume-Uni, la santé mentale est prise en compte dans le *Quality and Outcomes Framework* (QOF). Il existe actuellement huit indicateurs, qui portent sur la responsabilité géopopulationnelle des médecins (tenir un listing des personnes qui sont sous lithium), du suivi des patients (établir un plan de soins pour les patients en lien avec les autres professionnels de santé, les aidants, la famille...), la santé somatique des malades (suivi des analyses de biologie médicale, des dépistages...). Il a été montré que l'amélioration des résultats des indicateurs du QOF liés à la santé mentale était liée à une augmentation des admissions en hôpital psychiatrique alors que l'objectif initial était plutôt l'inverse. Cette situation peut s'expliquer par le fait que la sensibilisation des généralistes a permis de détecter plus de personnes dont les besoins en santé mentale n'étaient pas pris en charge auparavant.

Les Pays-Bas se distinguent eux par le nombre important d'infirmiers spécialisés en santé mentale. L'OCDE l'estime à plus de 130 pour 100 000 habitants (contre 50 pour 100 000 habitants en moyenne pour l'ensemble des pays). Ce nombre élevé est la conséquence d'une réforme d'envergure de l'organisation de la santé mentale opérée en 2014 qui visait, entre autres, à déplacer des soins secondaires aux soins primaires la prise en charge des troubles mentaux légers à modérés. Pour accompagner la surcharge de travail pour les généralistes inhérente à ce mouvement, les honoraires versés par les assureurs pour que les généralistes puissent embaucher un infirmier spécialisé en santé mentale ont été revus à la hausse. On estime qu'aujourd'hui plus de 80 % des généralistes emploient un infirmier spécialisé en santé mentale, qui est présent en moyenne une journée par semaine. Ils peuvent selon les cas aider le médecin à poser son diagnostic, délivrer des interventions brèves, coordonner les différents intervenants si nécessaire... Les études manquent aujourd'hui pour conclure quant au rôle effectivement tenu par les infirmiers, mais l'on peut tout de même noter que les consultations auprès des généralistes pour des

troubles de santé mentale ont fortement augmenté et que, le fait qu'un nombre important d'entre eux décident de salarier un infirmier pour les aider à prendre en charge ces pathologies semble indiquer qu'ils sont satisfaits de cette nouvelle forme de collaboration.

D'une manière générale, il y a très peu de changements portant uniquement sur le financement des soins primaires liés à la santé mentale. Soit ces modifications font partie d'une réforme de plus grande ampleur concernant le financement, comme dans le cas du Royaume-Uni, soit il s'agit d'une réforme visant à une meilleure prise en charge des troubles mentaux et les modifications du financement en sont une conséquence ou un moyen, comme aux Pays-Bas. À ce titre, on remarque que dans le champ des troubles mentaux légers à modérés, de nombreuses initiatives ont eu lieu ces dernières années, visant à une meilleure détection et à un meilleur accompagnement, avec notamment l'ouverture de l'accès aux thérapies non médicamenteuses.

Références

- 1 L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice, Santé Publique France 2017. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Populations-et-sante/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France>
- 2 Coldefy M., Neindre CL. Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. 2014;146.
- 3 Laporte A., Vandentorren S., Détéz M.-A. *et al.* Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15. doi:10.3390/ijerph15020241
- 4 Samenta- SAnTé MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens. Samu Soc. Paris. 2014. <https://www.samusocial.paris/samenta-sante-mentale-et-addictions-chez-les-sans-domicile-franciliens> (accessed 22 Jun 2018).
- 5 Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Haute Autorité de santé 2007. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf
- 6 Ogłodek E. A., Just M. J., Grzebińska A. D. *et al.* The impact of antipsychotics as a risk factor for thromboembolism. *Pharmacol Rep PR* 2018;70:533–9. doi:10.1016/j.pharep.2017.12.003
- 7 Ha C., Decool E., Chan Chee C. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. *Bull Épidémiologique Hebd*;23:9.
- 8 Fagot J.-P., Cuerq A., Samson S. *et al.* Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up. *Int J Clin Pract*;70:744–51. doi:10.1111/ijcp.12850
- 9 Olekhovitch R., Hoertel N., Limosin F. *et al.* Using sequences of antidepressants drugs delivery to inform therapeutic strategies: a proof-of-concept study based on the population-based CONSTANCES cohort. *Submitted 2018*.
- 10 Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Santé de l'enfant : Propositions pour un meilleur suivi*. Les éditions Inserm 2009. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/90> (accessed 14 Jun 2018).
- 11 Lecendreux M., Konofal E., Faraone S. V. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord* 2011;15:516–24. doi:10.1177/1087054710372491
- 12 Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France. Saint Denis: : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 2017.
- 13 Jacobs R., Chalkley M., Aragón M. J. *et al.* Funding of mental health services: Do available data support episodic payment? ;82.

Propositions

Propositions sur la santé mentale

Proposition 1

_ Pour les personnes souffrant des pathologies psychiatriques les plus sévères, créer une offre de soins médicaux ciblée et qualitativement adaptée, en coordination avec les autres structures de soins primaires et secondaires

Les personnes souffrant des pathologies psychiatriques les plus sévères nécessitent une prise en charge somatique particulièrement attentionnée et coordonnée, qui tienne compte de leurs particularités cliniques et psychologiques. C'est particulièrement le cas pour les populations en situation de handicap psychique. Dans certaines situations, la réponse à ces besoins ne passe pas par des modes de prise en charge ordinaires, mais demande le développement d'une compétence spécifique et dédiée, permettant une bonne compréhension des soins nécessaires, une prise en charge adaptée de la douleur ainsi qu'une bonne communication avec les professionnels de santé impliqués.

L'Assurance Maladie propose de favoriser le développement et le renforcement d'une offre de soins médicaux somatiques spécifique, dédiée aux publics atteints de pathologies psychiatriques les plus lourdes. Des expérimentations spécifiques pourraient être soutenues dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

Proposition 2

_ Adapter les campagnes et actions de prévention cardiovasculaires et de dépistage des cancers aux spécificités des populations souffrant de maladies psychiatriques, et cibler ces populations à haut risque

Les personnes souffrant d'une affection psychiatrique ont un risque d'événements cardiovasculaires deux fois plus important que la population générale. Il en est de même pour le risque de cancer du poumon. Ces risques peuvent résulter directement des effets indésirables de certains traitements psychotropes ou encore de certains comportements ou facteurs de risque en lien avec la pathologie psychiatrique.

L'Assurance Maladie propose de sensibiliser les professionnels de santé de ville et hospitaliers à ce risque élevé, et de mieux prendre en compte les spécificités de la population souffrant d'une affection psychiatrique dans les campagnes et actions de prévention cardiovasculaire notamment en utilisant des messages, modalités et lieux de communication adaptés.

Proposition 3

_ Prendre en compte la fréquence et la gravité des pathologies somatiques des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique dans l'affectation de la dotation annuelle de financement de ces établissements

Afin de renforcer l'équité du financement des établissements psychiatriques par le mécanisme de la dotation annuelle de financement, il est nécessaire de mieux prendre en compte le fardeau épidémiologique que représentent les pathologies psychiatriques mais aussi les comorbidités somatiques qui les accompagnent, ainsi que la complexité de la prise en charge qui résulte de cette intrication.

L'Assurance Maladie propose que des données issues de la cartographie médicalisée des dépenses puissent être intégrées dans le calcul de la DAF pour en renforcer l'équité et la pertinence épidémiologique.

Proposition 4

_ Introduire des indicateurs relatifs à la pertinence de la prescription des psychotropes dans la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) des médecins traitants

Les différentes études réalisées ont montré que les prescriptions de psychotropes n'étaient souvent pas en adéquation avec les recommandations. En particulier, les durées de traitements antidépresseurs sont fréquemment inférieures aux six mois recommandés et la consultation de suivi recommandée dans les huit jours suivant la prescription initiale est tardive.

L'Assurance Maladie propose d'introduire dans la Rosp des médecins traitants deux indicateurs dont la finalité est d'améliorer la pertinence de la prise en charge des personnes traitées par antidépresseurs :

- le pourcentage de patients bénéficiant d'au moins six délivrances d'antidépresseurs parmi ceux pour lesquels un traitement a été initié ;
- le délai entre la consultation d'initiation du traitement antidépresseur et la première consultation de suivi de traitement.

Proposition 5

_ Dans le cadre d'un partenariat avec l'ensemble des acteurs, définir une stratégie pour améliorer la pertinence des prescriptions de psychotropes chez les personnes ayant un trouble bipolaire, en particulier pour réaffirmer la place du lithium en tant que thymorégulateur de première ligne

La très grande variabilité des pratiques de prise en charge médicamenteuse des troubles bipolaires, ainsi que l'écart constaté entre les pratiques en vie réelle et les recommandations montrent qu'il existe des marges de manœuvre importantes pour améliorer la pertinence de ces prescriptions.

L'Assurance Maladie propose de travailler au développement et à la mise en œuvre d'actions de pertinence sur la prise en charge médicamenteuse des troubles bipolaires, en lien avec l'ensemble des acteurs (associations de patients et leurs familles, psychiatres, médecins généralistes et autres professionnels de santé impliqués, réseau de l'Assurance Maladie...).

Proposition 6

_ Mettre en place une cohorte de personnes ayant un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) afin de pouvoir suivre au long cours dans le SNDS la qualité de la prise en charge de cette pathologie sur l'ensemble du territoire ainsi que les risques liés à l'utilisation du méthylphénidate

La consommation de méthylphénidate est très encadrée en France. Elle est néanmoins en croissance. La question du devenir des patients, des effets à long terme et de l'arrêt à l'âge adulte de ces prescriptions est peu documentée.

L'Assurance Maladie propose la constitution d'une cohorte de personnes ayant un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) traitées par méthylphénidate afin de suivre la qualité de la prise en charge, l'impact des actions mises en œuvre et les risques à long terme de ce traitement, dans le SNDS.

Proposition 7

_ Expérimenter, en lien avec l'Atih, la possibilité de chaîner les données d'activité des centres médico-psychologiques (CMP) et, si possible, celles des acteurs du champ médico-social, avec celles du SNDS afin de lever certaines zones d'ombre dans les parcours de soins des personnes ayant une pathologie psychiatrique

Les consultations et les actes réalisés par les CMP ne peuvent être chaînés aux données du SNDS que si la personne a été précédemment hospitalisée dans le même établissement, soit sur 20 % des files actives de psychiatrie uniquement. De plus, si la personne consulte en CMP dans une autre entité juridique, le lien entre les deux consultations ne peut être établi. Il en est de même pour les prises en charge de certains acteurs du champ médico-social dont l'activité n'alimente pas encore le SNDS.

L'Assurance Maladie propose de mettre en place une expérimentation, en lien avec l'Atih, sur un ou plusieurs territoires et établissements, portant sur la faisabilité de chaîner les différentes sources d'information et d'améliorer la description des parcours de soins des patients de psychiatrie suivis uniquement sur un mode ambulatoire.

3.2 La pertinence des soins, une composante essentielle de la qualité et de la sécurité des soins

3.2.1 / La pertinence est un déterminant essentiel de la qualité des soins mais une notion complexe et difficile à appréhender en pratique

Un enjeu pour les politiques de santé

Dans la plupart des pays développés, le poids économique et sanitaire de la non-qualité ou de la non-pertinence³⁶ est devenu un enjeu central des politiques de santé. Derrière l'identification d'activités de soins jugées inutiles, à faible valeur ajoutée ou évitables, se dessine un levier permettant de concilier la maîtrise des dépenses de santé, indispensable pour assurer la soutenabilité des systèmes de solidarité, et l'amélioration du service rendu à la population.

À l'appui de ces politiques, on trouve de nombreuses études, principalement économiques, qui pointent le fardeau financier important que représentent le gâchis et la non-qualité à l'échelle d'un système de santé. Si les chiffres varient selon les études, les ordres de grandeur restent exprimés en pourcentages à deux chiffres des dépenses de santé, et donc en milliards d'euros, de dollars ou de livres sterling (tableau 22). On peut retenir ces ordres de grandeur, mais il convient de rester prudent lors des comparaisons sur les chiffres exacts avancés car les périmètres étudiés et les définitions retenues varient parfois beaucoup d'une étude à l'autre et les méthodes employées sont souvent décrites de manière succincte. L'impact sanitaire correspondant, plus difficile à évaluer, est lui très souvent absent de ces études.

C'est dans le domaine de la sécurité des soins qu'on retrouve les études les plus solides et complètes (tableau 23). Il est d'ailleurs intéressant de constater que ces études, qui partent de l'observation d'activités de soins ou d'événements de santé précis, font souvent apparaître un poids financier plus modeste que les études sur le gaspillage en général, quoique ce dernier soit toujours conséquent. C'est également dans ce domaine que le fardeau sanitaire a été le mieux décrit. Les résultats des études qui portent sur cette dimension soulignent l'importance du sujet. Il en est ainsi de l'étude de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) [1] ou encore des travaux menés à partir de l'étude *global burden of disease* [2], qui classent la sécurité des soins au rang des grandes problématiques de santé publique.

L'impact économique de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins, illustré par les études citées plus haut, repose sur l'hypothèse qu'en améliorant l'une de ces dimensions, on évite que des événements (acte, traitement, complication) ne surviennent et donc que les dépenses qui y sont associées ne soient générées. La plupart des calculs reposent donc, d'une part, sur l'estimation des dépenses générées par ces événements et, d'autre part, sur des hypothèses plus ou moins solidement documentées sur la part de ces événements qui pourrait être évitée.

L'intégralité du fardeau économique représentée par la qualité, la pertinence et la sécurité des soins n'est cependant pas facilement évitable, voire pas du tout pour certaines de ses parties. C'est donc dans un ordre de grandeur plus modeste qu'il est raisonnable d'estimer les objectifs qu'on peut assigner aux actions d'amélioration.

36 Il est parfois fait référence à la notion de gaspillage dans la littérature.

► TABLEAU 22

Estimations de l'impact financier du «gaspillage», de la qualité ou de la sécurité des soins

Combien ?	Quoi ?	Source
120 milliards de francs	Coût du «gaspillage», France	Béraud, 1992
640 milliards de dollars - 4 % PIB	Coût de la non-efficience, USA [3]	Fuchs, 2011
558 milliards de dollars - 20 % dépenses de santé	Coût du «gaspillage», USA [4]	Berwick, 2012
15 % des dépenses hospitalières	Coût de la sécurité du patient, Europe	OMS, 2017
28 milliards de dollars	Gains sécurité du patient, Medicare	OMS, 2017
20 % des dépenses de santé	Coût du «gaspillage», OCDE [5]	OCDE, 2017
586 millions de dollars	Low value unnecessary service, VA, USA [6]	Mafi, 2017
30 % des soins sont inutiles	Sondage 800 médecins français	FHF, 2017

► TABLEAU 23

Estimations de l'impact sanitaire et économique de la sécurité des soins

Poids sanitaire	Périmètre	Source
7,2 M de DALYs	«Burden» 7 El pays à haut revenu, GBD : 20 ^e cause de morbi-mortalité [2]	Jha, 2013
0,5 M j hosp (1 600 lits)	Domage au patient, Canada [7]	Chan, 2016
501 DALYs / 100 000	«Burden» de 6 incidents associés aux soins, Europe [1]	Cassini, 2016
68 HLY / 100 000	«Burden» de 6 incidents associés aux soins, UK [8]	Hauck, 2017

Poids économique		
10 % des dépenses hospitalières	Coût d'erreurs et accidents évitables, OCDE [5]	OCDE, 2017
400-2 300 M€ par an	El médicamenteux hospitaliers évitables, France	HAS, 2004
23-200 M€ par an	Coût IAS évitables en réa, France	HAS, 2004
700 M€ par an	Coût 9 El, France	Irdes, 2011
9 560 € par patient	Coût des ISO, Europe [9]	Badia, 2017

Des concepts intriqués

La première étape de la construction d'actions d'amélioration est la définition précise des différents termes employés. Le champ le plus vaste et le plus ancien est celui de la qualité (*quality of care* dans la littérature internationale)³⁷. La définition de référence demeure celle donnée en 1990 par l'*Institute of Medicine* américain, qui pose que la qualité des soins est «*la mesure selon laquelle des services de santé destinés à des individus ou des populations augmentent la probabilité d'obtenir des résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles*». La largeur du champ concerné peut dans certaines circonstances faire en pratique de la qualité un concept désincarné, auquel on rattache un spectre d'activités très diverses, ce qui ne facilite pas la définition d'actions de mesure ou d'améliorations précises.

La sécurité des soins (*safety* ou *patient safety* dans la littérature internationale) est un sous-ensemble de la qualité, défini

par l'OMS en 2009 comme «*la réduction du risque de dommage non nécessaire au minimum acceptable*», définition reprise par la HAS («*La réduction de tout risque de préjudice évitable subi par le patient*»). On retrouve derrière cette notion le champ de la gestion des risques associés aux soins (infections associées aux soins, accidents médicamenteux...). Ce sont souvent les activités techniques, à haut risque, comme la chirurgie ou encore le circuit du médicament, qui font l'objet de plus d'attention dans ce champ. La sécurité des soins est souvent confondue avec la qualité (en pratique dans la littérature, les deux termes sont fréquemment accolés), dont elle est une composante importante mais qu'elle ne résume cependant pas.

La pertinence est un concept plus récent et aux contours plus flous que ceux de la sécurité. La première définition en est donnée par des travaux de la Rand Corporation, un think-tank américain qui définit en 1990 un soin approprié ou pertinent comme un soin dont «*les bénéfices attendus en matière de santé*

37 Les fondations en ont été posées par Avredis Donabedian, à travers deux articles fondateurs, définissant en 1966 trois dimensions (processus, structures et résultats) [10], puis en 1990 sept piliers de la qualité des soins (efficacy, effectiveness, efficiency, optimality, acceptability, legitimacy, equity) [11].

en excèdent les conséquences négatives avec une marge suffisante pour qu'il vaille la peine d'être prodigué». Cette définition a été complétée en 1993 par des travaux du National Health Service (NHS) qui mettent en avant la nécessité de prendre en compte les préférences du patient et la juste allocation des ressources dans l'appréciation du caractère approprié d'un soin.

Le concept de pertinence en tant que tel a pris une importance croissante en France, notamment dans le cadre d'actions de l'Assurance Maladie, depuis le début des années 1990. La définition technique du ministère de la Santé est qu'un soin pertinent « est dispensé en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) et des sociétés savantes, nationales et internationales », ce qui peut s'exprimer plus simplement, comme le fait de proposer « le bon acte, pour le bon patient, au bon moment, au bon endroit ».

Ainsi, on voit que les termes de qualité, de pertinence et de sécurité, désignent des notions finalement très liées et interdépendantes, voire constituent des points de vue ou des portes d'entrée différents sur une même problématique. Il est ainsi difficile de concevoir une politique de qualité de soins qui ferait l'impasse sur la sécurité ou la pertinence, ou d'imaginer une action de sécurité des soins qui ne comprendrait pas une dimension de pertinence. Dans la suite de ce chapitre, on prendra acte de ce constat et on utilisera indifféremment le vocable qualité, pertinence et sécurité des soins (QPSS).

La non-pertinence est une problématique à plusieurs facettes

Dans le débat public, la pertinence est souvent abordée sous l'angle d'examens ou de traitements « inutiles », dont une moindre prescription pourrait permettre des économies plus ou moins importantes. Sans être nécessairement dangereuses, ces prescriptions de soins apportent un bénéfice très limité ou nul par rapport au coût qu'elles génèrent. L'exemple le plus emblématique en est la réalisation multiple du même examen de biologie, parce que le résultat de l'examen précédent n'est pas aisément disponible ou connu du prescripteur. Mais il ne s'agit là que d'une dimension de la pertinence, parmi les trois identifiées par l'*Institute of Medicine* : la sur-utilisation, la sous-utilisation et le mésusage.

On parle de mésusage lorsqu'un soin ou un traitement est prescrit ou réalisé dans des circonstances où le risque encouru excède le bénéfice attendu. Le mésusage est particulièrement important dans le domaine du médicament, où le non-respect des indications ou contre-indications peut altérer le rapport bénéfice-risque pour un patient donné, par exemple lorsqu'un patient se voit prescrire une molécule à laquelle il est allergique, ou encore lorsque la posologie prescrite n'est pas adaptée à sa situation. Le mésusage peut aussi résulter de l'action du

patient, qui ne respecterait pas les consignes de prescription, soit volontairement, soit plus fréquemment parce que l'information nécessaire à cette fin n'a pas été comprise ou ne lui a pas été correctement communiquée.

La sous-utilisation est un concept comparativement moins bien connu et étudié. Elle concerne des situations où des personnes n'ont pas accès à des soins ou des services pourtant utiles ou nécessaires pour répondre à leurs besoins [12]. La sous-utilisation peut résulter d'une absence de prescription par un médecin, comme de facteurs liés au patient (absence de droits ouverts, non-observance...) ou encore être la conséquence d'inégalités sociales ou géographiques d'accès aux soins. D'un point de vue économique, la sous-utilisation peut aboutir à court terme à des dépenses moins importantes, mais générer à plus long terme des dépenses plus importantes, du fait de l'évolution négative de l'état de santé du patient le conduisant à consommer des soins plus coûteux.

Lorsque l'on considère la pertinence sous l'angle d'un acte ou d'un examen unique, ces trois situations sont distinctes. En revanche, lorsqu'on l'approche sous l'angle d'un parcours de soins, c'est-à-dire de la succession d'un ensemble d'événements ou de prescriptions liés entre eux, leur combinaison est possible, par exemple lorsque la sous-consommation d'un examen diagnostique peut être associée à la sur-consommation d'une intervention chirurgicale. L'étude réalisée par l'Assurance Maladie sur le parcours de soins des patients opérés d'une affection des tendons de l'épaule montrait par exemple qu'en 2014, le taux de recours à cette intervention par département variait du simple au double alors que 36 % des patients opérés n'avaient réalisé avant l'intervention aucun de l'un des trois examens recommandés par la HAS³⁸. On voit ici que, pour un même parcours, des situations de sur- et de sous-consommation peuvent coexister et même s'enchaîner de façon causale.

Il est relativement aisé de définir la pertinence d'un point de vue théorique. En revanche, il est bien plus difficile de la distinguer en pratique courante, en dehors de quelques cas typiques évidents. L'essentiel du fonctionnement du système de santé se situe dans une « zone grise » du point de vue de la pertinence [13]. L'utilité et le risque liés aux traitements et interventions en santé se situent dans une forme de *continuum* où il n'est pas toujours facile de placer une frontière entre le soin pertinent et le soin qui ne l'est pas. Cela résulte d'au moins trois facteurs. Le premier est l'absence d'éléments de preuve scientifique pour une part importante de la pratique médicale ; le deuxième est le fait que la pertinence n'est souvent appréciable qu'en regard du contexte précis du patient ; le troisième est la prise en compte des préférences du patient dans la décision médicale (pour certaines interventions chirurgicales, par exemple, le choix d'une technique opératoire peut dépendre des souhaits du patient).

38 IRM, arthroscanner ou arthroIRM.

Les déterminants de la non-pertinence sont à la fois collectifs et individuels

Les deux derniers facteurs montrent bien qu'un acte ou un parcours n'est pas pertinent de manière absolue, mais relativement à des facteurs qu'il peut être difficile d'apprécier en dehors de la relation clinique et du colloque singulier médecin-malade. La pertinence, si elle a des conséquences sanitaires ou économiques collectives, demeure une notion où la part prise individuellement par chaque professionnel de santé et chaque patient joue un rôle prépondérant. En miroir, la non-pertinence repose beaucoup sur une somme de décisions cliniques individuelles ou d'équipes de soins et sa réduction passe nécessairement par une modification à grande échelle de ces décisions cliniques individuelles ou en équipe.

La connaissance des déterminants des décisions cliniques est donc un élément fondamental de toute action d'amélioration de la pertinence. Dans un travail de synthèse de la littérature publié en 2017, Saini identifie trois familles de déterminants : a) les connaissances et les biais individuels, b) les déterminants financiers et organisationnels et c) les relations individuelles et de pouvoir [14].

La première famille de déterminants renvoie naturellement à l'augmentation massive de la production de connaissances médicales et au raccourcissement des cycles d'innovation qui rendent très difficile le maintien à jour des connaissances. Mais Saini questionne aussi la façon dont les éléments de preuve scientifique sont perçus, et acceptés dans la pratique courante par les professionnels. Ainsi, il peut exister une tendance intuitive à donner à la nouveauté, ou à ce qui est plus cher, une plus forte valeur et favorisant leur adoption au-delà des éléments démontrés. De même, lorsqu'un professionnel perçoit un écart entre sa pratique clinique et les recommandations, il peut être plus volontiers spontanément amené à remettre en cause ces dernières plutôt que sa propre pratique. Il existe par ailleurs des biais dans la stratégie de décision qui peuvent conduire différents praticiens, en fonction de leur spécialité ou de leur expérience à envisager des diagnostics ou mettre en œuvre des stratégies thérapeutiques différentes devant une situation clinique identique. La décision médicale ne se résume ainsi pas à la mise en application mécanique de recommandations de bonne pratique, mais à les adapter au cas de chaque patient dans des circonstances parfois très différentes.

La deuxième famille de déterminants, portant sur les aspects financiers et organisationnels est très souvent considérée comme un facteur majeur de non-performance. Dès 1910, Georges Bernard Shaw pointait le lien entre le paiement à l'acte en chirurgie et la réalisation d'interventions inutiles³⁹. S'il est possible de montrer dans certains cas de manière théorique et empirique le lien entre l'intérêt financier d'un professionnel et sa pratique [15], ou de suspecter l'existence d'une activité induite par l'offre, comme l'ont montré plusieurs études de

la Cnam sur les masseurs-kinésithérapeutes ou les infirmiers libéraux, il convient de ne pas simplifier cette relation à l'excès. Ce qui est vrai à un niveau collectif ne l'est pas forcément de manière systématique à un niveau individuel. Ainsi, il n'est pas évident que ce soit dans l'activité des praticiens qui produisent le plus haut volume d'un acte donné qu'on retrouve le plus de non-pertinence. Par ailleurs, le succès variable des diverses modalités d'intéressement à la qualité ou la pertinence (voir chapitre financement) montre qu'il s'agit d'un déterminant utile mais pas nécessairement le seul. Les facteurs organisationnels peuvent aussi jouer un rôle, par exemple lorsque l'impossibilité de réaliser un examen complémentaire conduit à réaliser un autre examen moins pertinent ou à ne pas respecter les bonnes pratiques. L'étude faite par la Cnam sur l'initiation des traitements antiépileptiques montre que, dans près d'un quart des cas, cette initiation était faite sans que l'on puisse retrouver autour de cette initiation de trace de la réalisation d'un électroencéphalogramme (EEG) et d'une consultation de neurologue, pourtant nécessaires selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). L'analyse de l'offre de soins de neurologie libérale a montré que cette pratique résultait certainement plus d'une grande difficulté, voire d'une impossibilité d'accès à ces deux éléments plutôt que d'une prescription inappropriée par elle-même.

La dernière famille de déterminants, celle des relations de pouvoirs et individuelles est la plus complexe à analyser. On retrouve derrière cette idée, la relation clinique à double sens entre un médecin et un patient, dont la nature et la qualité peuvent influencer sur la pertinence de la prescription qu'il s'agisse d'une « pression », réelle ou ressentie, de la part du patient pour pousser le médecin à une prescription inappropriée ou, à l'inverse, d'une insuffisante prise en compte des attentes du patient. On retrouve également les relations au sein du corps médical, entre les leaders d'opinion et les autres acteurs d'une spécialité ou entre différentes spécialités. L'existence de différentes écoles peut peser sur la définition de la pertinence. Enfin, les relations entre les industries de santé et les professionnels de santé jouent également un rôle certain, quoique difficile à quantifier.

Si ces grands déterminants fournissent des clés de lecture intéressantes pour comprendre les mécanismes généraux de la QPSS, ils se déclinent cependant de manière très diverse d'une situation à l'autre, d'un praticien à l'autre et d'une prescription à l'autre. La construction d'actions d'amélioration efficaces doit nécessairement s'appuyer sur le cadre ainsi dessiné, mais ne doit pas faire l'économie d'une compréhension plus fine pour chaque situation particulière considérée.

39 « That any sane nation, having observed that you could provide for the supply of bread by giving bakers a pecuniary interest in baking for you, should go on to give a surgeon a pecuniary interest in cutting off your leg, is enough to make one despair of political humanity. But that is precisely what we have done. And the more appalling the mutilation, the more the mutilator is paid. »

Les actions et politiques de réduction de la non-pertinence : qu'est-ce qui marche ou non ?

Perspective internationale

Un des constats majeurs des expériences internationales en matière d'amélioration de la QPSS est qu'il n'existe, à l'évidence, aucune solution « magique » qui permettrait de résoudre de façon simple le problème. Seul un ensemble d'actions multiples, concertées, impliquant l'ensemble des acteurs semble à même de donner des résultats tangibles [16]. Devant la diversité des sujets d'action et des moyens existants, il est difficile d'isoler de manière certaine un « panier » minimal d'action indispensable ou particulièrement efficace. Il apparaît cependant clairement que les outils numériques et l'implication du patient sont désormais indispensables à ces approches.

Les référentiels de bonnes pratiques cliniques ou recommandations sont un outil important des actions de pertinence en France ou à l'étranger. Pour autant, leur simple existence et leur mise à disposition semblent à elles seules insuffisantes pour en garantir la mise en œuvre. La stratégie de diffusion et plus spécifiquement de leur intégration dans un contexte d'exercice clinique constitue un déterminant essentiel de leur adoption. Il n'existe malheureusement que très peu d'études permettant d'identifier de manière certaine des modalités plus particulièrement efficaces [17], même si les outils numériques semblent être appelés à jouer un rôle utile dans ce cadre [18].

Les actions de « formation » des professionnels, visant à influencer sur leurs pratiques en actualisant leurs connaissances ont, en fonction de leurs modalités, des résultats variables, souvent modérés [19]. L'efficacité des actions d'information est d'autant plus grande que les modalités en sont interactives, couplées à d'autres interventions et s'inscrivent dans la durée (par opposition à des actions ponctuelles).

Certains outils d'aide à la décision clinique semblent pouvoir jouer un rôle dans l'amélioration des pratiques, par exemple sur les tests de laboratoire ou pour les prescriptions de médicaments où des expérimentations ont obtenu des résultats probants quoique modérés. L'informatisation de ces outils et leur intégration dans les logiciels cliniques est un facteur susceptible de favoriser leur adoption et leur efficacité.

La plupart des outils décrits ci-dessus sont des outils génériques, qui sont déclinés et mis en œuvre par pathologie ou type de prescription isolément les uns des autres. Le concept d'interventions « sur mesure » a été développé pour construire des interventions qui combinent plusieurs de ces modalités (par exemple de la formation, des recommandations et des outils d'aide à la décision) d'une manière volontairement coordonnée et ainsi potentialiser leurs effets. Il s'agit d'une approche prometteuse, bien que trop récente pour que les résultats puissent encore en être évalués.

De nombreuses modalités d'action impliquent également les patients dans l'amélioration de la pertinence, comme par exemple la prise en compte de l'expérience du patient. Les résultats de ces actions semblent cependant dépendre des modalités selon lesquelles le retour du patient est restitué aux professionnels. « *Choosing wisely* » est une campagne internationale initiée en 2012 par une fondation américaine en partenariat avec plusieurs sociétés savantes. Son objectif est de promouvoir la pertinence en favorisant le dialogue entre le médecin et son patient autour du choix des soins les plus appropriés. Afin d'outiller ce dialogue, un ensemble de recommandations produites par les sociétés savantes partenaires ainsi que des outils adaptés aux patients ont été conçus et largement diffusés. Cette campagne a suscité un engouement certain et joui d'une visibilité importante, même si les évaluations disponibles sont limitées et renvoient une image mitigée, comme le montre une évaluation réalisée en 2014 et en 2017 par entretien téléphonique auprès de 600 médecins américains tirés au sort [21]. Les répondants qui étaient informés de la campagne en avaient une perception positive (plus de 90 %), considérant les outils fournis comme utiles pour les médecins et pour les patients. La proportion de médecins qui étaient informés de la campagne était cependant limitée (25 % spontanément) et avait surtout assez peu évolué entre 2014 et 2017, marquant une forme de stagnation de la campagne. Cette évaluation doit être prise avec recul, son taux de réponse étant très faible (13 % en 2014, 5,5 % en 2017). S'il existe des arguments pour défendre l'intérêt de ce type d'actions, sa principale difficulté est sa capacité à aller toucher de façon durable un public allant au-delà du cercle des acteurs intrinsèquement motivés par l'amélioration de la pertinence.

Perspective française

Les modalités d'action de l'Assurance Maladie

Depuis de nombreuses années, dans le cadre de ses actions de gestion du risque, l'Assurance Maladie mène à destination des professionnels, des assurés et – pour les risques professionnels – des employeurs, des actions dont beaucoup visent à améliorer la QPSS des soins ou des prescriptions. À la lumière de l'expérience de ces démarches, qu'elles aient été ou non couronnées de succès, il est possible d'identifier les conditions à réunir pour se placer dans des circonstances d'efficacité maximales.

Pour beaucoup, les actions d'amélioration de la pertinence reposent sur une double modalité d'action : d'une part, des actions d'information et de formation, d'autre part des approches coercitives. Les actions d'information et de formation se traduisent par la production de documents, remis aux professionnels et, dans certains cas, aux patients, sur divers supports, papier ou de plus en plus souvent dématérialisés. Dans un contexte où de nouvelles molécules arrivent de manière continue sur le marché et où leur place dans les stratégies thérapeutiques évolue rapidement, ces actions ont une utilité réelle. Cependant, l'expérience des actions menées par l'Assurance Maladie montre qu'elles suffisent rarement à produire seules des effets à grande échelle.

Les approches coercitives peuvent se traduire par des actions comme une mise sous objectif d'un professionnel ou d'une structure, ou la mise sous autorisation préalable de certains médicaments ou de certains types de prises en charge (comme pour la chirurgie, au profit des prises en charge ambulatoires). Il s'agit d'actions efficaces, reposant cependant sur des modalités lourdes, qui nécessitent pour être pertinents des mesures de contrôle coûteuses que l'on ne peut réserver qu'à des situations où la non-pertinence est flagrante et aisément identifiable. Ainsi, une campagne de mise sous autorisation préalable ciblant des établissements ayant un recours anormalement bas à la chirurgie ambulatoire a été mise en œuvre. Dans le domaine du médicament, une procédure de demande d'accord préalable (DAP) a été instituée pour la prescription de la Rosuvastatine. Cette statine, plus coûteuse mais sans bénéfice clinique supplémentaire par rapport à ses concurrents était trop largement prescrite en France par rapport à ses indications théoriques. Comme on l'a vu plus haut, ces situations sont loin de constituer la norme. Il est ainsi difficilement envisageable de faire reposer l'essentiel d'une politique d'amélioration de la QPSS sur ce seul levier.

Une évolution vers un travail plus partenarial avec les professionnels et leurs représentants

Les constats qu'amène à formuler le retour d'expérience des actions menées par l'Assurance Maladie en la matière l'ont d'ores et déjà conduite à faire évoluer ses pratiques, par exemple en recourant davantage à des supports d'information ou d'aide à la décision plus modernes (projet EBMpracticenet, datavisation en chirurgie ambulatoire, voir page 203), ou en développant une approche plus personnalisée de la relation de son réseau avec les professionnels de santé, particulièrement les médecins, à travers des plans personnalisés d'accompagnement. Une autre évolution a consisté à travailler de manière plus étroite avec des institutions professionnelles pour construire et porter des actions de QPSS, comme par exemple avec l'Association française de chirurgie ambulatoire (Afca) ou la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar).

Compte tenu de ces éléments, l'Assurance Maladie a proposé d'inscrire ces actions dans un cadre nouveau, en tirant parti des enseignements précédents. Ce cadre repose sur les pré-supposés suivants :

- en premier lieu, comme le montre l'analyse de la littérature internationale (page 123), les actions d'amélioration de la pertinence sont des actions complexes, dont les objectifs doivent être fixés avec réalisme, tant en termes de délais que d'impact sanitaire ou économique ;
- les actions les plus efficaces sont celles qui conjuguent plusieurs modalités d'action et qui ne reposent pas sur une solution « miracle » unique ;
- la modification des pratiques induite par l'amélioration de la pertinence peut se traduire par une modification de l'organisation d'une structure ou la remise en cause de la perception qu'un professionnel a de son exercice et nécessiter un appui méthodologique ou technique ;
- les actions de pertinence peuvent être vécues comme des ingérences illégitimes du payeur dans la pratique des professionnels motivées par des considérations purement

économiques, masquées derrière des objectifs de qualité. À ce titre, la construction des actions et leur portage par des pairs est un facteur de succès important ;

- la production de données chiffrées donnant une image de la pratique de chaque professionnel est un facteur déterminant de ces démarches, ainsi qu'un outil d'évaluation de leurs succès et de leurs échecs. L'association des professionnels et de leurs représentants est indispensable à chaque étape de la sélection, comme la définition et l'élaboration des indicateurs qui seront utilisés dans ce cadre ;

- enfin, l'amélioration de la pertinence, si elle constitue une économie pour la collectivité, peut se traduire pour un professionnel ou une structure de santé par la diminution de son activité et donc de ses revenus et ainsi constituer un motif d'opposition à l'action, implicite ou explicite. L'impact financier pour les acteurs doit donc être anticipé et évalué a priori. L'action doit tenir compte de cette dimension et prévoir une forme de valorisation des acteurs professionnels, par exemple à travers un partage des gains, un redéploiement d'activité au profit d'activités plus pertinentes ou encore la mise en avant de gains sur l'organisation ou les conditions de travail.

L'exemple du programme national sur la lombalgie

Présenté dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2017 et lancé à l'automne de cette même année, le programme national sur la lombalgie illustre tout l'intérêt de cette approche.

L'objectif de ce programme est de limiter le risque de chronicisation dans la lombalgie commune au travers d'un faisceau d'actions visant à améliorer le parcours de soins des patients lombalgiques et à prévenir la désinsertion sociale et professionnelle.

Le programme a été conçu en partenariat avec un groupe de travail pluridisciplinaire rassemblant des représentants du Collège de la médecine générale (CMG), de la Société française de rhumatologie (SFR), de la Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer), de la Société française de médecine du travail (SFMT) et du Collège de la masso-kinésithérapie (CMK).

Sur la base des recommandations médicales internationales et européennes, les travaux du groupe ont fait émerger les points clés de la prise en charge de la lombalgie commune, et notamment l'élimination des « drapeaux rouges », la recherche des indicateurs psychosociaux et la promotion de l'activité physique en tant que vecteur de guérison et de prévention de la chronicisation de la lombalgie et des rechutes.

En appui de ce programme, un accord a été conclu en avril 2018 entre la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) et l'Assurance Maladie. Cet accord prévoit une démarche partenariale d'amélioration de la pertinence des examens d'imagerie, visant à réduire les examens peu pertinents ou inutiles, notamment ceux réalisés pour des lombalgies communes. L'accord comprend également des mesures tarifaires, qui doivent permettre d'économiser 207,1 millions d'euros sur trois ans.

► ENCADRÉ 24

Actions menées dans le cadre du programme national sur la lombalgie

En 2017, trois chantiers ont rythmé l'année :

– le déploiement d'une campagne d'accompagnement auprès des médecins généralistes par les délégués de l'Assurance Maladie, s'appuyant sur la diffusion d'une brochure à destination de leurs patients élaborée avec l'Association française de lutte antirhumatismale (Aflar) et d'un livret à destination des professionnels de santé. Ce dernier document, validé par la HAS, reprend les différentes recommandations et décrit les phases de la prise en charge. La fiche repère « Arrêt de travail pour lombalgie » a également été actualisée en cohérence ;

– le lancement de la campagne de communication « *Mal de dos ? Le bon traitement, c'est le mouvement.* » à destination du grand public. Initiée en novembre 2017 à la télévision, en affichage et sur le web, réitérée au printemps 2018 sur les mêmes canaux, cette campagne a pour objectifs de lutter contre les principales idées reçues sur la lombalgie et d'installer de nouveaux comportements, en particulier le maintien ou le retour rapide à l'activité physique dès que possible ;

– la mise à disposition de l'application mobile Activ'Dos. Disponible gratuitement, Activ'Dos propose à toute personne qui veut prendre soin de son dos au quotidien, une série d'exercices et de l'information sur la lombalgie.

Au global, 53 000 praticiens ont été visités et l'appli Activ'Dos a été téléchargée plus de 200 000 fois. À moins d'un an du lancement du programme national, les premiers résultats sont encourageants : le suivi des indicateurs d'opinion montre une évolution significative en cohérence avec les messages portés.

En 2018, le lancement d'un volet spécifique à destination des entreprises est programmé en parallèle de la poursuite des actions à destination des professionnels de santé et du grand public. Mené conjointement par la branche Maladie et la branche Risques professionnels dans une double approche santé et santé au travail, le volet entreprises a pour objectifs de sensibiliser les employeurs à l'enjeu de la lombalgie et de les orienter vers les démarches de prévention primaire (réduire le risque lombalgie) et secondaire (favoriser le maintien en emploi ou la

reprise d'activité des salariés souffrant de lombalgie).

Élaborée en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés (Institut national de recherche et de sécurité – INRS –, Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics – OPPBTP –, fédérations professionnelles, services de santé au travail...), l'action cible plus particulièrement les secteurs sinistrogènes : bâtiment, transport et logistique, gestion des déchets, aide et soins à la personne. Ce volet sera déployé auprès des employeurs en novembre 2018 (campagne d'achat d'espace et kit de communication) puis sera étendu aux salariés en 2019.

Des actions spécifiques à destination des professionnels de santé (médecins généralistes, médecins du travail, services de santé au travail...) sont également prévues : elles visent à favoriser la coordination entre les acteurs, à promouvoir dans ce cadre les conseillers service Assurance Maladie et à faciliter la reprise de l'activité professionnelle aussi tôt que possible.

Les travaux en cours avec la Société française de cardiologie et la Société française de rhumatologie

Cette démarche construite sur la base d'un travail partenarial avec les sociétés savantes s'est prolongée en 2018 par l'engagement de travaux plus structurés avec deux conseils nationaux professionnels (CNP)⁴⁰, celui des cardiologues et celui des rhumatologues, autour des parcours pour la prise en charge de patients atteints d'insuffisance cardiaque, d'une part, et, d'autre part, atteints d'ostéoporose. Ce travail a été mené en collaboration avec le Collège de la médecine générale ainsi que d'autres CNP et professionnels de santé concernés.

Là aussi, la démarche qui sous-tend la méthode de travail se fonde sur un engagement premier des professionnels de santé impliqués à construire un guide de prise en charge dont ils seront ensuite les promoteurs et les utilisateurs auprès des patients dans la double perspective d'une amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise collective des dépenses.

La consigne a consisté à élaborer des parcours de soins, simples et complets, à partir de situations cliniques concrètes, s'intéressant aux aspects ambulatoires et hospitaliers de la prise en charge, en dégageant à chaque étape (prévention, diagnostic, traitement et suivi) les éléments d'une pratique pertinente et de qualité en indiquant ce qu'il convient de proposer et en identifiant les conduites à éviter.

Dans le même temps, les professionnels se sont attachés à la définition d'indicateurs du parcours de soins aisément accessibles en permettant le suivi et l'évaluation de mesures d'amélioration proposées.

Les productions de ces premiers parcours sont en cours de finalisation et doivent aboutir à des propositions pratiques sur des points spécifiques propres à chacune des deux affections choisies.

⁴⁰ Les conseils nationaux professionnels (CNP) sont les instances représentatives des spécialités médicales. Il n'en existe qu'un seul par spécialité. Ils représentent de manière paritaire l'ensemble des modes d'exercice de la spécialité, hospitalier ou libéral, universitaire ou non. Le regroupement de l'ensemble des CNP constitue la Fédération des spécialités médicales.

Cette démarche devrait se poursuivre sur d'autres sujets et se compléter par une réflexion sur la méthode de déclinaison des parcours proposés afin d'en assurer l'appropriation, l'application et une évaluation de la mise en œuvre dans les pratiques.

3.2.2 / Les indicateurs de qualité pertinence et sécurité des soins : pour une approche renouvelée

La mesure de la qualité ou de la pertinence des soins est un prérequis à toute politique qui ambitionne de les améliorer. Elle est, en effet, indispensable pour poser un diagnostic sur le niveau de qualité d'une organisation de soins ou d'un système de santé, pour en identifier les points d'amélioration et, enfin, pour suivre l'évolution et l'efficacité des mesures mises en place pour y remédier. On résume souvent la question de la mesure à celle du simple choix des « bons » indicateurs. Il s'agit en réalité d'une problématique beaucoup plus complexe couvrant un grand nombre de dimensions : quel est l'usage que l'on souhaite faire des indicateurs ? Quel accompagnement offre-t-on aux acteurs ? Quelles méthodes statistiques utiliser ? Quelles sources de données retenir ? Quel système d'information développer ?

Le recours aux indicateurs, parfois décrié, n'est pas si incongru que cela dans le domaine de la santé. En fait, la pratique quotidienne de la médecine repose largement et depuis longtemps sur l'utilisation d'indicateurs, par exemple en biologie médicale. À partir d'un échantillon sanguin, l'examen de biologie médicale produit un résultat chiffré dont la valeur, interprétée relativement à une norme, mais également à l'ensemble des données cliniques et paracliniques disponibles, permet d'orienter un diagnostic ou une décision thérapeutique. Cette interprétation est possible grâce à la connaissance des processus biologiques décrits par l'indicateur et de leur variabilité dans la population.

L'utilisation de cette comparaison permet de considérer le sujet des indicateurs de QPSS sous lumière différente. L'indicateur est bien un moyen et non une finalité et il s'intègre à un processus de décision ou d'exploration complexe dont il ne peut être le seul déterminant. Sa validité repose non seulement sur des critères méthodologiques et métrologiques, mais aussi sur une compréhension des processus et des mécanismes qu'il est censé décrire. En d'autres termes, sans compréhension des mécanismes « physiopathologiques » des organisations, la mesure d'un indicateur peut s'avérer assez vaine.

La France est aujourd'hui dans une situation paradoxale. Alors qu'elle dispose de sources d'information très riches, comme le SNDS, et qu'est produite une quantité importante d'indicateurs à des fins diverses, elle semble accuser un retard important par rapport à d'autres pays, qui ont adopté des politiques plus volontaristes en matière d'indicateurs de qualité ou de résultats de soins.

Cette situation soulève deux réflexions. La première est celle de l'usage qui doit être fait des indicateurs et la seconde, des modalités de comblement de ce retard.

Diversifier les usages des indicateurs au service de démarches d'amélioration des pratiques

Les différentes finalités de la mesure d'indicateurs

Les finalités de la mesure d'un indicateur sont multiples, allant de l'évaluation à la valorisation de résultats, au financement, en passant par des démarches plus analytiques, comme l'apprentissage ou l'amélioration des processus. L'usage que l'on fait d'un indicateur n'est pas neutre sur les choix méthodologiques qui président à son calcul et à ses modalités de diffusion. Il influe sur la question à laquelle l'indicateur est censé répondre, sur ce que l'indicateur mesure réellement et sur les valeurs de référence auxquelles on le compare [22]. Ainsi, il convient de replacer les démarches de mesure d'indicateurs de QPSS dans la perspective de leur usage.

Dans le domaine de la santé, la mesure d'indicateurs s'envisage dans trois types de circonstances : la recherche, la régulation et l'amélioration des pratiques [23]. À chacun de ces usages correspondent des modalités très différentes de conception et de recueil. L'une des différences principales porte sur le niveau d'exigence métrologique attendu de la mesure des indicateurs.

Dans le domaine de la recherche, cette exigence est maximale, l'objectif de la mesure est d'apporter une preuve à caractère scientifique, la moins contestable et la moins biaisée possible, avec de très fortes contraintes sur la collecte et le calcul des indicateurs.

L'utilisation d'un indicateur dans le domaine de la régulation se traduit souvent par deux usages principaux : la mise à disposition publique et la tarification (ou *a minima* la reddition de comptes). La contrainte méthodologique est moins forte que pour la recherche, mais elle demeure élevée, dans la mesure où les conséquences pour les patients ou les offreurs de soins sont potentiellement importantes. Cette utilisation nécessite de s'appuyer sur des indicateurs reproductibles et le moins dépendant du contexte possible.

Les démarches d'amélioration des pratiques introduisent un nouvel usage de l'indicateur, en tant qu'outil de description et de compréhension des processus organisationnels, des parcours ou des pratiques et en tant qu'instrument d'une démarche. La réactivité de la production de l'indicateur et ses possibilités d'utilisation en pratique courante viennent alors modérer l'exigence métrologique. Contrairement aux deux usages précédents, ces mesures n'ont pas vocation à être partagées en dehors de l'organisation qu'elles concernent.

On peut illustrer cette diversité par deux exemples concrets : la diffusion publique d'indicateurs et l'outillage de démarches qualité.

La diffusion publique d'indicateurs de qualité**Quels sont les objectifs et les pratiques de la diffusion publique d'indicateurs de qualité ?**

La diffusion publique de données relatives à l'activité, la performance et les résultats des établissements et professionnels de santé ont connu une véritable explosion ces deux dernières décennies. La quasi-totalité des pays de l'OCDE a mis en place des systèmes de recueil et de diffusion d'une information sur la qualité des prestataires à destination des patients, usagers ou citoyens.

La diffusion publique de l'information sur la qualité répond à deux objectifs. D'une part, une exigence de transparence et de démocratie sanitaire, d'autre part, une volonté d'introduire un mécanisme de marché visant à renforcer l'efficacité et l'efficience du système de santé, en éclairant le choix des patients.

Il existe un foisonnement de dispositifs de diffusion publique d'indicateurs de qualité en Europe, certains portés par les pouvoirs publics, d'autres résultant d'initiatives privées comme les publications de classements d'établissements dans les médias. Dans nombre de pays, les pouvoirs publics ont rendu obligatoire la production d'informations sur la qualité et organisent sa diffusion dans une logique de reddition de comptes. C'est particulièrement vrai de l'Angleterre ou des pays nordiques.

Les dispositifs de diffusion sont extrêmement disparates et se différencient sur de nombreux points : les secteurs concernés par la diffusion publique, le choix des indicateurs et des dimensions de la qualité, le choix de simplifier ou non les pré-

sentations, la possibilité *via* des sites interactifs de comparer les résultats des établissements ou des professionnels spécifiques, etc. (tableau 24).

Quels sont les impacts de la diffusion publique sur les systèmes de santé ?

L'évaluation des dispositifs ou des politiques de diffusion publique n'est pas simple dans la mesure où il peut être difficile d'isoler les effets de la diffusion publique de celui d'autres dispositifs d'amélioration de la qualité. Plusieurs « revues de revues » de littérature récentes convergent sur des constats partagés.

Bien que les usagers revendiquent leur souhait et leur droit de disposer d'une information sur la qualité et les performances des prestataires de soins, leurs principales sources d'information pour choisir un hôpital ou un professionnel reste leur médecin traitant et leurs proches. En outre, des études ont montré que même lorsque les usagers connaissent les dispositifs de diffusion publique, ils évitent rarement les professionnels ou établissements les moins bien évalués.

Si la diffusion publique n'a clairement pas d'effet sur les choix des usagers, plusieurs études américaines semblent en revanche montrer un impact sur l'attitude des professionnels. Une méta-analyse récente conclut à un effet positif de la diffusion publique [26].

Pour autant, des travaux ont aussi montré de possibles effets non souhaitables de la diffusion publique, également constatés dans d'autres secteurs que la santé (notamment effets dits de

► **TABLEAU 24****Vue générale des informations diffusées publiquement dans onze pays**

	Australia	Canada	England	France	Germany	Netherlands	New Zealand	Norway	Sweden	Switzerland	United States
Rating for overall quality and safety											
Each major hospital	No	No	Yes	No	No	No	No	No	No	No	No
Each GB surgery	No	No	Yes	No	No	No	No	No	No	No	No
Each provider of residential (long-term) care	No	No	Yes	No	Yes	No	No	No	No	No	Yes
Each provider of domiciliary care	No	No	Yes	No	Yes	No	No	No	No	No	No
Rating of outcomes of individual professionals											
Hospital specialists	No	No	Yes	No	No	No	No	No	No	No	No
GPs	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Waiting times for hospital treatment											
Each major hospital	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes
Patient experience at the level of hospitals or GP practices											
Each major hospital	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes
Each GP surgery	No	No	Yes	No	No	Yes	No	No	Yes	No	No

Source : Rechel et al [24]

tunnel, de myopie, de sélection, de gaming...), en particulier lorsque la diffusion publique se fonde sur des indicateurs de mortalité comme mesure principale.

L'utilisation des indicateurs dans des démarches d'amélioration de la qualité : la démarche des groupes qualité en médecine de ville

Contexte et historique

Du fait d'une technicité plus importante et d'un niveau de risque *a priori* plus élevé, les soins hospitaliers ont fait l'objet de beaucoup plus d'études que les soins de ville, en particulier en médecine générale. De même, les démarches d'amélioration de la qualité et la mise en place de structures pour les outiller ont été beaucoup plus soutenues dans les établissements de santé qu'en ville.

Une telle focalisation n'est pas satisfaisante à plusieurs titres. Il faut d'abord rappeler que bien que le niveau de risque intrinsèquement associé à la pratique de médecine générale soit naturellement moins élevé que pour des activités techniques comme la réanimation ou la chirurgie, il n'est pas nul et mérite donc d'être pris en compte. Par ailleurs, de nombreuses problématiques de qualité ou de pertinence hospitalières peuvent trouver leur origine en ville. Enfin, la notion de parcours de soins, qui incite à faire tomber les barrières entre la ville et l'hôpital, doit s'accompagner d'une approche également décloisonnée au niveau des démarches de qualité et de pertinence.

Il est cependant faux d'affirmer que la médecine générale est une « zone blanche » en termes de démarches de qualité et de pertinence des soins. Une démarche en particulier, celle des groupes qualité, a permis de mettre en place des actions d'amélioration de la qualité et de la pertinence dans un contexte de médecine générale en ville.

Les groupes qualité sont des démarches collectives en médecine de ville, constituées de médecins généralistes volontaires d'une même zone géographique, désireux d'échanger et de réfléchir à leurs pratiques professionnelles. Les premiers groupes qualité ont été initiés en Bretagne en 2001 dans le cadre d'un partenariat entre les représentants des professionnels de santé : Unions régionales des médecins libéraux (URML) et de l'Assurance Maladie (Urcam). La démarche est aujourd'hui présente dans six autres régions : Normandie, Centre-Val de Loire, Hauts de France, Pays de la Loire, Paca et Guadeloupe. D'après l'Association de l'amélioration des pratiques et de l'information médicale (Apimed), 144 groupes qualité existaient en 2017, répartis dans ces sept régions, pour un total de 1 540 médecins concernés, les deux régions ayant les plus forts contingents étant la Bretagne et la Normandie, avec respectivement 39 groupes concernant 400 médecins et 426 médecins en 2018. Autour de ces groupes locaux est mis en place un partenariat régional, réunissant l'Union régionale des professionnels de santé médecins (URPS médecins généralistes), l'Assurance Maladie, l'association Apimed et l'agence régionale de santé.

Objectifs et organisation

La démarche des groupes qualité poursuit quatre objectifs principaux : favoriser la concertation sur la pertinence des actes et des soins, responsabiliser les médecins participants, organiser les médecins d'une même zone et valoriser le rôle de médecin dans le système de soins. D'un point de vue organisationnel, chaque groupe qualité répond à quatre principes : il doit être composé de 10 à 15 médecins, son fonctionnement est assuré par un médecin animateur, il travaille sur un nombre réduit de thèmes communs (**tableau 25**), entre 6 et 10 par an et il fonctionne sur la base d'un retour d'information chiffré sur les pratiques des médecins participants permettant de les évaluer à la lumière de différents points de comparaison. Ce dernier point est particulièrement important, parce qu'il permet de baser les réflexions et les échanges du groupe sur des données objectivées en vie réelle, et pas simplement sur un retour qualitatif perçu par les médecins. Il permet également de suivre les actions d'amélioration décidées, d'évaluer leur impact et, le cas échéant, de les corriger.

Lorsqu'un groupe qualité travaille sur une thématique, il dispose d'un dossier qui y est consacré, compilant articles médicaux, synthèse de littérature et recommandations de bonnes pratiques. Il dispose aussi d'un « profil » d'indicateurs décrivant de manière chiffrée la pratique des médecins participants, spécifiques à la thématique en question.

L'Assurance Maladie a longtemps soutenu ces groupes en finançant la participation des médecins (en couvrant la perte de revenu liée à la perte d'honoraires pendant les groupes ; depuis la création du Fonds d'intervention régional – FIR –, le financement a basculé sur ce dernier) et par la fourniture des données permettant le retour d'information, à partir des bases de données de remboursement. Il s'agit de ce point de vue d'une démarche assez singulière, par rapport aux actions de maîtrise médicalisée classiquement menée par l'Assurance Maladie vis-à-vis de ces professionnels.

► TABLEAU 25

Exemples de thématiques validées par le comité de pilotage régional des groupes qualité dans deux régions

Mois	Thème
Région Bretagne 2013	
Janvier	La migraine
Février	Thème libre
Mars	Les effets indésirables de la chimiothérapie
Avril	Restitution des profils et thème libre
Mai	La prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement de la personne âgée en Ehpad
Juin	Dépistage précoce et intervention brève en addictologie
Septembre	La chirurgie ambulatoire
Octobre	Thème libre
Novembre	Les troubles du sommeil, place des hypnotiques
Décembre	Bilan du fonctionnement des groupes qualité, les attentes
Région Pays de la Loire 2017	
Janvier	Quand prescrire une électrophorèse des protides, comment l'interpréter ?
Février	Insuffisance rénale chronique : évaluer, prévenir son aggravation, quand adresser au néphrologue ?
Avril	La consultation de l'adolescent : les bonnes questions à poser !
Mai	L'ostéoporose en 2016 : dépistage et traitement - Thème DPC
Octobre	Certificats médicaux : attention aux pièges
Novembre	Les régimes « sans » (gluten, lactose, protéine animale, etc.) : « pas assez d'infos et beaucoup d'intox »

Sources : URPS Bretagne [27] et URPS-ML Pays de la Loire

Évaluation de l'impact des groupes qualité

Les groupes qualité visant explicitement une modification des pratiques médicales, l'évaluation de leur impact doit se faire à travers une analyse des volumes et de la nature des prescriptions des médecins participants par rapport à un groupe témoin. Une telle évaluation pose deux difficultés. D'une part, la construction d'un groupe de comparaison pertinent et, d'autre part, le choix d'indicateurs pour une grande diversité de thèmes abordés. Il faudrait théoriquement étudier pour chacun des groupes l'impact sur l'ensemble des indicateurs spécifiques, ce qui rendrait l'évaluation difficilement lisible.

Bretagne

La région Bretagne a choisi de mener une évaluation, publiée en 2015, basée sur l'analyse de 11 indicateurs (dix indicateurs de qualité des pratiques et un indicateur de dépenses) issus du profil générique produit pour l'ensemble des médecins participants (**tableau 26**). Cette approche repose sur l'hypothèse que le groupe qualité ne produit pas d'amélioration des pratiques seulement sur les thématiques étudiées, mais également sur l'ensemble de la pratique des médecins participants. Elle présente l'avantage de proposer des résultats statistiquement plus robustes.

► TABLEAU 26

Indicateurs d'évaluation retenus pour la démarche qualité en Bretagne [27]

Indicateur	Définition
Polymédication	Pourcentage de patients de plus de 65 ans polymédiqués
Iatrogénie	Pourcentage de patients de 65 ans et plus ayant eu une prescription de benzodiazépines à demi-vie longue
Antalgiques / AINS ^(a)	Pourcentage de paracétamol parmi les patients de plus de 15 ans ayant eu une prescription d'antalgiques (paracétamol / AINS)
Médicaments à visée gastrique (deux indicateurs)	Pourcentage de patients ayant eu une prescription d'inhibiteur de la pompe à protons (IPP) associée à un AINS, chez les moins de 65 ans (indicateur 1), chez les plus de 65 ans (indicateur 2)
Antibiothérapie	Pourcentage de patients de moins de 15 ans ayant eu une prescription d'antibiotique
Hypertension artérielle	Pourcentage d'IEC chez les patients ayant un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) et/ou un sartan
Prise en charge des patients asthmatiques	Pourcentage de corticostéroïdes inhalés seuls parmi les patients asthmatiques bénéficiant d'un traitement de fond (CSI ou Béta-2 longue durée)
Prise en charge du diabète de type 2 (indicateur calculé uniquement sur un semestre)	Pourcentage de patients diabétiques de type 2 ayant bénéficié de trois dosages au moins de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) sur les 12 derniers mois (quelle que soit la spécialité du prescripteur)
Cystite aiguë simple de la femme jeune sans facteur de risque	Pourcentage de patientes ayant eu un examen cyto bactériologique des urines (ECBU) dans l'intervalle de 2 jours suivant la prescription d'un traitement court ou monodose
Montant moyen des prescriptions de pharmacie par patient	

(a) AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Sources : URPS Bretagne [27]

Un score composite était calculé, où chaque indicateur était coté sur 150 points, à l'exception de l'indicateur économique coté sur 300 points. Le score maximal atteignable par un médecin était de 1 800 points. Pour chaque indicateur, le niveau de l'indicateur était coté sur 100 points, son évolution sur 50. Les points étaient attribués en fonction de la position du médecin concerné par rapport aux autres médecins de la région, répartis par quintiles.

L'évaluation portait sur l'évolution des pratiques constatées du 01/08/2013 au 31/07/2014 à une période de référence du 01/08/2012 au 31/07/2013, une première évaluation avait été faite comparant l'année 2011 à l'année 2010 avec la même méthode. Les pratiques des médecins participant aux groupes qualité (334 au total) étaient comparées à celles de médecins bretons non participants (2 200 environ).

► TABLEAU 27

**Score synthétique moyen pour l'ensemble des médecins participant aux groupes qualité (GQ)
et aux groupes témoins (GT)**

	Évaluation 2 (2013-14 versus 2012-13) [27]				Évaluation 1 (2011 versus 2010) [28]			
	Médecins GQ	Médecins GT	GQ max	GQ min	Médecins GQ	Médecins GT	GQ max	GQ min
Points attribués à partir de la valeur des indicateurs	693	588			685	588		
Points attribués à partir de l'évolution des indicateurs	305	300			300	300		
Score total	998	888	1 273	749	985	888	1263	809

Sources : URPS Bretagne [27]

Les médecins des groupes qualité avaient un score global plus élevé que les témoins, essentiellement du fait d'une meilleure valeur des indicateurs dans les deux évaluations. L'écart entre les deux groupes augmentait avec le temps, de 97 points (évaluation 1) à 110 points (évaluation 2), soit une augmentation d'environ 13 %.

Les scores étaient très variables d'un groupe qualité à l'autre, l'amplitude des scores s'étant même agrandie entre les évaluations 2 et 1, ce qui s'explique, d'une part, par la progression du score maximal et, d'autre part, par l'arrivée de nouveaux groupes qualité au score initial plus faible.

Dans la seconde évaluation, sur 38 groupes qualité étudiés, 21 avaient à la fois un niveau plus élevé et une évolution meilleure que le groupe témoin, suggérant un impact positif de la démarche. Pour 12 groupes, le niveau était plus élevé mais l'évolution moins rapide que dans le groupe témoin, ce qui pourrait se rapporter à une forme d'essoufflement de la démarche.

D'un point de vue économique, les médecins participant aux groupes qualité avaient un montant de prescription standardisé par patient inférieur de 30 euros au groupe témoin (184,75 euros versus 215,18 euros). Les auteurs de l'évaluation estiment que si les médecins des groupes qualité avaient eu des pratiques identiques à ceux du groupe témoin, les dépenses régionales de médicaments auraient été supérieures de 9 186 729 euros. Il est cependant difficile d'attribuer cet écart à la participation aux groupes qualité, ces derniers pouvant attirer des médecins initialement moins prescripteurs et plus sensibles aux aspects économiques que la moyenne et qui auraient donc eu de toute façon des prescriptions moins importantes. Toutefois, des analyses menées au début des groupes qualité montraient un écart faible entre les pratiques des médecins participants avant leur entrée dans le GQ par rapport aux autres, suggérant que la participation au GQ pourrait avoir eu un effet réel sur la diminution des montants prescrits.

Ce montant peut néanmoins être rapporté au coût de la démarche, principalement supporté par le fonds d'investissement régional, un peu supérieur à 600 000 euros, consacré pour 55 % à l'indemnisation de la participation des médecins libéraux.

Normandie

En Normandie, 426 médecins généralistes, soit 15,3 % de l'ensemble des médecins généralistes normands participaient aux groupes qualité. La direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) de Normandie a mené une première analyse des montants prescrits par ces médecins et l'a comparée aux autres médecins de la région.

Les médecins participants avaient des prescriptions générant des dépenses de soins de ville en moyenne moins élevées que les autres médecins généralistes. Cet écart aboutissait à une moindre dépense totale remboursable estimée à 3 840 000 euros répartis sur l'ensemble des postes de soins de ville, à l'exception des soins infirmiers (pharmacie : 3,70 euros par patient par an ; biologie : 0,70 euro ; liste des produits et prestations : 0,20 euro ; masso-kinésithérapie : 0,10 euro ; actes médicaux et déplacements : 3,90 euros ; transports : 0,70 euro).

Sur le poste des soins infirmiers, en revanche, les médecins généralistes des groupes qualité avaient des prescriptions générant une dépense supplémentaire de 2,10 euros par patient par an en moyenne, pour un total de 1 610 000 euros.

Concernant les prestations en espèces, les médecins des groupes qualité prescrivaient moins d'indemnités journalières chez les patients actifs, avec une moindre dépense estimable à environ 2 560 000 euros.

Au total, les pratiques de prescription des médecins des groupes qualité permettaient d'enregistrer une moindre dépense de l'ordre de 4 790 000 euros en 2016, pour un coût de l'ordre de 800 000 euros pour cette même année. Là encore, il serait imprudent d'affirmer que ces différences s'expliquent nécessairement par l'impact des groupes qualité, même s'ils ont pu jouer un rôle important.

Quelles évolutions ?

Ces éléments d'évaluation montrent que les médecins qui participent aux groupes qualité ont des pratiques de prescription différentes des autres et, meilleures, à bien des égards. Il n'est cependant pas possible d'affirmer avec certitude le rôle causal des groupes qualité dans ces écarts et les estimations chiffrées des économies potentiellement générées doivent être considé-

rées avec prudence. Il n'en demeure pas moins que les groupes qualité constituent une approche pragmatique et conforme aux logiques professionnelles, proche d'autres modes d'organisation qui ont fait la preuve de leur efficacité dans d'autres contextes, comme par exemple les revues de morbidité (RMM) à l'hôpital ou les comités de retour d'expériences (CRex) en radiothérapie.

Les groupes qualité constituent une première étape de la mise en place d'une véritable démarche qualité dans un contexte de soins de ville. Il faut donc s'appuyer sur cette dynamique en la faisant évoluer pour qu'elle réponde mieux aux évolutions de l'organisation de notre système de santé. Parmi les évolutions possibles, plusieurs paraissent nécessaires :

- soutien à la mise en place et à la formalisation des groupes qualité dans les structures d'exercice pluriprofessionnelles ;
- inscription des groupes qualité dans la dynamique des CPTS ;
- inscription de leur financement autant que possible dans les financements de droit commun, si possible après une phase d'expérimentation pour sortir de la logique non pérenne du FIR ;
- professionnalisation et mutualisation plus importante des outils (synthèse de littérature, profils...) ;
- choix de thèmes nouveaux (parcours de soins) ;
- extension de la démarche à d'autres professions, soit sur des thématiques pertinentes, soit de principe dans le groupe ;
- rapprochement de la démarche avec les démarches hospitalières de qualité dans certains territoires expérimentaux ;
- évaluation de l'impact des groupes qualité avec une méthodologie commune à l'ensemble des régions sur la période la plus longue possible.

Développer une mesure plus systématique de la qualité, sur un éventail plus large de soins, mais à un coût acceptable pour les professionnels comme pour les régulateurs

Un consensus sur le nécessaire développement de systèmes d'information sur la qualité des soins dispensés

Au regard de ce qui peut être observé dans d'autres pays, la France a débuté plus tardivement la mise en place de bases de données d'indicateurs visant à évaluer et à améliorer la qualité des soins délivrés par les professionnels ou organisations de santé. La mesure de la qualité constitue pourtant le fondement de toute démarche qualité.

Dans ce cadre, la constitution d'importantes bases d'indicateurs fondées sur des données collectées de façon systématique est une solution pertinente pour produire de l'information standardisée permettant des comparaisons fiables. Ces bases peuvent être construites à partir de bases de données médico-administratives, le cas échéant complétées par d'autres sources de données, évitant ainsi le recours à des enquêtes spécifiques, particulièrement coûteuses.

En se basant sur l'expérience de 15 pays, l'OCDE souligne le besoin de développer des systèmes d'information capables d'informer les différents acteurs sur la qualité des soins, d'instaurer de la transparence envers les usagers et de nourrir les dispositifs d'incitation et de responsabilisation qui doivent conduire à l'amélioration de la qualité [29]. En particulier, le rapport insiste sur la nécessité de renforcer les infrastructures permettant de mieux appréhender la qualité des soins dispensés par le secteur des soins primaires qui apparaissent traditionnellement moins développés que dans le système hospitalier.

Le développement d'un système d'information sur la qualité soulève toutefois deux questions importantes : quels indicateurs choisir ? Quelles sources de données mobiliser ?

Les processus d'élaboration des indicateurs sont exigeants, mais de très nombreux indicateurs validés à l'étranger sont déjà disponibles et adaptables en France

La construction d'indicateurs de qualité repose sur une exigence méthodologique forte, surtout s'ils sont utilisés pour le pilotage et la régulation du système, un défaut sur ce plan pouvant exposer le régulateur à un rejet des indicateurs par les professionnels, comme c'est le cas aux États-Unis pour le programme Merit-based Incentive Payment [30]. Cette exigence est souvent vue comme une contrainte condamnant le développement d'indicateurs à des années de recherche ou de développement.

L'existence de nombreuses initiatives internationales et l'avance prise par certains pays font que la question qui se pose aujourd'hui à la France est plutôt celle du choix et de l'adaptation d'indicateurs développés par ailleurs, plutôt que d'en développer de nouveaux. Ainsi, le *National Quality Measures Clearinghouse* (NQMC) qui est une base de données et un site web comprenant près de 2000 indicateurs validés, ou encore le *National Quality Forum* (NQF) qui constitue l'une des plus grandes bases de données d'indicateurs validés, ou encore l'*International Consortium for Health Outcome Measurement* (ICHOM) offrent la possibilité d'importer aisément et rapidement de nombreux indicateurs de qualité dans le domaine clinique. En 2003, une étude comparant la prise en charge de 19 pathologies couramment traitées en soins primaires concluait ainsi que la majorité des indicateurs pouvaient être transférés d'un pays vers l'autre moyennant quelques adaptations pour tenir compte des différences de pratiques cliniques liées à la culture professionnelle [31].

Utiliser pleinement le potentiel des bases médico-administratives pour mesurer la qualité ?

Il existe trois types de sources de données à partir desquelles il est possible de construire des indicateurs de qualité cliniques : les enquêtes *ad hoc*, les données issues des dossiers médicaux des patients et les bases médico-administratives [32].

Les données issues des dossiers médicaux sont, en théorie, les plus riches et les plus fiables pour les données relatives à l'état de santé et au traitement du patient. Elles sont cependant encore bien trop souvent incomplètes et pas assez standardisées pour qu'on puisse s'en servir comme base pour développer des indicateurs à court terme. Certains pays comme la Suède ou l'Angleterre, ont construit des bases de registres cliniques en rendant obligatoire et standardisé le recueil des données qui peuvent être mobilisées à des fins de diffusion publique sur la qualité des soins ou dans le cadre de dispositifs de rémunération à la qualité.

Les enquêtes *ad hoc* auprès des patients ou des professionnels de santé représentent des coûts de recueil de l'information très élevés. Elles peuvent toutefois être incontournables lorsqu'il s'agit de recueillir de l'information sur les résultats perçus, la douleur, la qualité de vie ou encore, le vécu (l'expérience) des différents contacts avec le système de santé.

Les informations destinées à la facturation des soins, ou bases médico-administratives, présentent l'avantage d'être standardisées et informatisées, bien qu'elles pâtissent souvent d'un déficit d'information clinique. Toutefois, les systèmes de facturation – c'est particulièrement vrai en France – évoluent dans deux directions. D'une part, ils s'enrichissent progressivement des données médicalisées et, d'autre part, ils permettent le chaînage avec d'autres systèmes d'information ou entrepôts

de données, par exemple l'appariement des données de facturation avec des bases de données biologiques, particulièrement utiles pour construire des indicateurs de pertinence ou de résultats.

Dans la perspective de la constitution d'un système d'information de mesure de la qualité, il importe d'adopter une démarche pragmatique, valorisant au mieux les ressources disponibles en minimisant le coût du recueil, humain comme financier. Les bases médico-administratives apparaissent aujourd'hui de manière évidente comme le socle d'un tel système d'information. S'il a pu exister pendant longtemps une défiance à leur égard, et si elles ont de réelles limites, cela ne justifie en aucun cas de le rejeter en bloc et de ne pas réaliser tout leur potentiel.

Dans le cas où le recueil de données complémentaires serait nécessaire (comme pour les PROMs – mesure des résultats de santé perçus – et PREMs – mesure de l'expérience –, par exemple) il conviendra de privilégier les sources de données qui sont utiles à la pratique quotidienne des professionnels et à l'expérience des patients, de façon à ce qu'ils aient un intérêt à le recueillir dans ce cadre. La possibilité de chaînage de la donnée sera un critère majeur à considérer. Cette perspective implique naturellement d'aborder des questions à la fois d'ordre technique et juridique qui doivent traiter des possibilités de rapprochement de ces différentes sources.

► ENCADRÉ 25

Les maternités - Un exemple d'utilisation des bases médico-administratives pour mesurer des indicateurs de qualité des soins

L'usage des bases de données médico-administratives à des fins de pilotage et d'évaluation du système de santé et des organisations de soins se développe dans la plupart des pays qui disposent de ce type de données. En fonction de la maturité des systèmes d'information et de leur urbanisation, le champ couvert diffère d'un pays à l'autre. Certains pays, comme la Suède, disposent également de registres cliniques de pathologies ou d'effets indésirables qui viennent compléter ces sources de données.

L'un des intérêts de cette évolution est qu'elle rend possible des comparaisons internationales à un niveau fin de l'organisation des soins, d'autant plus que des classifications proches sont utilisées, comme par exemple la classification internationale des maladies. De nombreuses initiatives sont prises dans ce sens, comme par exemple l'initiative Paris de l'OCDE qui vise à produire des indicateurs de performance clinique de manière standardisée dans l'ensemble de ses pays membres.

La production en routine d'indicateurs calculés sur une même plateforme avec des algorithmes communs à partir des données de différents pays pourrait contribuer à renforcer cette capacité de comparaison fine et ouvrir des perspectives nouvelles d'apprentissage croisé entre les pays.

La plateforme Era, développée en Suède par la société Ivbar pour mettre en œuvre le grand programme Sveus, vise à produire et restituer en routine des indicateurs sur de nombreux processus de soins hospitaliers à partir de bases de données médico-administratives ou de registres. Après un formatage initial des données (format xml), celles-ci sont injectées dans la plateforme, puis traitées afin de produire des indicateurs bruts. L'outil permet également un ajustement à la diversité des profils de patients pris en charge (case-mix) de façon à pouvoir générer pour chaque établissement une valeur « attendue » de l'indicateur à laquelle on rapporte la valeur observée. Un modèle d'ajustement est développé pour chaque indicateur de

chaque processus de soins.

L'Assurance Maladie a souhaité tester de manière expérimentale la capacité de production d'indicateurs par cette plateforme, à partir de données du SNDS. Parmi les processus de soins proposés par la plateforme, le choix s'est porté sur la maternité, du fait d'une plus grande comparabilité des indicateurs entre les pays.

L'étude a porté sur l'ensemble des naissances enregistrées en France en 2014, soit 789 191 naissances, ayant eu lieu dans 522 maternités différentes. Le comparateur se base sur une étude publiée en 2015 dans le cadre du programme Sveus comparant les données de 21 maternités suédoises, soit près de 70 % des naissances annuelles.

En dépit de sources et de structures de données différentes, il a été possible, après une phase de mise en correspondance des données (transcodage de certains indicateurs, notamment) d'assurer une production d'indicateurs à partir des données françaises et de les comparer aux données

suédoises. L'ajustement au case-mix calculé par l'outil mobilisait 19 indicateurs.

Les résultats de plusieurs indicateurs sont présentés ci-dessous à titre illustratif. La première série de comparaisons s'attache à décrire la distribution des indicateurs entre, d'une part, les 522 maternités françaises et, d'autre part, les 21 maternités suédoises (figure 72).

Ces données montrent que le recours à la césarienne était plus répandu en France que dans le panel de maternités suédoises, avec une grande variabilité

entre les établissements dans les deux pays. Les maternités françaises semblaient également recourir plus fréquemment à une délivrance instrumentale (forceps, ventouses...) que le panel suédois. La distribution très large en France suggère une grande variabilité de pratiques entre les établissements, là où elles semblent plus homogènes en Suède.

Le taux de réadmission à 12 semaines paraissait légèrement plus élevé pour les maternités françaises, avec des distributions assez ramassées en France comme en Suède. À l'inverse on retrouvait un taux plus faible d'hémorragies du post-partum en France.

L'ajustement au case-mix permet d'analyser de manière plus pertinente les différences entre différentes catégories d'établissement, comme par exemple les différents types de maternité (de 1 à 3, les maternités de niveau 3 ayant vocation à accueillir les grossesses les plus complexes).

La distribution observée du taux de césarienne montre des taux assez comparables pour les différents types de maternité, légèrement plus élevés pour les maternités de niveau 3. L'analyse du ratio observé/attendu du case-mix suggérait au contraire que le taux brut élevé des maternités de niveau 3 s'expliquerait plus par un case-mix plus lourd que par un recours plus important aux césariennes

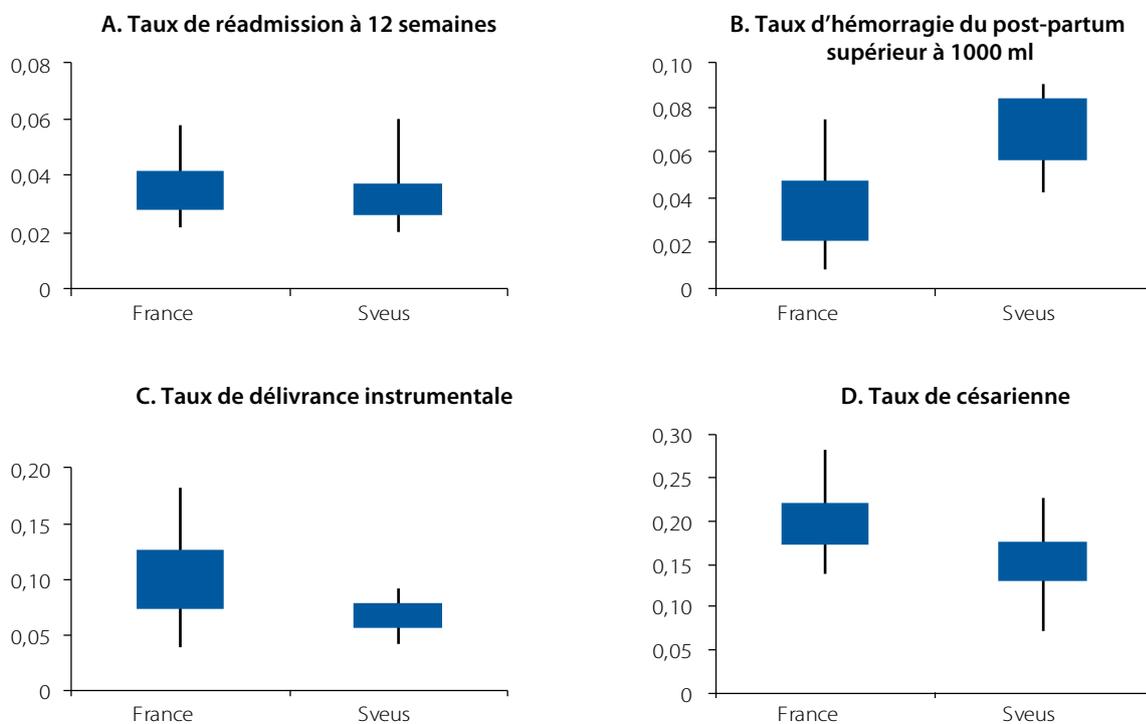
dans l'absolu. De même, le taux de réhospitalisation brut à 12 semaines était plus élevé dans les maternités de niveau 1 et 3. Le ratio O/E suggérait que dans le cas des maternités de niveau 1, il y avait un recours réellement plus important aux césariennes, alors que dans celles de niveau 3, il pourrait s'expliquer par un case-mix plus complexe.

L'objectif principal de cette étude était de tester la faisabilité technique d'une démarche de comparaison internationale d'indicateurs sur des processus de soins à partir de bases de données médico-administratives. Les données produites montrent que de telles comparaisons sont possibles.

Étant donné le caractère exploratoire de l'étude, il convient cependant de rester prudent sur l'analyse des résultats présentés ci-dessus et les conclusions qui peuvent en être tirées.

► FIGURE 72

Comparaison de la distribution de quatre indicateurs en 2014 entre les 522 maternités françaises et un panel de 21 maternités suédoises (programme Sveus) (taux bruts)

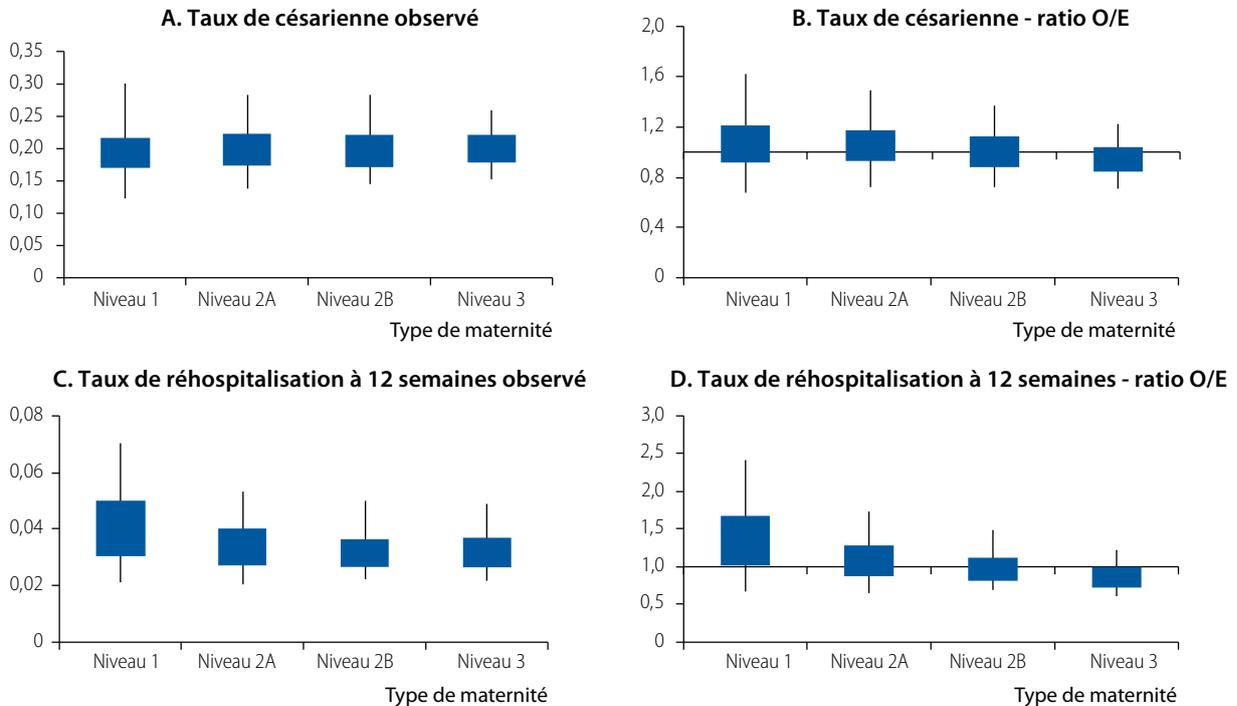


Note de lecture : la distribution représente pour chaque indicateur : point le plus élevé : valeur du 95^e percentile; points intermédiaires : valeurs des 75^e et 25^e percentiles; point le plus bas : valeur du 5^e percentile.

Source : Cnam (SNDS), Sveus

► FIGURE 73

Comparaison de la distribution de deux indicateurs en 2014 entre les 522 maternités françaises selon le type de maternité : taux de césarienne et taux de réhospitalisation à 12 semaines (taux observé : A et C ; ratio O/E entre le taux observé et le taux attendu après ajustement au case-mix : B et D)



Note de lecture : la distribution représente pour chaque indicateur : point le plus élevé : valeur du 95^e percentile ; points intermédiaires : valeurs des 75^e et 25^e percentiles ; point le plus bas : valeur du 5^e percentile. Si le ratio O/E est supérieur à 1, cela signifie que le taux observé est supérieur à ce qui serait attendu en tenant compte de son case-mix ; si le ratio O/E est inférieur à 1, cela signifie que le taux observé est inférieur à ce qui serait attendu en tenant compte de son case-mix.

Source : Cnam (SNDS)

Une évolution nécessaire vers un recours plus systématique aux indicateurs de résultats

Les indicateurs de qualité sont généralement classés en indicateurs de structure (comme le nombre de personnels, de processus – en grande majorité, il s’agit des indicateurs qui mesurent le respect des bonnes pratiques cliniques – et de résultats, intermédiaires ou finaux : taux de réadmission, taux de mortalité...). Entrent également dans cette dernière catégorie les indicateurs qui mesurent la perception des patients soit sur différents éléments concourant à leur autonomie et à leur qualité de vie, soit sur leur expérience du système de soins.

Le *value-based healthcare* incite à favoriser le recueil et la diffusion d’indicateurs de résultats par l’ensemble des professionnels et sur un vaste champ de pathologies ou d’épisodes de soins. Ces indicateurs devraient en outre ne pas se limiter à la mortalité, mais mesurer également ce qui est important pour les patients : les gains de santé réalisés grâce au traitement, la durée nécessaire au rétablissement, la stabilisation de l’état de santé ou encore la pénibilité du traitement... Il s’agirait donc de développer une vaste gamme de mesures [33].

L’expérience des pays les plus avancés en matière de recueil de données sur la qualité montre toutefois que l’on est encore assez loin de cet « idéal », la mesure et la diffusion d’indicateurs de résultats à grande échelle restant rare. En outre, dans les banques de données d’indicateurs (à l’exception d’ICHOM), plus de 80 % des indicateurs restent des mesures de processus.

L’utilisation des indicateurs de résultats soulève différentes difficultés méthodologiques qui nécessitent la mise en place d’instruments ou de dispositifs adaptés. En premier lieu, tous les indicateurs requièrent l’utilisation de modèles d’ajustement sur le risque pour éviter les biais liés à une distribution inégale des patients les plus lourds. Par ailleurs, il semble important de réserver ces indicateurs aux professionnels et organisations qui ont un volume d’activité suffisant pour que les différences constatées soient significatives [34], et, d’autre part, de rester prudent sur le rôle de signal de ces indicateurs qui exigent un travail d’analyse et d’investigation complémentaire pour être correctement interprétés.

Il semble néanmoins aujourd'hui indispensable de lancer en France des travaux à grande échelle autour de cette question et de réfléchir à la validation, à la production et à l'usage d'indicateurs de résultats de manière décloisonnée pour l'ensemble des acteurs du système. Dans un premier temps expérimentale, cette démarche aurait vocation à se généraliser dans un deuxième temps.

Le cas spécifique des Patient Reported Outcome et Patient Reported Experience Measures (PROMs et PREMs)

Il se dessine aujourd'hui un consensus pour développer un recueil et une utilisation plus systématiques des perceptions et de l'expérience des patients sous forme d'indicateurs. L'OCDE recommande leur collecte et affirme que celle-ci constitue un enjeu important pour prendre en compte le point de vue et les préférences des patients et pour l'amélioration des performances des systèmes de santé où l'ensemble des acteurs trouveraient un intérêt.

Les PROMs et les PREMs partagent la même source, mais ils diffèrent *a priori* par les « thèmes/domaines » qu'ils mesurent, bien qu'il n'existe pas de définition parfaitement consensuelle. Les PROMs mesurent la qualité de vie ou les symptômes, alors que les PREMs s'intéressent à l'expérience, aux valeurs des patients, leurs préférences, attentes, satisfaction... Les PREMs ne sont toutefois pas de simples mesures de la satisfaction, ils visent à objectiver le point de vue des patients par des questions factuelles. Combien de temps avez-vous attendu pour obtenir un rendez-vous ? Etc.

Ces deux familles d'indicateurs ne sont toutefois pas au même stade de maturité : les PROMs sont devenus des outils internationaux et peuvent être génériques. Il en a été développé des milliers et certains sont validés pour un usage à grande échelle (questionnaire PROMIS, score fonctionnel SF36 ou encore échelle EQ-5D), alors qu'il n'existe pas d'indicateurs communs pour les PREMs.

Les perspectives de généralisation soulèvent la question de l'organisation des infrastructures qui vont servir à recueillir les informations. L'expérience montre que le recueil est coûteux, à la fois en temps et en ressources financières.

Le recueil en routine et l'utilisation des PROMs restent encore peu développés. Historiquement, la Suède recueille des PROMs depuis 1975. Un recueil systématique intègre, depuis 2002, des PROMs dans le registre national de l'arthroplastie de la hanche. Le questionnaire EQ-5D est auto-administré avec des taux de réponse élevés. Il est administré avant l'intervention, puis un an après. D'autres pays organisent des recueils en routine, plus ou moins systématiques (Danemark, Pays-Bas, Angleterre).

En ce qui concerne les PREMs, la majorité des pays de l'OCDE mesure l'expérience patient au niveau national de manière standardisée et institutionnalisée [35]. En France, l'enquête e-satis de satisfaction et d'expérience auprès des patients hospitalisés en soins aigus est le seul exemple de PREMs recueilli en routine

et il n'existe pas à ce jour d'outil français validé applicable au secteur des soins primaires.

L'étendue du répertoire des indicateurs est actuellement limitée, mais d'importantes possibilités d'extension sont envisageables. Afin de pouvoir organiser un recueil des PREMs à grande échelle et d'utiliser les résultats à des fins de régulation de la qualité, il est essentiel de disposer d'outils de mesure standardisés. Plusieurs pays ont réussi à mettre en place ce type de dispositifs, comme l'Angleterre, l'Écosse, le Portugal et les États-Unis.

Quels enseignements pour l'Assurance Maladie ?

Les transformations à l'œuvre dans le système de santé français nécessitent à chacune de leurs étapes la mesure d'indicateurs de qualité et de pertinence pour identifier les axes d'amélioration, suivre l'efficacité des mesures prises et évaluer leurs effets, attendus ou non.

L'utilisation d'indicateurs est un prérequis incontournable à toute démarche d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. S'il est vrai que l'on n'améliore que ce que l'on mesure, il est indispensable de penser l'usage des indicateurs au moment où on les conçoit.

Outils de régulation, les indicateurs peuvent et doivent également être un outil de dialogue avec les professionnels et les patients. Dans cette optique, la France doit encore plus tirer profit des données du SNDS pour alimenter les réflexions des acteurs et leurs pratiques, que ce soit dans une logique de régulation pure, de transparence ou d'amélioration de la qualité.

Le développement de nouvelles familles d'indicateurs, rapportées par le patient, doit se faire en veillant à définir et à tester leur usage en les intégrant au plus près des pratiques des professionnels et des patients, gage à la fois de qualité de la donnée recueillie et d'un usage pertinent. Ainsi, une réflexion sur les schémas de systèmes d'information dans lesquels ils pourraient s'intégrer apparaît indispensable.

Étant donné ses missions et l'expertise qu'elle a développée dans l'utilisation des données du SNDS, l'Assurance Maladie pourrait contribuer à l'ensemble de ces démarches, dans le cadre d'un programme de travail commun avec la HAS.

3.2.3 / Les liens entre volume d'activité et QPSS

Le lien entre le volume d'activité réalisée et la qualité des soins est complexe. Pour des activités techniques, chirurgicales ou interventionnelles notamment, il existe cependant des arguments pour dire que le volume d'activité s'accompagne d'une augmentation de la qualité ou de la sécurité des soins.

C'est sur cette base que de nombreux pays ont adopté une politique de seuil, dont le principe est de n'autoriser la pratique d'un acte ou d'une procédure qu'aux seuls établissements ou professionnels qui réalisent un nombre minimum de ces actes ou procédures. La France fait partie des pays qui recourent à ce mode de régulation, principalement en chirurgie et dans le domaine de la cancérologie, sous l'impulsion notamment des différents plans cancer. Par exemple, le seuil pour la chirurgie du cancer du sein est de 30 interventions par an. Pour des raisons avant tout pratiques, les seuils sont appliqués en France au niveau des établissements et non des équipes de soins ou des praticiens.

D'un point de vue théorique, lorsqu'un établissement a une activité inférieure au seuil d'autorisation, il ne devrait pas disposer d'une autorisation et ne devrait donc pas réaliser l'intervention concernée. En pratique, comme l'a montré une étude sur le cancer du sein et le cancer du côlon réalisée par l'Assurance Maladie, ce mécanisme ne fonctionne qu'imparfaitement, un nombre important d'établissements continuant à avoir une activité de chirurgie pour ces cancers en dépit d'un volume inférieur aux seuils.

Cette situation soulève trois questions. La première est celle des conséquences pour les patients de ce non-respect des seuils, qui concernent des activités et des pathologies aux risques sanitaires importants. La deuxième est relative à la nécessité d'étendre cette politique de seuil à d'autres pathologies. Et la dernière est celle des limites d'un mécanisme agissant au niveau de l'établissement par rapport à un mécanisme agissant au niveau des praticiens.

À travers trois études menées sur les bases de données médico-administratives et pour l'une d'elle comportant un retour au dossier du patient, ce chapitre tente d'apporter des éléments de réponse à ces questions.

La chirurgie du cancer du sein

Pourquoi des seuils en chirurgie carcinologique mammaire ?

Avec un quart des cas de cancers primo-incidents diagnostiqués, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le parcours de soins des patientes atteintes de cancer du sein fait l'objet pour chacune de ses étapes de référentiels cliniques qui permettent, lorsqu'ils sont suivis, d'assurer aux

patientes une prise en charge correspondant aux meilleures données de la science. La prise en charge du cancer du sein repose sur un triptyque associant chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. Le rôle des réunions de concertation pluridisciplinaires est fondamental dans les choix thérapeutiques proposés aux patientes.

La chirurgie est une étape importante de ce parcours, soit en première ligne, soit, de plus en plus, secondairement à une phase de chimiothérapie, dite néo-adjuvante. L'objectif du traitement chirurgical est la résection de la tumeur, soit par tumorectomie ou mastectomie partielle, soit par mastectomie totale. Les indications du geste et de la technique employés dépendent de la nature de la tumeur, de sa taille, de son caractère invasif et de son éventuelle dissémination ganglionnaire ou métastatique. La qualité et la pertinence de la prise en charge opératoire dépendent non seulement du geste opératoire lui-même mais également de la prise en charge préopératoire (repérage de la tumeur, échographie ganglionnaire...) et postopératoire qui mobilise des compétences au-delà de la seule équipe chirurgicale.

La maîtrise de ce processus complexe conditionne fortement le devenir des patientes, tant en termes de récurrence que de survie. Il existe dans la littérature de nombreux arguments qui montrent que ces éléments pré, per et postopératoires sont plus régulièrement associés avec le volume de patientes prises en charge. Ainsi, une étude américaine publiée en 2016 sur plus d'1,6 million de patientes opérées entre 2004 et 2012 montrait que les patientes prises en charge dans un centre ayant un volume d'activité élevé (150 patientes par an ou plus) avaient une survie à cinq ans supérieure de 11 % par rapport aux patientes opérées dans des établissements ayant un volume plus faible [36]. Les auteurs de cette étude concluaient que le volume d'activité pouvait être un bon proxy de la capacité d'un établissement à assurer des soins multidisciplinaires complexes pour le cancer du sein.

De fait, la France et la plupart de ses voisins ont mis en place une politique de seuil pour cette chirurgie. La France se distingue avec un seuil particulièrement bas, fixé à 30 interventions par établissement et par an, alors que dans les autres pays, il est fixé au minimum à 100 et dans la plupart des cas à 150 par établissement avec un seuil par chirurgien de 50 interventions par an, ce qui correspond aux recommandations de l'EUSOMA, la société européenne des spécialistes du cancer du sein ([tableau 28](#)).

Les patientes opérées pour un cancer du sein et les établissements les ayant prises en charge

Entre 2012 et 2014, 130 079 patientes ont eu une première opération (opération index) pour cancer du sein, soit près de 45 000 patientes chaque année ([tableau 29](#)). L'âge moyen des patientes n'a pas évolué entre 2012 et 2014. Le taux de prise en charge ambulatoire a lui doublé entre, passant de 7,5 à 14,9 %.

► TABLEAU 28

Conditions d'autorisation d'un centre de sénologie dans plusieurs pays européens

	Allemagne	Espagne	London Cancer	Belgique	Italie	Eusoma ^(a)
Nombre de nouveaux cas par an et par centre sénologique	150	150	100	125	150	150
Nombre de nouveaux cas par an et par centre satellite	-	-	-	60	-	-
Nombre minimal d'interventions chirurgicales oncologiques primaires du sein par an et par chirurgien	50	50	50	50	50 par chirurgien 150 par département de chirurgie mammaire	50
Nombre minimal d'interventions chirurgicales oncologiques primaires du sein par an et par chirurgien pour le chirurgien du sein de niveau II	150		100			
Nombre minimal de mammographies lues par an et par le radiologue	1 000	1 000	500	500	1 000	1 000
Nombre minimal de pièces de biopsie lues par an et par médecin anatomopathologiste	50					50
Nombre minimal de cancers du sein pris en charge par an et par unité de chimiothérapie	50					

(a) Société européenne des spécialistes du cancer du sein

Source : étude Cnam, 2015

► ENCADRÉ 26

Sources et champs de l'étude sur la prise en charge des cancers du sein

L'analyse repose sur les données du SNDS des années 2012 à 2016. Les séjours de chirurgie du cancer du sein sont extraits à partir des codes diagnostics et de groupes homogènes de malades (GHM) [C50, D05 et les GHM de chirurgie avec la lettre «C» et/ou de médecine avec la lettre «M» en 3^e digit]. Les patientes devaient aussi avoir eu un acte chirurgical majeur (classification commune des actes médicaux – CCAM). Les codes CCAM retenus comme actes majeurs étaient les codes de gestes associés au traitement chirurgical du cancer du sein, incluant des actes de curage ganglionnaire et de chirurgie de reconstruction mammaire lorsque ceux-ci avaient été réalisés.

L'étude a inclus toutes les patientes du régime général, hors section locale

mutualiste (SLM), de 18 ans ou plus ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale pour cancer du sein du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2014, y compris les récurrences de cancer du sein qui ont eu lieu plus de 18 mois après le séjour index. Elles ont été suivies jusqu'au 31 décembre 2016.

L'analyse des pratiques chirurgicales a été faite en distinguant quatre groupes d'établissement selon le niveau d'activité :

- activité inférieure ou égale à 30 interventions par an ;
- activité comprise entre 30 et 49 interventions par an ;
- activité comprise entre 50 et 99 interventions par an ;

– activité supérieure ou égale à 100 interventions par an.

Sont analysés la durée moyenne de séjour (DMS), la durée de survenue d'événements tels que la récurrence ou le décès en fonction des caractéristiques de l'établissement de leur prise en charge initiale (volume d'activité, autorisation spécifique pour pratiquer la chirurgie mammaire) et de leur comorbidité.

Une analyse multivariée de survie a été réalisée à l'aide d'un modèle de Cox en ajustant sur le niveau de sévérité PMSI et l'âge des patientes traitées dans les différents établissements, les établissements étant classés selon leur niveau d'activité.

Le nombre d'établissements différents dans lesquels ces patientes ont été prises en charge a diminué entre 2012 et 2014, passant de 652 à 571 (tableau 30). La répartition de ces établissements en fonction de leur volume d'activité a également fortement évolué. Ce sont les établissements ayant les volumes d'activité les plus faibles, inférieur au seuil, ou juste au-dessus, qui ont vu leurs effectifs diminuer de manière impor-

tante, alors que les autres sont globalement restés stables. En 2014, près d'un tiers des établissements ayant réalisé au moins une prise en charge chirurgicale index pour un cancer du sein était au-dessous du seuil. Il faut noter que près de 35 % d'entre eux avaient une autorisation. Ce nombre a toutefois chuté presque de moitié entre 2013 et 2014, année où une révision des autorisations a été mise en œuvre.

► **TABLEAU 29****Caractéristiques de patientes et de leur prise en charge selon l'année de l'opération index**

	Cohorte 2012		Cohorte 2013		Cohorte 2014	
Effectif	43 274		43 637		44 068	
Âge - Moyenne (écart-type)	60 (13,2)		60,1 (13,3)		60,2 (13,4)	
Niveau de sévérité PMSI du séjour						
1	30 013	69,4 %	32 403	74,3 %	31 192	70,8 %
2	8 897	20,6 %	6 131	14,1 %	5 409	12,3 %
3	979	2,3 %	751	1,7 %	696	1,6 %
4	40	0,1 %	84	0,2 %	83	0,2 %
J ^(a)	3 251	7,5 %	4 167	9,5 %	6 557	14,9 %

(a) J = ambulatoire

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

► **TABLEAU 30****Répartition des établissements en fonction de leur activité de chirurgie de cancer du sein et de leur statut d'autorisation**

	2012		2013		2014	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Nombre d'établissements	652		602		571	
Volume d'activité						
Inférieur à 30	226	34,7	186	30,9	159	27,8
30 à 49	103	15,8	88	14,6	79	13,8
50 à 99	122	18,7	130	21,6	126	22,1
Supérieur ou égal à 100	201	30,8	198	32,9	207	36,3
Autorisation chirurgie mammaire						
Autorisé	519		491		456	
Inférieur à 30	102		91		56	
30 à 49	101		83		74	
50 à 99	118		124		122	
Supérieur ou égal à 100	198		193		204	
Non autorisé	133		110		115	
Inférieur à 30	124		95		103	
30 à 49	2		5		5	
50 à 99	4		6		4	
Supérieur ou égal à 100	3		5		3	

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

Mortalité associée à la chirurgie du cancer du sein en vie réelle

Comme pour toute pathologie maligne, le cancer du sein s'accompagne d'une mortalité supérieure à celle de la population générale. La première année qui suit l'intervention, on enregistre ainsi entre 14 décès pour 1 000 patientes en 2012, 16 en 2013 et 15 en 2014. Le taux de mortalité augmente les années suivantes pour se situer légèrement au-dessus de 22 patientes pour 1 000 (tableau 31). La mortalité cumulée sur les quatre années de suivi pour la cohorte 2012 était de 80,3 % patientes (tableau 32).

La mortalité variait en fonction de l'âge des patientes au moment de la chirurgie. Ainsi, les patientes âgées de 75 ans et plus ont un taux de mortalité cinq fois plus important que les

patientes moins âgées. Ces résultats étaient identiques entre 2012 et 2014 (tableau 32).

Les caractéristiques de l'établissement influencent également sur la mortalité des patientes prises en charge. Ainsi, le taux de mortalité l'année suivant la chirurgie était deux fois plus élevé dans les établissements en dessous du seuil en 2012, par rapport aux établissements prenant en charge plus de 100 patientes par an et de 20 à 30 % plus élevé que dans ceux ayant une activité intermédiaire.

De même, la mortalité la première année était plus que doublée selon que l'établissement avait une autorisation ou non pour les patientes opérées en 2012, 2013, et 2014 (tableau 32). Cet écart était maintenu au-delà de la première année de suivi.

► TABLEAU 31

Effectifs et taux annuel de décès dans les quatre années suivant la chirurgie

Délai de survenue du décès après l'opération index (années)	2012 (effectif = 43 274)		2013 (effectif = 43 637)		2014 (effectif = 44 068)	
	Effectif	% ^(a)	Effectif	% ^(a)	Effectif	% ^(a)
[0,1]	612	14,1	687	15,7	646	14,7
]1,2]	941	22,1	905	21,1	872	20,1
]2,3]	951	22,8	1 027	24,4	-	-
]3,4]	969	23,8	-	-	-	-

(a) Pourcentages calculés sur l'ensemble des patientes vivantes au début de l'intervalle de temps considéré

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

► TABLEAU 32

Taux de mortalité cumulés standardisés en fonction de l'âge des patientes, du volume d'activité et de la présence d'une autorisation à la chirurgie du cancer du sein

Délai depuis la chirurgie index	2012				2013			2014	
	0 à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	3 à 4 ans	0 à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	0 à 1 an	1 à 2 ans
Ensemble des patientes	14,1	35,9	57,9	80,3	15,7	36,5	60,0	14,7	34,4
Volume d'activité (ajusté sur l'âge et la sévérité PMSI)									
Inférieur à 30	25,2	58,7	92,1	119,1	35,1	67,0	100,2	32,9	65,4
30 à 49	21,0	46,2	74,8	100,7	17,6	41,7	67,8	17,3	42,5
50 à 99	18,6	44,4	67,5	97,0	17,8	39,7	66,0	14,8	39,7
Supérieur ou égal à 100	12,1	32,1	52,7	73,4	14,2	33,9	56,3	13,7	31,9
Autorisation (ajusté sur l'âge et la sévérité PMSI)									
Oui	13,9	35,5	57,4	79,6	15,3	35,9	59,0	14,4	33,7
Non	30,2	55,6	80,7	116,2	32,7	60,2	105,0	29,0	71,6

Champ : régime général hors section locale mutualiste (SLM) – France entière
Source : Cnam (SNDS)

Survie des patientes atteintes d'un cancer du sein selon le volume d'activité de l'établissement

L'analyse de la survie des patientes selon le volume d'activité est un élément très important pour évaluer la pertinence d'une élévation du seuil d'autorisation pour le cancer du sein. Des modèles statistiques permettent de comparer cette survie, entre différents groupes de patients et en gommant les différences d'âge et de sévérité du séjour PMSI.

La survie de l'ensemble des femmes opérées pour un cancer du sein entre 2012 et 2014, suivies jusqu'au 31 décembre 2016, a ainsi été comparée selon le volume d'activité de l'établissement

dans lequel elles ont été opérées. Cette analyse montre que les femmes opérées dans un établissement dont l'activité est supérieure à 150 séjours par an ont une survie significativement plus élevée que celles opérées dans les autres établissements. Les résultats selon le volume d'activité montrent une tendance à une association entre surmortalité et plus faible volume d'activité.

Ainsi, les femmes opérées dans un établissement avec une activité de moins de 30 séjours par an avaient un risque de décès supplémentaire de 84 % par rapport aux femmes opérées dans un centre de plus de 150 séjours par an.

► TABLEAU 33

Analyse de la survie des patientes opérées du cancer du sein en fonction du volume d'activité de l'établissement où elles ont été opérées

Volume d'activité de l'établissement	Effectif de patientes	Hazard ratio [intervalle de confiance à 95 %]
Inférieur à 30	3 226	1,84 [1,67 ; 2,03]
30 à 49	6 949	1,39 [1,28 ; 1,5]
50 à 99	17 315	1,27 [1,19 ; 1,34]
100 à 149	17 884	1,17 [1,1 ; 1,24]
Supérieur ou égal à 150	85 605	1,00

Champ : France entière
Source : Cnam (SNDS)

Analyse de pratiques de prise en charge du cancer du sein en fonction du volume d'activité de l'établissement

En complément des analyses sur le SNDS, l'Assurance Maladie a réalisé une étude avec un retour au dossier médical de patientes opérées d'un cancer du sein en 2014 et 2015 en France, sur un échantillon représentatif de 3 031 cas tirés au sort dans 101 établissements autorisés pour cette activité. Il est important de noter que pour des raisons de secret statistique, aucun établissement ayant une activité inférieure à 30 séjours n'a pu être inclus dans cette étude.

Une gravité des cas comparable selon le volume d'activité

Le niveau de gravité du cancer (évalué à l'aide de la classification TNM⁴¹ et du stade UICC⁴²) a été retrouvé pour 70 % des patientes. La distribution variait peu entre les établissements, même si on retrouvait légèrement plus de cas lourds (stade UICC III et IV) dans les établissements les plus petits étudiés (31-99 séjours).

► TABLEAU 34

Répartition des effectifs de patientes selon le volume d'activité de l'établissement et le niveau dans la classification UICC

Stade UICC	Volume d'activité de l'établissement						Total	
	31 à 99		100 à 149		Supérieur ou égal à 150			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0 - I	527	52,2	159	50,6	441	53,0	1 127	52,3
II	347	34,4	122	38,9	296	35,6	765	35,5
III - IV	136	13,5	33	10,5	95	11,4	264	12,2
Total	1 010	100,0	314	100,0	832	100,0	2 156	100,0

Source : Cnam (SNDS)

41 TNM : Tumeur, node (ganglion), métastase.

42 UICC : Union internationale contre le cancer.

Des moyens variables selon les établissements

Les établissements étudiés disposaient en moyenne de 3,5 chirurgiens (2,8 équivalents temps plein – ETP), 10 % des établissements n'en avaient qu'un seul. Un tel niveau de ressources pose question sur la capacité d'assurer la continuité des soins, à participer aux réunions pluridisciplinaires et ne répond pas aux critères d'assurance qualité définis pour la chirurgie du cancer du sein par EUSOMA. Tous les pays qui ont introduit une démarche de labellisation ou de référencement des centres de sénologie ont défini un nombre minimal de chirurgiens du cancer du sein, de 2 ETP.

La nature du plateau technique disponible variait d'un établissement à l'autre : 16 % n'avaient pas de service de radiologie, 51 % faisaient appel à un service de médecine nucléaire sur un autre site et 70 % des médecins anatomopathologistes exerçaient en dehors de l'établissement. Cette organisation n'était pas sans conséquence sur le parcours des patientes. Ainsi, le repérage de la tumeur s'effectuait dans 16 % des cas en dehors de l'établissement, souvent la veille de l'intervention avec un risque de déplacement de ce repère et de gêne pour la patiente. La présence ou non d'un service de médecine nucléaire sur site influait sur les modalités de réalisation de la technique du ganglion sentinelle isotopique⁴³ : lorsque le service de médecine nucléaire n'était pas sur site, elle était moins fréquemment réalisée (10 % de cas en moins) et lorsque c'était le cas, elle était réalisée dans une autre structure avec injection de produit radioactif souvent la veille de la chirurgie, ce qui est peu satisfaisant.

Des pratiques médicales parfois en écart aux recommandations

Les réunions de concertation pluridisciplinaires

Les référentiels de l'INCa imposent que tout nouveau cas de cancer du sein doit être discuté dans une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) à laquelle participent au minimum trois médecins de spécialités différentes. La concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer est un élément spécifique. La décision collégiale apporte de meilleures garanties au moment du choix du traitement ou lors d'un changement significatif de l'orientation thérapeutique. La traçabilité de deux RCP, l'une pré-thérapeutique (RCP1) et l'autre après traitement (RCP2) devrait donc être présente dans 100 % des cas. Il est cependant toléré au niveau des RCP1 pré-thérapeutiques, pour les cas standards, de se contenter d'appliquer les référentiels de bonne pratique et de le tracer dans le dossier du patient.

L'étude retrouvait une RCP1 dans 44,6 % des dossiers. Pour les cas non standards⁴⁴, où elle devrait être de 100 %, on ne la retrouvait que dans 70 % des cas avant 35 ans, 43 % après 75 ans et 82 % avant chimiothérapies néo-adjuvantes. Les réunions de concertation pluridisciplinaires après le premier traitement (RCP2) n'étaient retrouvées que dans 88 % des dossiers.

Le volume d'activité de l'établissement a une influence sur la pratique ou non des RCP. Ainsi, les établissements ayant une activité de moins de 50 actes par an avaient un taux de RCP1 plus bas que les autres établissements (19 % contre 30 % entre 50 et 100 séjours, et 36 % pour plus de 150 séjours).

Les techniques chirurgicales employées

L'envahissement de la chaîne ganglionnaire est un facteur de gravité de la tumeur et est une indication à retirer l'ensemble de la chaîne (curage axillaire), geste chirurgical lourd conduisant à des complications et à une gêne fonctionnelle fréquentes. Une échographie ganglionnaire éventuellement suivie d'une ponction réalisée en préopératoire permet d'apprécier un éventuel envahissement ganglionnaire tumoral avant l'intervention, elle permet notamment d'éclairer la décision prise en RCP1 sur le type de traitement envisagé et de guider le geste chirurgical. Si les ganglions suspects en échographie sont positifs à la ponction, c'est une indication à un curage axillaire d'emblée, sinon la technique du ganglion sentinelle est indiquée.

Une chirurgie axillaire avait eu lieu dans 91 % des cas, 64 % par la technique du ganglion sentinelle était employée, pour 26 % on retrouvait un curage axillaire d'emblée. Seules 11 % des femmes opérées avaient bénéficié d'une échographie préopératoire. Si 65 % des curages axillaires d'emblée étaient indiqués, seuls 18 % d'entre eux avaient cependant été précédés d'une échographie ganglionnaire. Sur les 35 % de curages non indiqués, seulement 10 % d'échographies ganglionnaires avaient été réalisées.

Le recours au curage axillaire d'emblée variait en fonction du volume d'activité de l'établissement (**tableau 35**). Ainsi, les établissements ayant un volume d'activité annuel supérieur à 100 séjours avaient un recours moins fréquent au curage axillaire ($p = 0,004$) d'emblée et un taux de curage non indiqué parmi ceux-ci moins important ($p = 0,03$).

43 Cette technique consiste à rechercher le premier relais ganglionnaire de la tumeur par l'injection d'un produit lymphophile (produit radioactif ou produit coloré) qui se drainera jusqu'à ce ganglion. Détecté en peropératoire par le chirurgien, le ganglion sentinelle fait l'objet d'une exérèse chirurgicale et d'un examen anatomopathologique : en cas d'absence d'envahissement tumoral, aucun curage n'est effectué.

44 Âges extrêmes surtout jeunes, chimiothérapie néo-adjuvante, cancers agressifs, chirurgies invasives et mutilantes en dehors des indications classiques.

► TABLEAU 35

Techniques chirurgicales en fonction du volume d'activité de l'établissement

	Volume d'activité de l'établissement (séjours)		
	30-99	Supérieur ou égal à 100	Total
Nombre d'établissements	50	51	101
Nombre de patientes	1 469	1 562	3 031
Curage axillaire d'emblée dans la chirurgie axillaire	28,9 %	24,3 %	26,6 %
Part de curages non indiqués parmi les curages réalisés	37,2 %	33,4 %	35,4 %
Part des mastectomies totales	23,0 %	21,0 %	22,0 %
Part des mastectomies totales non indiquées	49,7 %	45,6 %	47,7 %
Nombre d'établissements avec une mastectomie non indiquée	48	44	92

Source : Cnam (SNDS)

Les pratiques chirurgicales en cancérologie mammaire ont connu des évolutions majeures récentes, avec la place croissante des traitements conservateurs (tumorectomie ou mastectomie partielle) au détriment de la mastectomie totale ($p = 0,18$).

L'étude retrouvait un taux de chirurgie conservatrice de 78 % (42 % de mastectomie partielle et 36 % de tumorectomie). Le taux de mastectomie totale d'emblée était de 22 %, il variait selon le statut des établissements de 20 à 25 %. Le volume d'activité réalisé semblait n'avoir que peu d'influence sur le recours à la mastectomie totale (tableau 35).

Un peu moins de la moitié (48 %) des mastectomies totales est réalisée en dehors des indications classiques (tumeur de plus de 3 cm ou tumeur multifocale), de façon moins fréquente dans les établissements à plus forte activité (46 % contre 50 %). À dire d'expert, 10 % de ces indications seraient liés au petit volume du sein par rapport au volume de la tumeur, ne permettant pas de pratiquer une chirurgie conservatrice.

Les délais de prise en charge dans le parcours

Les délais de prise en charge des cancers constituent des critères importants de la qualité du parcours, leur allongement pouvant constituer une perte de chance. L'INCa a préconisé des délais maximums de prise en charge pour le cancer du sein :

- 6 semaines pour le délai entre mammographie et chirurgie ou chimiothérapie néo-adjuvante ;
- 21 jours pour le délai entre chimiothérapie néo-adjuvante et chirurgie ;
- 12 semaines entre chirurgie et radiothérapie sans chimiothérapie ;
- 26 semaines entre chirurgie et radiothérapie avec chimiothérapie.

Une étude récente a mis en évidence l'impact négatif sur la survie d'un délai supérieur à 21 jours entre chimio néo-adjuvante et chirurgie [37].

Les délais constatés dans l'étude étaient fréquemment supérieurs à ces préconisations :

- dans 54 % des cas pour le délai mammographie – chirurgie ou chimiothérapie néo-adjuvante (délai moyen de 9 semaines) ;

- dans plus de 60 % des cas pour le délai chimiothérapie néo-adjuvante – chimiothérapie (délai moyen de 33 jours) ;
- dans 11 % des cas pour le délai chirurgie – radiothérapie sans chimiothérapie ;
- dans 50 % des cas pour le délai chirurgie – radiothérapie avec chimiothérapie.

Conclusion pour le cancer du sein

Cette étude avec retour au dossier vient confirmer et documenter les analyses statistiques issues du SNDS. Ces deux études mettent en évidence une variabilité des pratiques de prise en charge des cancers du sein en fonction du volume d'activité. De plus, elles montrent de façon tangible que les organisations et l'offre de soins ont une influence sur la qualité de la prise en charge des patientes.

Au-delà du seul volume d'activité, la mise en place et l'application de démarches d'assurance qualité constitue un facteur important d'amélioration des pratiques. L'actualisation des recommandations françaises sur la prise en charge du cancer du sein pourrait permettre d'adopter des critères de qualité qui prennent en compte les processus de diagnostic préopératoire, avec notamment la pratique de l'échographie ganglionnaire, la pratique de la chirurgie conservatrice, la réalisation de la réunion pluridisciplinaire systématique pour tous les cas complexes et les étapes suivantes de la prise en charge du cancer.

La chirurgie du cancer de l'ovaire – la nécessité de mettre en place une politique de seuils en France**Comparaison internationale – pourquoi des seuils ?**

En France, le seuil retenu pour les cancers gynécologiques en général (cancers du corps utérin, cancer des trompes, cancer du col) est de 20 par an et par centre, il n'y a pas de seuil spécifique pour la chirurgie du cancer de l'ovaire.

Ces dispositions ont permis une concentration relative de l'activité chirurgicale en oncologie gynécologique, leur impact sur la qualité des prises en charge et sur la survie reste peu documenté en France.

Le traitement des cancers de l'ovaire de stades avancés (stades III et IV de la classification Figo) comprend chirurgie et chimiothérapie. Le premier facteur pronostic pour la survie dans le cancer de l'ovaire de stade avancé est la taille du résidu tumoral en fin d'intervention chirurgicale. La chirurgie doit être complète pour obtenir une cytoréduction complète en fin d'intervention (absence de résidu tumoral macroscopique) et impacter positivement la survie de ces patientes. Cette chirurgie curative complète spécifique aux cancers ovariens nécessite des gestes chirurgicaux étendus (appareil génital, péritoine, tissus ganglionnaires pelviens et lombo-aortiques, résections digestives et splénectomie...) avec des conséquences en termes de complications et de mortalité non négligeables.

Le traitement des cancers de l'ovaire en France est réalisé dans un grand nombre de structures dont certaines traitent un très faible nombre de patientes (inférieur à 10 pour l'ovaire, soit moins d'une patiente par mois). Les différentes études internationales montrent que la qualité de la prise en charge chirurgicale initiale, elle-même dépendante du nombre de cas traités annuellement, est déterminante.

Un grand nombre d'études internationales montre en effet les liens existant entre le volume d'activité des établissements et les facteurs influençant la survie, notamment adhésion aux recommandations, résection complète, par exemple dans les pays nordiques.

Plusieurs études américaines récentes basées sur des registres, montrent que des seuils de 20 cas de cancer de l'ovaire par an et par centre et de 10 cas par an et par chirurgien sont associés à une diminution de la mortalité péri-opératoire et à une amélioration de la survie :

– en 2010, une étude sur 45 929 patientes montrait qu'un volume d'activité de 21 patientes par centre ou plus était associé à une amélioration significative de la survie par rapport à un volume d'activité moindre [38] ;

– la même année une étude rétrospective sur 96 802 patientes a montré que 56 % des patientes recevaient des soins non conformes aux référentiels [39]. La prise en charge dans un centre à faible volume (moins de 20 cas par an) était un facteur indépendant de risque de non-respect des recommandations. Le volume annuel par établissement était également un facteur indépendant de survie, avec une tendance qui devenait significative pour la catégorie des établissements prenant en charge de 15 à 25 cas annuels, par rapport aux établissements à plus faible volume d'activité ;

– en 2014, une étude portant sur 31 897 patientes a montré qu'elles retrouvaient une survie significativement meilleure dans les hôpitaux traitant plus de 20 patientes par an [40] ;

– en 2009, une étude en population portant sur 1 894 interventions réalisées dans l'État du Maryland (États-Unis) montrait qu'un nombre d'interventions annuel supérieur à 10 par chirurgie était un facteur indépendant de cytoréduction complète et diminuait de 69 % le risque de décès péri-opératoire [18].

Volume et répartition de l'activité de chirurgie du cancer de l'ovaire en France

En 2016, on recensait 6 456 séjours chirurgicaux pour une chirurgie de l'ovaire en France pour 5 374 patientes (figure 74). Entre 2009 et 2014, le nombre de séjours de chirurgie pour cancer de l'ovaire a augmenté de 8,5 % concomitamment à une baisse des chirurgies conservatrices (- 4,8 %).

Ces séjours étaient réalisés dans 559 établissements différents, la chirurgie majeure étant réalisée dans 453 établissements. L'effectif d'établissements réalisant la chirurgie de l'ovaire a diminué d'un tiers entre 2009 et 2014. Cette évolution peut, pour partie, être attribuable à l'introduction de nouveaux seuils d'activité en oncologie gynécologique en 2009 et à la publication des recommandations de la HAS et de l'INCa en 2010 sur le traitement des cancers de l'ovaire.

► ENCADRÉ 27

Source et méthodes

L'analyse repose sur les données du SNDS des années 2009 à 2016. Les séjours de chirurgie du cancer de l'ovaire sont extraits à partir des codes diagnostics et de groupes homogènes de malades (GHM) [C56 et les GHM de chirurgie avec la lettre « C » en 3^e digit]. Les actes chirurgicaux (classification commune des actes médicaux – CCAM) ont été utilisés pour classer les séjours par type de chirurgie. Les codes CCAM retenus comme actes majeurs étaient les codes de gestes associés au traitement chirurgical du cancer de l'ovaire, incluant des actes de curage ganglionnaire et de chirurgie abdominale lorsque ceux-ci avaient été réalisés. Il n'est pas possible

de déterminer si cette chirurgie majeure, réalisée dans un but curatif, a pu être complète ou incomplète, ni le stade de la maladie, ces informations n'étant pas présentes dans le SNDS.

L'étude a inclus toutes les patientes de 18 ans ou plus ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale en France pour cancer de l'ovaire du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2016, soit 48 464 patientes.

L'analyse des pratiques chirurgicales a été faite en distinguant trois groupes d'établissements selon les critères de Bristow :

- activité inférieure ou égale à 10 interventions majeures par an (groupe A) ;

- activité comprise entre 10 et 19 interventions majeures par an (groupe B) ;

- activité supérieure ou égale à 20 interventions majeures par an (groupe C).

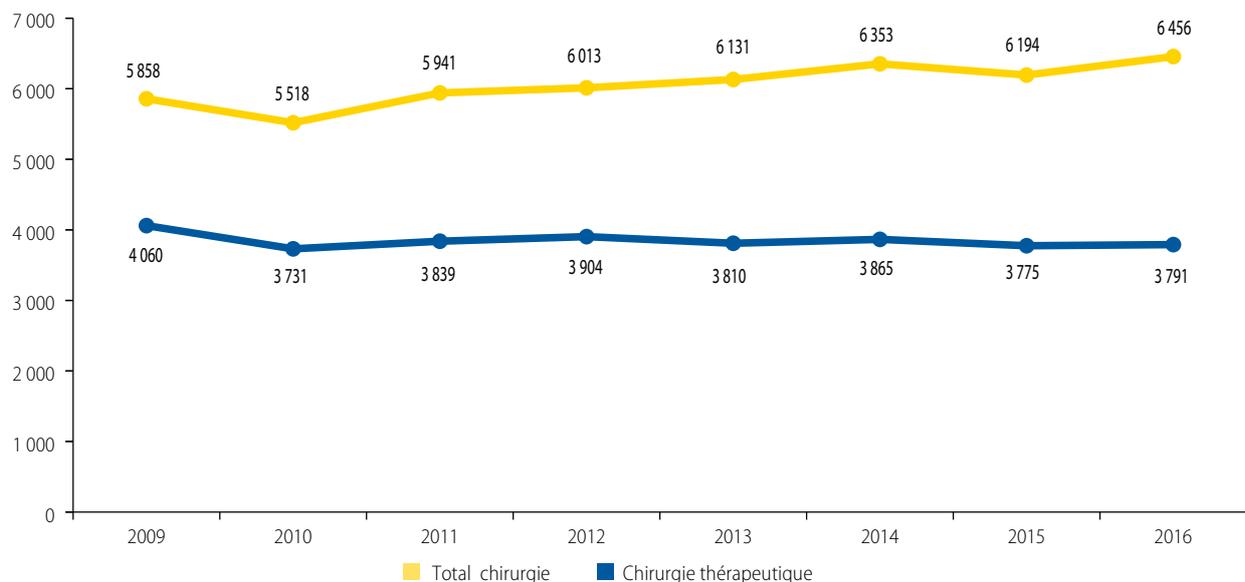
La durée moyenne de séjour (DMS), la mortalité postopératoire et la survie jusqu'à un an après l'intervention, ont été analysées. L'analyse multivariée de survie a été réalisée à l'aide d'un modèle de Cox en ajustant d'après le niveau de sévérité et l'âge des patientes traitées dans les différents établissements.

Le nombre de cas où une chirurgie majeure est réalisée reste stable, autour de 4 000 interventions par an (**figure 74**). Ce chiffre inclut la chirurgie initiale et la chirurgie des récidives.

L'incidence du cancer de l'ovaire était estimée à 4 714 nouveaux cas en 2017 [24].

► **FIGURE 74**

Prise en charge chirurgicale des cancers de l'ovaire en France, entre 2009 et 2016 (effectif annuel)



Champ : France entière
Source : Cnam (SNDS)

► **TABLEAU 36**

Effectifs de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire avec intervention majeure en fonction du volume d'activité de l'établissement où est réalisée l'intervention en 2016

Nombre de séjours par établissement	Établissements		Patientes		Séjours
	Nombre	%	Effectif	%	Nombre
1 à 4	220	49 %	425	12 %	437
5 à 9	114	25 %	722	20 %	771
10 à 14	50	11 %	548	15 %	590
15 à 19	28	6 %	428	12 %	459
20 à 39	23	5 %	571	16 %	598
40 à 59	14	3 %	651	18 %	668
60 à 79	4	1 %	259	7 %	268
80 à 99		0 %		0 %	
Supérieur à 100		0 %		0 %	
Total	453	100 %	3 604	100 %	3 791

Champ : France entière
Source : Cnam (SNDS)

En 2016, près de 75 % des établissements (334) ont réalisé moins de 10 chirurgies majeures, ce qui correspond à 32 % des patientes opérées (tableau 36). Seuls 41 établissements ont réalisé plus de 20 chirurgies majeures et moins de la moitié des patientes (41 %) a été opérée dans de tels centres.

En dépit d'une amélioration progressive entre 2009 et 2016, cette situation demeure préoccupante car 59 % des patientes (2 123) sont encore opérées dans les 412 centres qui réalisent moins de 20 interventions par an. Entre 2009 et 2016 la proportion de patientes opérées dans les établissements qui ont une activité supérieure ou égale à 20 interventions majeures par an (groupe C) est passée de 29 % à 41 %.

Entre 2009 et 2016 la part des établissements ayant une activité supérieure à 20 séjours par an passe de 7 à 9 % et la proportion des patientes traitées dans ces établissements augmente de 29 à 41 %.

Il s'agit d'une évolution favorable bien qu'insuffisante au niveau national. Elle se décline de manière très diverse en fonction des régions. En 2016, malgré l'observation d'une recomposition de l'offre, la proportion des établissements de groupe C varie selon les régions, de 8 à 14 %, et la proportion des patientes admises dans ces établissements varie selon les régions de 27 à 55 %. On voit également que 106 établissements ne font pas de chirurgie majeure, ce qu'il faudrait éviter en orientant d'emblée ces patientes vers un centre spécialisé.

Mortalité et chirurgie du cancer de l'ovaire

Le taux de mortalité brut à 1 mois diminuait avec le volume d'activité (1,6 % pour les patientes opérées dans les établissements du groupe A, 0,97 % pour le groupe B et 0,74 % pour le groupe C). On retrouvait des résultats similaires pour la mortalité à 3 mois (3,14 % pour le groupe A, 2,23 % pour le groupe B et

1,59 % pour le groupe C) et à 1 an (9,38 % pour le groupe A, 7,80 % pour le groupe B et 6,82 % pour le groupe C).

Les patientes opérées dans un établissement du groupe A (plus faible activité) avaient un sur-risque brut de mortalité à 1 mois de 2,22 par rapport aux patientes d'un établissement d'un groupe B.

L'analyse de la survie sur un suivi maximal d'un an, ajusté sur l'âge et la sévérité PMSI montre que le fait d'avoir été opéré dans un établissement ayant une activité supérieure à 20 séjours par an améliorait significativement la probabilité de survie par rapport aux établissements avec une activité plus faible (tableau 37).

Par ailleurs, l'âge et un niveau de sévérité PMSI élevé étaient des facteurs dégradant la survie.

Conclusion sur le cancer de l'ovaire

En France, l'impact des seuils d'activité en cancérologie gynécologique a été modeste pour la chirurgie du cancer de l'ovaire. Il n'y avait encore en 2016 en France que 41 centres prenant en charge plus de 20 patientes annuellement, pour 41 % des cas traités. Un tiers des interventions sont réalisées dans les 334 établissements prenant en charge moins de 10 cas par an. Une partie de ces interventions étant réalisée dans un contexte d'urgence, il n'est pas réaliste de penser que la totalité des cas puisse être prise en charge dans des centres spécialisés. Ce taux reste cependant beaucoup trop élevé.

Comme dans le cas du cancer du sein, la mise en place de procédures d'assurance qualité est un facteur puissant d'amélioration des pratiques. Des critères qualité ont été élaborés en France en 2013 par la Société française d'oncologie gynécologique (Sfog) et le Collège national des gynécologues et obstétriciens français

► TABLEAU 37

Analyse de la survie des patientes opérées du cancer de l'ovaire en fonction du volume d'activité de l'établissement où elles ont été opérées

	Hazard ratio [intervalle de confiance à 95 %]
Volume d'activité de l'établissement	
Inférieur à 10	1,373 [1,241 ; 1,519]
10 à 19	1,218 [1,075 ; 1,379]
Supérieur ou égal à 20	1,00
Âge	1,035 [1,031 ; 1,039]
Niveau de sévérité du séjour	
Sévérité 1	1,00
Sévérité 2	1,638 [1,446 ; 1,854]
Sévérité 3-4	3,115 [2,761 ; 3,514]

Champ : France entière
Source : Cnam (SNDS)

(CNGOF), ainsi que d'autres sociétés savantes. Ils viennent d'être redéfinis dans un cadre européen, par la Société européenne d'oncologie gynécologique (ESGO).

On y retrouve des critères de structure (par exemple, la nécessité pour l'établissement de prendre en charge au moins 20 cas annuels, et pour un chirurgien au moins 10 cas), des critères de processus (bilan préopératoire, prise en charge anesthésique péri-opératoire, spécialisation du chirurgien, qualité du compte rendu opératoire et anatomopathologique) et des critères de résultats, le principal étant le caractère complet de la chirurgie, qui est la clé du résultat thérapeutique.

Les liens entre le volume d'activité et la sécurité des soins, l'exemple de la coloscopie

La coloscopie est un examen du côlon par voie endoscopique qui permet de rechercher la présence de lésions de la paroi interne, de réaliser des biopsies d'éventuelles lésions et/ou de procéder à l'ablation de ces lésions. Il s'agit de l'examen de référence pour le diagnostic du cancer colorectal (CCR), mais également pour le suivi des pathologies coliques, qui peut être réalisé soit dans le cadre d'une démarche diagnostique individuelle chez des patients ayant des signes d'appels cliniques ou biologiques, soit dans le cadre du dépistage organisé du cancer du côlon, chez les personnes ayant eu après 50 ans un test de dépistage immunologique positif. L'examen nécessite préalablement une préparation colique visant à vider totalement l'intestin de son contenu et est réalisé soit sous sédation simple, soit sous anesthésie. Chaque année, plus d'un million de coloscopies sont réalisées en France, la très grande majorité dans un contexte d'hospitalisation de jour.

Les complications associées à cet examen, bien que rares sont potentiellement graves. Elles peuvent être locales, avec en particulier des risques de perforation du côlon induisant un risque infectieux grave du péritoine et des risques hémorragiques ; ou générales, par exemple en lien avec l'anesthésie ou la déshydratation. S'agissant d'un examen à visée diagnostique ou de dépistage, la maîtrise de ces risques de complications et donc la connaissance de leur fréquence et des facteurs qui y sont associés revêtent une importance particulière pour conserver une balance bénéfice-risque favorable.

La Cnam a réalisé une étude portant sur quatre millions d'endoscopies réalisées entre 2010 et 2015 chez des personnes affiliées au régime général et âgées de plus de 30 ans, en dehors d'un contexte d'urgence ou de comorbidités digestives associées. Les perforations ont été repérées soit à partir des données de facturation des séjours hospitaliers, soit par la réalisation de certains actes dans les cinq jours suivant la coloscopie. Deux algorithmes de définition des complications ont été définis, l'un plus strict permettant de définir un taux « plancher », l'autre plus large définissant un taux « plafond ».

Au total, 1 436 perforations avec la définition « plancher » et 2 998 avec la définition « plafond » ont été identifiées, soit des taux respectifs de 3,5 et de 7,3 pour 10 000 examens. À titre de comparaison, le taux d'hémorragie était de deux à trois fois plus élevé.

L'analyse des facteurs de risque de perforation n'a porté que sur les coloscopies ayant été réalisées dans le secteur privé, soit sur trois millions d'examens (75 %). Une telle restriction était nécessaire du fait de l'absence de possibilité d'identifier le praticien ayant réalisé l'examen dans les établissements publics.

Le risque de perforation était ainsi majoré chez les femmes et croissait fortement avec l'âge du patient (huit fois plus de risque après 80 ans) et les comorbidités associées – maladies chroniques du cœur, pulmonaires, rénales et connectivites – (**tableau 38**). De même, les patients traités par anticoagulants avaient un risque plus élevé de perforation et surtout d'hémorragie. En cas d'ablation d'un polype d'une taille supérieure à un centimètre, le risque de perforation et d'hémorragie était également plus fort.

Les caractéristiques du praticien ayant procédé à l'examen avaient aussi une influence sur le risque de perforation. Ainsi, les praticiens ayant un exercice plus récent avaient un risque plus élevé, en particulier dans les cinq ans qui suivent leur date de thèse (odds ratio 1,97). Le volume d'acte réalisé par praticien était aussi lié au risque de perforation, les praticiens qui réalisaient moins de 300 coloscopies par an ayant un risque de complication plus important.

De manière intéressante, le lien entre volume d'activité et risque de perforation se retrouvait de manière beaucoup moins nette à l'échelle de l'établissement, seuls les établissements ayant une activité de moins de 2 000 coloscopies par an ayant un risque plus élevé qui disparaissait après l'ajustement sur les caractéristiques des patients.

Ces résultats suggèrent qu'il est pertinent d'identifier les patients à risque et de confier la réalisation d'une endoscopie pour ces patients à un endoscopiste chevronné ou supervisé par un endoscopiste chevronné.

Plus largement, on voit également qu'il est possible d'établir un lien entre le volume de réalisation d'un acte et la sécurité de réalisation de cet acte. Ce lien renvoie à des processus d'apprentissage et d'amélioration des pratiques liés à l'acquisition d'une technique par la répétition. Ils suggèrent également que les déterminants de ce lien ne sont pas tant à l'échelle de l'établissement qu'à celle du praticien, ce qui suggère que les mesures menées à l'échelle de l'établissement doivent être complétées d'actions au niveau individuel.

► TABLEAU 38

Caractéristiques associées avec le risque de perforation colique au cours d'une coloscopie (analyse multivariée)

Caractéristique du patient	Odds ratio ajusté [intervalle de confiance à 95 %]
Sexe	
Masculin	1,00
Féminin	1,38 [1,19 ; 1,60]
Âge	
30 à 39	1,00
40 à 49	1,24 [0,75 ; 2,07]
50 à 59	1,85 [1,15 ; 2,95]
60 à 69	2,90 [1,83 ; 4,59]
70 à 79	4,91 [3,09 ; 7,80]
80 et plus	8,20 [5,04 ; 13,3]
Comorbidités	
Maladie vasculaire périphérique	1,43 [1,07 ; 1,89]
Maladie pulmonaire chronique	1,20 [1,01 ; 1,42]
Connectivite	1,82 [1,21 ; 2,74]
Maladie rénale modérée ou sévère	1,55 [1,00 ; 2,40]
Cancer†	
Non-métastatique††	1,42 [1,18 ; 1,71]
Tumeur solide métastatique	6,96 [5,08 ; 9,53]
Traitement dans les six derniers mois	
Anticoagulants	1,40 [1,11 ; 1,77]
Caractéristiques de la coloscopie	
Polypectomie	
Non	1,00
Polyp < 1 cm	0,94 [0,80 ; 1,12]
Polyp > 1 cm	4,14 [3,42 ; 5,00]
Caractéristiques de l'endoscopiste	
Nombre d'années depuis l'obtention du diplôme	
Inférieur à 5	1,97 [1,11 ; 3,49]
5 à 14	1,24 [0,97 ; 1,58]
15 à 24	1,00
25 à 34	1,00 [0,83 ; 1,21]
Supérieur ou égal à 35	1,20 [0,92 ; 1,56]
Nombre de procédures réalisées dans l'année précédente	
Inférieur à 150	1,68 [1,01 ; 2,81]
150 à 299	1,50 [1,02 ; 2,20]
300 à 599	1,16 [0,83 ; 1,61]
600 à 999	1,07 [0,77 ; 1,49]
Supérieur ou égal à 1 000	1,00

Note de lecture : si la valeur de l'odds ratio est supérieure à 1 et que l'intervalle de confiance (valeurs entre crochets) ne contient pas 1, on considère que le facteur de risque étudié augmente significativement le risque de perforation colique (valeurs en couleur) par rapport à la catégorie de référence (valeur 1,00). Si 1 est compris dans l'intervalle de confiance, on considère que le risque de perforation n'est pas significativement modifié par le facteur de risque étudié.

Source : Cnam (SNDS)

Renforcer la politique de seuils en France et l'inscrire dans une approche qualité plus globale avec une composante de financement

Les résultats présentés ci-dessus apportent des éléments qui confortent la pertinence de la prise en compte de seuils dans la politique d'autorisations à la cancérologie.

La France n'est pas le seul pays à avoir mis en place des seuils pour la chirurgie du cancer du sein. Le niveau de seuil qui a été retenu en France apparaît cependant très conservateur par rapport à ceux de nos voisins, dont beaucoup l'ont positionné à un niveau cinq fois plus élevé (150 interventions par an), confortés en cela par le résultat d'études internationales récentes.

Le fait d'avoir été opérées dans un établissement dont l'activité est inférieure au seuil de 30 séjours ou dans un établissement non autorisé, était un facteur de risque significatif de décès à un an pour les patientes prises en charge en 2012, 2013 et 2014. Le respect du seuil constitue donc un facteur protecteur en termes de survie pour ces dernières.

Les travaux présentés ici soutiennent l'hypothèse que l'application d'un seuil à 150 interventions par an pourrait s'accompagner en France d'un bénéfice en termes de survie à court et long terme, et militent pour que les seuils d'autorisation soient relevés à ce niveau.

Dans le cas du cancer de l'ovaire, pour lequel n'existe en France aucun seuil d'autorisation spécifique, les résultats présentés vont dans le sens de la mise en place d'un tel seuil spécifique, fixé à 20 interventions par an.

Il s'agit dans les deux cas de mesures fortes, ayant des conséquences pour les patientes ainsi que pour des établissements et des professionnels. Ainsi, 338⁴⁵ établissements ne pourraient plus continuer à opérer des cancers du sein et 519 établissements ne pourraient plus continuer à réaliser de chirurgie pour cancer de l'ovaire. Une telle transformation impliquerait naturellement le renforcement de la capacité des établissements placés au-dessus du seuil à prendre en charge les patientes concernées. Elle nécessiterait aussi la mise en place de filières d'adressage permettant un accès équitable à ces centres à haut volume. Il paraît ainsi indispensable que de telles mesures ne soient mises en œuvre que de manière progressive, concertée avec les professionnels et soient accompagnées sur le terrain.

Le lien entre le volume d'activité et les résultats des soins en cancérologie n'est pas uniquement sous-tendu par l'expérience de l'opérateur ou la qualité du geste chirurgical. Comme le souligne une récente étude américaine, il s'agit d'un marqueur d'une capacité organisationnelle et technique plus large, qui joue au moins autant dans la qualité et les résultats de la prise en charge que le volume chirurgical seul. C'est donc plus l'isolement de la pratique qui accompagne souvent un faible volume d'activité que ce faible volume lui-même qui pose question.

Il convient de ne pas limiter la réflexion autour des autorisations aux seuls sites opératoires mais d'adopter une approche médicale plus large. Ainsi, il doit pouvoir être envisagé d'accorder une autorisation répartie sur plusieurs sites, dès lors que la démarche repose sur un projet médical partagé et surtout une démarche qualité commune et évaluée.

Ces résultats montrent aussi les limites d'une régulation fondée uniquement sur des seuils. Dans l'exemple du cancer du sein, malgré la mise en place d'un seuil d'autorisation depuis 2007, il persiste toujours une activité non nulle dans des établissements se situant en dessous de ce seuil. Il apparaît alors indispensable d'accompagner la politique de seuils d'autres outils réglementaires ou tarifaires complémentaires pour favoriser leur mise en application et, *in fine*, renforcer la qualité et la sécurité des soins fournis à la population.

La première évolution qui pourrait apporter une véritable plus-value est de mettre en place une politique de tarification qui favorise le respect des seuils et plus largement des critères de qualité des soins. L'une des possibilités serait de rendre visible une composante « qualité » dans les tarifs, distincte de la réalisation de l'acte et versée uniquement aux établissements, aux équipes ou aux chirurgiens qui satisfont à ces critères d'assurance qualité, incluant *a minima* le respect des seuils, définie avec les représentants des professionnels. Cette composante pourrait prendre la forme d'un forfait déclenché par tranches en fonction du niveau d'activité. Ce forfait venant en complément du GHS et de la tarification des actes, ceux-ci continueraient à être facturés de manière habituelle. Le financement de ce forfait qualité pourrait se faire à travers un redéploiement d'une partie de l'enveloppe consacrée à l'activité pour les gestes considérés.

La seconde évolution, qui viendrait renforcer la première, est de ne pas limiter les critères de qualité modulant la tarification aux seuls volumes d'activité, mais de l'élargir à un ensemble de critères définis avec les sociétés savantes et les représentants de patients, sous l'égide de la HAS, dont le respect démontrerait conditionnerait le versement de la composante qualité du tarif. On s'assurerait ainsi d'un haut niveau de qualité pour les actes réalisés. Une telle procédure pourrait évoluer vers une procédure de « certification », gage d'une plus grande qualité et d'une meilleure sécurité. Dans le cas du cancer du sein, le référentiel d'EUSOMA, définissant des critères de structure (effectifs, plateau technique...) et de processus pourrait servir de base à cette démarche. Dans le cas du cancer de l'ovaire, elle pourrait s'appuyer sur les critères de l'ESGO et du CNGOF, ce qui se traduirait concrètement par la nécessité d'une forme de labellisation par le CNGOF pour pouvoir prétendre à la part du paiement relatif à la qualité. Dans les deux cas, la mise en place d'une démarche d'assurance qualité apparaît comme un critère indispensable, avec dans le cas du cancer du sein, la nécessité d'actualiser au préalable les recommandations de la HAS.

45 Données 2016.

Si un tel mode de tarification ne pourrait naturellement s'appliquer à l'ensemble des activités existantes ni être mis en œuvre sans une phase d'expérimentation préalable, par exemple dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, il enverrait un signal fort sur la prise en compte de la qualité et de la sécurité des soins, reposant sur un mécanisme simple et lisible où la collectivité investit dans la qualité.

La troisième évolution est de nature plus prospective, mais pourrait être explorée à court terme. Comme le montre l'exemple de la coloscopie, les déterminants de la qualité sont souvent liés non pas au niveau de l'activité de l'établissement, mais à celui du praticien et de l'équipe de soins. Il pourrait être utile d'envisager que des mécanismes de seuils ou d'accréditations individuels soient mis en place pour compléter à terme les mécanismes à l'échelle de l'établissement. Une telle évolution est d'autant plus importante que la mise en place des groupements hospitaliers de territoire et dans certains cas d'équipes médicales de territoire peut rendre la notion de « site » et « d'établissement » moins pertinente dans une logique d'amélioration de la qualité. Dans le contexte de la réforme des autorisations menée par le ministère de la Santé, une telle réflexion trouverait toute son utilité.

3.2.4 / Améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses – pour une nouvelle approche

L'arrivée permanente de nouvelles spécialités médicamenteuses au coût croissant, l'extension fréquente de leurs conditions de prescription et la grande variabilité des pratiques médicales observées en vie réelle font du médicament un sujet qui concentre des enjeux sanitaires et économiques très élevés. Il est donc l'objet de nombreuses actions d'amélioration de la pertinence et de maîtrise médicalisée de la part de l'Assurance Maladie.

La plupart des actions de pertinence de la prescription des médicaments sont motivées par l'observation de pratiques inappropriées ou inadaptées à partir des données du SNDS, le caractère inapproprié étant apprécié au regard des recommandations de bonne pratique de la HAS ou le cas échéant des sociétés savantes. L'objectif des actions est donc de faire évoluer les pratiques pour les rendre plus conformes aux recommandations.

Cette approche présente deux limites importantes. La première concerne l'usage des recommandations et l'évaluation de leur respect en vie réelle. Il n'existe en effet pas systématiquement de recommandations pour l'ensemble des situations cliniques retrouvées en pratique courante. De plus, lorsqu'elles existent, ces recommandations peuvent varier selon la source (HAS, sociétés savantes françaises ou internationales), voire être en contradiction sur certains points. Il est dans ce cas délicat de construire des messages clairs et acceptés par les professionnels. Enfin, il n'est pas toujours possible d'évaluer dans le SNDS

de manière suffisamment indiscutable le respect ou non de ces recommandations. Dans ce cas, les actions peuvent ne reposer que sur une mesure purement économique, perdant ainsi toute légitimité médicale. Dans ces circonstances, il peut s'avérer très difficile voire impossible de construire des actions efficaces.

La première étude présentée dans ce chapitre illustre cette situation à travers l'analyse des schémas thérapeutiques médicamenteux mis en œuvre chez les patients diabétiques de type 2 et l'arrivée de nouvelles familles de molécules.

La seconde limite tient à ce qu'il faut attendre parfois plusieurs années avant d'agir, pour constater que les pratiques ne sont pas conformes aux recommandations. Dans un nombre important de cas, le risque d'écarts aux recommandations est pourtant connu ou susceptible d'être anticipé en amont ou très précocement après la mise sur le marché du médicament. Or, il est beaucoup plus difficile de faire évoluer des pratiques, une fois qu'elles se sont installées, que d'éviter qu'elles ne se diffusent ou de prévenir leur adoption.

Il en résulte une efficacité bien moindre d'actions qui, suffisamment anticipées et menées au plus tôt avant ou pendant l'arrivée d'un médicament, auraient permis d'obtenir des résultats beaucoup plus importants. Cela nécessiterait cependant une évolution importante des modes d'action et des outils des acteurs mobilisés autour de la pertinence du médicament.

Les deux études suivantes du chapitre apportent, d'une part, des éléments de compréhension sur les modalités de diffusion d'un nouveau médicament lors de sa mise sur le marché et, d'autre part, un exemple d'outil susceptible de permettre une meilleure anticipation de l'évolution des pratiques médicales et donc de construire des actions plus en amont, en partenariat avec les représentants des spécialités médicales.

La place des différents traitements médicamenteux dans les stratégies thérapeutiques du diabète de type 2 Le traitement du diabète de type 2 : une stratégie thérapeutique graduée

Le diabète de type 2 (DT2) est une problématique de santé publique de premier ordre, du fait des effectifs importants de patients concernés et de son coût, direct ou lié à ses complications : 3 160 000 personnes concernées et 6,8 milliards d'euros, soit 5 % des dépenses du régime général sans inclure les complications cardio-neurovasculaires ni rénales, selon la cartographie médicalisée de 2016. L'un des objectifs du traitement est d'assurer le contrôle de la glycémie afin de réduire le risque et la progression des complications de la maladie.

Le traitement débute d'abord par une approche non médicamenteuse, c'est-à-dire des mesures « hygiéno-diététiques », puis lorsqu'elles sont insuffisantes par l'ajout d'un traitement antidiabétique. L'approche médicamenteuse est graduée, le passage à une nouvelle ligne de traitement étant motivé par l'élévation de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) qui témoigne du contrôle glycémique. L'échec d'une ligne thérapeutique peut entraîner son arrêt. Cette stratégie est encadrée par des recommandations de

la HAS, publiées en janvier 2013. Le traitement médicamenteux de première ligne est en règle générale une monothérapie, la molécule de référence étant la metformine. Son utilisation est ancienne, sa sécurité et son efficacité sont bien connues. En cas d'échec, une bi puis une trithérapie peuvent être instaurées, associant diverses familles de molécules, dont certaines peuvent être injectables. Parmi ces traitements, on retrouve des classes nouvelles, comme les inhibiteurs de la DPP4 (iDPP4) qui sont des antidiabétiques oraux, et comme les analogues du GLP1 (AGLP1) qui sont injectables, et les classes anciennes avec en particulier les sulfamides et les insulines.

► ENCADRÉ 28

Méthodes des études sur les schémas thérapeutiques du diabète de type 2

Deux cohortes ont permis d'étudier le recours aux différentes molécules antidiabétiques et plus particulièrement à la metformine, ainsi que les évolutions de ce recours dans le temps, en monothérapie et lors de l'intensification du traitement.

La première étude a inclus 158 000 patients du régime général de l'Assurance Maladie âgés de 45 ans et plus (64 ans en moyenne) qui ont débuté un traitement antidiabétique en 2008 et ont été suivis jusqu'en 2015. Cinq schémas thérapeutiques ont été définis : la monothérapie (hors insuline), la bithérapie (hors insuline), la trithérapie ou plus (hors insuline), l'insulinothérapie seule et l'insulinothérapie avec ajout d'autres antidiabétiques.

La seconde étude a inclus 161 000 nouveaux patients de même âge qui ont débuté un traitement antidiabétique

en 2013. La comparaison de ces deux cohortes permet d'étudier les éventuels changements de pratiques entre 2008 et 2013 à l'initiation du traitement et lors du suivi initial.

Pour la troisième étude portant sur les modalités de prescription des AGLP1, trois cohortes ont été constituées :

- une cohorte de 20 278 patients du régime général de l'Assurance Maladie âgés de 45 ans et plus qui ont initié un traitement par AGLP1 en 2016 (hors Xultophy, association fixe d'insuline et d'AGLP1) et ayant précédemment eu des remboursements d'antidiabétiques oraux ;

- une cohorte de 22 776 patients avec les mêmes critères que précédemment, mais ayant initié un traitement par insuline en 2016 (hors Xultophy). Ces deux cohortes ont été comparées afin de tenter d'identifier les déterminants de

Le recours à la metformine en première ligne est trop faible par rapport aux recommandations

L'analyse des pratiques de prescription en vie réelle montre que la place de la metformine est en pratique beaucoup moins importante que ce qui est attendu au vu des recommandations de la HAS. Ceci s'explique par au moins trois facteurs. Le premier est, en cas de monothérapie, un recours insuffisant à la metformine lors de l'initiation du traitement (67 % seulement en 2008 et 77 % en 2015) (figure 75).

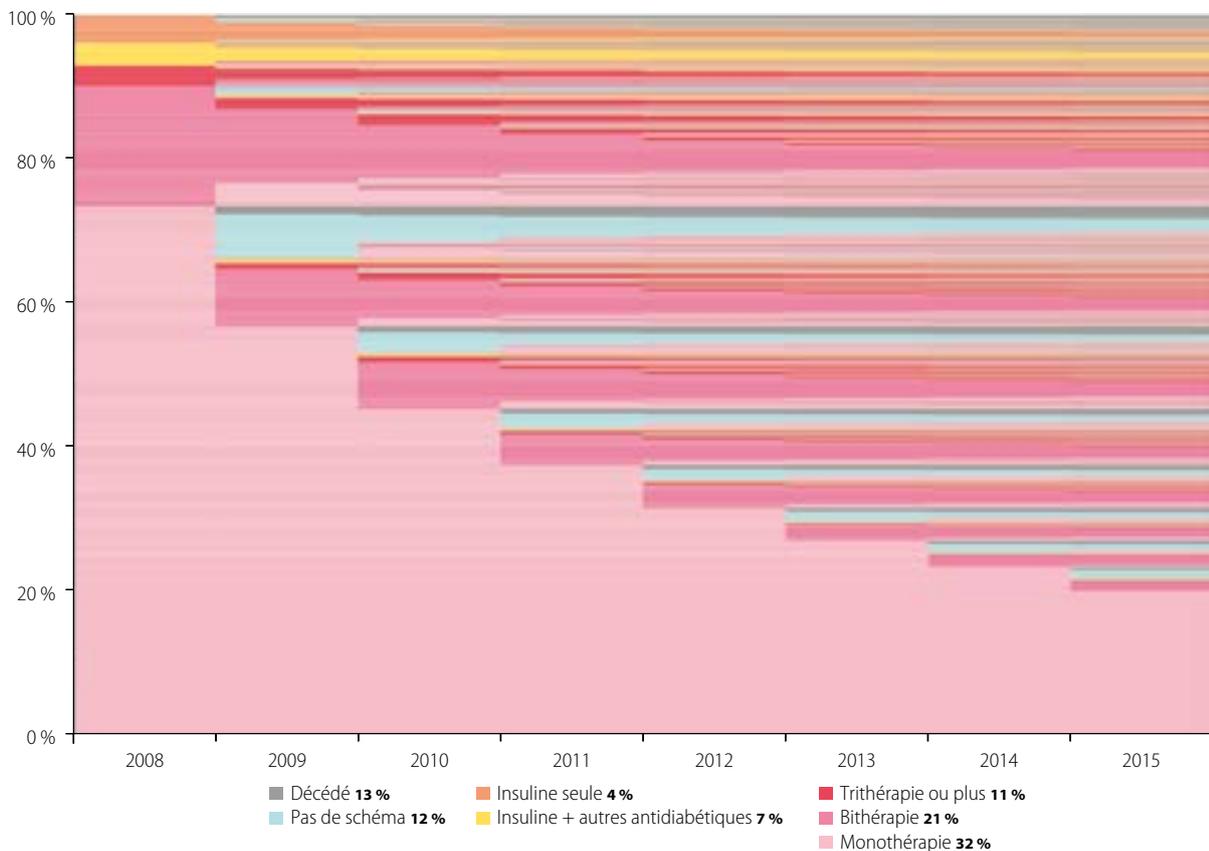
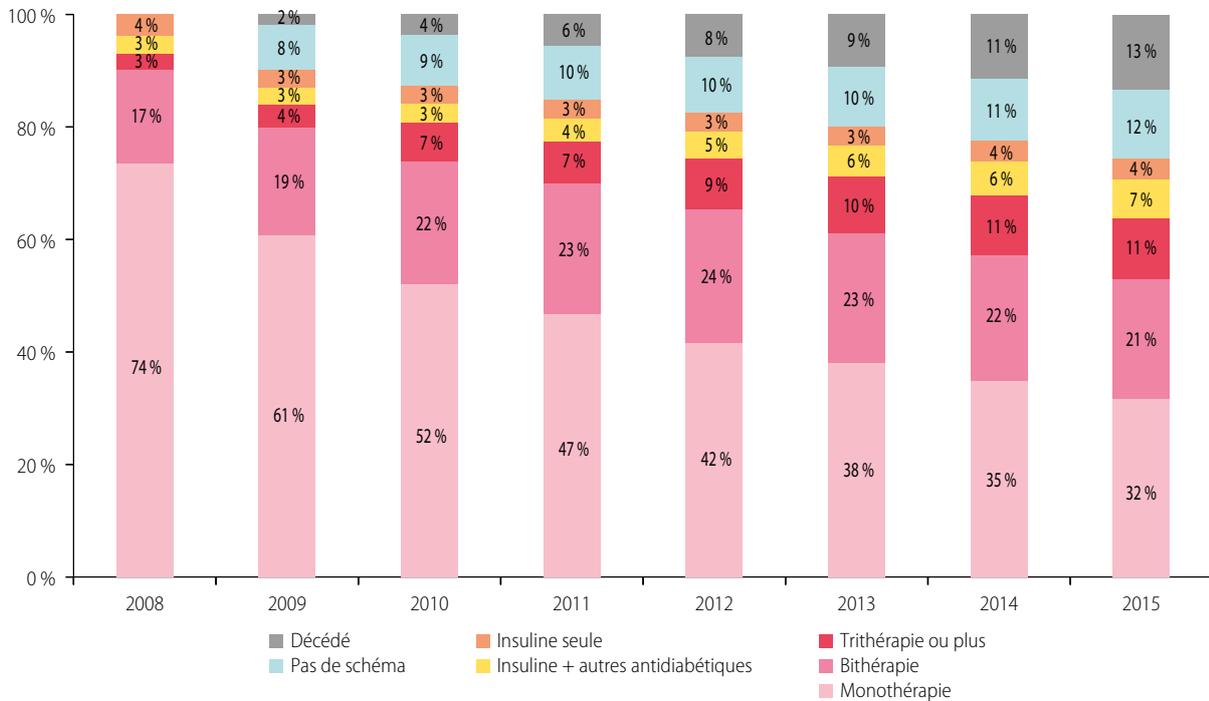
prescriptions des deux thérapeutiques injectables du diabète ;

- une cohorte de 9 495 patients du régime général de l'Assurance Maladie âgés de 45 ans et plus initiant un traitement par AGLP1 en 2012 sans avoir eu recours dans les deux années précédentes à l'insuline et ayant eu précédemment des remboursements d'antidiabétiques oraux.

Une analyse des schémas thérapeutiques des patients appartenant à cette cohorte a été réalisée sur les quatre derniers mois de l'année entre 2012 et 2017. Cinq schémas thérapeutiques ont été définis : AGLP1 non associé à l'insuline, AGLP1 associé à l'insuline, insuline non associée à l'AGLP1, antidiabétiques oraux exclusivement, et aucun traitement antidiabétique. L'objectif de cette analyse sur une période de cinq ans était d'apprécier le devenir d'un traitement par AGLP1.

► FIGURE 75

Évolution des schémas thérapeutiques des personnes diabétiques de 2008 à 2015 après l'introduction d'un antidiabétique en 2008



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

Le deuxième facteur est un dosage insuffisant de la metformine. Pour les patients ayant initié un traitement en 2008, la moitié seulement des personnes pour lesquelles un passage à une bithérapie était constaté avait atteint la dose maximale recommandée de 2 g. par jour, un quart d'entre eux n'ayant une dose que de 1,5 g. par jour. L'insuffisance rénale doit être un facteur d'arrêt ou d'ajustement de la posologie, mais elle ne saurait expliquer à elle seule cette insuffisance de recours et de posologie. La metformine provoque toutefois des effets indésirables digestifs d'autant plus importants qu'elle est introduite trop rapidement et sans prise en compte des horaires de repas. Une insuffisance de posologie aussi importante témoigne probablement de conditions d'instauration non optimales de ce médicament de premier recours.

► **TABLEAU 39**

Nombre d'unités standardisées d'AGLP1, de metformine et d'iDPP4 vendues en 2017 par pays, rapporté à la population diabétique

	France	Norvège	Finlande	Allemagne	Royaume-Uni	Espagne
Effectif de personnes diabétiques (source OMS 2016)	5 374 931	345 631	424 749	6 127 198	5 118 888	4 373 723
Nombre d'unités d'AGLP1/ 1 000 diabétiques	1,34	1,15	1,09	1,02	0,68	0,67
Nombre d'unités de metformine/ 1 000 diabétiques	320,33	304,72	518,78	333,09	423,26	299,81
Nombre d'unités d'iDPP4/ 1 000 diabétiques	85,80	68,32	121,26	114,17	39,17	119,93

Source : données IMS-international 2017

L'intensification thérapeutique est très rapide au cours du temps et la place des nouvelles molécules s'est rapidement accrue

Le suivi des patients ayant débuté un antidiabétique en 2008 montre une intensification rapide des traitements, la monothérapie passant de 70 % des cas à 32 % seulement sept ans plus tard. Cette diminution s'est faite au profit des bi et trithérapies, dont la part a rapidement progressé (figure 75). Une si rapide intensification thérapeutique témoigne probablement de l'absence de suivi des « mesures hygiéno-diététiques », souvent remplacées à tort par un médicament. Toutefois, les données du SNDS ne permettent pas d'étudier l'impact de cette intensification sur le contrôle glycémique, du fait de l'absence de recueil du taux d'HbA1c.

L'un des faits marquants observé dans ce suivi est l'irruption de deux nouvelles familles de traitement, les AGLP1 et les iDPP4. Ces deux traitements, placés en deuxième ou troisième ligne de traitement, occupaient une place marginale dans les schémas thérapeutiques en 2008.

Le dernier facteur est l'arrêt du traitement, 31 % des patients ayant été traités par metformine en 2008 l'ont arrêté entre 2008 et 2015. Ces arrêts concernaient plus particulièrement les femmes, les bénéficiaires de la CMU-C et surtout les personnes âgées. L'insuffisance rénale, souvent liée à l'âge, doit en effet être un facteur de précaution lors du recours à la metformine, mais son indication est aujourd'hui bien définie.

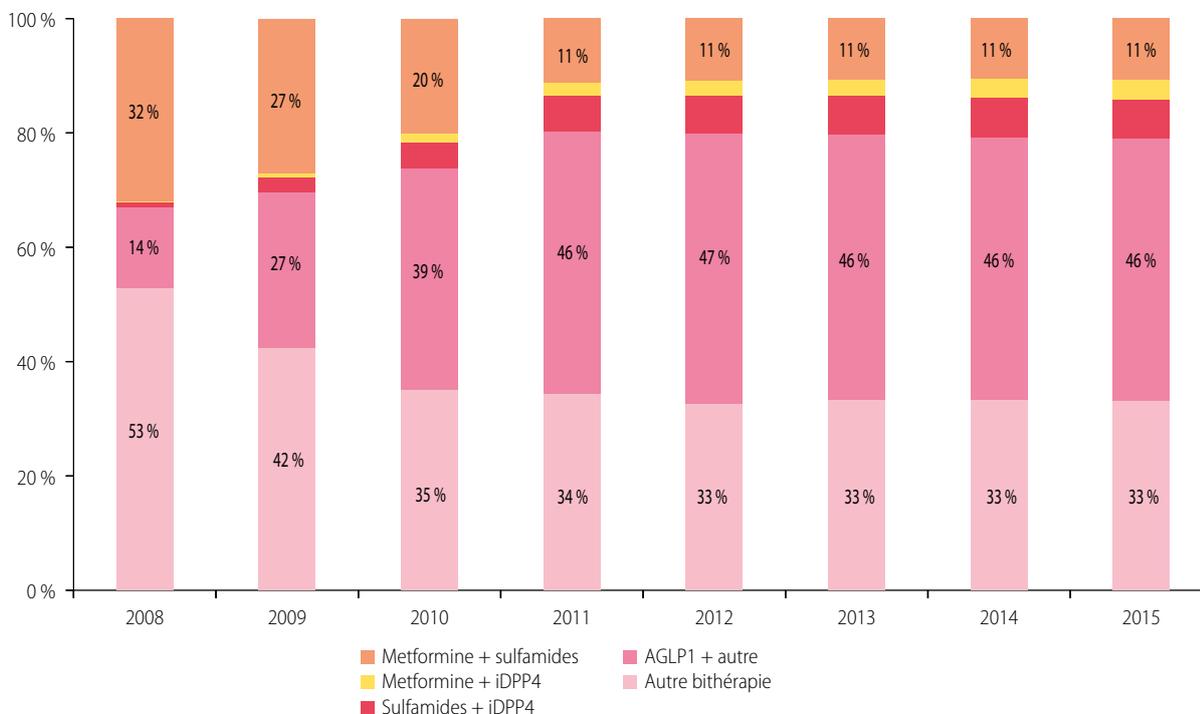
Ce moindre recours s'observe dans les comparaisons internationales où la consommation de metformine apparaît moindre qu'en Finlande ou en Angleterre (tableau 39). Il a un impact financier non négligeable, estimé à 6,6 millions d'euros par an (encadré 29).

Les iDPP4 sont indiqués en seconde ligne en bithérapie, en association le plus souvent avec de la metformine ou avec des sulfamides. En 2008, la bithérapie de référence était l'association metformine et sulfamides (53 % des bithérapies), les bithérapies comprenant des iDPP4 étant secondaires (15 % des bithérapies). Le rapport s'est rapidement inversé, puisqu'en 2010 l'association metformine et sulfamides ne représentait plus que 39 % des bithérapies, alors que les associations à base d'iDPP4 en représentaient 44 %. En 2015 la situation avait continué d'évoluer dans ce sens (32 % contre 53 %) (figure 76). Les données ne permettent hélas pas de juger du contrôle glycémique atteint, le résultat du dosage d'hémoglobine glyquée n'étant pas disponible dans le SNDS.

On voit ainsi la rapidité avec laquelle une innovation peut s'insérer dans la pratique courante, y compris dans des schémas thérapeutiques complexes, et malgré un choix thérapeutique fourni. La maîtrise du caractère pertinent de cette diffusion implique des actions programmées en amont et au moment de la montée en charge et non une fois qu'elle est très largement entamée.

► FIGURE 76

Évolution du recours aux différents schémas de bithérapie entre 2008 et 2015 après initiation d'un antidiabétique en 2008



Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (SNDIS)

Le cas particulier des agonistes du GLP1

Les analogues du GLP1 sont des traitements antidiabétiques injectables, plus coûteux que les autres traitements (coût mensuel moyen de 100 euros par patient) réservés à des indications limitées dans les recommandations de la HAS.

Une prise de position de la Société francophone du diabète (SFD), en octobre 2017, s'est écartée des recommandations de la HAS sur la place des AGLP1. Elle accorde en effet une place plus large et précoce dans les stratégies thérapeutiques, sur la base d'un essai clinique montrant un effet cardiovasculaire précoce.

De fait, on constate en vie réelle des pratiques de prescription de ces traitements montrant qu'ils occupent une place plus large que celles que recommande la HAS. Par exemple, les AGLP1 représentent 47 % des initiations de traitement injectable (contre 53 % pour l'insuline). Ces initiations concernaient plus volontiers des patients plus jeunes ayant un diabète de type 2 plus récent. Il ne semble pas que les considérations cardiovasculaires aient joué un rôle majeur dans ce choix thérapeutique, puisqu'on ne retrouve d'antécédent cardiovasculaire que chez 15 % des patients initiant un AGLP1, contre 22 % pour l'insuline. Les contraintes d'usage des AGLP1, moindres que celles de l'insuline (pas de contrôle de la glycémie, injections plus fréquentes) et le moindre risque d'hypoglycémie et de prise de poids ont en revanche pu jouer un rôle majeur dans ce phénomène. Il semble que les AGLP1 soient devenus dans

la pratique courante des traitements de même rang que les antidiabétiques oraux, et se soient distingués de l'insulinothérapie qui est beaucoup plus contraignante dans ses modalités d'injection et dans ses complications.

L'écart entre les recommandations de la HAS et la position de la SFD, transcrit dans les pratiques de prescription courantes, est susceptible d'avoir un impact financier significatif étant donné le coût de ces traitements (encadré 29). De fait, la comparaison avec cinq autres pays européens montre que pour les AGLP1, à l'inverse de la metformine, la France est le pays qui a la consommation la plus élevée par habitant (tableau 39).

Propositions d'action

Afin de mieux appréhender l'impact plus global des AGLP1 sur le système de soins et le devenir du patient diabétique, des analyses supplémentaires sont envisagées par la suite : une analyse en termes de consommation de soins et d'état de santé des patients traités par AGLP1 sera effectuée et mise en perspective avec les résultats obtenus chez un groupe de patients traités par insuline, ainsi que chez un groupe de patients diabétiques.

Depuis 2015, l'Assurance Maladie communique dans le cadre d'échanges confraternels sur le bon usage des antidiabétiques. Fin 2017 et courant 2018, elle a notamment promu l'utilisation de la metformine et rappelé la place précise des AGLP1 selon les recommandations de la HAS.

Pour l'année 2018, l'objectif d'économie de maîtrise médicalisée sur les antidiabétiques reste fixé à 60 millions d'euros. Une campagne d'échanges confraternels sera à nouveau menée en 2018-2019 auprès des endocrinologues dans un premier temps puis auprès des médecins généralistes dans un second temps.

Afin d'avoir un impact réel sur le comportement des prescripteurs, il importe que l'Assurance Maladie soit proactive dans la diffusion de ses actions, qu'elle construise des messages d'efficacité en rapport avec les pratiques observées et qu'elle soit présente en amont et au moment de la montée en charge des médicaments.

De ce fait, la campagne d'échanges confraternels à venir sur la prescription efficiente des antidiabétiques portera à nouveau sur la place centrale de la metformine et ses modalités d'instauration. Elle rappellera aussi les cas où la prescription des AGLP1 peut être envisagée, et son coût.

De plus, l'Assurance Maladie préconise une baisse de prix notable des AGLP1 pour 2019. En effet, ces médicaments ont bénéficié lors de leur inscription d'un prix élevé, intégrant une place attendue dans la stratégie thérapeutique restreinte. Or, par la suite, malgré leur extension d'indication en association à l'insulinothérapie et leurs parts de marché croissantes, le prix de cette classe n'a que peu évolué.

► ENCADRÉ 29

Impact économique des schémas thérapeutiques du diabète de type 2 et projections

Impact économique du sous-recours à la metformine

La sous-utilisation persistante de 2008 à 2017 de la metformine a un impact économique certain. Il est possible de quantifier l'impact économique qu'aurait un meilleur suivi des recommandations concernant cette molécule de référence. Une simulation de la hausse de son recours a été effectuée sur les 2,4 millions de personnes diabétiques affiliées au régime général et ayant eu au moins une délivrance d'antidiabétiques fin 2015.

En 2015, parmi l'ensemble des patients diabétiques, 71 % des monothérapies étaient à base de metformine. Le taux de recours à la metformine en monothérapie a été simulé à hauteur de 80 %. 20 % des monothérapies hors metformine ont été conservées afin de prendre en compte des effets indésirables et contre-indications potentielles. Le coût moyen sur quatre mois d'une monothérapie par metformine en 2015 était de 24 euros, celui d'une monothérapie hors metformine de 49 euros. Le coût moyen d'une monothérapie (toutes molécules confondues) sur quatre mois en 2015 était de 31 euros. En simulant un taux de recours à la metformine de 80 %, le coût moyen d'une monothérapie sur quatre mois en 2015 s'élèverait à 29 euros.

Ainsi, un meilleur respect des recommandations entraînerait une baisse des dépenses remboursées de l'ordre de 6,6 millions d'euros en 2015. Cette

baisse permettrait de pouvoir réallouer cette enveloppe au financement d'autres modalités de prise en charge.

Il convient de noter que cette simulation est conservatrice car elle ne tient pas compte du bénéfice attendu en termes de meilleur équilibre glycémique potentiellement obtenu, de dose maximale de metformine atteinte entraînant une moindre association de molécules antidiabétiques, et de moins fréquentes survenues d'effets secondaires et potentiellement de complications.

Projections 2016-2020

Dans le rapport de proposition pour 2017 de l'Assurance Maladie, des projections de dépenses d'antidiabétiques à l'horizon 2020 avaient été réalisées, à partir des données observées en 2015 et auparavant, afin de mesurer l'impact économique du choix des stratégies thérapeutiques. La hausse des dépenses projetées à l'horizon 2020 était estimée entre + 178 millions et + 562 millions d'euros en fonction des hypothèses retenues.

Pour l'année 2017, les dépenses d'antidiabétiques projetées s'établissaient entre 1,49 et 1,59 milliard d'euros selon les hypothèses formulées. Les dépenses d'antidiabétiques observées, c'est-à-dire effectivement remboursées cette année-là, se sont élevées à 1,44 milliard d'euros, soit un écart allant de 39 à 145 millions d'euros par rapport aux projections.

Pourquoi une telle différence ?

Dans les modèles de projection, il était fait l'hypothèse que les prix des antidiabétiques ne varieraient pas, que ce soit à la hausse ou à la baisse. Or, entre 2015⁴⁶ et 2017 toutes les classes thérapeutiques ont connu une baisse de leur coût moyen. Ainsi, la différence entre les montants projetés et les montants effectivement remboursés par l'Assurance Maladie provient de cette réduction de prix.

Quel aurait été le montant des dépenses d'antidiabétiques en 2017 en l'absence de baisse de prix ?

La question qui peut alors se poser est celle de la dépense d'antidiabétiques en 2017 s'il n'y avait pas eu de modifications des prix entre 2015 et 2017. En appliquant aux effectifs par classes thérapeutiques de 2017 les coûts moyens par classes thérapeutiques de 2015 (pour neutraliser les effets prix survenus entre 2015 et 2017), les dépenses de 2017 auraient été de 1,53 milliard d'euros en l'absence de baisse de prix, soit une dépense supplémentaire de + 86 millions d'euros par rapport aux dépenses effectivement remboursées.

Ce niveau de dépense « théorique » est proche du scénario « AGLP1 »⁴⁷ (tableau 40) pour lequel les projections de dépenses d'antidiabétiques pour 2017 se situent à 1,54 milliard d'euros.

46 Année de départ des projections de dépenses.

47 Le détail des hypothèses des différents scénarii est disponible dans le rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2017 ».

► TABLEAU 40

Évolution des dépenses de médicaments pour le diabète de type 2 : projections et réalisation

Scenarii projetés	Projections pour 2017 (en millions d'euros)
Démographique	1 486
Thérapie	1 498
AGLP1	1 540
AGLP1 +	1 570
AGLP1 + et thérapie +	1 592
Montant effectivement réalisé en 2017	1 447
Montant théorique si prise en compte de l'effet prix	1 533

Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnam (SND5)

L'écart entre la projection pour 2017 et les dépenses « théoriques » pour 2017 s'explique par le fait que :

- la population traitée par antidiabétique est très légèrement inférieure à celle projetée pour 2017 ;
- les parts de marché des schémas comprenant des AGLP1 constatées en 2017 étaient supérieures à celles projetées

pour la même année en raison d'un taux d'évolution supérieur à celui observé entre 2012 et 2015.

En conclusion, ces résultats :
– valident la pertinence des projections réalisées pour 2017 dans le rapport « Charges et Produits pour 2017 » et montrent qu'elles reposaient notamment sur des hypothèses

concernant la diffusion des AGLP1 plutôt conservatrices ;

- montrent que les baisses de prix réalisées entre 2015 et 2017, ont permis de maîtriser l'évolution des dépenses d'antidiabétiques malgré la réalisation de facteurs tirant les dépenses à la hausse (augmentation des effectifs de personnes diabétiques traitées, part de marché des AGLP1 supérieure...).

La diffusion des nouveaux médicaments est un processus rapide qui appelle des modes d'action réactifs

L'apparition d'un nouveau médicament sur le marché modifie bien souvent les équilibres financiers à l'œuvre entre laboratoires pharmaceutiques ou vis-à-vis de l'Assurance Maladie. De plus, les indications thérapeutiques qui l'accompagnent pourront parfois être contrebalancées par la stratégie marketing des laboratoires auprès des prescripteurs, avec le double risque de générer une consommation plus forte que prévu lors de la fixation du prix et de dégrader la pertinence de la prescription.

Pour essayer de valider ou d'infirmer cette assertion, l'Assurance Maladie a mené une étude rétrospective pour mieux connaître la manière dont se sont implantées plusieurs nouvelles molécules sur le marché français. L'un des travaux a été conduit sur une nouvelle molécule : le bromure de glycopyrronium, utilisé dans le traitement de fond de la BPCO. Cette molécule a d'abord été commercialisée seule sous le nom de Seebri à partir d'avril 2014. Puis, en décembre de la même année, le même laboratoire a commercialisé l'Ultibro, association entre le bromure de glycopyrronium et l'indacatérol, également indiqué dans le traitement de fond de la BPCO. Ces deux médicaments ont été évalués par la HAS comme n'apportant pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR). L'analyse des modalités et de la vitesse de diffusion et d'installation de ces deux molécules est intéressante car, d'une part, on peut y voir en creux l'installation « typique » d'un nouveau médicament, d'autre part, on peut en

comprendre certains éléments d'une stratégie commerciale du laboratoire pharmaceutique.

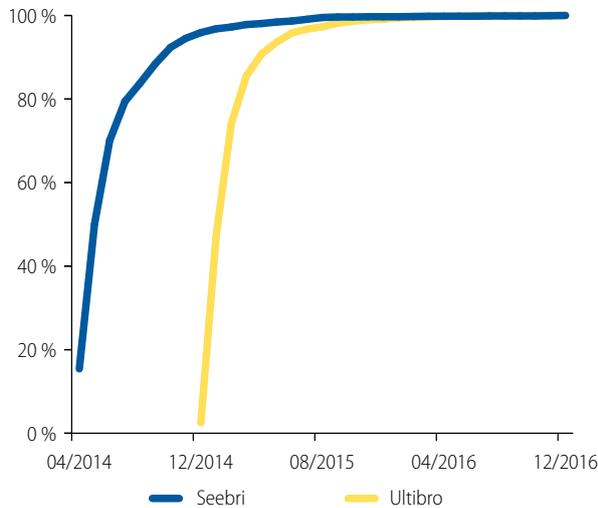
Le cas de ces deux médicaments est intéressant car il s'agit de molécules avec un large potentiel de diffusion, car étant souvent initiés en médecine générale. En outre, leur date de mise sur le marché permettait d'avoir suffisamment de recul pour disposer d'un suivi suffisant.

L'installation dans le paysage est extrêmement rapide

Le premier constat qui prévaut est que ces deux molécules se sont installées très rapidement, comme le montrent les volumes de consommation : six mois après leur commercialisation, le nombre de boîtes mensuelles de Seebri vendues atteignait pratiquement 300 000 unités et celles d'Ultibro 430 000. Ces volumes élevés s'expliquent notamment par une diffusion très rapide sur l'ensemble des bassins de vie⁴⁸ du territoire. La **figure 77** montre que trois mois après leur commercialisation respective, les deux médicaments ont été prescrits au moins une fois dans les trois quarts des bassins de vie. Il a fallu à peine plus de six mois pour que la quasi-totalité du territoire soit concernée par des prescriptions de Seebri et d'Ultibro.

48 Le bassin de vie est un découpage territorial défini par l'Insee. Il s'agit du plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Il y en a 1 666 en France.

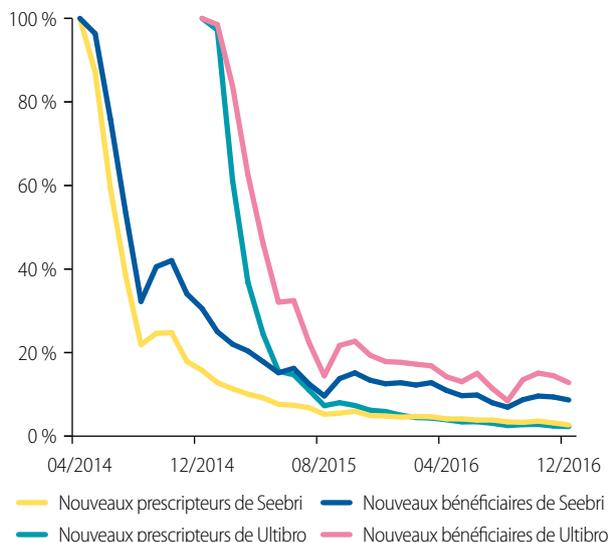
► FIGURE 77

Proportion cumulée de bassins de vie dans lesquels ont été prescrits le Seebri et l'Ultibro

Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnam (SNDS)

De la même manière, la fidélisation des prescripteurs et des patients s'est faite assez rapidement : les proportions de nouveaux bénéficiaires comme de nouveaux prescripteurs deviennent vite assez faibles. Après un an de présence sur le marché, elles sont respectivement de 15 % et 10 % environ (figure 78). Ainsi, les médicaments nouvellement installés ont vite un « stock » de bénéficiaires et de prescripteurs qui assurent les volumes. Ainsi, les volumes sont assurés mois après mois par les mêmes prescripteurs et les mêmes bénéficiaires qui en quelque sorte se sont approprié le médicament.

► FIGURE 78

Part des nouveaux bénéficiaires et des nouveaux prescripteurs de Seebri et d'Ultibro

Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnam (SNDS)

Une diffusion qui s'accompagne d'actions du laboratoire et qui semble aller au-delà du cadre des recommandations

Une nouvelle molécule arrivant souvent dans un environnement concurrentiel déjà occupé par d'autres médicaments, il s'agit pour le nouveau laboratoire commercialisant de conquérir des parts de marché, soit au détriment d'autres laboratoires, soit en tentant d'élargir l'assiette des consommateurs potentiels. Le lancement d'un nouveau médicament répond donc à une stratégie commerciale réfléchie que certaines données peuvent aider à décrypter. Pour déterminer s'il existe ou non une amélioration d'un service médical rendu, la HAS sélectionne un ensemble de médicaments comparables pour en comparer l'efficacité. Ce sont ces médicaments qui seront les principaux concurrents du nouvel entrant.

Dans le cas du Seebri, où il n'y a qu'un seul concurrent, le Spiriva, vendu quasiment au même prix, les enjeux liés à sa diffusion et à la concurrence entre les deux molécules sont relativement limités pour l'Assurance Maladie. À titre d'information, le Seebri a pris 12 % des parts de marché.

La situation de l'Ultibro a des conséquences plus notables pour l'Assurance Maladie et l'analyse de son implantation sur le marché est plus intéressante à observer.

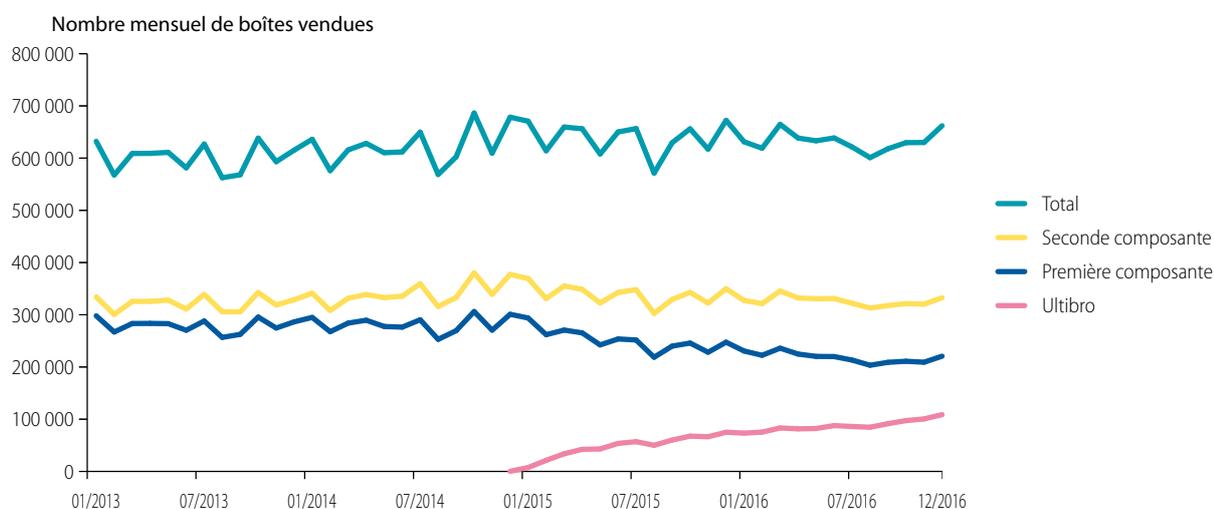
Pour autant, malgré une diffusion spatiale et une fidélisation rapide des bénéficiaires et des prescripteurs et la stabilisation qui s'ensuit, les volumes de vente ont tout de même continué à progresser. Le nombre de boîtes contenant du bromure de glycopyrronium vendues mensuellement continuait de croître plus de 18 mois après la première commercialisation.

L'Ultibro est l'association de deux molécules qui, prises séparément, sont utilisées dans le traitement de fond de la BPCO. C'est aussi la seule référence qui propose l'association des deux molécules. La prescription d'Ultibro est réservée aux patients « dont les symptômes sont déjà contrôlés par l'association d'indacatérol et de glycopyrronium administrés séparément », selon la HAS. Ainsi toute prescription d'Ultibro devrait théoriquement remplacer une double prescription d'indacatérol et de glycopyrronium. C'est pourquoi les comparateurs identifiés par la

HAS associent une boîte de chacune de ces molécules dont le prix peut varier de manière importante selon les spécialités et donc être alternativement soit plus chers que l'Ultibro, soit moins chers. Une boîte d'Ultibro est vendue environ 50 euros ; le prix de ses « concurrents » varie entre 39 euros et 72 euros, en fonction de l'association choisie. L'impact budgétaire pour l'Assurance Maladie est donc dépendant de l'association que viendrait théoriquement remplacer l'Ultibro.

► FIGURE 79

Nombre mensuel de boîtes d'Ultibro et des composantes des comparateurs vendues



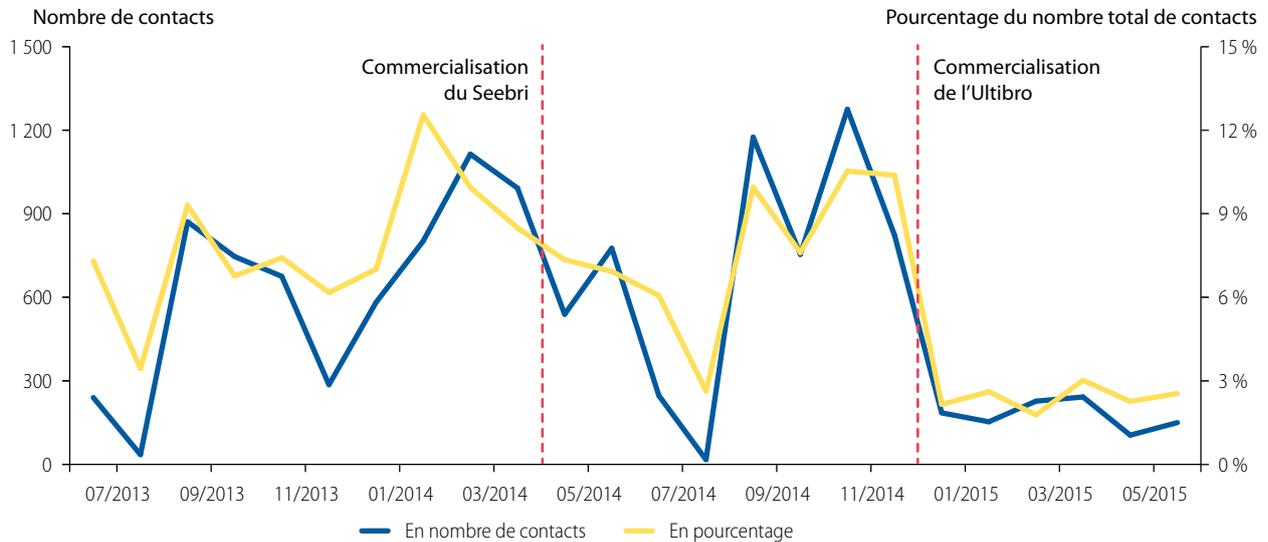
Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnam (SNDS)

La **figure 79** présente les ventes mensuelles de boîtes d'Ultibro ainsi que de ses différents comparateurs. On y voit que l'Ultibro prend une part non négligeable du marché et a un impact en faisant baisser de presque 100 000 unités les volumes vendus de la première composante de l'association tandis que la seconde baisse plus modérément. Quant au nombre total de boîtes vendues, il reste globalement stable là où on attendait une baisse, étant donné que l'Ultibro vendu en une seule boîte était censé remplacer deux boîtes auparavant prescrites.

Il apparaît manifestement que, pour un nombre important de personnes qui se sont vu prescrire de l'Ultibro, cette prescription ne remplaçait pas une association de deux molécules, comme cela aurait dû être le cas, mais plus sûrement une prescription de l'une seule des deux. Aussi, peut-il être légitime de penser que certaines prescriptions ne sont pas conformes aux recommandations d'usage de la HAS. Quoi qu'il en soit, le montant total des ventes de l'Ultibro et de ses comparateurs était de 243 millions en 2014. L'année suivante, il s'élevait à 257 millions, soit un surcoût de 15 millions essentiellement supporté par l'Assurance Maladie.

L'analyse des données de la base Transparence Santé, qui rend publiques les informations concernant les relations que les entreprises pharmaceutiques entretiennent avec les acteurs du secteur de la santé permet de mettre en lumière la stratégie commerciale des laboratoires auprès des prescripteurs et d'éclairer certains des constats faits ci-avant. La **figure 80** représente ainsi le nombre de contacts mensuels établis par le laboratoire qui commercialise le Seebri et l'Ultibro avec des pneumologues (qui sont les premiers concernés par la prescription de ces médicaments). On y voit une activité importante du laboratoire pharmaceutique à destination des pneumologues qui s'accroît dans les quelques mois précédant la commercialisation de chacun de ces deux médicaments.

► FIGURE 80

Contacts mensuels entre le laboratoire commercialisant et les pneumologues

Note de lecture : en mars 2014, le laboratoire a eu 1 114 contacts avec des pneumologues, soit 10 % du total des contacts entre le laboratoire et les médecins ce mois-là.
Source : Base Transparence Santé

Ces données nous renseignent sur l'installation très rapide d'un médicament dans le paysage, appuyée par une stratégie réfléchie du laboratoire qui le met sur le marché, et qui peut favoriser une prescription en dehors des strictes indications thérapeutiques. La pertinence de la prescription s'en retrouve amoindrie. Le défi pour l'Assurance Maladie est d'arriver à contrer ces stratégies commerciales. Inverser une tendance qui s'est affirmée est très compliqué. Il convient donc plutôt d'anticiper l'arrivée de nouvelles molécules pour pouvoir suivre leur diffusion et leur installation sur le territoire le plus possible en temps réel et ainsi pouvoir influencer sur le cours des événements quand ils ne respectent pas le cadre qui était prévu lors des négociations.

Prévenir plutôt que guérir - de l'importance d'avoir une approche prospective et réactive de la pertinence

L'inflation de la production d'articles scientifique et donc de connaissances nouvelles, et le raccourcissement des cycles d'innovation thérapeutique constituent un défi de taille pour analyser et améliorer la pertinence d'un soin, d'une prescription ou d'un parcours. La pertinence n'est en effet pas une notion absolue, mais relative à l'état de l'art des connaissances médicales au moment où cette décision est prise.

Cet état de l'art se présente le plus souvent sous la forme de synthèses précises et complètes qui établissent des recommandations ou guidelines, qui sont la photographie des connaissances à un moment donné. L'établissement de ces recommandations est un processus long et complexe qui repose, d'une part, sur une revue exhaustive des données publiées dans la littérature scientifique (revues à comité de lecture par les pairs) et, d'autre part, sur un consensus pro-

fessionnel sur l'interprétation qu'il convient de leur donner et la traduction en termes de conduite clinique à tenir qui en découle. Le respect d'une méthodologie rigoureuse est un facteur indispensable à la validité et la légitimité de ces recommandations.

Le revers de ce niveau d'exigence est la difficulté à maintenir et faire évoluer ces recommandations de façon réactive dans le temps, ce qui peut constituer un problème important en pratique courante.

L'exemple des schémas thérapeutiques médicamenteux du diabète de type 2, présenté plus haut, illustre parfaitement ce problème. Les études publiées après 2013 ne sont pas prises en compte dans les recommandations de la HAS établies cette année-là et qui n'ont pas été actualisées depuis⁴⁹. Certaines de ces études sont pourtant de nature à en questionner certains points et peuvent influencer sur les pratiques des professionnels qui pourront arguer d'une péremption des recommandations, limitant ainsi la portée des actions d'amélioration de la pertinence sur ce thème.

Les résultats de l'étude rapportés plus haut sur la diffusion du Seebri présentent une autre facette de ce problème : étant donné la rapidité avec laquelle le phénomène de diffusion se produit, le rythme de production d'éventuelles recommandations conduit inévitablement à ne disposer d'outil d'amélioration de la pertinence qu'après que d'éventuels comportements non vertueux aient été adoptés. Les actions de pertinence se situent donc souvent, par construction, dans une logique « curative » visant à faire abandonner certaines pratiques, plutôt que dans

49 Leur actualisation est attendue pour le second semestre 2018.

une logique préventive, visant à éviter qu'elles ne soient initialement adoptées.

Une telle approche préventive est pourtant envisageable, pour autant qu'on arrive à l'outiller correctement, autour de deux axes. Le premier est la capacité à produire un état de l'art des connaissances de manière plus proactive, voire prospective que les méthodes classiques, lorsqu'elles ne sont pas disponibles

par ailleurs. Le second est une démarche partenariale avec les représentants des professionnels de santé (comme les Collèges nationaux professionnels pour les médecins), pour identifier les pistes d'amélioration, construire des actions et accompagner leur mise en œuvre sur le terrain. Des outils d'analyse plus réactifs, comme par exemple la mise en place d'un suivi en vie réelle dès la mise sur le marché d'un nouveau traitement, comme le proposait le rapport de Dominique Polton.

► **ENCADRÉ 30**

Un exemple d'outil pour analyser l'évolution des connaissances médicales

La base « Medline », créée et maintenue par le National Institute of Health (NIH) aux États-Unis est l'outil de référence dans lequel l'intégralité des publications mondiales dans des revues à comité de lecture est recensée. Cette base de données est publiquement accessible et est structurée selon un thésaurus de mots-clés médicaux (Mesh) et un descriptif standardisé du type d'article et de son caractère evidence-based.

La base « Clinical trials », également maintenue par le NIH recense l'ensemble des essais cliniques autorisés aux USA dans la plupart des pays développés, dès leur autorisation jusqu'à leur terme, y compris les essais interrompus. De nombreuses données descriptives sont également présentes (mots-clés Mesh, nombre de patients, type d'analyse...).

L'Assurance Maladie a mené une expérimentation avec la société La mètis dont l'objectif est d'appliquer des techniques statistiques et algorithmiques à ces bases de données pour :

- décrire et analyser l'intensité et la nature de la recherche produite ou en cours de production sur une thématique (sous forme de « pistes de recherche ») ;
- identifier des pistes potentielles d'actions de pertinence ;

– modéliser l'évolution des différentes pistes et tenter de prédire les pistes de recherche qui pourraient voir leur importance croître dans un futur proche ;

– faciliter l'accès aux publications sources avec une présentation raisonnée des articles pertinents dans une base spécifique.

La thématique retenue était celle de l'insuffisance cardiaque systolique. Plus de 150 000 articles publiés entre 1945 et 2017 ont été inclus dans l'analyse. La démarche s'est déroulée en quatre étapes.

La première étape de ce travail visait à identifier des pistes de recherche à partir d'une interrogation naïve des bases Medline et Clinical trials. Une revue à dire d'experts a permis de valider l'identification de plus de 400 pistes de recherche différentes classées en huit grandes catégories selon le parcours de soins : prévention, détection, diagnostic, traitements, gestion du parcours de soins...

La deuxième étape a consisté à recenser l'ensemble des articles et essais concernant ces pistes de recherche pour constituer une base spécifique. Des algorithmes de recherche et de classification basés sur l'analyse du titre de l'article, du résumé et des mots-clés Mesh permettaient

d'attribuer un article à une piste de recherche. Un contrôle qualité humain sur échantillon permettait de vérifier la pertinence de la classification.

La troisième étape visait à calculer « l'intérêt scientifique » de l'article avec un score *ad hoc* basé sur quatre variables (type d'article, notoriété des auteurs, notoriété du centre de recherche, notoriété de l'article). L'intérêt scientifique d'une piste de recherche était donc la somme de l'intérêt scientifique des articles qui en traitaient et son évolution au fil du temps.

La quatrième étape a consisté à modéliser l'évolution du score d'intérêt scientifique de chaque piste pour construire une prédiction d'évolution du score de 2018 à 2030.

Afin de présenter ces résultats de manière claire et compréhensible, une datavisualisation interactive a été développée, couplée à une base d'articles.

Cette démarche montre la faisabilité du développement d'un outil qui exploite les données de la littérature de manière innovante et susceptible de créer de la valeur pour l'ensemble du système et de soulever l'intérêt des professionnels pour ce type d'outils.

Références

- 1 Cassini A., Plachouras D., Eckmanns T. *et al.* Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Med* 2016;13:e1002150. doi:10.1371/journal.pmed.1002150
- 2 Jha A. K., Larizgoitia I., Audera-Lopez C. *et al.* The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013;22:809–15. doi:10.1136/bmjqs-2012-001748
- 3 Fuchs V.R., Milstein A. The \$640 Billion Question — Why Does Cost-Effective Care Diffuse So Slowly? *N Engl J Med* 2011;364:1985–7. doi:10.1056/NEJMp1104675
- 4 Berwick D. M., Hackbarth A. D. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA* 2012;307:1513–6. doi:10.1001/jama.2012.362
- 5 OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing 2017. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en (accessed 24 Jan 2017).
- 6 Mafi J. N., Russell K., Bortz B. A. *et al.* Low-Cost, High-Volume Health Services Contribute The Most To Unnecessary Health Spending. *Health Aff (Millwood)* 2017;36:1701–4. doi:10.1377/hlthaff.2017.0385
- 7 Chan B., Cochrane D. Measuring Patient Harm in Canadian Hospitals. With What can be done to improve patient safety? Ottawa: Canadian Institute for Health Information, Canadian Patient Safety Institute 2016. https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_en.pdf (accessed 9 Aug 2017).
- 8 Hauck K. D., Wang S., Vincent C., *et al.* Healthy life-years lost and excess bed-days due to 6 patient safety incidents: empirical evidence from English hospitals. *Med Care* 2017;55:125.
- 9 Badia J. M., Casey A. L., Petrosillo N. *et al.* The impact of surgical site infection on healthcare costs and patient outcomes: A systematic review of the economic and quality of life burden associated with surgical site infections in six European countries. *J Hosp Infect* Published Online First: March 2017. doi:10.1016/j.jhin.2017.03.004
- 10 Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44:166–206. doi:10.2307/3348969
- 11 Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115–8.
- 12 Glasziou P., Straus S., Brownlee S. *et al.* Evidence for underuse of effective medical services around the world. *The Lancet* Published Online First: January 2017. doi:10.1016/S0140-6736(16)30946-1
- 13 Brownlee S., Chalkidou K., Doust J. *et al.* Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet* Published Online First: January 2017. doi:10.1016/S0140-6736(16)32585-5
- 14 Saini V., Garcia-Armesto S., Klemperer D. *et al.* Drivers of poor medical care. *The Lancet* Published Online First: January 2017. doi:10.1016/S0140-6736(16)30947-3
- 15 Flodgren G., Eccles M. P., Shepperd S. *et al.* An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* Published Online First: 6 July 2011. doi:10.1002/14651858.CD009255
- 16 Saini V., Brownlee S., Elshaug A. G. *et al.* Addressing overuse and underuse around the world. *The Lancet* Published Online First: January 2017. doi:10.1016/S0140-6736(16)32573-9
- 17 Brusamento S., Legido-Quigley H., Panteli D. *et al.* Assessing the effectiveness of strategies to implement clinical guidelines for the management of chronic diseases at primary care level in EU Member States: a systematic review. *Health Policy Amst Neth* 2012;107:168–83. doi:10.1016/j.healthpol.2012.08.005
- 18 Damiani G., Pinnarelli L., Colosimo S. C. *et al.* The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2010;10:2. doi:10.1186/1472-6963-10-2
- 19 Forsetlund L., Bjørndal A., Rashidian A. *et al.* Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;:CD003030. doi:10.1002/14651858.CD003030.pub2
- 20 Gude W.T., van Engen-Verheul M. M., van der Veer S. N. *et al.* How does audit and feedback influence intentions of health professionals to improve practice? A laboratory experiment and field study in cardiac rehabilitation. *BMJ Qual Saf* 2017;26:279–87. doi:10.1136/bmjqs-2015-004795
- 21 Colla C. H., Mainor A. J. Choosing Wisely Campaign: Valuable For Providers Who Knew About It, But Awareness Remained Constant, 2014–17. *Health Aff (Millwood)* 2017;36:2005–11. doi:10.1377/hlthaff.2017.0945
- 22 Behn R. D. Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Adm Rev* 2003;63:586–606. doi:10.1111/1540-6210.00322
- 23 Solberg L. I., Mosser G., McDonald S. The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research. *Jt Comm J Qual Improv* 1997;23:135–47.
- 24 Rechel B., McKee M., Haas M. *et al.* Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. *Health Policy Amst Neth* 2016;120:377–83. doi:10.1016/j.healthpol.2016.02.008
- 25 Kumpunen S., Trigg L., Rodrigues R. Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice.

- 26 Campanella P., Vukovic V., Parente P. *et al.* The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res* 2016;16:296. doi:10.1186/s12913-016-1543-y
- 27 URPS Bretagne, DCGDR Bretagne, ARS Bretagne. Rapport d'évaluation de la démarche groupes qualité en Bretagne. Rennes: 2015.
- 28 URPS Bretagne, DCGDR Bretagne, ARS Bretagne. Rapport d'évaluation de la démarche groupes qualité en Bretagne. Rennes: 2012.
- 29 Caring for Quality in Health - Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality - en - OECD. <http://www.oecd.org/health/caring-for-quality-in-health-9789264267787-en.htm> (accessed 17 Jun 2018).
- 30 MacLean C. H., Kerr E. A. Time Out — Charting a Path for Improving Performance Measurement. *N Engl J Med* 2018;378:1757–61. doi:10.1056/NEJMp1802595
- 31 Marshall M. N., Shekelle P. G., McGlynn E. A. *et al.* Can health care quality indicators be transferred between countries? *Qual Saf Health Care* 2003;12:8–12.
- 32 McGlynn E. A. Measuring clinical quality and appropriateness. In: *Performance Measurement for Health System Improvement*. 2009.
- 33 Porter. M. E. A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System | NEJM. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0904131> (accessed 16 Jun 2018).
- 34 Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care* 2003;15:523–30.
- 35 Fujisawa R., Klazinga N. Measuring patient experiences (PREMS).
- 36 Greenup R. A., Obeng-Gyasi S., Thomas S *et al.* The Effect of Hospital Volume on Breast Cancer Mortality. *Ann Surg* 2018;267:375–81. doi:10.1097/SLA.0000000000002095
- 37 Omarini C., Guaitoli G., Noventa S. *et al.* Impact of time to surgery after neoadjuvant chemotherapy in operable breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol* 2017;43:613–8. doi:10.1016/j.ejso.2016.09.020
- 38 Bristow R. E., Palis B. E., Chi D. S. *et al.* The National Cancer Database report on advanced-stage epithelial ovarian cancer: impact of hospital surgical case volume on overall survival and surgical treatment paradigm. *Gynecol Oncol* 2010;118:262–7. doi:10.1016/j.ygyno.2010.05.025
- 39 Cliby W. A., Powell M. A., Al-Hammadi N. *et al.* Ovarian cancer in the United States: contemporary patterns of care associated with improved survival. *Gynecol Oncol* 2015;136:11–7. doi:10.1016/j.ygyno.2014.10.023
- 40 Bristow R. E., Chang J., Ziogas A. *et al.* High-volume ovarian cancer care: survival impact and disparities in access for advanced-stage disease. *Gynecol Oncol* 2014;132:403–10. doi:10.1016/j.ygyno.2013.12.017

Propositions

Propositions sur la qualité, la pertinence et la sécurité des soins

Proposition 8

_ Poursuivre et compléter les travaux d'élaboration de parcours de soins pour les patients atteints d'affections chroniques, par les conseils nationaux professionnels en association avec l'Assurance Maladie et la HAS

.....
Les travaux engagés en 2018 avec deux premiers CNP et le Collège de la médecine générale sur des parcours pertinents de prise en charge de patients atteints d'insuffisance cardiaque et d'ostéoporose posent le cadre d'une méthode nouvelle susceptible de s'étendre à d'autres thématiques dans la double perspective d'une amélioration de la qualité des soins et d'une maîtrise collective des dépenses de santé.

Cette méthode d'élaboration pragmatique fondée sur l'expertise et l'expérience doit permettre de mieux associer l'ensemble des professionnels concernés, à la fois dans la construction de guides de prise en charge, mais aussi dans leur diffusion et leur promotion auprès des professionnels soignants.

L'Assurance Maladie propose d'apporter son concours à ces travaux et de les accompagner, dans une démarche structurée et durable.

Proposition 9

_ Mener un programme d'actions sur la pertinence de l'utilisation des analogues du GLP1 dans le traitement du diabète de type 2, et sur le défaut de recours à la metformine en première ligne thérapeutique

.....
Les agonistes du GLP1 constituent une classe nouvelle de médicaments, dont l'utilisation dans le cadre du diabète de type 2 pose question en termes de pertinence.

La metformine est le traitement de première ligne du diabète de type 2 après les « mesures hygiéno-diététiques ». Son utilisation est toutefois insuffisante en France, par rapport aux autres pays européens, et son dosage est sous-maximal, ce qui questionne ses modalités d'utilisation.

L'Assurance Maladie propose de mener une nouvelle campagne d'entretiens confraternels auprès des médecins généralistes et des endocrinologues sur le recours à la metformine et aux AGLP1 en concertation avec la Société francophone du diabète et le Collège de la médecine générale. L'Assurance Maladie propose également que les AGLP1 fassent l'objet d'une baisse de prix en 2019.

Proposition 10

_ Développer des outils pour mieux anticiper les évolutions des pratiques médicales en lien avec les CNP

.....
Les actions de pertinence ont souvent pour objectif de modifier des pratiques professionnelles une fois qu'elles ont été diffusées largement. Les données publiées dans la littérature scientifique constituent la base de définition de l'état de l'art des pratiques médicales. Dans de nombreux cas, une analyse plus prospective et systématique, réalisée avec les conseils nationaux professionnels, pourrait permettre d'anticiper ces évolutions et de les accompagner de manière à prévenir la diffusion de pratiques non pertinentes. Il est aujourd'hui possible d'utiliser de nouvelles techniques d'analyse des bases bibliographiques et d'essais cliniques en cours pour outiller de telles démarches.

L'Assurance Maladie propose de travailler avec un ou plusieurs conseils nationaux professionnels à la conception de ce type d'analyses à des fins prospectives, permettant de mieux anticiper sur les questions de pertinence potentiellement émergentes.

Proposition 11

_ Mettre en place, en partenariat avec l'ANSM, une plateforme de compétences sur l'usage en vie réelle des produits de santé

Les données en vie réelle, en particulier celles du SNDS, constituent un outil précieux pour apprécier l'utilisation et la sécurité du médicament et des autres produits de santé à travers des études de pharmaco-épidémiologie. Afin d'assurer une prise de décision éclairée et indépendante, les pouvoirs publics doivent pouvoir s'appuyer sur une expertise publique de haut niveau. Depuis plusieurs années l'Assurance Maladie et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ont développé une telle expertise, qu'il convient aujourd'hui de la pérenniser.

L'Assurance Maladie propose de créer avec l'ANSM une plateforme commune ayant pour mission la réalisation d'études de pharmaco-épidémiologie sur l'utilisation et la sécurité du médicament et des autres produits de santé. Cette plateforme regrouperait, dans un premier temps, les équipes des deux institutions. Ceci permettrait de constituer une force d'analyse susceptible d'apporter aux autorités sanitaires davantage d'éléments d'évaluation à partir de l'exploitation des données de vie réelle.

Proposition 12

_ Valoriser les données du SNDS pour construire des indicateurs de qualité et de pertinence

Les données du SNDS, seules ou en association avec d'autres données, constituent une source d'information très précieuse pour apprécier la qualité et la pertinence des prescriptions, des actes et des parcours dans le système de santé français. Leur utilisation est aujourd'hui en deçà de ce que leur potentiel permet d'envisager. La construction et la diffusion large de tels indicateurs, à des fins de publication, ou de comparaisons entre les offreurs de soins, sont pourtant une condition importante de réussite des démarches d'amélioration de la qualité ou de la pertinence. Ces indicateurs permettent également d'évaluer en vie réelle le niveau de conformité des pratiques aux recommandations, notamment lors de l'entrée sur le marché de molécules nouvelles et onéreuses.

L'Assurance Maladie propose de contribuer au calcul en routine d'indicateurs de qualité et de pertinence définis par la Haute Autorité de santé ou identifiés avec les conseils nationaux professionnels, à partir du SNDS. À ce titre, l'Assurance Maladie propose de participer en partenariat avec la HAS au programme Paris de l'OCDE.

Proposition 13

_ Expérimenter la mesure de PROMs, bâtir le cadre méthodologique permettant leur utilisation et le système d'information permettant d'envisager leur généralisation

Le calcul d'indicateurs de résultats rapportés par le patient est une évolution indispensable aux approches de valeur en santé. L'OCDE recommande leur mesure comme un outil d'amélioration de la qualité des soins. De nombreux indicateurs ont été définis dans le cadre de démarches internationales, qu'il convient de sélectionner et d'importer dans le système français.

Les usages de ces indicateurs sont nombreux et il est nécessaire de construire le cadre partenarial avec les patients et les professionnels pour en garantir la meilleure utilisation. Par ailleurs, leur recueil n'existe aujourd'hui que dans un cadre expérimental restreint en France. Les modalités de ce recueil doivent être compatibles avec une potentielle diffusion à grande échelle.

L'Assurance Maladie propose de contribuer aux travaux sur ce sujet, en partenariat avec la HAS et le ministère de la Santé, et d'expérimenter les usages et modalités de recueil dans le cadre des expérimentations de l'article 51 de la LFSS 2018.

Proposition 14

_ Faire évoluer et renforcer la démarche des groupes qualité en ville

Les groupes qualité sont des démarches utiles à l'amélioration des pratiques et au développement de logiques professionnelles collectives. Elles constituent les fondations de la mise en place de démarches d'assurance qualité en soins de ville.

L'Assurance Maladie propose de renforcer ces démarches en tenant compte des évolutions récentes de l'organisation des soins de ville, notamment en favorisant leur adoption dans des démarches pluriprofessionnelles et en les inscrivant dans le cadre des CPTS. Elle propose qu'un modèle économique pérenne de ces groupes qualité, fondé sur la valeur qu'ils génèrent, puisse être défini et expérimenté. Elle propose également que les démarches les plus matures soient ouvertes à d'autres professions et aux démarches hospitalières. Enfin la Cnam apportera un soutien en outillant ces démarches en particulier en termes d'analyse de données et d'évaluation.

Proposition 15**_ Étendre et renforcer la politique des seuils d'activité en cancérologie**

.....

Afin d'assurer d'un égal accès à des soins de qualité, il est proposé de renforcer la politique de seuils d'activité. Les seuils d'activité en cancérologie sont des outils qui permettent d'assurer un égal accès à des soins de qualité et d'améliorer les résultats de santé dans la population. La politique de seuil initiée en France en 2007 a donné des résultats très positifs, et mérite d'être poursuivie et renforcée.

L'Assurance Maladie propose que les seuils d'activité pour la chirurgie du cancer du sein soient relevés de 30 à 150 cas par an, pour rejoindre les pratiques de nos voisins européens. Elle propose par ailleurs qu'un seuil spécifique, fixé à 20 cas par an, soit mis en place pour la chirurgie du cancer de l'ovaire.

La mise en place de ces seuils doit s'accompagner d'un renforcement de la capacité des établissements placés au-dessus du seuil à prendre en charge les patientes concernées et nécessite la mise en place de filières d'adressage permettant un accès équitable à ces centres à haut volume. La mise en œuvre de ces mesures doit ainsi se faire de manière progressive, en concertation avec les professionnels.

Des autorisations réparties sur plusieurs sites pourraient être envisageables, dès lors que ces démarches reposent sur un projet médical partagé et surtout une démarche qualité commune et évaluée.

Proposition 16**_ Expérimenter un mode de financement alternatif favorisant le respect des seuils d'activité en cancérologie, et plus largement la mise en place de démarches d'assurance qualité**

.....

Une régulation fondée uniquement sur les seuils d'activité permet d'atteindre des résultats tangibles mais comporte des limites qui incitent à mobiliser d'autres leviers, dont le levier tarifaire.

L'Assurance Maladie propose l'expérimentation de modes

de financement basés sur la qualité prouvée pour la prise en charge du cancer du sein et du cancer de l'ovaire. Ce mode de financement introduirait une composante « qualité » dans les tarifs, distincte de la réalisation de l'acte et versée uniquement aux établissements, aux équipes ou aux chirurgiens qui satisfont à ces critères d'assurance qualité, incluant *a minima* le respect des seuils. Les critères permettant de verser cette composante seraient définis avec les représentants des professionnels de santé. Ce module tarifaire fondé sur la qualité serait financé par un ajustement du tarif de l'acte.

Proposition 17**_ Favoriser l'adoption d'une démarche d'assurance qualité pour la prise en charge de la chirurgie du cancer du sein et de l'ovaire**

.....

Au-delà des mécanismes de régulation tarifaire et de la mise en place de seuils, l'adoption de démarches d'assurance qualité est un facteur puissant de qualité et de sécurité des soins.

L'Assurance Maladie propose de favoriser l'adoption de telles démarches pour le cancer du sein et le cancer de l'ovaire en appuyant le mécanisme de tarification à la qualité présenté plus haut sur des référentiels cliniques éprouvés. Une réflexion prospective sur des logiques de certification d'équipes ou individuelles pourrait être menée avec les représentants des professionnels.

Proposition 18**_ Actualiser les recommandations de l'INCa sur la prise en charge du cancer du sein**

.....

La mise en place d'une tarification liée à la qualité pourrait être renforcée par l'actualisation des recommandations de l'INCa.

L'Assurance Maladie propose de prêter son concours à cette actualisation.

3.3 Nouveaux modes de paiement

3.3.1 / Une vision d'ensemble

Les modalités de financement des professionnels, organisation et établissements de santé sont avant tout des mécanismes d'allocation des ressources au sein d'un système complexe. Leur fonction principale, essentielle à la bonne marche du système, est donc d'assurer à ces acteurs un financement économiquement soutenable, le plus proche possible de leurs besoins réels.

Étant donné leur influence largement démontrée sur le comportement des acteurs, les mécanismes de paiement sont devenus au fil du temps des outils de régulation incontournables dans la plupart des systèmes de santé. Ils sont largement utilisés dans nombre de pays pour stimuler ou accompagner les réformes ou les évolutions de ces systèmes, soumis pour beaucoup d'entre eux à des contraintes fortes de maîtrise des dépenses.

On peut distinguer cinq grandes modalités de paiement des acteurs : financement de ressources (budget global ou salariat), financement d'une patientèle (capitation), financement d'une prestation (paiement à l'acte ou à la journée), financement d'un forfait de soins ou panier de prestations (paiement au séjour, paiement à l'épisode de soins) et intéressement (paiement à la performance ou à la qualité).

Aucune de ces modalités ne peut être considérée comme parfaite, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients intrinsèques (effet inflationniste sur l'activité pour les modes de paiement liés à l'activité, difficultés de l'accès aux soins générés par la capitation...), mais aussi des effets plus spécifiques aux modalités retenues.

De ce fait, dans la plupart des pays, y compris en France, les modes de paiement sont aujourd'hui mixtes, que ce soit en ville ou à l'hôpital, de façon à en combiner les avantages ou à en neutraliser les effets pervers. On observe ainsi une forme de convergence entre les différents systèmes de santé qui adoptent des stratégies d'adaptation conceptuellement proches. Cette convergence est cependant loin d'aboutir à une uniformisation des systèmes du fait notamment de points de départ très différents et des grands équilibres politiques et sociaux qui président à la conduite des réformes, en particulier de la capacité de négociation des différents acteurs.

Les modes de financement ont fait l'objet de nombreuses évolutions récentes en France. On peut rappeler, pour les soins de ville, les conventions de 2011 et 2016 et l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) d'avril 2017 qui ont développé les paiements forfaitaires, et introduit des paiements collectifs et à la performance. Dans le secteur hospitalier MCO, on peut mentionner la mise en place des

niveaux de sévérité des groupes homogènes de séjours (GHS) à partir de 2009 ou la généralisation des incitations financières à l'amélioration de la qualité (Ifaq). Le mode de financement des hôpitaux locaux a également récemment évolué. Dans le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR), une réforme du financement de grande ampleur est actuellement en cours. Enfin, dans le secteur médico-social, le financement des Ehpad a récemment évolué.

Ces évolutions se heurtent cependant à deux limites majeures. La première est qu'elles se sont faites sans vision d'ensemble, ayant été conçues et mises en œuvre en silos selon les différents secteurs du système de santé. La seconde limite est paradoxalement leur nombre très important ne laissant pas nécessairement le temps aux réformes pour produire leurs effets et pour être évaluées.

La nécessité de faire évoluer de manière plus importante les modes de financement fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus en France. Les objectifs poursuivis étant la réduction du poids du paiement à l'acte ou à l'activité, une meilleure prise en compte de la qualité et de la pertinence des soins, dans un contexte de maîtrise durable des financements et le développement d'organisations décloisonnées pour les prises en charge complexes. Sur plusieurs de ces dimensions, la France est en retard par rapport à ses voisins, Angleterre, Pays-Bas, Espagne, qui ont entamé des réformes d'envergure des modes de financement de leur système de santé.

Chacun de ces objectifs peut se décliner opérationnellement selon une large gamme de possibilités sans qu'une solution unique n'apparaisse forcément évidente. Les pays qui ont précédé la France dans cette voie ont pour beaucoup adopté une approche pragmatique, en recourant largement à des expérimentations, et en laissant une large place à l'initiative d'acteurs locaux. En créant un dispositif d'expérimentation et d'innovation organisationnelles et de financement, avec l'article 51 de la LFSS pour 2018, la France s'est dotée d'un laboratoire adapté à la mise en œuvre de ces expérimentations.

Pour autant, il serait illusoire de penser qu'un système cohérent puisse émerger spontanément des seules initiatives locales. L'identification d'orientations nationales et la mise en cohérence des initiatives locales, pour peu qu'elles soient conçues comme une aide à ces initiatives et qu'elles se nourrissent de leurs enseignements sont des éléments indispensables à toute politique ambitieuse de réforme des modes de financement de notre système de santé.

Les présents chapitres visent à contribuer à la réflexion actuellement en cours tant au niveau national que pour susciter des initiatives locales.

3.3.2 / Faire évoluer les modes de paiement à la qualité pour progresser plus vite sur les résultats des soins

Pourquoi prendre en compte la qualité dans les modes de paiement ?

Les dispositifs de paiement à la qualité ou à la performance (P4P) ont été conçus en réponse à l'absence de prise en compte explicite de la qualité dans les modes de paiement traditionnels des professionnels ou des établissements de santé, qui valorisent plus le volume d'actes ou l'efficacité.

Les dispositifs de paiement à la qualité visent donc à favoriser une amélioration du service rendu à la population pour un niveau de ressources donné et à garantir que les gains d'efficacité réalisés par ailleurs ne se font pas au détriment de ce service. L'hypothèse qui sous-tend ces dispositifs est, qu'à travers une incitation tarifaire, un signal est envoyé aux professionnels et aux établissements de santé auquel ceux-ci vont répondre en adoptant des pratiques et des modes d'organisation permettant d'améliorer la qualité.

Conceptuellement, le paiement à la qualité se caractérise par deux composantes :

- un système de mesures de la qualité qui repose sur une batterie plus ou moins développée d'indicateurs de qualité⁵⁰. Ces indicateurs doivent être rigoureusement validés et résulter d'un consensus entre professionnels et régulateurs, conditions nécessaires pour emporter la confiance des professionnels et pour conduire à des actions d'amélioration pertinentes ;
- un mécanisme de rémunération qui lie le montant de l'incitation à la valeur des indicateurs (prise indépendamment ou agrégée sous forme de scores).

Simple dans le principe, la mise en œuvre de ces deux composantes requiert de nombreux choix qui s'avèrent politiques et techniques et conditionnent fortement l'efficacité des dispositifs. La très grande diversité des systèmes de paiement à la qualité mis en place aux États-Unis et en Europe traduit la multiplicité des choix qui s'offrent aux promoteurs lors de l'élaboration de tels dispositifs.

Incontestablement, les enseignements des premiers modèles de P4P mis en œuvre à l'international ont déçu, montrant des résultats incertains ou en deçà des attentes initiales des promoteurs. Ces modèles reposent le plus souvent sur des mécanismes d'intéressement, complémentaires aux modes de financements classiques, positifs (bonus), ou plus rarement négatifs (malus).

Il n'y a toutefois pas de remise en question du principe même de l'intégration d'une incitation financière à la qualité, mais des évolutions des modèles mis en œuvre. Ces évolutions se font cependant au prix d'une complexité croissante des modèles qui peuvent différencier les modes de rémunération selon les pathologies ou les actes concernés.

Les dispositifs de P4P en Europe et aux États-Unis

Les premiers programmes de P4P ont été initiés il y a une vingtaine d'années, le premier dispositif ayant été mis en place dans les hôpitaux luxembourgeois en 1998. Il existe maintenant un nombre croissant d'études recensant les dispositifs existants dans le monde et évaluant leurs résultats. En particulier, deux revues de littérature complètes ont été réalisées par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. La première publiée en 2014 a donné lieu à un ouvrage coordonné avec l'OCDE [2], la seconde [3], non encore publiée, actualise ce travail avec les évaluations les plus récentes. L'étude la plus récente, qui porte sur les pays européens a dénombré 24 programmes de paiement à la qualité, implantés dans 15 pays.

Les dispositifs de P4P dans le secteur ambulatoire

Exemples de mise en œuvre

Treize programmes ont pu être identifiés au sein de 12 pays européens. Malgré les différences d'organisation des systèmes de santé, les programmes mis en place sont pour la plupart nationaux. Dans la moitié des cas, ils sont obligatoires, mais en France comme au Royaume-Uni où ils reposent sur le volontariat, la quasi-totalité des praticiens y adhèrent.

Dans l'ensemble, les programmes se concentrent sur la prise en charge des pathologies chroniques et la prévention. La quasi-totalité des indicateurs mobilisés sont des indicateurs de structures ou de processus. Cinq pays ont toutefois intégré des indicateurs intermédiaires de résultats, et seules la Lituanie et la Lettonie ont introduit des indicateurs de résultats finaux. Trois pays recueillent des indicateurs portant sur l'expérience des patients : le Portugal, la Suède et le Royaume-Uni.

Dans la grande majorité des cas, le montant de l'incitation reste inférieur à 5 % des revenus totaux. Il n'existe pas de malus dans les systèmes de P4P en secteur ambulatoire. Au Portugal, le bonus peut atteindre jusqu'à 30 % du revenu total des médecins. Au Royaume-Uni, la rémunération obtenue sur la base du *Quality and Outcomes Framework* (QOF) a été comprise entre 20 et 25 % du revenu total des médecins entre son année de mise en œuvre en 2004, et 2013 où il a été décidé de réduire cette part à 15 %. Le différentiel a été transféré sur le montant de la capitation, mode de financement historique de la médecine générale en Angleterre. Le nombre d'indicateurs utilisé est alors passé de 130 environ à un peu plus de 80.

⁵⁰ Les enseignements des expériences étrangères tendent à montrer qu'il est souhaitable de balayer un champ assez large de la qualité et donc de disposer d'un nombre important d'indicateurs.

Évaluation

Le *Quality and Outcomes Framework* britannique mis en œuvre en 2004 a longtemps été le plus important programme de paiement à la performance des médecins généralistes au monde. Les évaluations réalisées montrent qu'il a permis d'améliorer de manière significative la qualité, mesurée à partir d'indicateurs de processus de prise en charge, surtout la première année avec des augmentations allant jusqu'à 30 points de pourcentage sur certains indicateurs. Aucune amélioration significative n'a été en revanche constatée sur les indicateurs de résultats intermédiaires ou finaux. Ces résultats positifs semblaient avoir du mal à se maintenir sur la durée.

Les études portant sur les systèmes d'autres pays observent des résultats très similaires. Les évaluations les plus rigoureuses convergent pour montrer une progression significative, bien que modeste, sur les indicateurs de processus, mais un impact non significatif sur les indicateurs de résultats.

En ce qui concerne le champ de la prévention, les études les plus exigeantes montrent des résultats positifs sur quatre indicateurs : dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, vaccination contre la grippe, recueil d'information

sur le statut des fumeurs dans le dossier informatisé du patient et conseils d'arrêt du tabac.

Sept études, à faible niveau de preuves, ont montré des effets positifs sur la baisse des hospitalisations liées à des complications du diabète, la baisse de recours aux urgences et la mise en place d'une prise en charge de la dépression. D'autres études ne trouvent pas d'effets des programmes ambulatoires de P4P sur ces indicateurs, deux études observant même une dégradation des indicateurs après la mise en place des dispositifs d'incitation financière.

La seule exception sur ce champ reste les résultats positifs observés dans le cadre des *Accountable Care Organizations* (ACO) dont les premières évaluations montrent des améliorations significatives sur l'ensemble des indicateurs qui entrent dans les dispositifs.

Enfin, les études ne parviennent pas à montrer d'effets clairs sur l'amélioration de l'expérience du patient, affichant des résultats contradictoires selon les dispositifs (toujours à l'exception des ACO).

► ENCADRÉ 31

La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) en France, évolution des indicateurs

L'amélioration des pratiques des médecins libéraux a confirmé, cinq ans après sa mise en place, l'intérêt du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) en tant que levier du changement. À côté d'une rémunération à l'acte (qui reste le socle de la rémunération des médecins libéraux) et d'une rémunération forfaitaire (pour les actions de suivi de patientèle et de coordination), la Rosp valorise la qualité des pratiques médicales.

Ce dispositif a été rénové pour son volet médecin traitant de l'adulte lors de la convention médicale signée en 2016. Cette rénovation, en actualisant les indicateurs de bonne pratique en santé publique au regard des connaissances et référentiels médicaux en vigueur visait à renforcer la pertinence du dispositif et ainsi à poursuivre l'amélioration de

la qualité des pratiques. Les indicateurs résultent d'un travail collectif entre les parties signataires de la convention fondée sur les propositions du Collège de la médecine générale (CMG) ainsi que sur les avis et référentiels émis par les différents opérateurs sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS, Institut national du cancer – INCa, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM, et Santé publique France, l'agence nationale de santé publique).

La nouvelle Rosp est recentrée sur l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques en matière de santé publique en particulier par une valorisation de la prévention avec, par exemple, l'introduction du dépistage du cancer colorectal ou l'invitation au sevrage tabagique.

Les premiers résultats en 2017 sont globalement encourageants quoique contrastés.

Ainsi en matière de prévention, certains taux connaissent des évolutions prometteuses : le dépistage du cancer colorectal est en hausse (+ 6,2 points), la prescription d'antibiotiques des médecins traitants à leurs patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD diminue (le nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients passe de 39,5 à 36,1 en moyenne, soit 770 000 traitements évités par rapport à 2016) et la part de traitements par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance est en baisse (- 3,7 points). À l'inverse, sur ce volet, le dépistage du cancer du sein, cancer le plus fréquent chez la femme⁵¹, est en baisse de 1,2 point en 2017.

51 INCa, Les cancers en France en 2017- L'essentiel des faits et chiffres, mars 2018.

► TABLEAU 41

Évolution des indicateurs « prévention » de la Rosp entre 2016 et 2017

Les indicateurs nouveaux ou les modifications de libellé figurent en couleur

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Évolution déc. 2016-déc. 2017 (en points)
Grippe	Part des patients médecin traitant âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75 %	52,9 %	52,9 %	0,0
	Part des patients médecin traitant âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	≥ 75 %	31,2 %	31,2 %	0,0
Dépistage des cancers	Part des patientes médecin traitant de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	≥ 80 %	67,3 %	66,1 %	- 1,2
	Part des patientes médecin traitant de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	≥ 80 %	56,9 %	56,8 %	- 0,1
	Part des patients médecin traitant de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	≥ 70 %	22,9 %	29,1 %	6,2
Iatrogénie	Part des patients médecin traitant > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits	0 %	5,3 %	5,0 %	- 0,3
	Part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine (BZD) hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	≤ 24 %	41,6 %	40,9 %	- 0,7
	Part des patients médecin traitant ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	≤ 7 %	15,1 %	15,0 %	- 0,1
Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients médecin traitant de 16 à 65 ans et hors ALD	≤ 14	39,5	36,1	- 3,4
	Part des patients médecin traitant traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e générations ; fluoroquinolones)	≤ 27 %	43,2 %	39,5 %	- 3,7

Indicateurs décroissants

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée – France entière

Source : Cnam (Système national des données de santé – SNDS –)

Concernant le suivi des pathologies chroniques, de bons résultats sont enregistrés en matière de dépistage de la maladie rénale chronique que ce soit

chez le patient hypertendu (+ 2,0 points, soit près de 180 000 patients) ou chez le patient diabétique (+ 3,9 points, soit près de 100 000 patients), deux affections à

l'origine de cette pathologie silencieuse pouvant évoluer jusqu'à l'insuffisance rénale chronique terminale.

► TABLEAU 42

Évolution des indicateurs « pathologies chroniques » de la Rosp entre 2016 et 2017

Les indicateurs nouveaux ou les modifications de libellé figurent en couleur.

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Évolution déc. 2016-déc. 2017 (en points)
Diabète	Part des patients médecin traitant traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	≥ 93 %	79,0 %	78,8 %	- 0,2
	Part des patients médecin traitant traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	≥ 77 %	62,9 %	62,0 %	- 0,9
	Part des patients médecin traitant traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 61 %	31,0 %	34,9 %	3,9
HTA	Part des patients médecin traitant traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 14 %	7,0 %	9,0 %	2,0
Risque cardiovasculaire	Part des patients médecin traitant présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'Aomi traités par statines et AAP ^(a) et IEC ou ARA 2 ^(b)	≥ 61 %	44,2 %	43,6 %	- 0,6
	Part des patients médecin traitant traités par AVK ^(c) au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR ^(d) dans l'année	≥ 95 %	79,0 %	77,2 %	- 1,8

(a) Antiagrégants plaquettaires

(b) Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2

(c) International Normalized Ratio

(d) Antivitamines K

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée – France entière

Source : Cnam (SND5)

Pour ce qui est de l'optimisation et l'efficacité des prescriptions, les résultats sont nuancés. Ainsi, les indicateurs de prescription dans le répertoire des génériques de l'Agence nationale de

sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) relatifs aux statines et aux antihypertenseurs progressent en 2017 (respectivement + 0,5 et + 2,0 points). En revanche, l'indicateur relatif aux

autres traitements prescrits dans le répertoire générique baisse de 0,5 point par rapport à 2016.

► TABLEAU 43

Évolution des indicateurs « optimisation et efficience des prescriptions » de la Rosp entre 2016 et 2017*Les indicateurs nouveaux ou les modifications de libellé figurent en couleur.*

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Évolution déc. 2016-déc. 2017 (en points)
Prescription dans le répertoire des génériques ou biosimilaires	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 97 %	90,3 %	90,7 %	0,4
	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 92 %	86,5 %	88,5 %	2,0
	Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 94 %	47,1 %	42,3 %	-4,8
	Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 86 %	78,9 %	78,5 %	-0,4
	Indice global de prescription dans le reste du répertoire	≥ 55 %	47,1 %	46,6 %	-0,5
	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	≥ 20 %	0,2 %	2,8 %	2,6
Efficience des prescriptions	Part des patients médecin traitant traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients médecin traitant traités par antiagrégants plaquettaires	≥ 94 %	87,2 %	87,9 %	0,7
	Part des patients médecin traitant diabétiques traités par metformine	≥ 93 %	80,6 %	81,4 %	0,8
	Part des patients médecin traitant ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de thyroïdostimuline (TSH)	≥ 99 %	86,7 %	88,3 %	1,6

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée – France entière
Source : Cnam (SND5)

Les dispositifs de P4P dans le secteur hospitalier**Treize dispositifs au sein de neuf pays européens ont pu être analysés**

Plus fréquemment que dans le secteur ambulatoire, les dispositifs intègrent des indicateurs de résultats, mais la plupart des indicateurs restent des indicateurs de processus. Seuls quatre pays, dont la France, ont recours à des indicateurs de structures. Seuls deux pays utilisent des indicateurs de mortalité, la Croatie et la Norvège. Cette dernière calcule un indicateur de survie à cinq ans pour différents types de cancer et un indicateur de mortalité à 30 jours après séjour pour une fracture de la hanche, un infarctus du myocarde ou un AVC.

Les indicateurs de résultats sur l'expérience et la satisfaction des patients sont utilisés pour le P4P en Angleterre, au Danemark, en Norvège et en Suède (ainsi qu'en France depuis 2016). Les indicateurs de processus portent le plus souvent sur la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde, les AVC, l'IRCT et la pose de prothèses de hanche ou de genou.

Neuf des 13 dispositifs étudiés intègrent des mécanismes de malus sous différentes formes : non-paiement de certains événements (*never-events*⁵², réadmissions...), ajustement ex-post du paiement par application d'un malus, application d'une pénalité prédéfinie. Les incitations représentent des montants assez faibles, n'excédant pas 2 % du budget d'un hôpital, à l'exception de la Croatie où le paiement à la performance peut représenter 10 % du budget.

52 Accidents rares mais très graves dont on considère qu'ils ne devraient jamais se produire dans des conditions normales de sécurité. Y sont par exemple inclus : les erreurs d'interventions sur la mauvaise partie ou le mauvais organe, l'implantation d'un dispositif médical non approprié ou l'oubli d'un corps étranger dans le corps après intervention.

Aux États-Unis, il existe de nombreux programmes différents, du fait de la pluralité des assureurs santé qui interviennent sur le marché.

C'est aux États-Unis que les dispositifs de paiement à la performance se sont le plus développés. Medicare, l'assurance publique pour les personnes âgées de plus de 65 ans, a mis en place trois programmes obligatoires :

- le *Hospital Value-Based Purchasing Program* (HVBP) redistribue 1,75 % de l'enveloppe totale du financement à l'activité (équivalent de la T2A en France) en fonction d'indicateurs de qualité, selon un système de bonus-malus basé sur la comparaison des performances des hôpitaux par rapport à la moyenne ;

- le *Hospital Readmission Reduction Program* (HRRP) réduit le tarif des réhospitalisations pour plusieurs pathologies ou actes (infarctus du myocarde, arthroplastie du genou et de la hanche, insuffisance cardiaque, pneumonie et BPCO). Le dispositif utilise l'indicateur de taux de réhospitalisation à 30 jours, ajusté sur les caractéristiques spécifiques de la patientèle de chaque hôpital, qui est calculé à partir des données du PMSI américain ;

- le *Hospital Acquired-Condition Reduction Program* (HACRP) module le paiement des hôpitaux sur la base des « indicateurs de sécurité du patient (PSI)⁵³ » développés par l'Agence pour la recherche et la qualité en santé (AHRQ), également construits à partir des données du PMSI américain. Ces indicateurs font, en outre, l'objet d'une information au public, publiée sur le site *Hospital Compare*. La modulation des paiements reste toutefois, dans ce cadre, marginale.

De nombreux autres dispositifs existent, développés par les différents assureurs privés au-delà de ces programmes fédéraux, qui s'appliquent aux établissements qui prennent en charge les patients couverts par Medicare.

L'impact des systèmes de P4P dans le secteur hospitalier

Globalement, les études portant sur l'impact des dispositifs de P4P à l'hôpital sur l'amélioration de la qualité, qu'elle soit estimée par des indicateurs de processus ou de résultat, ou encore d'expérience patient, présentent des résultats contrastés.

En ce qui concerne les indicateurs de processus, la plus importante expérimentation pilotée par Medicare et mise en place au tout début des années 2000, avait montré des effets très positifs les deux premières années, mais qui ne se sont pas confirmés dans le temps. Malgré des résultats mitigés, Medicare a décidé de généraliser un système de P4P obligatoire un peu différent, le *Hospital Value-Based Purchasing Program*.

En Angleterre, le programme *Advancing Quality England* (AQE) semblait avoir eu un impact positif la première année de sa mise œuvre sur la mortalité liée à l'infarctus du myocarde, à l'insuffisance cardiaque et à la pneumonie. Ce résultat ne s'est pas confirmé les années suivantes, alors même que dans des régions ne participant pas au programme, il était enregistré une diminution de la mortalité sur ces pathologies.

Une étude de Medicare publiée en janvier 2018 a montré un impact positif du dispositif de réduction des réadmissions (HRRP), même en prenant en compte certains effets de codages⁵⁴. Le taux de réadmission global est passé de 17,7 % à 15,9 %, celui des réadmissions potentiellement évitables, de 11,2 à 9,7 %, entre 2010 (date d'entrée en vigueur du dispositif) et 2016. Les économies associées au programme sont estimées à deux milliards de dollars. Néanmoins, l'extension de ce dispositif, qui cible les hôpitaux ayant le taux de réadmission le plus élevé, à l'ensemble des hôpitaux pourrait avoir des conséquences négatives pour les hôpitaux servant une population plus fragile et donc être source d'iniquités [4].

Des modèles alternatifs aux modèles classiques commencent à voir le jour

En réponse aux limites constatées sur les dispositifs d'intéressement existants, des modèles alternatifs ont été développés et expérimentés dans plusieurs pays. Parmi ces modèles, deux présentent un intérêt particulier. Le premier et le plus connu est le *Value Based Health Care* (VBHC), proposé par Michael Porter, qui se focalise sur les résultats des prises en charge et la prise en compte du point de vue du patient. L'autre, est un modèle développé en Angleterre, les *Best Practice Tariffs* qui conditionne le paiement au respect d'un ensemble de bonnes pratiques.

Prendre en compte le résultat des soins : le Value-Based Purchasing (VBP)

Dans le paiement basé sur la valeur (VBP), la valeur est la notion cardinale autour de laquelle le système de santé et donc les modes de financement doivent s'organiser. La valeur est définie comme le résultat des soins qui importent au patient rapporté aux ressources nécessaires à la production de ces soins.

La mise en place du VBHC repose sur la mesure du résultat des soins, en particulier dans des dimensions qui relèvent à la fois de la qualité de vie et du vécu des soins avec des indicateurs validés de manière standardisée et généralisables à l'ensemble du système de santé. Les PROMs et, dans une moindre mesure, les PREMs sont les outils principaux de cette mesure (voir page 140). Ces indicateurs pourraient être utilisés, pour moduler, compléter ou conditionner les modes de paiement existants.

53 Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI), Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI), Surgical Site Infection (SSI) (Colon Surgery and Abdominal Hysterectomy), Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) bacteremia, and Clostridium difficile Infection (CDI) measures.

54 http://www.medpac.gov/docs/default-source/reports/jun18_ch1_medpacreport_sec.pdf?sfvrsn=0

Le VBP préconise également une évolution dans la façon de prendre en compte la valeur dans les modes de financement des soins, à travers le *bundled payment* ou paiement forfaitaire à l'épisode de soins, considéré par Porter comme un levier majeur de transformation des organisations de soins et donc d'amélioration des pratiques. Dans le VBP, le forfait ne se contente pas de grouper les financements existants, il comporte une part de valeur qui peut se matérialiser de deux façons : 1) en modulant une partie du forfait à l'atteinte d'objectifs d'amélioration mesurés par des PROMs, selon une modalité proche du P4P classique, et 2) en incluant dans le forfait des événements indésirables ou des complications qu'on souhaite réduire, comme une réhospitalisation ou une réintervention chirurgicale.

Cette dernière modalité est proche des politiques de non-financement des *never-events*, qui a pu inspirer certains programmes de Medicare (comme sur les escarres acquises en maison de retraite) ou en Angleterre (avec 14 événements de sécurité des soins inclus dans la liste).

Les dispositifs de *bundled payment* sont mis en œuvre dans de nombreux pays sous des formes très variables, couvrant des épisodes de soins chirurgicaux aussi bien que médicaux [5]. Aux États-Unis, Medicare a beaucoup investi ce domaine avec plusieurs modèles qui ont fait l'objet d'évaluations positives. Dans le domaine de la chirurgie, certains programmes américains ont montré des gains d'efficacité, sans dégradation de la qualité [6], en Suède, le programme *Orthochoice* a présenté des gains prometteurs en termes d'économie et de réduction des réinterventions [7]. Les résultats pour les épisodes de soins médicaux sont moins positifs, du fait sans doute d'une plus grande complexité dans la définition du contenu du forfait. L'un des enseignements importants des premiers modèles expérimentés par Medicare est la nécessité de prendre en compte la lourdeur des cas dans le calcul du montant du forfait, par exemple en réalisant un ajustement sur le risque. À défaut, des pratiques de sélection des patients en fonction du niveau de risque peuvent s'installer. L'un des intérêts de ces modèles est de lier plus étroitement qualité et efficacité dans les modes de rémunération, et donc de pouvoir construire des modèles économiques viables pour ce type de modes de financement.

Les Best Practice Tariffs en Angleterre : rendre visible la qualité dans les tarifs des séjours hospitaliers

Dans la plupart des modes de paiement hospitaliers liés à l'activité, les tarifs des GHM sont fondés sur le coût moyen des séjours recueillis sur des échantillons d'établissements, sans mesure de la qualité produite. Le signal économique envoyé aux établissements les incite donc théoriquement à optimiser leurs coûts de prises en charge, pour atteindre un niveau au plus égal à celui du tarif du GHM. Les conséquences en termes de qualité n'entrent pas en ligne de compte dans cette incitation, et doivent être gérées par ailleurs.

En réponse à cette limite du modèle de financement, le Royaume-Uni a introduit pour la rémunération de certains séjours le modèle des *Best Practice Tariffs* (BPT) qui rémunère les prestataires non plus sur la base exclusive des coûts moyens observés, mais aussi sur l'estimation du coût des meilleures pratiques définies à dire d'experts, en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques et sur le choix d'incitations spécifiques [8].

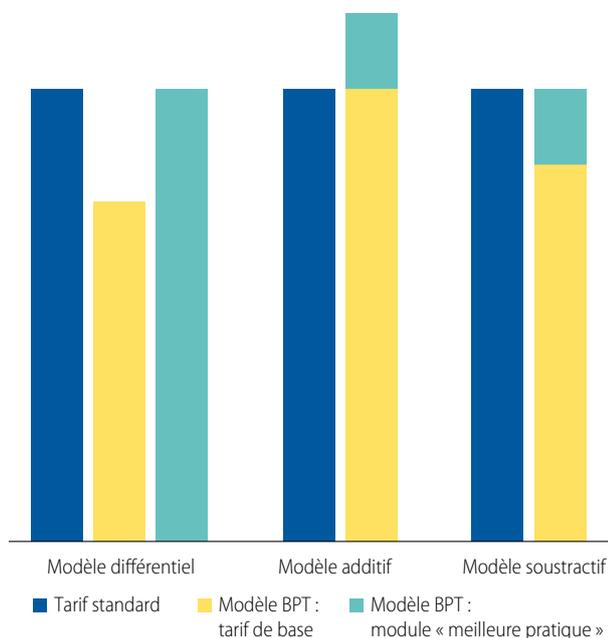
Cela peut se traduire en pratique de plusieurs manières (**figure 81**) :

- modèle différentiel : le respect des bonnes pratiques entraîne le versement d'un tarif supérieur au tarif de base (appliqué en chirurgie ambulatoire) ;
- modèle additif : le respect des bonnes pratiques entraîne le versement d'un bonus par rapport au tarif de base. Le mécanisme est très proche du P4P classique (appliqué pour les AVC) ;
- modèle soustractif : le non-respect des bonnes pratiques entraîne un paiement inférieur au paiement standard, seul le respect des bonnes pratiques permet le versement de l'intégralité du tarif (appliqué pour la prothèse de hanche).

Le BPT comprend aussi un mécanisme de *bundled payment*, utilisé par exemple pour la cataracte. L'évaluation de ce programme montre des résultats intéressants. Si les résultats en termes d'amélioration quantifiable de la qualité étaient limités et variables d'un type de soins à un autre, le programme jouissait d'une image très positive et d'un soutien fort des professionnels de terrain interrogés. L'une des explications possible à cet écart est le temps nécessaire à ce que les changements attendus prennent place et produisent leurs effets.

► FIGURE 81

Différents modèles de paiement dans le cadre des Best Practice Tariffs (BPT) en Angleterre



Source : d'après Audit Commission

Quelles pistes pour développer des systèmes de paiement à la performance plus efficaces ?

Pour beaucoup de régulateurs, les résultats des premiers programmes se sont révélés décevants, en deçà des espoirs investis dans de tels dispositifs. La conviction qu'il est essentiel d'introduire des mécanismes d'incitation à la qualité dans les modes de rémunération de professionnels reste pourtant plus forte que jamais. Les réflexions portent ainsi aujourd'hui sur la manière de faire évoluer ces modèles pour en dépasser les limites.

De nombreux experts considèrent que les résultats en demi-teinte des dispositifs de P4P sont dus à des défauts de conception liés à une réflexion stratégique insuffisante sur l'intérêt et le fonctionnement de tels dispositifs et leur articulation avec d'autres dispositifs d'amélioration de la qualité.

Le développement et la mise en œuvre de ce type de programme sont des choix politiques forts qui doivent prendre en compte plusieurs éléments.

En premier lieu, la prise en compte de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins doit s'appuyer sur une vision extensive de la qualité, incluant nécessairement les résultats en santé, en particulier ceux rapportés par le patient, sans pour autant s'y réduire :

- cette vision ne peut reposer sur un nombre trop limité d'indicateurs, au risque de favoriser des effets négatifs dans les champs non observés ;

- l'extrême inverse, consistant à multiplier par centaines⁵⁵ doit être évité, ce qui implique d'identifier des champs prioritaires d'amélioration de la qualité ;
- ces priorités ne sauraient reposer sur la seule facilité de mesure, mais sur des enjeux de santé publique, d'efficacité du système de santé et de réponse aux attentes de la population.

Les indicateurs choisis doivent, dans la mesure du possible :

- disposer d'une assise scientifique et méthodologique forte, assurant leur fiabilité et leur validité ;
- pouvoir être construits en exploitant les systèmes d'information existants, notamment les bases médico-administratives ;
- lorsqu'un recueil complémentaire s'avère nécessaire, celui-ci doit être organisé à partir des systèmes d'information existants, quitte à les faire évoluer plutôt qu'à partir de systèmes d'information ad hoc, coûteux et peu réalistes.

Afin d'assurer le succès de ces dispositifs, ceux-ci doivent s'insérer dans un ensemble plus vaste de politique publique et s'inscrire en cohérence avec les autres dispositifs d'amélioration de la qualité et de la pertinence, quitte à faire évoluer ces derniers. Ainsi, les modalités tarifaires joueraient tout autant un rôle de signal qu'un rôle économique pur, les montants liés à la qualité n'ayant pas nécessairement besoin d'être importants pour être efficaces.

Le choix des indicateurs et des mécanismes de leur prise en compte doit se faire avec transparence et selon des modalités associant de manière étroite un panel large d'acteurs au premier rang desquels les usagers et les professionnels de santé. À défaut, les dispositifs conçus risqueront au mieux de manquer d'efficacité, au pire d'être rejetés en bloc.

À l'instar de ce qui est fait en Angleterre, les systèmes de P4P pourraient évoluer dans le sens d'une diversification de leurs modalités en fonction de la nature des soins, certains modèles étant conçus pour valoriser positivement les efforts d'amélioration de la qualité, d'autres visant à pénaliser des défauts de qualité considérés comme « inacceptables » ou fortement évitables, comme certaines complications ou réadmissions, par exemple. Si cette évolution se traduit par une complexification du mode de paiement, elle tient mieux compte des spécificités de chaque prise en charge.

⁵⁵ En Allemagne, plus de 350 indicateurs sont mesurés en routine pour les hôpitaux.

3.3.3 / Le financement des soins de ville : renforcer la part forfaitaire pluriprofessionnelle autour d'une approche populationnelle

Le financement de la médecine libérale : un modèle mixte mêlant activité, forfait et paiement à la performance

Historiquement basé sur le paiement à l'acte, le financement des soins de ville a subi des évolutions très importantes, notamment depuis la mise en place en 2004 du parcours de soins organisé autour du rôle de coordination du médecin traitant. Les différentes conventions médicales conclues depuis lors et, notamment, les conventions de 2011 et 2016, ont ainsi permis de diversifier les modes de rémunération des médecins en mettant en place des rémunérations forfaitaires valorisant le suivi au long cours des patients par le médecin traitant.

Ces conventions et les avenants qui les ont suivies portent deux modifications majeures. La première est la mise en place d'un financement complémentaire sous la forme d'un intéressement financier individuel conditionné à l'atteinte de résultats mesurables, appelé Rosp (applicable initialement aux médecins traitants et étendue aux cardiologues, gastroentérologues et endocrinologues). Ce financement, appartenant à la grande famille du paiement à la performance avait été expérimenté sur un groupe de médecins volontaire sous la forme du contrat d'amélioration des pratiques professionnelles (Capi).

La seconde est la mise en place de forfaits complémentaires à l'activité, payés individuellement aux médecins, soit en fonction des caractéristiques de leurs patients (forfait médecin traitant – FMT –, forfait personnes âgées pour l'ensemble des spécialités médicales), soit en fonction de leur niveau d'investissement dans la mise en place d'outils ou d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet (forfait structure comportant des indicateurs sur l'équipement informatique ou sur des modes d'organisation : démarche de prise en charge coordonnée des patients, services offerts aux patients, etc.). Depuis ces deux conventions médicales, le mode de financement des soins de médecine générale est basé en France sur un modèle mixte comprenant une part à l'acte, une part au forfait dépendant des caractéristiques de la patientèle ou de l'investissement dans des outils ou des modes d'organisation, et une part liée à la performance. En 2017, la rémunération moyenne des médecins généralistes (hors médecins à exercice particulier) était ainsi composée à 86,6 % de rémunération à l'acte, à 9 % de paiements forfaitaires et à 4,4 % de la Rosp.

Le développement d'un modèle d'exercice collectif, appelant des modes de financement collectifs et mixtes

La convention médicale, basée sur un modèle d'exercice individuel sans interprofessionnalité, présente cependant la limite de ne permettre que des paiements individuels pour les seuls médecins. D'une manière générale, l'approche conventionnelle monoprofessionnelle présente pour chacune des professions concernées le même inconvénient.

Parallèlement, s'est développé un mouvement en faveur du développement de modes d'exercice pluriprofessionnels, allant au-delà du seul regroupement physique de professionnels de santé dans le contexte des soins primaires. Ce modèle, porté par certains médecins généralistes et des représentants d'autres catégories de professionnels de santé, revendique une approche populationnelle, notamment autour des pathologies chroniques et accorde une grande importance à des modes d'organisation reposant sur des coopérations interprofessionnelles nouvelles.

Les ENMR : une expérimentation généralisée

En 2008 sont lancées les expérimentations pour de nouveaux modes de rémunération (ENMR). Ces ENMR s'adressaient aux maisons et pôles de santé en leur proposant une part de financement forfaitaire collectif en complément de leurs modes de rémunération existants, essentiellement à l'acte. La généralisation de ces expérimentations a nécessité la création d'un nouveau cadre conventionnel interprofessionnel, l'ACI et d'un nouveau statut juridique d'exercice, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa). Cette généralisation s'est faite en deux temps : un règlement arbitral en 2015, puis un ACI en 2017, inscrivant dans le cadre conventionnel les modalités de financement expérimentées. Les maisons de santé bénéficient ainsi, outre le paiement à l'acte, d'une rémunération collective en contrepartie d'engagements sur l'accès aux soins, le travail en équipe et l'équipement en système d'information partagé.

Des modèles organisationnels collaboratifs aux modes de financement multiples

Du fait des contraintes réglementaires entourant l'exercice des professions de santé en France, le développement de ces modalités d'exercice s'est beaucoup structuré autour d'expérimentations plus ou moins abouties : le dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe) créé en 2004, et aujourd'hui présent sur l'ensemble du territoire, est à l'origine d'une modalité de coopération interprofessionnelle entre médecins et infirmiers ; l'article 51 de la loi HPST a ouvert en 2010 la possibilité de mener des expérimentations de coopérations interprofessionnelles dans un cadre moins contraint qu'auparavant, sans pour autant créer un appel d'air aussi important qu'espéré ; la loi de janvier 2016 créé un cadre pour les infirmiers en pratique avancée (IPA).

Au-delà d'un objectif de redéfinition des compétences et rôles des acteurs de soins primaires (à travers principalement des protocoles de coopérations interprofessionnelles ou de l'éducation thérapeutique), ces diverses expérimentations sont portées par des financements spécifiques et pas nécessairement intégrées. La loi de janvier 2016 porte toutefois la volonté d'inscrire les IPA dans le droit commun, y compris du point de vue des modes de financement.

Un financement inabouti

En dépit de transformations dont il ne faut pas minorer la portée et l'ampleur, le mode de financement des soins primaires comporte aujourd'hui des limites sérieuses et justifierait de connaître des évolutions complémentaires permettant d'aller au bout des évolutions précédemment engagées.

La première limite mise en avant par les acteurs de ces structures est le poids trop important du paiement à l'acte dans le financement des structures. Cela induit deux problèmes : d'une part une dépendance au volume d'activité produite qui empêche les professionnels de se consacrer à des tâches non rémunérées et pourtant utiles, d'autre part, l'exclusion d'un ensemble de prestations ou de services dont l'inscription à la nomenclature et le remboursement peuvent s'avérer complexes voire impossibles. On peut citer ici de manière non limitative l'éducation à la santé des patients, des actions de prévention, des échanges entre professionnels pour mettre en place une prise en charge coordonnée des patients y compris avec des confrères hospitaliers.

La deuxième limite est l'exclusion de certaines professions non conventionnées (psychologues, diététiciens...) dont l'intervention est pourtant utile voire recommandée par la HAS dans de nombreuses situations et qu'il est difficile d'imaginer rémunérer à l'acte.

Enfin, le modèle actuel n'embarque pas de principe les diverses coopérations interprofessionnelles financées par ailleurs et mentionnées plus haut, alors même que ces dernières représentent souvent un motif puissant d'adopter une organisation pluriprofessionnelle.

Faire évoluer le mode de financement des soins de ville Expérimenter un paiement forfaitaire populationnel pour les structures pluriprofessionnelles

Comme la Cnam en a fait le constat dans son rapport de propositions pour 2018, le développement d'organisations structurées de soins en ville, capables d'assurer le suivi et l'accompagnement d'un nombre croissant de patients présentant un profil de polyopathie, voire de dépendance important, est un objectif majeur pour notre système de santé. Il s'agit d'une condition *sine qua non* pour assurer une prise en charge moins coûteuse, à même d'éviter un recours à l'hôpital, soit en contrôlant l'évolution des pathologies et en évitant des complications, soit en assurant des services alternatifs à l'hospitalisation.

Les modes d'organisation et de financement des soins de ville dont les limites sont discutées plus haut, représentent aujourd'hui, malgré des évolutions positives récentes, un frein à ce développement.

Il est donc nécessaire d'inscrire les évolutions des modalités de financement des soins de ville et en particulier des modes d'exercice regroupés dans une vision de long terme. Cette vision devra naturellement se mettre en place progressivement et les modalités opérationnelles devront en être expérimentées sur le terrain avant d'être généralisées. Ainsi, la Cnam propose que le modèle-cible de financement réponde aux critères suivants : – il doit nécessairement être mixte, associant les trois dimensions suivantes : activité, forfait et performance, si ces dimensions sont aujourd'hui présentes dans l'ACI, elles devront subir d'importantes évolutions dans l'équilibre financier global entre elles et sur les modalités de calcul et de détermination des financements ;

- il doit nécessairement comprendre *a minima* une composante collective ;
- il doit pouvoir renforcer la capacité d'action des acteurs de soins primaires en leur permettant de développer de nouveaux services, non solvables avec les modes de financement actuels, ou d'intégrer des modes d'organisation ou de coopération aujourd'hui financés de manière distincte, comme les IPA ;
- il doit responsabiliser ces acteurs sur la pertinence des soins qu'ils prodiguent à leurs patients. Le système de rémunération doit être incitatif pour les professionnels de santé à délivrer les bons soins aux bons patients, en tenant compte des exigences d'efficacité du système ;
- il doit donc proposer un modèle économique dans lequel la prise en charge globale du patient (incluant les dépenses au-delà des seuls soins primaires) est à terme moins coûteuse ;
- il doit enfin aboutir à un modèle compréhensible pour les acteurs avec un niveau de complexité de gestion des structures minimal.

Concrètement, une première étape sur ce chemin pourrait être l'expérimentation dans l'appel à manifestation d'intérêt « Peps (paiement en équipe des professionnels de santé) » publié dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 d'un financement forfaitaire collectif pour des structures pluriprofessionnelles. Ce forfait serait calculé selon une approche populationnelle tenant compte de la diversité et de la complexité du profil de la patientèle de la structure et non pas sur une approche par pathologie spécifique.

Le paiement forfaitaire expérimenté nécessitera un ajustement au risque ou au « case-mix » permettant de tenir compte de la diversité des niveaux de complexité des patients et une modularité pour tenir compte de la diversité du panier de services offert.

Le financement forfaitaire pourra servir à développer des services différenciés aux patients selon leur niveau de complexité, avec une priorité donnée aux patients les plus complexes qui requièrent les besoins de coordination et d'accompagnement les plus grands. Dans une telle logique de financement, une grande liberté est donnée aux acteurs pour développer les services qu'ils estiment pertinents pour leurs patients, dans le respect des contraintes réglementaires et des bonnes pratiques professionnelles (sans préjudice des dérogations accordées). Il sera néanmoins nécessaire que ces services soient décrits à des fins d'évaluation et de comparaison.

Le montant de ce forfait pourra provenir pour partie d'une redistribution de revenus auparavant liés à l'activité, pour partie de financements complémentaires de novo, ou préexistants (comme Asalée ou IPA...), dans la mesure où il s'inscrit dans le modèle-cible ci-dessus.

Construire des modèles économiques pour redistribuer la valeur créée

La création et le développement d'organisations plus structurées en ville ne pourront se faire sans l'apport de ressources nouvelles, y compris financières. Il est nécessaire d'investir dans ce secteur pour l'aider à renforcer sa capacité à faire. Dans un système dont

les ressources sont fortement contraintes, un tel investissement ne peut s'envisager qu'à la condition que cela produise à plus ou moins brève échéance une amélioration des pratiques et de la qualité, se traduisant notamment par de moindres dépenses.

C'est la finalité poursuivie par les *Accountable Care Organizations* aux États-Unis, pour lesquelles cette redistribution prend la forme d'un intéressement collectif à un groupe d'acteurs volontaires qui sont invités à un partage des gains que leurs efforts ont contribué à générer pour l'assureur public Medicare. Ce modèle, dont il existe de nombreuses formes, présente également l'avantage de pouvoir assurer un partage de cet intéressement entre des acteurs jusqu'ici financés de manière séparée, comme la ville et l'hôpital. L'appel à manifestation d'intérêt « Ipep » (incitation à une prise en charge partagée), lancé dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 par le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie, cherche à en expérimenter une déclinaison adaptée aux spécificités françaises.

Plus largement, un mécanisme de redistribution fondé sur la même philosophie pourrait être envisagé pour construire le modèle économique d'autres expérimentations. Un tel mécanisme n'aurait bien entendu de sens que s'il s'inscrit dans un cycle temporel pertinent avec des investissements initiaux (année n), possiblement fractionnés dans le temps et la prise en compte du délai raisonnable avant l'obtention des résultats (année n+5) et une évaluation externe indépendante de la réalité des gains obtenus.

3.3.4 / Les nouveaux modes de paiement nécessitent le développement et le test de modèles d'ajustement au risque et de scores prédictifs complexes

Les nouveaux modes de rémunération visent à dépasser les limites des modes de financement classiques, en particulier ceux liés au volume d'activité produite. En contrepartie de ces effets positifs attendus, on s'expose à la survenue d'effets non désirés. Ainsi, un forfait qui ne tiendrait pas compte de la diversité de profils de patientèle entre les médecins (par exemple un forfait unique, dépendant seulement du nombre de patients et non de la diversité de leur état clinique) serait injuste pour les médecins ayant la patientèle la plus lourde (et par voie de conséquence pour leurs patients), rémunérés au même niveau que les autres et pourrait les inciter à la sélection des patients pour « optimiser » la lourdeur des prises en charge en regard du niveau de paiement. La mise en place de paiements liés à la valeur, estimée par l'amélioration d'indicateurs de résultats chez un patient ou un groupe de patients, comporte également des risques d'effets non désirés. Il faut par exemple s'assurer que la variation de l'indicateur correspond bien à une amélioration du résultat des soins, et non à l'effet d'un facteur extérieur, ou tout simplement du hasard.

Ces deux exemples illustrent l'importance de pouvoir moduler ou ajuster les modes de paiement pour tenir compte de ces effets indésirables et tenter de les neutraliser. Cela repose sur la définition et l'usage de modèles statistiques parfois complexes, appelés modèles de risque, d'ajustement ou encore modèles prédictifs. Ils sont appelés à devenir des outils incontournables dans les modes de paiement, mais aussi plus largement dans la prise en charge des patients dans une médecine dite personnalisée.

Le niveau de complexité mathématique de ces modèles et leur caractère souvent opaque, en font toutefois des outils dont l'application pratique peut poser des difficultés aux acteurs de terrain. L'un des enjeux autour de la mise en place de ces nouveaux modes de paiement est donc de trouver un juste équilibre entre la pertinence mathématique des modèles et leur faisabilité en pratique courante.

Deux exemples de ce type de travaux sont présentés ci-dessous : l'élaboration de deux indices de morbidité adaptés à la population générale française et la prédiction du risque d'hospitalisation après passage par les urgences. Ils illustrent à la fois le potentiel d'utilisation et les limites de ce type de travaux.

Ajustement sur le risque et modèles prédictifs : de quoi parle-t-on ?

L'ajustement sur le risque désigne les méthodes statistiques qui permettent de tenir compte de niveaux de risques différents entre deux populations pour les rendre comparables. Il repose sur la modélisation du risque et l'identification de facteurs qui augmentent ou diminuent ce risque. Par exemple, le risque de survenue de certaines pathologies dépend de l'âge des personnes concernées. Si on compare la fréquence de ces pathologies dans deux populations ayant une structure d'âge différente, toute différence dans cette fréquence peut résulter, soit du fait de cette différence de structure d'âge, soit d'un niveau de risque différent. L'ajustement sur le risque permet de gommer l'effet de la différence d'âge et de comparer le niveau de risque intrinsèque à la population étudiée.

L'ajustement sur le risque et les modèles de risque trouve de nombreuses applications concrètes en santé, que ce soit en pratique clinique pour orienter les stratégies thérapeutiques ou de prévention ou à l'échelle populationnelle en permettant de regrouper un ensemble d'individus exposés à un niveau similaire de risque.

La modélisation prédictive s'intéresse dans une population donnée à l'association entre des caractéristiques mesurables – les prédicteurs – et un événement précis à prédire. Cette association est parfois exprimée sous la forme d'un indice pondéré, reflétant la probabilité individuelle de survenue de l'événement à prédire. Leur usage potentiel est très large : prédire un risque de mortalité ou de réhospitalisation, prédire le coût d'une prise en charge pour en fixer le tarif.

Le SNDS, de par la richesse de l'information qu'il contient, offre de nombreuses possibilités en modélisation prédictive.

► **ENCADRÉ 32**

Le vocabulaire de la modélisation prédictive

La modélisation prédictive consiste à analyser des faits présents et passés, qualifiés de « prédictifs », pour estimer la probabilité de survenue d'un événement futur, appelé « événement à prédire » ou « outcome ».

Objectif

En santé, les modèles de prédiction peuvent couvrir différents objectifs comme s'ajuster sur l'état de santé de populations à comparer, comparer des offres de soins, élaborer des modèles de paiement ou identifier des populations à risque.

Événement à prédire et perspective temporelle

Selon l'objectif principal, l'événement à prédire peut être une variable de type binaire (survenue d'un événement) ou de type continu (dépenses pour des modèles de paiement, par exemple). Il est important de préciser la perspective temporelle de la prédiction : les modèles de prédiction du risque de mortalité à un an ou à trente jours, par exemple, ne seront pas identiques.

Prédicteurs

Les prédicteurs utilisés dans le modèle varient selon l'objectif de l'étude. Il peut s'agir de variables sociodémographiques, de données relatives à l'état de santé, d'informations sur le recours aux soins ou encore de l'antécédent de l'événement à prédire.

Population

La population d'étude est divisée en une population pour élaborer le modèle prédictif et une population pour mesurer et valider les performances prédictives. Ainsi,

les performances prédictives reflétées par la concordance entre les prédictions et les observations, sont évaluées sur des individus n'ayant pas contribué à l'élaboration du modèle.

Modélisation

La stratégie de modélisation et le modèle statistique utilisés dépendent des objectifs de l'étude et de la nature de l'événement à prédire. Pour des événements de type binaire ou de type continu, les modèles de la classe des modèles linéaires généralisés (GLM) sont utilisés. Avec l'essor des méthodes spécifiques de traitement des données massives, ou « big data », et l'augmentation des puissances de calcul, des méthodes performantes d'apprentissages statistiques sont apparues (réseau de neurones, méthodes à noyau, forêts aléatoires...). Ces modèles, encore peu utilisés en santé, permettent une plus grande robustesse des estimations ainsi que des performances prédictives plus importantes que les modèles de type GLM mais pèchent par une plus grande complexité d'interprétation.

Score

Les modèles permettent d'estimer un score par patient, reflétant le risque de survenue de l'événement à prédire. Ce score est une prédiction par exemple du risque de mortalité, des dépenses de soins attendues ou de la probabilité de survenue de l'événement d'intérêt.

Performance prédictive globale

La performance globale du modèle est mesurée par l'écart entre les prédictions

du modèle et les résultats constatés dans la réalité. Pour un événement à prédire de type binaire, la C-statistique permet de mesurer la concordance entre prédictions et réalisations observées de l'événement pour l'ensemble de la population étudiée, appelée discrimination. Cette mesure varie de 0,5 (le modèle ne prédit pas mieux que le hasard) à 1 (le modèle prédit parfaitement l'événement). On considère généralement que la performance devient acceptable à partir d'une valeur de 0,7. Pour un événement à prédire de nature continue, la performance globale peut être mesurée par la part de la variance totale qui est expliquée par le modèle, le coefficient de détermination, noté R2.

Performance prédictive et critères de décision

Pour utiliser les prédictions du modèle comme une aide à la décision en santé, il est nécessaire de fixer un « seuil de score » au-dessus duquel les individus seront considérés comme « à risque élevé de réalisation de l'événement ». À partir de ce seuil, les performances prédictives du modèle peuvent être évaluées par des mesures comme la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et négative. La variation de la sensibilité et la spécificité en fonction du seuil sont représentées graphiquement par la courbe ROC (*Receiver Operating Characteristic*) et la valeur de l'aire sous la courbe ROC équivaut à la valeur de la C-statistique du modèle. Dans le cadre d'un modèle visant à identifier des personnes à risque, la fixation du seuil de score doit résulter d'un compromis entre précision du modèle et ciblage d'un maximum de patients.

Ajustement sur l'état de santé : présentation de deux indices de morbidité élaborés à partir des données de la cartographie

Dans ce travail [9], deux indices de morbidité ont été développés, l'un prédictif de la mortalité à deux ans⁵⁶, l'autre prédictif des dépenses totales de soins, hospitalières comme ambulatoires, à deux ans⁵⁷, en fonction du profil de pathologie des individus, apprécié par les données de la cartographie médicalisée des dépenses pour les années 2013 à 2015. La population cible est celle de personnes âgées de 65 ans ou plus non sélectionnées

sur une pathologie particulière ni à partir d'une hospitalisation, et de ce fait représentative de l'ensemble des consommateurs⁵⁸ de la cartographie à l'échelle nationale.

Tous les consommateurs du régime général, vivants et âgés de 65 ans ou plus au 31/12/2013 (7 672 111 individus) ont été aléatoirement répartis en deux populations : une population de développement (3 836 056 individus) pour l'élaboration des indices et une population de validation (3 836 055 individus) pour mesurer leurs performances prédictives sur des observations différentes (**encadré 1**).

56 MRMI, « Mortality-Related Morbidity Index »

57 ERMI, « Expenditure-Related Morbidity Index »

58 Les consommateurs sont l'ensemble des individus qui ont bénéficié d'au moins une prestation en nature ou en espèces dans une année.

Au total, 16 pathologies ont été sélectionnées pour contribuer au calcul de l'indice prédictif de mortalité et 19 pathologies au calcul de l'indice prédictif de dépenses totales. Le **tableau 44**

présente, pour les deux indices, la liste de ces pathologies avec leur poids correspondant.

► **TABLEAU 44**

Synthèse des prédicteurs et des poids correspondants pour le calcul de chacun des deux indices de morbidité, l'indice prédictif de mortalité et l'indice prédictif de dépenses

Prédicteurs	Indice de mortalité (MRMI)	Indice de dépenses (ERMI)
Sexe		
Masculin	1	–
Âge		
Un poids de « 1 » correspond à l'effet de 5 années supplémentaires d'âge		
65 à 69	0	0
70 à 74	1	1
75 à 79	2	2
80 à 84	3	3
85 à 89	4	4
90 à 94	5	5
95 à 99	6	6
Supérieur ou égal à 100	7	7
Pathologies		
Maladie coronaire	0	2
Accident vasculaire cérébral	1	3
Insuffisance cardiaque ou troubles du rythme ou maladie valvulaire	1	3
Artériopathie oblitérante du membre inférieur	1	3
Diabète	1	4
Cancer actif	3	7
Cancer sous surveillance	0	2
Troubles psychotiques	1	6
Dépression et troubles bipolaires	1	5
Troubles addictifs	2	5
Démences (dont maladie d'Alzheimer)	2	2
Maladie de Parkinson	1	5
Sclérose en plaques ou Paraplégie	2	9
Épilepsie	1	3
Maladies respiratoires chroniques	1	3
Maladies inflammatoires chroniques intestinales	0	–
Polyarthrite rhumatoïde et maladies systémiques	1	4
Infection VIH ou sida	–	10
Insuffisance rénale chronique terminale	2	16
Maladies du foie ou du pancréas	2	5

Note de lecture : pour chaque indice, une valeur individuelle peut être calculée en additionnant les poids correspondant aux caractéristiques d'un individu : par exemple, un homme de 75 ans, atteint de diabète et de maladie respiratoire chronique, aura un indice de mortalité de 5 (1 + 2 + 1 + 1 = 5) et un indice de dépenses de 9 (0 + 2 + 4 + 3 = 9). Les maladies inflammatoires chroniques intestinales et Infection VIH ou sida n'ont pas été retenus parmi les prédicteurs pour l'indice de mortalité et l'indice de dépenses, respectivement.

Source : Cnam (SNDS)

Les résultats de l'application de ces deux indices (MRMI et ERMI) à la population de validation, comparativement à des méthodes d'ajustement de référence (ajustement âge et sexe, indices de Charlson adaptés) permettent de tirer deux enseignements principaux sur leur performance (**tableau 45**).

Le premier enseignement est que l'utilisation d'indices prenant en compte la morbidité et l'âge est plus performante que les techniques d'ajustement de références. Ainsi la méthode la plus performante est le MRMI pour la morbidité et l'ERMI pour les dépenses. Le second enseignement est qu'un score est performant relativement à l'objectif pour lequel il a été créé. Ainsi, alors que le MRMI est le plus performant pour décrire la mortalité, il ne l'est pas pour décrire les dépenses. À l'inverse, l'ERMI est performant en matière de dépenses et l'est beaucoup moins pour la mortalité.

Utilisés tels que nous les avons présentés, les deux indices de morbidité élaborés à partir de la cartographie peuvent servir de variables d'ajustement ou de stratification sur l'état de santé dans des études utilisant les données du SNDS. Il est aussi possible d'utiliser ces indices pour prendre en compte l'état de santé dans des modèles destinés à l'ajustement sur le risque ou à l'identification de populations à risque, y compris dans des modèles de paiement.

Ces résultats ont d'importantes implications opérationnelles dans une perspective de l'utilisation de méthodes d'ajustement au risque pour des financements prospectifs : il apparaît ainsi indispensable de développer des méthodes d'ajustement spécifiques pour ces modèles de paiement et non de reprendre des modèles développés à d'autres fins.

► TABLEAU 45

Performance pour la prédiction de la mortalité et des dépenses totales de soins, des indices MRMI et ERMI et de différentes versions de l'indice de Charlson

Indices de morbidité évalués	Performance pour prédire la mortalité	Performance pour prédire les dépenses
	C-statistique [95 % CI] (équivalent à l'aire sous la courbe ROC)	Part de la variance totale expliquée
Modèle sans indice de morbidité		
Âge et sexe	0,761 [0,760-0,762]	3,4 %
Indices prédictifs de mortalité		
Indice de Charlson princeps	0,674 [0,673-0,675]	12,4 %
Indice de Charlson avec âge	0,800 [0,799-0,801]	14,4 %
MRMI	0,825 [0,824-0,826]	15,4 %
Indices prédictifs de dépenses		
Indice de Charlson adapté aux coûts	0,681 [0,680-0,682]	13,0 %
ERMI	0,797 [0,796-0,798]	21,8 %

Note de lecture : la performance pour prédire la mortalité et pour prédire les dépenses totales a été mesurée pour chaque modèle. Des modèles incluant uniquement l'âge et le sexe, ou uniquement un indice de morbidité, ont été évalués. Les indices Mortality-Related Morbidity Index (MRMI) et Expenditure-Related Morbidity Index (ERMI) sont les deux indices élaborés à partir de la cartographie, prédictifs de la mortalité et des dépenses totales, respectivement.

Source : Cnam (SNDS)

Exemple de modélisation prédictive : identification d'une population à risque d'hospitalisation après passage par les urgences

Le recours aux urgences est un phénomène complexe à analyser, combinant différents facteurs tels que les besoins de soins d'une population, sa structure d'âge, mais aussi des situations de précarité, les habitudes de consommation de soins ou la structure de l'offre ambulatoire sur le territoire. Parmi ces recours, ceux qui sont suivis d'hospitalisation correspondent à des situations qui pourraient, dans certains cas, être anticipées par une meilleure connaissance des parcours de santé de ces populations, et ainsi permettre de cibler des actions d'amélioration de leur prise en charge en ville.

Dans cet objectif, la modélisation prédictive du risque d'hospitalisation après passage aux urgences chez les personnes âgées de 60 ans ou plus a été étudiée à l'aide des données du SNDS. L'événement à prédire était le passage aux urgences suivi d'une hospitalisation complète (au moins un jour) au cours de l'année 2014. Un ensemble de près de 200 variables extraites du SNDS et de la cartographie des pathologies et des dépenses a été testé pour sélectionner une liste réduite de prédicteurs à inclure dans le modèle. Au final, 23 variables ont été retenues dans le modèle prédictif. Ces variables correspondent à des caractéristiques mesurées fin 2013, pour prédire le risque d'hospitalisation au cours de l'année 2014. Elles sont classées selon le type d'information qu'elles apportent, dans le **tableau 46**.

► TABLEAU 46

Variables utilisées pour prédire le risque d'hospitalisation après passage aux urgences chez les personnes âgées de 60 ans ou plus en France

Type d'information (nombre de variables)	Variables utilisées
Déterminants démographiques individuels (2 variables)	<ul style="list-style-type: none"> • Âge (classes de 5 ans) • Sexe
Autres déterminants sociodémographiques (2 variables)	<ul style="list-style-type: none"> • Bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS • Indice de défavorisation de la commune de résidence
État de santé (1 variable)	<ul style="list-style-type: none"> • Indice synthétique de morbidité prédictif des dépenses (indice ERMI), calculé sans attribuer de poids pour l'âge (étant donné que l'âge est pris en compte dans le modèle par ailleurs)
Recours aux soins au cours de l'année précédant l'événement à prédire (13 variables)	<ul style="list-style-type: none"> • Dépenses remboursées pour les postes suivants, reflétant l'intensité du recours aux soins de ville : médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes, médicaments, biologie, transport, LPP (classes de montants adaptées à chacune des 8 variables) • Passage aux urgences sans hospitalisation au cours de chacun des 4 trimestres de l'année 2013 (oui/non) • Admission en Ehpad au cours de l'année 2013 (oui/non)
Antécédent de l'événement à prédire (4 variables)	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation après passage aux urgences au cours de chacun des 4 trimestres de l'année 2013 (oui/non)

Source : Cnam (SNDS)

Conformément à la méthode classique en modélisation prédictive, le modèle a été élaboré sur une partie de la population d'étude (deux tiers des observations) et sa performance prédictive a été mesurée sur des observations différentes (un tiers de la population d'étude).

Le résultat de ces tests de performance prédictive est présenté dans le **tableau 47**. De manière attendue, la performance prédictive du modèle varie selon le type d'informations qui y sont incluses. Ainsi certaines informations comme l'âge, le sexe et les autres déterminants sociodémographiques présents dans le SNDS⁵⁹ offrent des performances médiocres, même combinées, pour prédire le risque d'hospitalisation. À l'inverse, l'état de santé et plus encore la consommation de soins l'année précédente ont une plus grande performance prédictive. Le modèle le plus performant était celui qui associait l'ensemble des données disponibles.

Dans la pratique, on pourrait envisager d'utiliser un tel score afin d'identifier des populations à risque d'hospitalisation, dans l'objectif de leur proposer des services adaptés pour prévenir la survenue de ces événements. De manière moins proactive, une autre utilisation possible serait de mettre cette information à disposition d'un médecin traitant pour chacun de ses patients, lui permettant au moment de la consultation d'identifier les patients les plus à risque afin d'adapter leur prise en charge en conséquence.

En fonction de la finalité de son usage, les caractéristiques du score de risque peuvent varier :

- quel est un niveau acceptable de performance (une probabilité de 76 % est-elle suffisante) ?
- le gain de performance associé à l'ajout de nouvelles variables contrebalance-t-il la perte de lisibilité et l'augmentation de complexité du score ?
- faut-il ajouter des données individuelles plus précises (notamment socio-économiques) pour en accroître la performance, et à quel coût ?

59 Essentiellement indice de défavorisation géographique et CMU-C.

► TABLEAU 47

Performance pour la prédiction du risque d'hospitalisation après passage aux urgences chez les personnes âgées de 60 ans ou plus, en fonction du type d'information utilisée

Type d'information utilisée pour la prédiction	Performance prédictive (C-statistique, équivalent à l'aire sous la courbe ROC)				
	1 seul bloc de variables	2 blocs de variables	3 blocs de variables	4 blocs de variables	Modèle complet
Âge et sexe	0,684				
Autres déterminants sociodémographiques	0,530	0,689	0,737		
État de santé ^(a)	0,674			0,757	0,761
Recours aux soins l'année précédant l'événement à prédire	0,721				
Antécédent de l'événement à prédire	0,589				
ERMI ^(a)	0,724				

(a) La variable « état de santé » correspond à l'indice ERMI calculé sans attribuer de poids pour l'âge. L'indice ERMI, utilisé seul, combine l'équivalent des deux blocs « âge et sexe » et « état de santé »

Note de lecture : plus la valeur de la C-statistique augmente en se rapprochant de 1, plus la prédiction est performante. L'information qui contribue le plus à la performance du modèle complet est le recours aux soins l'année précédant l'événement à prédire. L'indice prédictif des dépenses ERMI qui combine état de santé et âge a aussi une bonne performance prédictive.

Source : Cnam (SNDS)

Références

- 1 Pross C., Geissler A., Busse R. Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability. *Milbank Q* 2017;95:136–83. doi:10.1111/1468-0009.12248
- 2 Cashin C., Chi. Y.-L., Peter Smith P., Borowitz M., Thomson S. Paying for Performance in Health Care. European Observatory on Health Systems and Policies-OCDE.
- 3 Eckhardt H., Smith P., Quentin W. Pay for Quality. In: Improving Quality of Care in Europe: A systematic overview of quality strategies. Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W (forthcoming).
- 4 Zuckerman R. B., Joynt Maddox K. E., Sheingold S. H. *et al.* Effect of a Hospital-wide Measure on the Readmissions Reduction Program. *N Engl J Med* 2017;377:1551–8. doi:10.1056/NEJMsa1701791
- 5 OECD. Better Ways to Pay for Health Care. OECD Publishing 2016. doi:10.1787/9789264258211-en
- 6 Dummit L.A., Kahvecioglu D., Marrufo G. *et al.* Association Between Hospital Participation in a Medicare Bundled Payment Initiative and Payments and Quality Outcomes for Lower Extremity Joint Replacement Episodes. *JAMA* 2016;316:1267. doi:10.1001/jama.2016.12717
- 7 Wohlin J., Stalberg H., Ström O. *et al.* Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm. Stockholm: 2017. http://www.sll.se/PageFiles/1783843077/Nytt%20er%20s%C3%A4ttningsystem%20och%20v%C3%A5rd%20h%C3%B6ft-%20och%20kn%C3%A4proteskirurgi%20-%20uppf%C3%B6ljningsrapport_ISBN.pdf (accessed 11 Aug 2017).
- 8 Charlesworth A., Davis A., Dixon J. Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. London: Nuffield Trust 2012. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/reforming-payment-health-care> (accessed 25 Mar 2016).
- 9 Constantinou P., Tuppin P., Fagot-Campagna A., Gastaldi-Ménager C., Schellevis F. G., Pelletier-Fleury N. Two morbidity indices developed in a nationwide population permitted performant outcome-specific severity adjustment. *J Clin Epidemiol.* July 2018. doi:10.1016/j.jclinepi.2018.07.003

Propositions

Propositions sur de nouveaux modes de paiement

Proposition 19

_ Mieux prendre en compte la qualité et la pertinence dans le financement des soins en renforçant les dispositifs existants et en expérimentant des modalités nouvelles dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018

La prise en compte de la qualité et de la pertinence dans les modes de financement des soins peut prendre différentes formes opérationnelles. Les dispositifs actuellement mis en œuvre en France méritent d'évoluer et d'être renforcés, y compris financièrement, pour dépasser leurs limites et avoir un impact plus important. Par ailleurs, sur la base de la littérature académique et des expériences étrangères, on peut identifier différents modèles de financement qui pourraient être expérimentés en France, certains permettant d'avoir une approche construite autour des parcours des soins.

L'Assurance Maladie propose de faire évoluer les dispositifs de financement à la performance de droit commun, pour donner un poids plus important à la qualité et à la pertinence des soins, en tenant compte des enseignements des expériences étrangères, sur les dimensions suivantes :

- améliorer leur lisibilité pour les rendre plus accessibles aux professionnels de santé ;
- ajuster les indicateurs à la complexité de la patientèle ou de la population considérée ;
- mobiliser un nombre et une diversité d'indicateurs suffisants pour rendre compte de la diversité des parcours et des situations cliniques, sans que ce nombre ne soit trop important ;
- choisir des indicateurs légitimes aux yeux des professionnels et en faire évoluer régulièrement la liste ;
- dans la mesure du possible, dans le cas des établissements de santé, adresser les paiements à l'échelle des pôles ou des services, plutôt qu'à l'établissement ;
- favoriser des intéressements sous forme de bonus.

L'Assurance Maladie propose que soient menées de manière complémentaire, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, des expérimentations de modes de tarification des soins prenant en compte la qualité ou le résultat des soins. Ces expérimentations auront pour objet de valoriser des démarches de parcours et cibleront des situations de non-qualité particulièrement inacceptables ou très évitables. Ces expérimentations pourront être portées localement ou faire l'objet d'appels à manifestation d'intérêt nationaux. En particulier, les modes de financement suivants pourront être testés :

- valorisation des meilleures pratiques dans les tarifs (« *Best Practice Tariffs* » anglais) ;
- prise en compte de complications ou d'événements indésirables de type « *never-events* » dans des logiques de forfait ;
- modulation du paiement des soins en fonction d'indicateurs de résultat ou de PROMs.

Proposition 20

_ Expérimenter un paiement forfaitaire populationnel en exercice pluridisciplinaire en ville

Le renforcement de la capacité des acteurs de ville à prendre en charge un nombre croissant de patients plus lourds est un enjeu fort pour notre système de santé. L'un des leviers à mobiliser à cette fin est de faire évoluer les modes de financement pour favoriser l'émergence de modes d'organisation et de pratiques plus adaptés à cette fin.

Dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt pour le projet « paiement en équipe des professionnels de santé » (Peps), la mise en place d'un forfait populationnel dans des structures d'exercice pluridisciplinaire en ville pourrait être expérimentée. Ce paiement forfaitaire s'intégrerait dans un modèle de financement mixte associant le paiement à l'acte et la rémunération sur objectifs de santé publique.

Proposition 21

_ Mener des travaux pour développer les modèles de risque et d'ajustement indispensables aux nouveaux modes de paiement

Les modes de paiement innovants expérimentés dans de nombreux pays ou en France nécessitent pour être efficaces ou pour éviter certains effets négatifs d'être modulés en fonction du profil des patients selon des techniques dites d'ajustement au risque. L'Assurance Maladie propose de mener des travaux pour développer ces modèles statistiques, en lien avec l'Atih et la Drees.

3.4 Prévention

3.4.1 / Actions de l'Assurance Maladie à destination des publics jeunes

Une population plurielle

Les jeunes de 16 à 25 ans traversent une période de leur existence marquée par des transformations physiques et psychiques importantes, et une volonté d'émancipation qui s'accompagne de tentations de transgression et de prises de risques.

Toutefois, les 16-25 ans constituent une population hétérogène en termes d'âge et de diversité sociale, socio-économique et culturelle. Alors que les plus jeunes d'entre eux sont encore dans la période d'adolescence, les autres ont déjà franchi le pas vers l'âge adulte : certains sont étudiants, d'autres travaillent, vivent en dehors du domicile parental, sont en couple... d'autres encore sont d'emblée confrontés à des problèmes d'insertion professionnelle et/ou sociale.

Sur le plan des comportements en santé et du recours aux soins, les 16-25 ans se révèlent également une population plurielle, en particulier en fonction du sexe ou de l'âge. Les 20-25 ans, période charnière dans l'expérimentation des conduites à risque, présentent des comportements de santé plus défavorables que les 16-19 ans. De même, cette période est marquée par d'importantes inégalités sociales de santé.

Globalement, en France, plus de 90 % des jeunes âgés de 16 à 24 ans se déclarent en « bonne » ou « très bonne santé⁶⁰ ». Comme en population générale, les garçons se déclarent plutôt en meilleure santé que les filles (61,8 % des garçons se déclarent en très bonne santé contre 56,3 % des filles). Plusieurs facteurs influencent la perception que les jeunes ont de leur propre santé : l'âge, la vulnérabilité sociale, les problèmes de corpulence, le tabagisme quotidien et la consommation d'alcool à risque chronique⁶¹.

Le tabac est un facteur de risque fortement présent chez les jeunes, le tabagisme régulier augmentant considérablement avec l'âge. Parmi les jeunes hommes en 2014, la proportion de fumeurs quotidiens passe de 27 % entre 15 et 19 ans à 44,8 % pour les 20-25 ans. Néanmoins, nous avons observé pour la première fois en 2017 une baisse de ce chiffre de 44 % à 35 % chez les hommes de 18 à 24 ans par rapport à 2016. L'enquête Escapad chez les jeunes de 17 ans retrouve la même tendance de baisses d'expérimentation et d'usage du tabac. La diffusion du tabac est en net recul en 2017 par rapport à 2014. Alors que six jeunes sur dix déclarent avoir essayé le tabac à 17 ans,

l'usage quotidien diminue de 7 points pour concerner un quart des adolescents interrogés.

Toujours à 17 ans, l'usage d'alcool a également tendance à diminuer même si deux tiers des jeunes déclarent en avoir consommé au cours du mois écoulé et que plus de 4 sur 10 indiquent avoir consommé au moins cinq verres en une seule occasion au cours de ces mêmes 30 derniers jours. Pour le cannabis, nous notons également une diminution sensible des usages. Ainsi l'expérimentation passe pour la première fois depuis 2000 sous les 40 % (39,1 %).

La proportion d'usagers du cannabis en 2016 représente 35 % des hommes de 18-25 ans, et 21 % des femmes de cette tranche d'âge.

Une proportion non négligeable des jeunes connaît des situations de souffrances psychiques. Près de 5 % des jeunes déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et, certains, être consommateurs de substances psychotropes (9,5 % des 15-30 ans).

Les priorités identifiées en termes d'objectifs de santé publique pour les jeunes et leurs préoccupations en termes de santé s'articulent autour de cinq grandes thématiques : les conduites addictives, la vie affective et sexuelle, la santé mentale au sens large (anxiété, dépression, mal-être, stress, troubles du sommeil, violences...), la nutrition (obésité/surpoids, activité physique, alimentation, santé bucco-dentaire...) et l'accès aux droits et aux soins/bon usage du système de santé. Nous retrouvons ces priorités en 2013 dans les orientations du plan « Priorité jeunesse » et dans la stratégie nationale de santé (SNS), et le plan⁶² « Priorité prévention » lancé par la ministre des Solidarités et de la Santé en mars 2018.

Les offres de prévention pour les jeunes de 16-25 ans

Les actions de l'Assurance Maladie dans le champ de la prévention comportent le plus souvent des offres de prise en charge, financées par le Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), en tout ou partie, des actions d'information et/ou d'accompagnement auprès des assurés afin de faire connaître ces dispositifs, et enfin le soutien aux pratiques préventives des professionnels de santé.

60 Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, Insee-Eurostat, 2012.

61 Les comportements de santé des jeunes. Analyse du Baromètre Santé 2010, Inpes.

62 Priorité prévention – Rester en bonne santé tout au long de sa vie – Comité interministériel pour la Santé, mars 2018.

► ENCADRÉ 33

Les fonds relatifs à la prévention

Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires

La Cnam finance de nombreux programmes de prévention à travers la mobilisation de son FNPEIS (Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires) et à partir de 2018 du Fonds de lutte contre le tabac.

Le FNPEIS a vocation à financer :

– des programmes de prévention bucco-dentaire, M'T dents, qui vient de fêter ses 10 ans, consultation de prévention et prise en charge des soins consécutifs pour les 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans, mais aussi la mise en œuvre en classes de CP en zones défavorisées d'actions de sensibilisation et de dépistage ;

– des programmes de dépistages (cofinancement ARS) organisés des cancers : colorectal, sein et col de l'utérus, avec prise en charge par l'Assurance Maladie à 100 % des actes de mammographie, du test immunologique dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, de l'examen cytopathologique de dépistage du cancer du col de l'utérus ;

– des programmes de vaccination : campagne nationale de vaccination antigrippale, ROR (rougeole-oreillons-rubéole) ;

– des programmes d'examen de prévention en santé (EPS) dans ses centres d'examen de santé (CES) qui reçoivent chaque année 500 000 assurés pour un examen individualisé et approfondi ciblé sur les populations précaires et visant à accompagner les personnes concernées vers l'accès aux droits et aux soins ;

– des expérimentations :

- de prévention du surpoids et de l'obésité basée sur une prescription à la main du médecin traitant et une rémunération forfaitaire et pluridisciplinaire : nutritionniste, psychologue, activité physique ;
- de prévention du diabète ;
- de prévention en santé mentale chez les jeunes ;
- de lutte contre l'antibiorésistance à travers la mise à disposition de TDR angines aux médecins généralistes ;
- de lutte contre le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) à travers le financement de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) pour des associations communautaires en lien avec le ministère de la Santé.

Par ailleurs, dans le cadre de ses conventions avec les PMI (protection maternelle et infantile) et les centres de vaccination, l'Assurance Maladie prend en charge à la fois des actes et des produits contribuant aux programmes de prévention de ces partenaires : petite enfance, parcours maternité...

Fonds de lutte de contre le tabac

Le Fonds de lutte contre le tabac créé en 2017 au sein de la Cnam, va permettre de financer dès 2018 de nombreuses actions de prévention du tabagisme selon quatre axes stratégiques :

1. protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ;
2. aider les fumeurs à s'arrêter de fumer ;
3. amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé ;
4. soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge.

Ce fonds aura vocation à financer des actions d'envergure nationales et régionales.

Il dispose dès 2018 de 100 millions d'euros de capacité d'intervention.

Les addictions

La lutte contre le tabagisme représente un enjeu important en termes de lutte contre les addictions chez les jeunes. Outre la prise en charge des traitements nicotiques de substitution (TNS), l'opération Moi(s) sans tabac est l'occasion, dans le cadre d'un appel à projet spécifique, de soutenir plusieurs actions mises en œuvre en partenariat avec certaines universités ainsi qu'avec des lycées (généralistes et professionnels).

26,2 % des inscrits à l'application d'e-coaching tabac pilotée par la Cnam et Santé publique France, qui s'adresse à tous les fumeurs, souhaitant ou non s'arrêter de fumer, ont moins de 25 ans (69 000 personnes sur 266 000 inscrits). Avec le soutien proposé par l'appli, 68 % de ceux-ci ont choisi une date d'arrêt.

Les orientations retenues en 2018, dans le cadre du Fonds de lutte contre le tabac, concernent prioritairement les jeunes pour éviter leur entrée dans le tabagisme et pour les aider à arrêter de fumer très tôt. Dans le cadre de l'appel à projets national 2018 « mobilisation de la société civile », un axe important propose

le financement de projets de « dé-normalisation du tabac dans la société », notamment auprès des jeunes.

Un projet d'expérimentation de « dispositif de proximité d'aide à l'arrêt » sera initié par la Cnam au second semestre 2018 sur le modèle des Stop Smoking Services britanniques qui combinent des approches comportementales et pharmacologiques.

En effet, ces dispositifs ont montré un impact positif très intéressant en atteignant plus particulièrement des fumeurs de catégories socioprofessionnelles modestes qui rencontrent pourtant davantage de difficultés à arrêter de fumer.

Cette expérimentation sera proposée dans trois types de structures de proximité auprès de publics spécifiques dont les étudiants (dans les CES, PMI, et services de médecine universitaire) afin d'être au plus proche des populations. Sur la base de la sélection de structures volontaires, les structures retenues pourront proposer un accompagnement au sevrage tabagique et la remise « d'amorce » des TNS afin d'initier d'emblée les traitements lorsque cela semble nécessaire.

Le plan Priorité Prévention 2018 traduit également la volonté française d'accentuer la prévention de la consommation d'alcool à travers plusieurs mesures :

- mieux prévenir la consommation à risque et mieux repérer les addictions pendant la grossesse ;
- renforcer les interventions des consultations jeunes consommateurs ;
- proposer systématiquement un accompagnement spécialisé des jeunes admis aux urgences ou hospitalisés après un épisode d'alcoolisation massive.

L'objectif annoncé est d'empêcher l'installation des jeunes dans des usages répétés et problématiques de produits psychoactifs, en intervenant précocement auprès d'eux. Dans cette logique, l'Assurance Maladie va conclure des partenariats afin d'orienter plus facilement les jeunes repérés lors d'un examen de prévention dans les centres d'examen de santé (CES) et nécessitant une

prise en charge de leur addiction, vers les consultations jeunes consommateurs (CJC).

Dans le cadre de la politique de lutte contre l'alcoolisme, la Cnam finance depuis de nombreuses années sur le FNPEIS six associations par une convention annuelle d'un montant global de 1,7 million d'euros. Parallèlement une sensibilisation aux risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse est mise en œuvre dans le cadre du parcours maternité (guides, ateliers collectifs).

La Cnam, dans le cadre de l'intégration des régimes étudiants et au regard des expériences/actions mises en œuvre par les régimes étudiants soutiendra le développement des initiatives ayant montré leur pertinence auprès des jeunes, en milieu festif notamment.

► ENCADRÉ 34

L'intégration du régime étudiant à l'Assurance Maladie

La loi ORE (orientation et réussite des étudiants) du 9 mars 2018 acte la disparition du régime étudiant et sa reprise par l'Assurance Maladie. Elle prévoit une simplification majeure de la protection sociale des 1,8 million d'étudiants concernés et supprime, dès la rentrée 2018, la cotisation annuelle de 217 euros qui était demandée aux étudiants.

La réforme se met en place en deux étapes : à la rentrée 2018, les étudiants s'inscrivant pour une 1^{re} année en études supérieures demeurent dans leur régime actuel de sécurité sociale, souvent celui de leurs parents. Les étudiants poursuivant leurs études et déjà inscrits dans une mutuelle étudiante, restent rattachés à cette mutuelle étudiante pour une année universitaire supplémentaire. Puis, à la rentrée 2019, ces étudiants basculent automatiquement dans la CPAM de leur lieu d'habitation.

S'agissant de prévention, la loi prévoit l'élaboration d'un programme annuel de prévention ciblé étudiants, et ceci

jusqu'à leurs 28 ans, élaboré dans le cadre des orientations de la stratégie nationale de santé, après concertation avec les représentants des associations d'étudiants.

Parallèlement, une conférence de prévention étudiante associée à la programmation ou à l'organisation des actions, les organismes gestionnaires du régime obligatoire, les mutuelles, les conférences de chefs d'établissement de l'enseignement supérieur, les associations d'étudiants et les associations d'éducation à la santé.

L'Assurance Maladie proposera son programme d'actions de prévention étudiants en début d'année 2019.

Sur le second semestre 2018, elle conduira trois chantiers dits prérequis :

- un état de l'art des actions actuellement menées par les mutuelles étudiantes ;
- une vaste étude de recueil des besoins et des attentes des étudiants en termes de thématiques santé et de modalités d'information ;

- une segmentation du public étudiant prenant en compte la diversité de cette population plurielle : étudiants salariés, étudiants en précarité, étudiants étrangers... Cette segmentation permettra de construire des *personae* ou utilisateurs-type qui amèneront l'Assurance Maladie à proposer une démarche des plus engageantes.

Le programme d'actions proposera, en plus des actions ciblées sur le public jeune, deux axes attentionnés supplémentaires :

- un premier axe autour de la prévention 2.0 qui nécessitera de procéder à un appel à projet sur le 1^{er} trimestre 2019, notamment auprès du tissu de start-up ;
- un deuxième axe autour du renoncement aux soins dans le cadre du déploiement de la Pfidass (Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé), une récente étude auprès d'étudiants rattachés à des mutuelles étudiantes ayant estimé à 87,2 % la part d'étudiants ayant déjà renoncé aux soins sur l'année 2017.

Vie affective et sexuelle

L'Assurance Maladie s'investit à la fois dans la prévention des grossesses non désirées, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et du cancer ainsi qu'en accompagnant toutes les grossesses.

Chaque année, environ 11 000 jeunes filles mineures ont recours à une interruption volontaire de grossesse. Pour faciliter l'accès à la contraception et contribuer à la diminution des grossesses non désirées chez ces jeunes femmes, deux dispositifs sont mis en place : la gratuité et la confidentialité du parcours contraceptif (consultation, examens de biologie médicale, contraceptif) pour les jeunes filles mineures d'au moins 15 ans et l'accès à la contraception d'urgence en officine à titre anonyme et gratuit sans prescription médicale, pour les jeunes filles mineures.

Pour soutenir le rôle des professionnels de santé dans ce champ, la convention médicale de 2016 a introduit une consultation complexe pour la première consultation de contraception et de prévention (CCP) des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Elle est applicable à partir du 1^{er} novembre 2017. 16 500 CCP ont été remboursées durant les cinq premiers mois suivant son application.

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sera généralisé en 2018. Ce dépistage est recommandé pour toutes les femmes de 25 à 65 ans : frottis cervico-utérin, tous les trois ans après deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle. La LFSS 2018 prévoit également dans le cadre du plan de rénovation du dépistage du cancer du sein la prise en charge à 100 % d'une consultation pour les assurées âgées de 25 ans dédiée à la prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus.

L'accompagnement des femmes enceintes pendant la maternité, s'appuie sur quatre dispositifs :

- l'information des assurées est réalisée *via* l'envoi du pack maternité dès la déclaration de grossesse et du pack naissance dès la déclaration de naissance de l'enfant. Ces packs contiennent des informations, notamment des guides sur les droits et démarches à accomplir et sur le suivi médical de la femme enceinte et celui du futur bébé, ainsi que des conseils en santé (tabac, alcool...);
- l'accompagnement des assurées, notamment pour les femmes les plus jeunes et en situation de précarité est mis en place *via* l'organisation d'ateliers collectifs au niveau des CPAM, en collaboration le plus souvent avec les caisses d'allocations familiales (CAF) et les PMI;
- des envois de messages personnalisés chaque mois dans l'espace prévention du compte ameli.fr « j'attends un enfant » et « petite enfance » sont réalisés;
- l'action examen bucco-dentaire (EBD) « femme enceinte » est mise en place, et consiste en un examen bucco-dentaire offert aux femmes enceintes dès leur quatrième mois de grossesse.

Assurer un meilleur suivi des soins bucco-dentaires

Le programme « M'T dents » s'adresse à des enfants et adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Il propose la réalisation et la prise en charge d'un EBD et des soins de suite éventuels réalisés dans le cadre de l'accord conventionnel avec les professions des chirurgiens-dentistes et stomatologistes, et a été étendu en mai 2018 aux jeunes adultes à 21 et 24 ans.

Vaccination

Afin de faciliter l'accès à la prévention, une information des assurés sur la vaccination (diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche) est apportée. Le calendrier vaccinal qui introduit désormais des rappels à âges fixes (25, 45 et 65 ans) permet à l'Assurance Maladie de procéder depuis 2017 à une information des assurés de ces tranches d'âges par un courrier dans leur compte ameli afin d'inciter à la mise à jour des vaccins. Afin de favoriser le rattrapage de vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, dans un contexte de recrudescence de cas de rougeole, le vaccin ROR est pris en charge à 100 % jusqu'à 18 ans.

Examen de prévention

Un examen de prévention en santé (EPS) spécifique pour les jeunes de 16 à 25 ans est proposé dans les centres d'examen de santé. Il prend en compte les spécificités de la population des jeunes de 16 à 25 ans.

Les finalités de cet EPS « jeunes » sont notamment de dépister les troubles sanitaires interférant avec le développement du jeune et son insertion (souffrance psychique, comportements à risque...). C'est l'occasion d'un temps d'échange dans une approche globale sur leur mode de vie, leurs interrogations, permettant l'expression d'éventuelles préoccupations avec le médecin et d'autres professionnels de santé. C'est aussi un lieu d'information sur l'orientation dans le système de santé, l'accès aux droits et aux soins. Enfin ce peut être l'occasion de proposer une orientation pour des prises en charge médicales et/ou éducatives adaptées et éventuellement un suivi, comme par exemple vers les consultations jeunes consommateurs en cas d'addiction. Des séances collectives d'éducation en santé sont proposées dans certains CES autour des thématiques prioritaires des jeunes : « un examen de santé, c'est quoi ? » ; « mieux utiliser ses droits pour sa santé » ; « amour, sexualité... Parlons-en » ; « plaisir ou dépendance, liberté ou addictions » ; « ma santé parlons-en », « manger, bouger... ».

Par ailleurs, dans le cadre de la démarche Planir (Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures) - parcours santé jeunes, plusieurs temps de rencontres avec les jeunes de 16 à 25 ans orientés par les partenaires sont proposés par les caisses : accompagnement aux droits, accompagnement social et accompagnement en santé avec proposition au regard des besoins du jeune d'un EPS en faveur plutôt des jeunes éloignés du système de santé, dans le centre d'examen de santé.

► **ENCADRÉ 35**

Planir - parcours santé jeunes, une offre d'accompagnement de l'Assurance Maladie

Un parcours santé personnalisé...

Pourquoi ?

Recherche d'emploi, de stage, de logement, l'entrée dans la vie adulte et la vie active ne me laissent pas beaucoup de temps pour m'occuper de ma santé!

Et pourtant, c'est tellement plus simple d'agir au bon moment!

Le parcours santé m'apporte des solutions pratiques pour mieux comprendre quels sont mes droits à l'Assurance Maladie et comment préserver ma santé.

Je valide mon parcours

J'accède aux droits.

Mon dossier est actualisé et complet : carte Vitale, droit à la prise en charge de mes frais de santé et complémentaire santé (en fonction de ma situation), médecin traitant.

J'accède aux soins.

Si je tombe malade, je n'hésite pas à consulter, grâce au parcours santé jeunes, mes droits sont à jour, mes soins sont

remboursés, l'Assurance Maladie est à mes côtés.

Je m'intéresse à ma santé.

Si j'en ai besoin, je passe un examen de prévention.

Des ateliers prévention me sont proposés.

Je peux échanger sur des sujets santé en toute confiance.

Sur la base de recommandations et de plans de santé publique favorables au dépistage des IST à chlamydiae chez les femmes de moins de 25 ans et les hommes de moins de 30 ans et dans l'attente de recommandations de la HAS, la Cnam a souhaité enrichir l'offre actuelle de dépistage des CES, en y intégrant le dépistage des IST à chlamydiae. Une phase « test » a été organisée dans 13 CES volontaires aux fins d'apprécier la faisabilité du projet.

Ces centres ont proposé un dépistage systématique des infections à chlamydiae à toutes les femmes de 18 à 25 ans et à tous les hommes de 18 à 30 ans, sur une période d'un mois (du 22/01/18 au 16/02/18), afin d'en apprécier la faisabilité (Agen, Angoulême, Avignon, Charleville-Mézières, IPC, ISBA-Allier, Metz, Paris, Pau, Périgueux, Tarbes, Toulouse, et l'UC-CMP Nancy). L'approche retenue est d'intégrer ce dépistage dans une approche globale des IST et de la santé sexuelle. Pour les femmes, l'auto-prélèvement était proposé en première intention, à défaut, un prélèvement urinaire était réalisé. Pour les hommes c'est un prélèvement urinaire qui était réalisé.

Le dépistage des infections à chlamydiae a été proposé à 2 104 jeunes adultes dont 77 % (1 596 jeunes) l'ont accepté (57 % hommes, 43 % femmes ayant un âge moyen 23 ans). Parmi eux, 54 % étaient en situation de vulnérabilité sociale et 7 % avaient

déjà eu une IST. 71 tests Polymerase Chain Reaction (PCR) se sont avérés positifs soit 4,6 % (3,6 % et 5,7 %) des jeunes adultes (6,2 % de tests positifs pour les femmes et 3,2 % pour les hommes). Les médecins des CES ont joint par téléphone les jeunes ayant un test PCR positif ou ont laissé un message sur leur répondeur et dans tous les cas (positif ou négatif), les résultats ont été envoyés au médecin traitant. Certains CES ont fait le choix d'inviter à nouveau les consultants ayant un résultat positif pour les en informer. L'ensemble des CES ayant participé est unanime sur la faisabilité de ce dépistage et sur la pertinence de le proposer aux jeunes.

Information

Afin d'utiliser plus largement les outils de communication des jeunes et au regard notamment de l'intégration des étudiants dans le régime général, une réflexion plus large est en cours afin d'améliorer l'information des jeunes avec des supports qui leur sont dédiés et plus adaptés. Une e-news d'information est en cours de finalisation (16, 18 et 23 ans). Son contenu reprendra les thématiques concernant les droits (carte Vitale, déclaration d'un médecin traitant, maternité, annuaire santé, etc.) ainsi que les offres de prévention pour les jeunes : tabac, addiction, M'T dents, vaccination, contraception, contraception d'urgence, IVG (prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie), examen périodique de santé, etc.

► ENCADRÉ 36

L'offre de prévention de l'Assurance Maladie pour les jeunes en quelques chiffres (2017)

86 000 jeunes de 16 à 25 ont pu bénéficier d'un examen de prévention en santé (EPS) dans un des centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie pour un nombre total d'EPS d'environ 500 000.

Plus du tiers des jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans (3 500 000 personnes) ont bénéficié d'une consultation de prévention bucco-dentaire et de la prise en charge des soins consécutifs dans le cadre du programme M'T dents. Depuis 2018, les tranches d'âges

de 21 et 24 ans sont invitées et peuvent profiter d'une offre équivalente.

388 812 jeunes ont bénéficié jusqu'à 18 ans de la prise en charge de leur vaccin ROR.

Afin de faciliter l'accès à la contraception et contribuer à la diminution des grossesses non désirées pour les jeunes filles mineures d'au moins 15 ans, et également de faciliter l'accès à la contraception d'urgence en officine à

titre anonyme et gratuit sans prescription médicale, la Cnam a consacré environ trois millions d'euros à sa prise en charge intégrale.

La première consultation de contraception et de prévention (CCP) des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans est applicable depuis le 1^{er} novembre 2017. Dans les cinq premiers mois suivant son application, 16 500 CCP avaient été remboursées.

3.4.2 / Constances, un outil construit à partir des centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie pour soutenir la recherche médicale

Constances est la première grande cohorte épidémiologique populationnelle « généraliste » française, qui sera constituée à terme par 200 000 volontaires tirés au sort. Elle permet la réalisation d'analyses épidémiologiques portant essentiellement sur les maladies chroniques, le vieillissement, les différents parcours de soins, avec un axe fort sur les inégalités sociales de santé et les risques professionnels en tant que déterminants de la santé. Constances a déjà conduit à cette date à près de 25 publications référencées par Pubmed, 10 articles dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de Santé publique France et une cinquantaine de communications en congrès et séminaires. Cette cohorte illustre le soutien historique de la Cnam aux activités de recherche médicale en lien avec la santé publique, et aux enquêtes épidémiologiques en particulier.

Pour Constances, un échantillon représentatif de la population âgée de 18 à 69 ans est invité depuis 2012 à passer un examen périodique de santé dans 23 centres d'examen de santé du régime général de l'Assurance Maladie. Un examen clinique approfondi et des examens paracliniques (ECG – électrocardiogramme –, spirométrie, audiométrie...) et biologiques y sont réalisés. Une bio banque est en constitution. Les données sont aussi recueillies par questionnaires, enrichies régulièrement par celles de l'Assurance Maladie (tous les remboursements de soins, couverture maladie universelle, affection de longue durée, indemnités journalières, invalidité...), par les données hospitalières du PMSI, via le SNDS, par les données de la Caisse nationale d'assurance vieillesse – Cnav – (parcours professionnel et caractéristiques socio-économiques). Les participants sont réinvités périodiquement en CES, et des questionnaires leur sont envoyés annuellement. Les événements majeurs de santé sont validés par des experts. À mi-année 2018, ce sont plus de 177 000 volontaires qui sont déjà inclus dans la cohorte. Les premières réinvitations ont commencé en 2017.

Enfin, un échantillon témoin de 400 000 personnes, issu des bases médico-administratives, permet de connaître les biais de participation à la cohorte Constances, constituée de volontaires qui acceptent de participer à une démarche de recherche. Certains résultats observés sur Constances doivent donc être corrigés grâce à l'échantillon témoin de façon à pouvoir être appliqués à la population générale.

Les forces de Constances résident donc dans le chaînage de sources de données variées et riches d'information qui permettent une description très approfondie des participants à l'inclusion et dans un suivi réalisé dans les bases de données sans « perdu de vue », complétés par la réponse ultérieure à des questionnaires et à la participation éventuelle à d'autres examens périodiques de santé. Ainsi, du point de vue de l'Assurance Maladie, des données non disponibles via les remboursements (parcours professionnel, niveau socio-économique, pression artérielle, poids, taille, glycémie, tabagisme, comportements en santé, déficiences, etc.) deviennent accessibles et peuvent compléter des analyses préalablement réalisées sur les seules données de remboursement. Cette cohorte peut permettre de valider certaines estimations de prévalence ou incidence de pathologies ou événements de santé, quand ceux-ci ont été établis à partir des seules données de remboursement grâce à des algorithmes statistiques, comme dans la cartographie médicalisée. On peut effectuer des analyses sur des sous-groupes d'âge, de niveau socio-économique, de type d'emploi et d'exposition professionnelle variables, compte tenu de la taille importante de la cohorte. Ce type de cohorte est particulièrement intéressant pour étudier les liens entre ces différentes variables.

Constances peut par ailleurs servir de population témoin, lors d'expérimentations conduites par l'Assurance Maladie ou ses partenaires. Ainsi, les questionnaires nutritionnels utilisés dans Constances sont réutilisés dans l'expérimentation de prévention du diabète « Dites non au diabète ». Les comportements nutritionnels des personnes qui participeront à cette expérimentation, qui vise à perdre du poids pour prévenir l'apparition du diabète, seront comparés aux comportements observés chez les participants de Constances.

Constances est née à l'initiative d'un chercheur dans les années 2000, dans le cadre d'une réflexion menée par l'Assurance Maladie sur l'avenir de ses centres d'examen de santé. Le projet a été confié au Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf) et à une unité de recherche mixte Cetaf-Inserm, créée en 2005. Les ressources du projet qui provenaient à l'origine en quasi-totalité du régime général de l'Assurance Maladie ont été complétées par le programme d'investissements d'avenir de l'État (PIA), l'Université et l'Inserm.

La Cnam s'est engagée dans d'autres enquêtes utiles à la recherche en santé. Les centres d'examen de santé ont ainsi fortement contribué à l'Enquête nationale nutrition santé réalisée en 2006 [2], puis à l'étude Esteban réalisée en 2014-2016 par Santé publique France [3]. Ces deux études permettent de décrire les apports alimentaires, l'état nutritionnel, l'activité physique, les prévalences de diabète, syndrome métabolique, hypertension artérielle, dyslipidémies, leurs facteurs de risques nutritionnels et leur prise en charge médicamenteuse et nutritionnelle dans la population générale, ainsi que l'exposition à certains métaux lourds et pesticides.

La Cnam a aussi collaboré activement aux études Entred 2001 et 2007, conduites par Santé publique France, qui ont porté sur l'état de santé d'échantillons de personnes diabétiques, en effectuant le tirage au sort et la collection des données de remboursement et d'hospitalisation. Ces enquêtes dressent un état de santé précis de la santé physique et psychologique des personnes diabétiques, et décrivent leur recours aux soins ainsi que leurs dépenses de santé, grâce aux questionnaires et résultats d'examens biologiques et cliniques recueillis auprès des patients et médecins, enrichis des données de remboursement et du suivi du statut vital [4]. Une nouvelle enquête Entred sera très prochainement initiée sur un nouvel échantillon, selon une méthodologie similaire, en s'appuyant cette fois sur les plateformes d'enquête sophia (service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les malades chroniques).

Autre exemple de soutien aux enquêtes, la Cnam a contribué aux différentes enquêtes Vican, conduites par l'INCa en partenariat avec l'Inserm. Ces enquêtes portent sur les conditions de vie de plus de 4 000 personnes atteintes par un cancer en 2010 et dressent un bilan à la fois médical, psychologique, social et professionnel deux ans et cinq ans après le diagnostic [5].

► ENCADRÉ 37

Expérimentation prévention du diabète de type 2 chez les personnes à haut risque

« Dites non au diabète » est la première expérimentation de prévention primaire du diabète de type 2 menée à grande échelle en France et pilotée par le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie.

Ce dispositif expérimental a été élaboré en association avec le ministère des Solidarités et de la Santé, le ministère des Sports, Santé publique France (SPF), le Collège de la médecine générale (CMG), la Société francophone du diabète (SFD) et la Fédération française des diabétiques (FFD).

Il est inscrit dans le plan national de santé publique « Prévention pour lutter contre les inégalités de santé » et concerne trois territoires : la Seine-Saint-Denis, le Bas-Rhin et l'île de La Réunion.

Les grands principes de ce programme sont les suivants :

- il s'agit d'accompagner dans le changement durable de leurs habitudes de vie les personnes à haut risque de développer un diabète âgées de 45 à 70 ans, en surpoids (IMC > 25 kg/m²) et dont la glycémie à jeun est comprise entre 1,10 et 1,26 g/l;

- ce programme est composé de 10 séances collectives portant sur trois volets : alimentation, sensibilisation à la pratique d'une activité physique et accompagnement psychosocial au changement ;

- après une inscription par le médecin traitant qui vérifie les critères d'éligibilité, des opérateurs recrutés par appel d'offres dispensent le programme sur leur territoire ;

- cinq opérateurs ont été retenus : deux réseaux de santé dans le Bas-Rhin (Redom, RCPO – réseau cardio prévention obésité), deux sociétés privées dans le Bas-Rhin et en Seine-Saint-Denis (Patientys et Stimul), une fédération de mutuelles à La Réunion (La Mutualité de La Réunion) ;

- les séances sont dispensées par un large éventail d'intervenants (diététiciens, infirmiers, psychologues, enseignants en activité physique adaptée ou coaches sportifs) qui ont reçu une formation courte mise en place spécifiquement pour l'expérimentation et assurée par le Cnam-ISTNA (Institut scientifique et technique de la nutrition et de l'alimentation) ;

- une large campagne de communication a été mise en place à destination des professionnels de santé (visites DAM

après des médecins généralistes, des pharmaciens et des laboratoires, courriers d'information, réunions avec le Collège de la médecine générale, Web conférence), des assurés et du grand public (envoi de courriels aux assurés ciblés, articles dans la presse locale, radio, émission TV). L'objectif est de toucher particulièrement les personnes en situation de précarité et éloignées du système de soins.

Les inscriptions ont démarré le 23 avril 2018, l'objectif est de parvenir à recruter 10 000 participants sur les trois territoires pendant trois ans.

Une évaluation médico-économique sera menée avant d'envisager une généralisation éventuelle du dispositif. Cette évaluation portera à la fois sur l'efficacité clinique et l'analyse économique du dispositif, la caractérisation et l'analyse des personnes prises en charge aux différentes étapes du programme, mais aussi sur l'analyse d'implantation du dispositif général (notamment les impacts des stratégies de communication, la fluidité du parcours de la personne, l'implication et l'adhésion des médecins traitants au dispositif proposé, la comparaison des contenus et du fonctionnement des programmes).

Références

- 1 Zins M., Goldberg M. Constances team. The French Constances population-based cohort: design, inclusion and follow-up. *Eur J Epidemiol* 2015;30:1317-28. doi:10.1007/s10654-015-0096-4
- 2 Institut de veille sanitaire, Université Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers. Étude nationale nutrition santé. Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé. Paris: 2007. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3481 (accessed 14 Jun 2018).
- 3 Verdot C., Torres M., Salanave B. *et al.* Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull Épidémiologique Hebd* 2017 ; (13):234-41.
- 4 Druet C., Roudier C., Romon I. *et al.* Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010. Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. Saint Maurice : Institut de veille sanitaire 2013.
- 5 Bouhnik A.-D., Bendiane M.-K., Cortaredona S. *et al.* The labour market, psychosocial outcomes and health conditions in cancer survivors: protocol for a nationwide longitudinal survey 2 and 5 years after cancer diagnosis (the VICAN survey). *BMJ Open* 2015;5:e005971 e005971. doi:10.1136/bmjopen-2014-005971

Propositions

Propositions sur la prévention chez les jeunes

Proposition 22

_ Élaborer un plan de prévention « jeunes » dans le cadre de la reprise du régime étudiant par la Cnam

.....
La loi orientation et réussite des étudiants du 9 mars 2018 confie au régime général la gestion du régime étudiant et des populations qui y sont affiliées. Étant donné le profil particulier de ces populations, il convient de développer à leur endroit une politique de prévention spécifique.

L'Assurance Maladie proposera un programme d'actions de prévention « étudiants » en début d'année 2019. Ce plan devra tenir compte de la diversité et des spécificités de la population étudiante et contiendra des actions ciblées sur le public jeune.

Proposition 23

_ Proposer systématiquement le dépistage des infections à chlamydiae à toutes les femmes de 18 à 25 ans et aux hommes de 18 à 30 ans lors des examens périodiques de santé

.....
Une expérimentation menée dans 13 centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie proposait de manière systématique à toutes les femmes de 18 à 25 ans et aux hommes de 18 à 30 ans un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles

à chlamydiae lors des examens périodiques de santé. Un retour d'information en cas de test positif et une communication des résultats au médecin traitant sont assurés. Un taux d'acceptation important (77 %) montre la pertinence de la démarche. L'Assurance Maladie propose de généraliser cette pratique de dépistage à l'ensemble des examens périodiques de santé dans cette population.

Proposition 24

_ Mettre en place un dispositif de repérage précoce des conduites addictives dans les centres d'examen de santé pour orienter si besoin vers les consultations « jeunes consommateurs »

.....
Les interventions précoces permettent d'éviter l'installation des usages répétés de produits psychoactifs chez les jeunes. Cette population est particulièrement à risque de développer des conduites addictives aux conséquences potentiellement graves. L'Assurance Maladie propose d'expérimenter un dispositif de repérage des jeunes à risque de conduite addictive et d'orientation vers les consultations jeunes consommateurs (CJC) lors d'un examen de prévention (EPS) dans les centres d'examen de santé (CES). Le dispositif, s'il est concluant, pourrait être élargi à d'autres structures.

3.5 Enjeux et conditions de déploiement de la e-santé

Face aux défis que relèvent actuellement les systèmes de santé, la e-santé figure parmi les solutions couramment invoquées comme pouvant potentiellement répondre aux problématiques majeures que sont l'évolution de la démographie médicale, les inégalités territoriales d'accès aux soins ou l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. La e-santé, lorsqu'elle sera largement déployée, devrait en effet permettre de combiner maîtrise des dépenses, efficience de l'allocation des ressources et qualité des soins. Pour autant, sa généralisation implique de trouver des réponses à des problématiques de différentes natures telles que la confidentialité des données personnelles, la communication entre systèmes d'information historiquement fragmentés, le basculement vers le numérique des services de santé existants, ou encore des changements organisationnels permettant le suivi de patients à domicile. Il apparaît donc que, s'il y a bien un défi technologique, la e-santé implique également des changements majeurs d'ordres culturels, organisationnels et éthiques.

En France, la e-santé est longtemps demeurée sous-exploitée. Ce constat est vrai pour une majorité des pays de l'OCDE, même si certains pays nordiques disposent d'outils déployés à grande échelle depuis plusieurs années. La relative lenteur de ce mouvement est liée au fait que, si les attentes sont nombreuses, les questionnements le sont aussi, posant des difficultés de mise en œuvre aux pays dont le système de santé est organisé sur des fondements relativement anciens. Pour répondre à ces questions, une mobilisation de tous les acteurs et une coordination de leurs actions sont indispensables afin que le virage numérique ait réellement lieu. C'est dans cet objectif que les pouvoirs publics, dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS), ont fait de la e-santé une priorité et un axe de transformation à part entière.

Consciente de ces enjeux de longue date et acteur de premier plan de cette transformation, l'Assurance Maladie prévoit dans la COG signée en février dernier avec l'État pour la période 2018-2022 une mobilisation importante de ses ressources pour porter ces évolutions en direction des assurés sociaux et des professionnels de santé, mais également au bénéfice du réseau de l'Assurance Maladie. Vis-à-vis des professionnels de santé, les objectifs sont d'accélérer et de généraliser le déploiement des services socles permettant une simplification des prises en charge et une meilleure coordination des acteurs, mais également de pouvoir proposer progressivement des services en appui à la qualité et à la sécurité des soins. En direction des assurés sociaux, l'enjeu est d'enrichir l'offre de services de l'Assurance Maladie au bénéfice de la gestion de leur santé, ainsi que de contribuer au développement de services proposés par d'autres acteurs dont la plus-value est démontrée.

3.5.1 / Accélérer le déploiement et concourir à la pertinence des prises en charge

Si le déploiement de la e-santé suscite de multiples questions d'ordre technique, au premier rang desquelles l'interopérabilité des systèmes d'information, il implique également des changements organisationnels et d'usages pour une intégration à la pratique quotidienne des professionnels de santé. Ces changements posent notamment des questions de responsabilité des acteurs dans un cadre dématérialisé, de tarification au regard des évolutions des pratiques, ainsi que de conviction quant aux bénéfices apportés par ces outils.

Il apparaît désormais nécessaire d'aller au bout du déploiement des services socles, disponibles en France depuis un certain nombre d'années mais dont l'usage tarde à se développer largement. Des outils tels que la messagerie sécurisée de santé (MSS), le dossier médical partagé (DMP), la e-prescription ou la télémédecine doivent constituer une base en faveur de plus de simplification, de coordination, de pertinence et de sécurité dans les soins prodigués. C'est dans la mise en cohérence des différentes initiatives, nationales et locales, que les professionnels de santé trouveront un réel bénéfice à utiliser ces services et participeront ainsi au déploiement massif de la e-santé. À cet égard, la bonne articulation des différents dossiers patients communicants existant ou en développement, que ce soit dans leurs fonctions respectives ainsi que leur capacité à communiquer entre eux, revêt une importance primordiale.

La nécessaire accélération du déploiement et de l'usage des services socles

Les enjeux de la généralisation du dossier médical partagé

Une étude menée par l'OMS⁶³ en 2015 auprès de 53 pays de la zone Europe établit que 27 d'entre eux déclarent disposer aujourd'hui d'un dossier médical patient au niveau national. Pour autant, le détail de cette étude montre une grande diversité dans la réalité de ce déploiement, notamment concernant le champ couvert par ces dossiers, ainsi que dans les conditions de mise en œuvre, aboutissant à une implantation très hétérogène dans les pays européens. Les pays nordiques, plus spécifiquement l'Estonie, la Finlande et la Suède, disposent d'une avance réelle dans la mise en œuvre de dossiers patients communicants. L'Estonie, pays érigé en modèle dans son déploiement de la e-santé et plus globalement de la numérisation des services publics, dispose depuis 2008 d'un dossier patient communicant, développé sur la base d'une ouverture par défaut du dossier numérique dès la naissance, ainsi que d'une contrainte finan-

63 Organisation mondiale de la santé "From innovation to implementation-eHealth in the WHO European region", 2016 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/302331/From-Innovation-to-Implementation-eHealth-Report-EU.pdf

cière à son usage et son alimentation pour les professionnels de santé. Depuis respectivement 2010 et 2012, la Finlande et la Suède sont parvenues à une implantation complète d'un tel système. À l'inverse, d'autres pays tels que l'Angleterre ou la Norvège connaissent plus de difficultés dans la mise en œuvre de leur dossier patient, les raisons généralement identifiées à ces difficultés de déploiement étant le manque d'information des professionnels de santé sur les enjeux et bénéfices liés à l'usage de ces dossiers, ainsi que le défaut d'interopérabilité avec les logiciels métiers.

En France, suite à la reprise du développement du DMP par l'Assurance Maladie, plus de 500 000 dossiers ont été progressivement créés en un an dans le cadre d'une expérimentation sur neuf départements, ce qui porte désormais à plus d'un million le nombre de DMP ouverts, en comptant ceux qui existaient déjà avant la phase d'expérimentation. Le DMP a pour vocation principale de rassembler pour un même patient l'historique des soins et produits de santé reçus, les synthèses médicales, les comptes rendus de consultations de spécialistes, dont la radiologie et les résultats d'examens de biologie. Le DMP centralise donc pour le patient tous les éléments d'information qui constituent son dossier de soins aujourd'hui « éclaté » entre son médecin traitant, les médecins spécialistes qu'il a consultés, les établissements de santé dans lesquels il a séjourné, voire les documents en papier qu'il détient à son domicile. Le DMP constitue ainsi son carnet de soins électronique et présente son histoire médicale. Le DMP permet par ailleurs à tout professionnel de santé qui prend en charge un patient, quel que soit l'endroit où il se trouve, de connaître son histoire médicale et, en particulier, ses antécédents, ses traitements, ses intolérances médicamenteuses, ses allergies et ainsi de mieux sécuriser les soins qu'il lui administre.

La dynamique de l'usage du DMP repose aujourd'hui sur trois éléments principaux :

- la création en masse des DMP qui s'appuie sur les pharmaciens, les patients eux-mêmes et les caisses d'Assurance Maladie devenues des nouveaux vecteurs de création des DMP ;
- l'alimentation du DMP, en particulier par les établissements de santé, les laboratoires de biologie et les médecins traitants ;
- la mise à disposition du patient d'une application mobile lui permettant de consulter facilement son DMP sur smartphone et tablette.

La création des DMP est assurée par les pharmaciens (un intéressement leur a été accordé dans le cadre d'un avenant à la convention signée entre les syndicats représentatifs des pharmaciens et l'Assurance Maladie), les patients eux-mêmes, qui peuvent créer leur DMP sur Internet, et par les services d'accueil des caisses d'Assurance Maladie. Il est notable que l'usage du DMP progresse dès lors que le taux de la population disposant d'un DMP atteint un certain seuil. Le retour d'expérience des neuf départements expérimentateurs montre qu'un deuxième facteur contribue à la dynamique de l'usage du DMP : l'alimentation des DMP par les établissements de santé en comptes rendus d'hospitalisation ou en comptes rendus opératoires, permettant ainsi une meilleure coordination et continuité des

soins entre la ville et l'hôpital. L'alimentation par les laboratoires en comptes rendus de résultats de biologie et par les médecins traitants *via* le volet de synthèse médicale sont évidemment également des facteurs d'usage importants. Dorénavant, tout DMP créé est alimenté de façon automatique par les données de remboursement versées par l'Assurance Maladie sur un historique de deux ans, donnant ainsi un minimum de contenu médical dès ouverture. Par ailleurs, la possibilité de consulter son DMP sur smartphone ou tablette est désormais possible : tout patient ayant créé son DMP peut désormais télécharger l'application DMP lui permettant ainsi de le consulter à tout moment, quel que soit l'endroit où il se trouve. L'objectif est de permettre au patient de devenir le plein acteur de sa santé par la bonne connaissance de sa ou de ses pathologies et de pouvoir mieux dialoguer avec son équipe de soins.

Le DMP entrera dans sa phase de généralisation sur le territoire à partir d'octobre 2018, avec un premier objectif de 2,3 millions de dossiers ouverts en fin d'année 2018. Dans cette perspective, l'articulation du DMP avec les plateformes de coordination des parcours de soins et les dossiers communicants développés à l'échelle de certains territoires est fondamentale. Le DMP a vocation à devenir un service socle accessible depuis l'ensemble de ces plateformes, mais également comme le lieu de stockage national de l'information de santé produite par les applications métiers quelles qu'elles soient : logiciels des professionnels de santé de ville ou du système d'information hospitalier (SIH) des établissements de santé et Ehpad, mais aussi plateformes territoriales, permettant ainsi à tout professionnel de santé qui prend en charge un patient de prendre connaissance de son histoire médicale quel que soit le lieu où se trouve le patient.

En complémentarité, les plateformes territoriales visent, d'une part, à offrir des services au patient qui n'ont pas vocation à alimenter le DMP, tels que la prise de rendez-vous ou les procédures de préadmission, et, d'autre part, à permettre à un ensemble de professionnels de santé, issus de structures ou de modes d'exercice différents, de coordonner la prise en charge d'un patient dans le cadre d'un parcours complexe pour une organisation des soins propre au territoire support et pour des pathologies ou des populations ciblées. Le patient dispose donc d'un dossier dans une plateforme territoriale durant un parcours de prise en charge, avec une notion de début et de fin au parcours. À ce titre, ces plateformes sont une composante du dossier patient. Par ailleurs, même si le patient peut avoir accès à des services par le biais d'une plateforme territoriale, il n'a pas accès à son dossier médical intégral qui est la vocation même du DMP. Ainsi, ces deux dispositifs ont vocation à s'articuler de manière complémentaire sur plusieurs dimensions :

- le DMP est national, il se « déplace avec le patient », alors que les plateformes territoriales couvrent une zone géographique limitée et ne sont pas accessibles aux professionnels de santé qui peuvent prendre en charge le patient en dehors de son territoire de vie habituel ;
- le DMP adresse toutes les pathologies et toutes les prises en charge, il est le socle de l'information médicale qui peut être partagée entre le patient et les professionnels de santé, alors que les plateformes peuvent être ciblées sur certaines

pathologies, certains professionnels de santé ou encore sur des types de patients ;

– les plateformes territoriales sont des outils d'organisation et de coordination des soins alors que le DMP se limite au partage d'informations médicales.

Les promesses de la e-prescription

L'Assurance Maladie dénombre plus d'un milliard de prescriptions par année toutes prescriptions confondues. Les volumes les plus importants concernent les prescriptions de médicaments par les médecins généralistes, atteignant plus de 500 millions par an, alors que les prescriptions annuelles d'actes de biologie sont comptabilisées à 120 millions. Actuellement, la dématérialisation des prescriptions est limitée à une image scannée de l'ordonnance papier transmise par les pharmaciens.

La prescription électronique, ou e-prescription, constitue un enjeu majeur pour la modernisation du système de santé. Elle vise à la dématérialisation des prescriptions et des délivrances des prestations en couvrant l'ensemble des prescriptions réalisées par les prescripteurs, qu'ils soient en exercice libéral ou hospitalier. Les prescriptions seront transcrites sous forme de données structurées au sein d'une base de données anonymisée nationale, ayant vocation à alimenter le DMP, afin que les patients et les professionnels prescrits puissent y avoir accès.

Au niveau européen, les pays nordiques sont à nouveau particulièrement avancés sur ce sujet mais ne font pas figure de cas isolés, l'Angleterre, la Belgique ou l'Italie étant par exemple très avancés dans le déploiement national de la e-prescription.

On note au sein de ces pays des disparités en termes d'usage, liées à une maturité différente des projets, avec pour les plus avancés un taux de e-prescription supérieur à 80 % en Norvège ou en Italie et atteignant 99 % en Estonie.

Une fois largement déployée, les bénéfices attendus de la e-prescription sont multiples et constituent des apports importants dans différents domaines en permettant de :

- simplifier et sécuriser le circuit de l'ordonnance, depuis la prescription jusqu'à la délivrance ou la réalisation de l'acte ;
- fluidifier et fiabiliser les échanges entre les médecins et les professions prescrites grâce à la dématérialisation et à la structuration des données des prescriptions, les prescripteurs ayant par exemple accès aux informations de la délivrance des médicaments qu'ils ont prescrits ;
- favoriser la coordination des soins grâce au partage des informations de prescription entre les professionnels de santé ;
- fiabiliser les remboursements et réduire les risques de falsification.

Ces apports bénéficient donc à de nombreux acteurs en commençant par les patients mais également les prescripteurs, les professionnels de santé délivrant les prestations et l'Assurance Maladie.

Au regard de ces enjeux considérables, l'Assurance Maladie, en lien étroit avec les partenaires conventionnels, entend donc déployer la e-prescription avec un calendrier progressif mais ambitieux sur une période de quatre ans, dont les principaux jalons sont présentés ci-après.

► ENCADRÉ 38

Calendrier de déploiement de la e-prescription

En 2019

– Lancement sur le terrain, avec les médecins et les pharmaciens, de la solution cible « e-prescription de médicaments », débutant par une expérimentation suivie d'un bilan avant généralisation, dès la fin de l'année.

– Lancement des travaux visant à élargir la e-prescription à l'ensemble des produits de santé, en s'appuyant sur les travaux de codification des dispositifs médicaux avec

les éditeurs de bases de médicaments et d'une expérimentation, sur les médicaments, dans les établissements de santé.

En 2020

– Démarrage de la généralisation de l'e-prescription de produits de santé en ville et en établissement de santé.

– Démarrage des expérimentations e-prescription de biologie et actes infirmiers.

En 2021

– Lancement de l'expérimentation pour les actes de kinésithérapie.

– Démarrage de la généralisation de l'e-prescription pour la biologie et les actes infirmiers.

En 2022

– Généralisation de la e-prescription des actes réalisés par l'ensemble des auxiliaires médicaux.

Mettre en place un cadre favorable au décollage de la télémédecine

Autre enjeu d'importance dans le cadre du virage numérique, le déploiement de la télémédecine comptait parmi les propositions du rapport « Charges et Produits » pour l'année 2018. Cette proposition répondait à un double constat :

- celui d'un levier identifié comme important pour assurer une prise en charge des patients de qualité et plus coordonnée, en favorisant l'accès à une expertise médicale et en permettant le cas échéant le transfert de compétences entre professionnels de santé ;
- celui d'un essor insuffisant caractérisé par un déploiement essentiellement hospitalier avec une forte variabilité régionale faute d'un cadre stable et pérenne. Le développement de la télémédecine s'effectuait au sein d'un cadre expérimental avec des financements limités fixés par des FIR, peu propice à une généralisation rapide de cette pratique.

Selon un bilan de ces expérimentations réalisé en 2014⁶⁴, seuls 50 % des projets étaient alors opérationnels. En 2015 le nombre d'actes de télémédecine n'a pas dépassé 1 000 actes en ville et 550 000 consultations en milieu hospitalier⁶⁵. Même dans le secteur hospitalier, la télémédecine représente à peine 0,5 % des quelque 99 millions de consultations ou de soins externes dispensés dans les établissements de santé.

Pour combler le retard après plusieurs années d'expérimentation, le gouvernement, *via* la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 (article 54) a confié le soin à l'Assurance Maladie de définir par voie conventionnelle les modalités de réalisation et les tarifs des actes de téléconsultation et de télé-expertise. Un premier accord conventionnel a ainsi été trouvé en juin 2018 avec les syndicats de médecins libéraux sur un déploiement des téléconsultations à partir du 15 septembre 2018 et des télé-expertises à partir de février 2019. Cet accord très ouvert concerne tous les médecins et permettra à tous les patients dont la situation médicale est compatible d'accéder aux téléconsultations.

Pour autant, les partenaires conventionnels ont souhaité que ce cadre de déploiement respecte l'organisation du système de soins actuellement en place, en particulier la notion de parcours de soins (orientation par les médecins traitants, pratique des actes à distance par des professionnels connaissant déjà les patients) et s'inscrive dans les organisations d'offre de soins territoriales. À cet effet, l'observatoire des mesures conventionnelles assurera un suivi des résultats observés pour en évaluer les impacts médicaux (population bénéficiaire, recours aux soins de ville et à l'hospitalisation notamment) et économiques afin de faire évoluer le dispositif dans des conditions préservant le service médical rendu aux patients en s'adaptant aux progrès technologiques et aux besoins des professionnels.

Cette forme de pratique médicale devrait alors, pour donner sa pleine mesure, s'étendre en impliquant d'autres catégories

de professionnels de santé en commençant par les infirmiers et les pharmaciens, pour faciliter encore l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire et mieux articuler les prises en charge individuelles ou multidisciplinaires.

Concernant le déploiement de la télésurveillance, celui-ci est maintenu dans un cadre expérimental renouvelé par la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 (article 54) pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2018. Une évaluation médico-économique, validée par la Haute Autorité de santé, aura lieu à l'issue de cette phase expérimentale et sera transmise au Parlement avant le 30 juin 2021, afin d'envisager les conditions éventuelles de sa généralisation.

Proposer des services en appui à la pertinence des prises en charge

S'appuyer sur les potentialités d'amelipro

Plus de 80 000 médecins et 300 000 professionnels de santé utilisent chaque année le portail de services amelipro. Si ce portail est avant tout destiné à la gestion dématérialisée des échanges entre professionnels de santé et Assurance Maladie, il représente également un vecteur potentiel de nouveaux services en appui à la qualité des soins. L'Assurance Maladie dispose en effet de nombreuses informations utiles aux professionnels de santé dans la prise en charge de leurs patients. Donner aux professionnels la possibilité d'accéder de manière individuelle à ces informations pourrait concourir à l'amélioration des pratiques grâce à des informations concernant leur patientèle, ainsi que d'appuyer leurs actions de prévention.

L'objectif est de donner aux professionnels de santé une visibilité au sein d'amelipro concernant différents champs de leur pratique, en leur permettant de se comparer à leurs pairs ainsi qu'aux référentiels de bonne pratique. Il leur serait ainsi possible de connaître et de comparer leurs pratiques de prescription (arrêts de travail, génériques, actes de dépistage par exemple) ou de prise en charge de certaines pathologies chroniques (diabète, HTA, AVC, cancers). Cette meilleure connaissance devrait permettre une adaptation régulière des pratiques, aboutissant à une meilleure prise en charge des patients. Les professionnels pourraient accéder à ces informations soit *via* le portail amelipro de l'Assurance Maladie, soit *via* leur logiciel métier grâce à l'intégration faite par les éditeurs.

Concernant la prévention, l'objectif est de compléter les télé-services actuels afin de permettre aux professionnels de santé de disposer de différentes informations concernant leurs patients :

- situation au regard des dépistages auxquels ils sont éligibles (examen bucco-dentaire, dépistages des cancers : mammographie, test immunologique, cancer du col de l'utérus) ;
- vaccination conseillée (grippe, ROR, méningite...) ;
- nature des pathologies chroniques (diabète, HTA, cancers...) ;
- inclusion ou l'éligibilité aux programmes de prévention de l'Assurance Maladie (sophia, Prado).

64 Télémédecine état des lieux de la télémédecine – Présentation Programme de Télémédecine DGOS- ETAPES (Recensement réalisé en 2014).

65 Cour des Comptes, Rapport 2017 sur la télémédecine <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017-telemedecine.pdf>

L'apport du numérique à l'Evidence-Based Medicine (EBM)

Le déploiement du numérique doit concourir à l'évolution de la qualité des prises en charge des usagers par les professionnels. Ainsi, le défi pour les médecins généralistes de disposer d'un accès simple et en temps utile à des connaissances scientifiques validées et actualisées peut-il être relevé par des outils d'aides à la décision. C'est le sens d'une démarche partenariale engagée par l'Assurance Maladie avec le Collège de la médecine générale (CMG), associant la HAS, afin de proposer à ces professionnels en situation de consultation une documentation scientifique adaptée à leur pratique *via* un site Internet.

Les premiers résultats de ce partenariat concernent une phase test visant à vérifier la pertinence des réponses fournies par un site Internet existant (équivalent du futur site français déjà en usage en Belgique), sur la base de requêtes réalisées par les médecins dans cet outil ainsi que de leur satisfaction en termes de contenu et d'ergonomie. Plus de 200 médecins ont ainsi évalué le site belge *ebpracticenet.net* d'avril à septembre 2017 : 74 % des requêtes ont obtenu une réponse appropriée, 64 % des médecins généralistes ont déclaré être satisfaits du site et 92 % souhaitent pouvoir continuer à l'utiliser. Les travaux se poursuivent actuellement par la construction du site français : la plateforme *EBMfrance.net* est créée et intègre désormais 1 000 guides de bonne pratique qui doivent être adaptés au contexte français et appréciés par la HAS.

Dans la suite, ce partenariat devrait aboutir à développer des solutions numériques d'aide à la décision. Cette aide pourra être déclenchée par la saisie d'un mot-clé dans le dossier du patient (mise à disposition du référentiel EBM⁶⁶) ou intervenir après une analyse des données structurées des dossiers patients dans le cadre d'un système d'appel contextuel du logiciel du médecin vers le site. Ces aides à la décision peuvent être particulièrement utiles en matière de prévention : vaccination, dépistage ou encore pour des questions de iatrogénie, notamment pour des patients âgés souvent polymédiqués. La promotion de ces solutions s'effectuera vers les domaines où la valeur ajoutée est avérée pour les professionnels de santé et pour les patients.

3.5.2 / Services numériques aux patients : enrichir l'offre de l'Assurance Maladie et contribuer au déploiement de services à la plus-value démontrée

Le développement d'une offre de services numériques de l'Assurance Maladie destinée aux assurés sociaux est un engagement de longue date, matérialisé notamment par les informations et services personnalisés du compte *ameli* ou, plus récemment, par les applications mobiles de gestion de sa santé telles que *Tabac info service* (en partenariat avec Santé publique France), *Asthm'activ* ou *Activ'Dos*. Ces initiatives ont su rencontrer un large public, comme en témoignent les 28 millions d'assurés

ayant un compte *ameli* ouvert en juin 2018, ou encore les plus de 600 000 téléchargements des applications santé développées par l'Assurance Maladie. De même, le service *sophia* permet à 850 000 personnes d'être accompagnées à distance pour mieux gérer leur maladie chronique grâce notamment à un soutien téléphonique et un service numérique de *coaching*. L'appétence des assurés pour ces services, permettant de gérer plus facilement et à tout moment ses démarches et sa santé, conduit à étoffer encore davantage cette offre dans les prochaines années.

Ce mouvement s'inscrit dans un contexte de foisonnement des services numériques proposés aux patients sur Internet ou sur les stores, répondant à des problématiques telles que la gestion de rendez-vous ou la recherche de conseils de prévention, jusqu'à des objectifs plus spécifiques tels que l'observance médicamenteuse et l'appui à la prise en charge d'une maladie chronique. Face à cette offre en plein essor qui n'a pas encore totalement trouvé sa place dans bon nombre de cas (modèle économique, inscription dans le parcours de soins), il importe de pouvoir orienter les patients vers des services fiables et ayant démontré leur plus-value.

Il est également primordial, afin que ces progrès puissent bénéficier à tous, de développer des actions d'inclusion numérique vis-à-vis des publics qui en sont le plus éloignés, dans l'objectif d'éviter l'accroissement d'inégalités existantes dans l'accès et l'usage des outils disponibles. À ce titre, les organismes d'assurance maladie mènent localement un accompagnement des assurés dans l'usage des services numériques et proposent des actions adaptées aux contraintes de certains publics.

Enrichir l'offre de services numériques de l'Assurance Maladie

Capitaliser sur le succès du compte *ameli* en proposant de nouveaux services

Le compte *ameli*, disponible sur Internet et application mobile, est de très loin le premier canal de contacts des assurés avec l'Assurance Maladie (80 % des contacts des assurés sont aujourd'hui des contacts dématérialisés). Ce compte personnel permet de réaliser à tout moment une grande majorité de démarches : suivi de remboursements, téléchargement d'attestations, déclaration de la naissance d'un enfant, commande de carte Vitale, échange par e-mail avec sa caisse, etc. Par ailleurs, le compte *ameli* propose des offres en santé personnalisées, telles que des conseils santé pour les femmes enceintes, pour les enfants à différents âges, ainsi que des campagnes ciblées de prévention, de vaccination et de dépistage. Au regard de la sollicitation importante des différents services offerts, le compte va voir son offre de services étendue dans les années à venir, intégrant progressivement des nouvelles fonctionnalités dont la demande de *CMU-C/ACS* (aide au paiement d'une complémentaire santé), des actualisations de situation avec dépôt de pièces justificatives, la réception de recommandés électroniques, ou encore des notifications proactives sur des offres de prévention.

⁶⁶ L'*Evidence-Based Medicine* est une approche où le médecin fonde sa décision médicale sur des données probantes et validées.

Une autre évolution repose sur la proposition de services digitaux à l'extérieur du compte ameli, sur d'autres sites et applications d'acteurs de l'administration et de la santé. Ainsi, le compte ameli est devenu le premier fournisseur d'identité numérique pour les sites publics et privés FranceConnect. Par exemple, il est désormais possible de se connecter avec ses identifiants du compte ameli sur le compte personnel des impôts, de la retraite ou d'un organisme complémentaire. D'ici fin 2018, une identité numérique renforcée sera proposée, permettant à d'autres sites FranceConnect de proposer des services plus sensibles, requérant une plus grande sécurisation d'accès.

Grâce à cette identité électronique et en complément, le compte ameli va rendre accessibles des données personnelles des assurés sur d'autres sites lors d'une démarche en ligne, le tout de manière sécurisée et *via* le consentement explicite des assurés, matérialisant ainsi le principe « Dites-le nous une fois ». Enfin, le compte mettra également prochainement à disposition les « API d'ameli », c'est-à-dire des API de données administratives (droits, médecin traitant, NIR, etc.) qui pourront être utilisées au moment d'adhérer à une complémentaire santé, ou permettant de réaliser une préadmission en ligne sur un site ou une application d'un établissement de santé. Dans la même dynamique, de nouvelles démarches en ligne et services seront proposés, en offrant aux assurés la possibilité de recueillir des données d'autres administrations. L'ensemble de ces fonctions de fourniture et d'échanges d'identités électroniques, ainsi que de données en API, contribue à ouvrir de nouvelles perspectives d'évolutions de la e-santé en France. Les API d'ameli pourront également être proposées lors de hackathons sur des thèmes de santé, contribuant ainsi à favoriser la création de nouvelles solutions au bénéfice des patients par des acteurs extérieurs à l'Assurance Maladie.

Une brique indispensable : le déploiement de l'application carte Vitale

La carte Vitale atteste des droits à l'Assurance Maladie et permet d'éviter une facturation papier par la télétransmission d'une feuille de soins électronique (FSE) sécurisée, donnant lieu à un remboursement rapide tant de l'Assurance Maladie obligatoire que des complémentaires santé. Elle contient tous les renseignements administratifs nécessaires au remboursement des soins et à la prise en charge en cas d'hospitalisation. Créée il y a vingt ans pour moderniser le système de remboursement des assurés et simplifier leurs démarches, la carte Vitale a connu plusieurs évolutions pour s'adapter aux besoins des Français et rendre un meilleur service. Le système de carte à puce, bien qu'encore fonctionnel et à l'état de l'art des moyens d'identification et d'authentification, laisse peu à peu la place à des dispositifs d'identité numérique dans les pays où la diffusion des smartphones et des nouvelles technologies est forte. Ainsi, de nouveaux usages émergent et se généralisent, tant dans le domaine de l'économie numérique que de l'administration numérique mobile. Au cours des dernières années, l'identité mobile est devenue un choix de plus en plus populaire auprès des citoyens, de par sa commodité, son ergonomie et son niveau de sécurité accru. L'adoption rapide des services de m-Gouvernement (*mobile government*) dans les pays ayant

choisi de se concentrer sur les appareils de communication mobiles, a démontré l'attrait de cette méthode d'identification, à la fois forte et fiable. Il est donc logique que le système Sesam-Vitale ne reste pas en marge de cette évolution structurelle importante.

La dématérialisation de la carte Vitale touche à l'un des symboles forts de notre système de santé. Au-delà de cette dimension, il s'agit de promouvoir de nouveaux services pour les assurés, de prendre en compte les nouvelles pratiques des professionnels de santé et de renforcer la lutte contre les fraudes et les abus en utilisant les ressources des technologies liées au numérique. Le projet d'application carte Vitale consiste donc à diversifier le support physique de la carte Vitale, pour proposer aux assurés une solution dématérialisée d'identification et d'authentification *via* une application sur smartphone, avec un même niveau de sécurité, et la possibilité d'y associer de nouveaux services. Associée à une consultation des droits en ligne, l'application carte Vitale permettra aux professionnels de santé de réaliser des FSE sécurisées et fiables.

La solution d'une application carte Vitale doit être appréhendée dans une logique d'usage étendu, avec une exigence de simplification : elle sera interopérable avec les services des organismes d'assurance maladie complémentaires (AMC) et sera porteuse, pour les assurés et les professionnels de santé, d'une simplification et d'une convergence des services des deux acteurs du processus de facturation et de remboursement. En intégrant la sphère numérique, la carte Vitale devient également une clé d'entrée dans un espace de confiance numérique réunissant un ensemble de services liés à la e-administration, en utilisant les ressorts de l'identité numérique, notamment dans le cadre de la stratégie « État plateforme ».

Concrètement, le projet d'application carte Vitale vise à mettre en œuvre un dispositif sécurisé et dématérialisé sur smartphone, permettant l'identification, l'authentification et la signature des assurés pour la facturation et l'accès aux services de l'Assurance Maladie ainsi que d'autres services de santé. En phase transitoire, l'application carte Vitale a vocation à être une solution complémentaire à la carte Vitale physique. En cible, elle constitue une solution de remplacement. Le périmètre fonctionnel de ce projet couvre la totalité des fonctionnalités et services existants de la carte Vitale à puce (facturation Sesam-Vitale, téléservices intégrés de l'Assurance Maladie, dossier médical partagé, etc.). Il est à noter que l'application carte Vitale, comme la carte à puce d'ailleurs, ne contient aucune donnée de santé.

La création d'une carte Vitale dématérialisée est l'occasion de proposer aux assurés de nouveaux services, y compris dans un contexte plus large que celui des services proposés par l'Assurance Maladie obligatoire :

- ouverture et accès au DMP ;
- transfert temporaire des éléments d'identification d'un bénéficiaire d'une application carte Vitale vers une autre (service de délégation temporaire) ;

3.5 ENJEUX ET CONDITIONS DE DÉPLOIEMENT DE LA E-SANTÉ

- sécurisation de transactions spécifiques des portails assurés (changement de coordonnées bancaires sur ameli.fr ou sur le portail de l'assurance retraite...);
- ajout de son ou ses identifiants d'AMC à l'application carte Vitale et/ou interopérabilité avec une e-carte AMC;
- accès à des portails ou des applications d'AMC;
- accès à des applications de tiers (par exemple prise de rendez-vous avec les médecins) et à des plateformes de télé-médecine;
- accès à la e-administration ou m-administration.

Le projet d'application carte Vitale ancre donc l'Assurance Maladie dans une démarche digitale assurant une meilleure qualité de service aux utilisateurs, renforçant la cohérence et la convergence des outils existants. La mise en œuvre de l'application carte Vitale débutera par une phase d'expérimentation, essentiellement axée sur l'acceptabilité des usages, qui se déroulera entre la fin d'année 2018 et la fin du premier semestre 2019. Cette expérimentation s'appuiera sur un système d'information de test non pérenne, porté par le groupement d'intérêt économique (GIE) Sesam-Vitale et se déroulera dans les départements du Rhône et des Alpes-Maritimes. À la suite de cette expérimentation, le déploiement de la solution cible sera organisé par paliers successifs, pour aboutir à une généralisation du dispositif fin 2021.

Contribuer au déploiement de services à la plus-value démontrée

Face à la quantité importante de services d'accompagnement et de gestion de leur santé proposés aux patients, notamment sous la forme d'applications mobiles, il est important de pouvoir guider et informer de manière fiable et transparente les usagers sur la qualité de ces services, que ce soit en matière de plus-value médicale, de sécurisation des données ou de respect de la vie privée.

Les publications disponibles portant sur l'évaluation de l'efficacité des services d'accompagnement numériques font état de résultats très hétérogènes quant à l'impact de ces services.

À titre d'exemple, une étude de 2013 publiée dans le *Jama* portant sur les applications de dépistage du mélanome⁶⁷, établissait que trois applications sur quatre classaient plus de 30 % des lésions cancéreuses comme bénignes. Cette étude conclut que, si ces applications peuvent contribuer à améliorer l'information des patients et constituer un support de médiation avec le médecin, elles peuvent potentiellement être utilisées par les patients en alternative à une consultation médicale et donc décaler le diagnostic d'un mélanome lorsqu'elles ne sont pas fiables. Sur un autre sujet, une étude menée par la Société américaine de cardiologie en 2015⁶⁸ a analysé des applications liées aux facteurs de risques cardiovasculaires. Cette étude rapporte le fait qu'il existe pour chacun de ces thèmes

de très nombreuses applications (plus de 1 000 applications consacrées à la perte de poids par exemple), mais que très peu ont été prouvées médicalement utiles de manière fiable. La conclusion de la Société américaine de cardiologie est donc que, sans preuve rigoureuse de leur utilité, il est difficile de recommander l'utilisation de ces applications. Ces résultats différenciés doivent pour autant ne pas occulter le potentiel de ces nouveaux outils, certaines applications ayant démontré de vrais bénéfices et les évolutions technologiques permettant de proposer désormais des fonctionnalités d'accompagnement particulièrement avancées.

Dans l'objectif de pouvoir orienter les patients vers des services numériques en santé ayant une réelle plus-value, ces éléments plaident pour la mise en place d'une certaine forme de régulation de l'offre, au travers de dispositifs de recommandation provenant d'une institution publique. Certains pays sont déjà engagés dans cette démarche, notamment l'Angleterre avec la NHS Apps Library et l'Espagne avec le dispositif AppSaludable pour la région de Catalogne. Ces démarches sont pour l'instant d'ampleur assez limitée au regard de l'ampleur de la tâche.

Proposer un cadre de confiance et favoriser l'émergence de services pertinents

À partir de la logique d'échange d'identité numérique et de données, le compte ameli va poursuivre l'extension de son offre de services dans l'objectif de proposer aux assurés une interface de gestion simple de leurs consentements et d'échanges de leurs données sur des applications santé. Ce projet, dénommé ameli plateforme, est actuellement en cours de développement dans le cadre de partenariats avec des acteurs développant des applications santé. À court terme, ameli plateforme permettra de proposer ainsi un cadre de confiance pour tout utilisateur, afin de piloter et d'exprimer son consentement sur les données qu'il souhaite voir partager entre ses applications santé, son DMP et tout espace numérique à sa disposition en tant que patient. Dans le prolongement de ce nouveau service, sur la base d'un dispositif de référencement ou de certification qui reste à créer, il pourrait être envisagé de proposer directement des applications santé *via* ameli plateforme, dans un cadre sécurisant et pour des apports en santé avérés.

Dans le même objectif de proposition de services pertinents aux usagers, l'Assurance Maladie et Bpifrance se sont associés pour identifier et développer les start-up françaises les plus prometteuses de la santé numérique. L'objectif de ce partenariat est de sélectionner des entreprises porteuses d'innovations riches en valeur médicale et répondant aux besoins des patients et des professionnels de santé. Outre leur potentiel de développement, les projets sélectionnés doivent avoir un impact sur le parcours de soins des patients, le renforcement de la relation entre un professionnel de santé et son patient ou l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

67 Wolf J. A., Moreau J. F., Akilov O. *et al.* «Diagnostic Inaccuracy of Smartphone Applications for Melanoma Detection» *JAMA Dermatol.*2013;149(4):422-426. doi:10.1001/jamadermatol.2013.2382

68 Lora E., Burke, Jun Ma, Kristen M.J. Azar, Gary G. Bennett, Eric D. Peterson, Yaguang Zheng, William Riley, Janna Stephens, Svati H. Shah, Brian Suffoletto, Tanya N. Turan, Bonnie Spring, Julia Steinberger and Charlene C. Quinn "Current Science on Consumer Use of Mobile Health for Cardiovascular Disease Prevention" *Circulation.* 2015;132:1157-1213, originally published August 13, 2015 <http://circ.ahajournals.org/content/132/12/1157>

Mener des évaluations en vie réelle

Compte tenu du besoin de disposer d'éléments de preuve solides sur la qualité des services proposés au travers des applications mobiles et objets connectés, le développement d'évaluations rigoureuses réalisées en conditions de vie réelle est un travail indispensable. Bien souvent, les évaluations disponibles reposent sur un cadre s'apparentant à des conditions peu adaptées d'essai clinique, les méthodes employées ne permettant pas de juger de l'efficacité des dispositifs en vie réelle, notamment dans la durée. Afin de contribuer à l'augmentation des connaissances sur ce sujet, l'Assurance Maladie s'est engagée dans des démarches visant à permettre d'évaluer des dispositifs dans des conditions satisfaisantes.

Ces évaluations portent en premier lieu sur les services proposés par l'Assurance Maladie. À titre d'exemple, une évaluation de l'application mobile Tabac info service est actuellement en cours, avec un cadre méthodologique ambitieux. Les questions d'évaluation définies ont été les suivantes : Quelle est l'efficacité de l'application Tabac info service sur le sevrage tabagique des adultes comparativement à une information sur les autres ressources existantes ? Quels sont, dans cette application, les mécanismes ayant conduit à l'efficacité du dispositif, qu'ils soient intégrés à l'application ou intercurrents ? Cette évaluation a été confiée à une équipe de recherche externe menée par la Chaire de recherche en Prévention des cancers de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) en partenariat avec le centre hospitalier universitaire (CHU) de Nancy, avec l'appui expert de la Société francophone de tabacologie (SFT). Cette évaluation s'appuie sur un essai pragmatique contrôlé randomisé individuel, complété par une démarche intégrée d'analyse des processus. Les résultats sont attendus fin 2018 et donneront lieu à une publication dans une revue scientifique à comité de lecture, dans l'objectif de démontrer l'efficacité de cette application portant sur un objectif de santé publique majeur.

Dans un autre cadre, en lien avec la démarche de mise à disposition de données en open data, l'Assurance Maladie a initié depuis 2015 l'organisation de hackathons visant à favoriser l'accès des données du SNDS, et encourager leur exploitation. Les participants à ces hackathons s'appuient sur les différents jeux de données mis en ligne par l'Assurance Maladie, dans l'objectif de créer un service ou une application numérique innovante en lien avec le thème de l'événement, par exemple le diabète pour l'année 2017. L'accompagnement des lauréats de ces concours vise notamment à renforcer leur capacité d'évaluation des solutions qu'ils proposent, en s'appuyant notamment sur une exploitation des données du SNDS.

3.5.3 / L'Assurance Maladie et les nouveaux usages des données

En santé comme dans bien d'autres domaines, les progrès technologiques et les usages numériques ont fait exploser la quantité d'informations recueillies. Ces données massives représentent une opportunité majeure pour la recherche, source

de nouvelles connaissances indispensables à l'innovation et aux progrès médicaux, ainsi qu'aux travaux d'évaluation. Les usages de ces données trouvent leur application dans différents domaines parmi lesquels on peut citer la recherche évaluative, les essais cliniques, les travaux sur la médecine prédictive et bien entendu le développement de l'intelligence artificielle.

Si l'exploitation du SNDS par l'Assurance Maladie dans le cadre de ses actions de gestion du risque ou à des fins d'études est désormais ancienne, les nouvelles méthodes d'exploitation liées au big data permettent d'envisager une exploitation encore plus importante de ces données. Ces nouveaux usages doivent, à terme, permettre à l'Assurance Maladie d'avoir une meilleure connaissance du risque encouru par chacun et des comportements face au risque, permettant :

- de proposer des services de prévention pertinents et personnalisés ;
- d'apporter des réponses proactives aux patients les plus complexes ;
- de disposer de capacités de vigilance et de sécurité sanitaire renforcées ;
- d'améliorer encore les capacités de lutte contre la fraude.

Contribuer à l'ouverture des données de santé

L'Assurance Maladie a développé depuis 2014 une démarche d'enrichissement et de valorisation de son offre de publication de données avec la mise en place d'un portail open data, la mise à disposition de jeux de données dédiés (OPEN DAMIR, OPEN MEDIC, OPEN PHMEV, OPEN BIO) et l'organisation d'événements de type hackathon pour valoriser ces jeux de données, soutenir leur utilisation et favoriser les projets innovants d'exploitation des données. Les données de santé dont dispose l'Assurance Maladie constituent une richesse exceptionnelle et l'enjeu de l'open data est de mettre à disposition librement ces données lorsque cela est possible aussi bien du grand public, pour favoriser la transparence des actions de l'Assurance Maladie et la démocratie sanitaire, que des professionnels (journalistes, start-up, sociétés d'études) dans le strict respect de l'anonymat des patients. Cette contribution de l'Assurance Maladie à la politique d'open data en santé est un engagement renouvelé dans le cadre de la COG 2018-2022, autour des chantiers suivants :

- la refonte et fusion de la rubrique « statistiques et publications » d'ameli.fr et du site « open data Assurance Maladie » en un site open data ergonomique, au standard des technologies actuelles, en cohérence avec le site d'ameli.fr et les autres vecteurs de diffusion des données, attestant de la volonté de l'Assurance Maladie de rendre ses données effectivement accessibles au plus grand nombre ;
- le renforcement des compétences et des outils de l'Assurance Maladie sur l'anonymisation des données, levier essentiel pour permettre d'enrichir l'offre de jeux de données pertinents et respectant strictement l'anonymat ;
- l'écoute des besoins des utilisateurs potentiels pour enrichir cette offre de façon pertinente, soutenir les usages en continuant et en faisant évoluer la tenue de hackathons ;
- l'inscription dans la gouvernance globale des données de santé sous l'impulsion stratégique de l'État.

Pour mener à bien ces actions, l'Assurance Maladie s'appuie sur un certain nombre de partenariats, parmi lesquels peuvent être cités l'Institut Mines Telecom pour les techniques d'anonymisation, Etalab pour la diffusion par data.gouv, ainsi que des partenariats liés aux thèmes abordés dans le cadre des hackathons : associations de patients (Ciss pour le hackathon médicament, Fédération française des diabétiques – FFD – pour le hackathon diabète), ainsi que des experts institutionnels (ANSM et HAS pour le hackathon médicament).

Enrichir les données du SNDS

Le périmètre de données du SNDS tel qu'inscrit dans la loi de modernisation du système de santé de 2016 comprend l'appariement du Sniiram et du PMSI avec les causes médicales de décès (réalisé fin 2017), les données individuelles sur les personnes handicapées des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et un échantillon de données des organismes d'assurance maladie complémentaires. Ce regroupement constitue une avancée importante, notamment dans la connaissance des parcours de soins et de la prise en charge des personnes handicapées, ainsi que du niveau réel de reste à charge des bénéficiaires de soins. L'enjeu est désormais de mieux connaître les facteurs de risque (médicaux et sociaux) et les pathologies et symptômes traités quelle que soit leur gravité. À cet effet il est envisagé d'enrichir le SNDS de données cliniques (registres médicaux, résultats des analyses de biologie, dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux, données issues des systèmes d'information hospitaliers) mais également de données sociales comme l'appariement du SNDS avec l'échantillon démographique permanent.

Au-delà de ces bases déjà constituées ou en cours de constitution dont il faut organiser l'appariement avec le SNDS dans des cadres adaptés aux usages, le développement des applications de e-santé, et notamment celles bénéficiant des API d'ameli, constitue une nouvelle source de données de santé ou de connaissances sur les facteurs pouvant influencer sur l'état de santé (surpoids, tabagisme, habitudes de vie...). Avec l'accord explicite des assurés souhaitant contribuer à l'évaluation de ces dispositifs et plus généralement à l'amélioration de la connaissance du système de santé, ces données pourraient être réutilisées par l'Assurance Maladie dans un cadre garantissant leur sécurité et les finalités d'usage.

Développer au sein de l'Assurance Maladie les nouvelles méthodes d'exploitation des données

Le big data est aujourd'hui un thème incontournable dans le domaine de la santé. Les principales attentes sont un traitement rapide de volumes importants de données, le rapprochement de données aux formats hétérogènes (données médico-administratives, dossiers patients, imagerie, rapports d'examen), l'exploration systématique des données pour détecter des comportements à risque ou au contraire protecteurs, des pathologies à des stades peu développés, voire prédire la survenue d'événements indésirables. Le partenariat avec l'École Polytechnique, mis en place depuis 2014, a pour objectif d'évaluer l'apport de ces technologies pour les missions de l'Assurance Maladie et de permettre à cette dernière de tirer parti de ces

technologies le plus rapidement. Dans la première vague du partenariat ont été menés des projets sur le thème de la détection des signaux faibles en pharmacovigilance, permettant de confirmer la fiabilité de ces technologies sur un sujet à fort enjeu de santé publique. Ce partenariat a été renouvelé en février 2018 avec les objectifs suivants :

- consolider l'infrastructure mise en place pour permettre la réalisation d'un nombre plus important de projets. Actuellement deux à trois projets peuvent être menés en parallèle sur des cohortes pouvant aller jusqu'à 13 millions d'individus. L'objectif est de pouvoir traiter de manière « semi-automatique » des cohortes approchant la population complète (65 millions) ce qui permettrait de mener dans des délais très brefs des projets méthodologiquement et techniquement innovants ;
- poursuivre les projets sur le thème de la pharmacovigilance en capitalisant sur les travaux déjà réalisés, notamment en termes de modélisation et de structuration des données ;
- traiter de nouveaux thèmes (analyse des parcours de soins, lutte contre la fraude) ;
- mettre en œuvre des technologies encore plus avancées (outils de visualisation de parcours de soins, deep learning) ;
- faire monter en compétence une équipe de statisticiens et de développeurs au bénéfice de l'Assurance Maladie et de ses partenaires.

Les analyses des trajectoires et des parcours « clients » sont aujourd'hui en pleine extension dans le monde des technologies big data, notamment dans le marketing. Elles sont à ce stade moins développées dans le domaine des parcours de soins, qui est par ailleurs un thème central pour les missions de l'Assurance Maladie. Les travaux menés sur le SNDS avec des techniques plus classiques montrent, par ailleurs, certaines limites (nombreux croisements à réaliser pour reconstituer les parcours, traitement de forte volumétrie, limites des outils de visualisation). Les apports attendus des nouvelles techniques d'exploitation des données portent aussi bien sur l'approche descriptive exploratoire (fréquence de recours aux soins, description des pratiques et adéquation aux recommandations, typologies des trajectoires), avec un effort particulier sur la visualisation des parcours, que sur l'approche analytique (identifier les facteurs associés à chaque typologie de parcours, étudier l'association entre le parcours de soins et le risque d'hospitalisation ou de décès par exemple).

Sur un autre champ, l'identification de situations de mésusage, voire de fraude, est indispensable à une bonne gestion de l'Assurance Maladie dans l'objectif d'éviter les gaspillages et assurer l'utilisation légitime de ses ressources. La mise en œuvre de procédures automatisées permettant de balayer en continu la base de données du SNDS pour localiser les situations suspectes sans *a priori* initial, est un complément précieux car économique en moyens à la réalisation de travaux spécifiques, complexes, destinés à documenter ces éventuels mésusages et ces fraudes.

L'enjeu de ces différents travaux, aujourd'hui encore au stade de recherche, est donc de déployer grâce à l'analyse de données massives, de nouvelles pistes permettant de répondre à des problématiques majeures de santé publique et de gestion du système de santé.

Propositions

Propositions sur la e-santé

Proposition 25

_ Engager la généralisation de la e-prescription pour l'ensemble des professionnels de santé

La généralisation de la e-prescription est un projet majeur pour la modernisation du système de santé français, portant des bénéfices importants pour l'ensemble des acteurs concernés (patients, professionnels, organismes d'assurance maladie).

L'Assurance Maladie, en cohérence avec les engagements de la COG 2018-2022 engagera dès 2019 les premières étapes de cette généralisation.

Proposition 26

_ Donner accès aux professionnels de santé dans ameli-pro à des informations d'aide à l'amélioration des pratiques

L'espace ameli-pro pourrait proposer de nouvelles fonctionnalités permettant aux professionnels de santé de se comparer à leurs pairs et de se référer à des recommandations de bonnes pratiques, mais également d'identifier, à partir de leurs consommations de soins, ceux de leurs patients auxquels ils pourraient proposer des actions de prévention, de dépistage ou des services d'accompagnement.

L'Assurance Maladie propose de donner la possibilité aux professionnels de santé d'accéder à des informations relatives à leur patientèle et éclairant leur pratique, au sein d'ameli-pro.

Proposition 27

_ Créer au sein d'ameli un espace de confiance permettant aux assurés de gérer leurs applications santé

Avec le développement de nombreux outils numériques reposant sur le partage de données, la question de la gestion des consentements au partage de données occupe une place importante.

L'Assurance Maladie propose d'offrir au sein d'ameli l'accès à une interface permettant aux assurés de gérer simplement leur consentement et d'échanger leurs données sur des applications santé sélectionnées. Ce projet est actuellement en cours de développement dans le cadre de partenariats avec des acteurs publics et privés. À court terme, il permettra de proposer un cadre de confiance pour tout utilisateur, pour gérer les autorisations de partage de ses données avec ses applications santé, son DMP et tout espace numérique à sa disposition en tant que patient.

Proposition 28

_ Enrichir le périmètre des données du SNDS

L'enrichissement des données du SNDS peut contribuer à une meilleure connaissance du système de santé, au bénéfice de l'Assurance Maladie et, plus largement, des utilisateurs du SNDS dans le cadre de différents usages (régulation, évaluation, recherche, etc.). À cet effet, l'objectif est d'aller plus loin que le périmètre de données déterminé par la loi de modernisation du système de santé de 2016, en intégrant des données cliniques ou para-cliniques (par exemple les résultats de biologie), des données sociales, voire les données générées par des applications santé.

Annexe 1 : suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2018

Propositions pour 2018

Mise en œuvre des propositions (point d'étape en juin 2018)

1 – Propositions sur le virage ambulatoire

Proposition 1 : poursuivre et développer les mesures valorisant la coordination dans le champ des conventions monoprofessionnelles

- Médecins : mise en œuvre médecin traitant enfant, mise en œuvre avenant 2 coordination entre médecins traitants en cas de changement de patients en Ehpad, négociations conventionnelles en cours en vue d'un avenant n° 6 développement de la télémédecine (voir suivi proposition 5 notamment télé-expertise).
- Sages-femmes : un des thèmes de l'avenant n° 4 porte sur la coordination des soins avec poursuite des programmes d'accompagnement après le retour à domicile, généralisation du programme sorties précoces.
- Orthoptistes : signature de l'avenant n° 12 prévoyant d'accompagner notamment la coopération entre professionnels de santé de la filière visuelle.
- Masseurs-kinésithérapeutes : signature de l'avenant n° 5 : revalorisation du bilan diagnostic kinésithérapique et création de différents forfaits pour le suivi du retour à domicile après hospitalisation valorisant notamment les missions de coordination assurées dans ce cadre.
- Orthophonistes : signature de l'avenant n° 16 revalorisant le bilan orthophoniste et mettant en place un forfait pour le suivi du retour à domicile pour certaines pathologies valorisant notamment les missions de coordination assurées dans ce cadre.

Proposition 2 : soutenir et accompagner le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé

- Signature d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en avril 2017 + accord centre de santé (CDS) en juillet 2015 + avenant n° 1 accord centre de santé en mai 2017 : accompagnement renforcé par des mesures financières (valorisation de certains indicateurs, notamment sur la fonction de coordination et le système d'information partagé et par un dispositif spécifique mis en place pour renforcer l'accompagnement des structures pluriprofessionnelles qui viennent de se créer (projet de santé de la structure déposé à l'ARS depuis moins d'un an). Ces structures bénéficient d'une garantie de versement d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (avec dérogation sur le nombre d'indicateurs prérequis pour le déclenchement de la rémunération : deux prérequis au lieu de trois pour les autres structures). À fin 2017, 540 MSP sont adhérentes à l'ACI.

Proposition 3 : favoriser et encourager la coordination au travers du travail en équipe pluriprofessionnelle pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux

- Négociations en cours d'un accord-cadre interprofessionnel (Acip) selon trois axes principaux dont l'accompagnement des évolutions de pratiques pour développer la prise en charge coordonnée des patients, et accompagner la transition numérique en santé pour favoriser la coordination des acteurs.

Proposition 4 : généraliser l'utilisation des outils et systèmes d'information pour la coordination et la prise en charge des patients

- Lancement de la généralisation du DMP.
- Valorisation dans les forfaits « structure » mis en place dans chaque accord conventionnel lié à l'équipement en logiciel DMP compatible, recours à des messageries sécurisées de santé. L'avenant à la convention médicale en cours de négociation sur la généralisation des actes de télémédecine prévoit également la valorisation de ce forfait structure pour les équipements permettant le recours aux actes de télémédecine.

Proposition 5 : déployer l'usage et le recours de la télémédecine sur tout le territoire et pour une majorité de professionnels de santé

- Suite à la publication de l'article 54 de la LFSS pour 2018, signature d'un accord conventionnel (avenant n° 6) entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentant les médecins libéraux sur les modalités de déploiement des actes de téléconsultation à partir du 15 septembre 2018 et des actes de télé-expertise à partir de février 2019.

Proposition 6 : favoriser les transferts de compétences et les pratiques avancées entre les professionnels de santé

- Soutien au Protocole Asalée (action de santé libérale en équipe), contrats et protocoles de coopération notamment dans le cadre de filière visuelle (mis en place notamment dans le cadre de l'article 67 de la LFSS pour 2017), et à venir infirmiers de pratiques avancées.

Proposition 7 : expérimenter de nouveaux modèles organisationnels et de financement pour renforcer la structuration des soins de ville

- Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, deux appels à manifestation d'intérêt ont été publiés en mai 2018 pour expérimenter des modes de paiement alternatifs ou complémentaires aux modalités existantes visant à favoriser des modes d'organisation innovants.
- La première incitation à une prise en charge partagée (Ipep) vise à transposer en France le mécanisme des Accountable care organizations mis en place par la réforme Obamacare en expérimentant un intéressement collectif ville hôpital déterminé par l'amélioration de la qualité des soins et indexé à un partage des économies réalisées avec les acteurs de l'expérimentation. L'hypothèse de travail est que l'atteinte des résultats passe par une modification en profondeur des organisations, une structuration des acteurs de ville et un décloisonnement avec les acteurs hospitaliers.
- Le second, le paiement en équipe des professionnels de santé (Peps) a pour objet d'expérimenter une forfaitisation partiellement alternative au paiement à l'acte dans un contexte d'exercice libéral pluriprofessionnel. Différents types de forfait seront testés et évalués dans ce cadre.
- De nombreux projets émanant d'acteurs locaux sont en outre en passe d'être soumis pour une autorisation dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

Proposition 8 : étendre le domaine d'application des seuils pour l'activité de chirurgie

- Études en cours par la Cnam sur divers champs cancérologie ou autres avec, le cas échéant, partage avec les sociétés savantes pour alimenter la réforme, en cours d'élaboration, du régime des autorisations (voir proposition 18).

Proposition 9 : développer des outils permettant de réguler les flux entrants aux urgences

- Travaux pour déterminer un score prédictif de recours aux urgences, notamment pour des personnes en institutions dont Ehpad et test avec l'Anap, travaux menés par la Direction de la stratégie des études et des statistiques (DSES) à partir des usagers fréquents pour en isoler les déterminants.
- Participation aux réflexions du rapport du député Mesnier sur l'organisation des soins non programmés.
- Échange avec Santé publique France pour mener des études communes sur les urgences, notamment à partir des données générées par la surveillance syndromique Sursaud/Oscour.

2 – Propositions sur l'observance

Proposition 10 : réaliser des études pharmaco-épidémiologiques pour mieux appréhender le phénomène de la mauvaise observance

- Deux études réalisées sur la persistance des traitements, pour publication dans des revues à comité de lecture :
 - « Comparison of Treatment Persistence with Dabigatran or Rivaroxaban *versus* Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation Patients : A Competing Risk Analysis in the French National Health Care Databases », Alla F., Billionnet C., Gagne J.-J., Maura G., Pariente A. *Pharmacotherapy*. 2018 Jan;38(1):6-18. doi: 10.1002/phar.2046. Epub 2017 Dec 11.
 - Persistence of treatment with biologics for patients with psoriasis : a real-world analysis of 16,545 biologic-naïve patients from the French national health insurance database (Sniiram). Coste J., Mezzarobba M., Rudant J., Sbidian E., Weill A. *Br J Dermatol*. 2018 May 23. doi : 10.1111/bjd.16809 (à paraître).
- Dans le cadre de travaux sur une cohorte de patients diabétiques traités incidents, analyse en cours sur la compréhension du pourcentage élevé de patients arrêtant leur traitement dès la 1^{re} année.

Proposition 11 : favoriser le développement de l'éducation thérapeutique du patient en ville

- Réflexion en cours dans le cadre d'un groupe de travail associant les associations de patients.
- Accès direct sur adressage par le médecin traitant à l'offre d'éducation thérapeutique proposée par les centres d'examen de santé (simplification).
- Maintien au sein de l'accord conventionnel ACI qui concerne les structures pluriprofessionnelles de proximité d'un thème d'éducation thérapeutique du patient (ETP) parmi l'offre de soins proposée.

Proposition 12 : promouvoir les services pharmaceutiques en santé

- Dispositif d'accompagnement existant revu et revalorisé (patients prenant des traitements chroniques AVK, AOD, antiasthmatiques : mise en place d'entretien thématique après un entretien d'évaluation).
 - Mise en place en 2018 d'un nouveau dispositif d'accompagnement pour les patients âgés et polymédiqués : bilan de médication partagé pour une meilleure prise en compte de l'ensemble des traitements et consommation notamment lors des sorties d'hospitalisation. Renforcement du suivi de l'observance en lien avec le médecin traitant. L'avenant n° 12 a mis en œuvre ce dispositif de façon effective depuis le 17 mars 2018 sur la base de supports approuvés par la HAS.
-

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

Proposition 13 : élaborer des recommandations sur le parcours de soins du malade épileptique

- La Cnam a saisi la HAS pour l'élaboration de recommandations sur le parcours de soins du malade épileptique. Ce thème a été retenu dans le programme de travail 2018 de la HAS.

Proposition 14 : faire évoluer les conditions permettant l'accès à une expertise neurologique pour le diagnostic de l'épilepsie

- La mise en œuvre de cette proposition est reportée dans l'attente des résultats des travaux du CNP de neurologie.

Proposition 15 : promouvoir des organisations territoriales répondant mieux aux besoins des patients épileptiques

- La mise en œuvre de cette proposition est reportée dans l'attente des résultats des travaux du CNP de neurologie.

4 – Propositions sur la chirurgie bariatrique

Proposition 16 : renforcer le rôle des centres spécialisés de l'obésité dans le suivi des patients et créer un forfait pour le suivi postopératoire

- Des projets d'expérimentation d'une forfaitisation du suivi postopératoire des patients opérés en chirurgie bariatrique sont en cours de soumission dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018.

Proposition 17 : mettre en place en lien avec les sociétés savantes un registre « chirurgie bariatrique »

- Des travaux menés avec la HAS et la Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (Soffcom) ont permis la mise en place d'un registre « chirurgie bariatrique ».

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

- Cette proposition a été portée auprès de la DGOS et devrait être intégrée aux travaux de réforme des autorisations d'activité.

5 – Propositions sur les Ehpad

Proposition 19 : réaliser une campagne de sensibilisation sur la maîtrise de la résistance aux antibiotiques en Ehpad

- La Cnam s'est associée à Santé publique France et au Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) de la région Grand Est à l'été 2017 pour diffuser les résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections associées aux soins et des traitements antibiotiques en Ehpad (PREV'Ehpad 2016) qu'ils ont réalisée en 2016. L'objectif était de mener une première action de sensibilisation des personnels des Ehpad sur la prévention de l'antibiorésistance lors des visites réalisées auprès des Ehpad dans le cadre de l'action d'accompagnement 2017-2018 de l'Assurance Maladie. L'action a été présentée au comité national du Propias (programme national de prévention des infections associées aux soins). Ces travaux partenariaux se poursuivent pour adapter les messages aux spécificités des Ehpad s'agissant de la prévention de l'antibiorésistance dans les traitements des infections urinaires.

Proposition 20 : mesurer le recours aux urgences de résidents en Ehpad

- Des travaux statistiques préliminaires ont été menés pour comparer le taux de recours aux urgences des Ehpad selon leur option tarifaire. Les Ehpad en tarif global avec PUI montrent un taux global de recours aux urgences suivi d'une hospitalisation nettement plus faible (15 %) que les autres catégories (entre 19 et 23 %), de même que le taux de recours aux urgences sans hospitalisation (12 % *versus* 15 à 17 %) ce qui corrobore les constats déjà énoncés par les partenaires institutionnels. Ces travaux doivent être poursuivis pour identifier les facteurs explicatifs de ces écarts et explorer les éventuelles divergences soit au sein des mêmes catégories tarifaires, soit selon une segmentation à définir.

6 – Proposition sur la prévention

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

- Les nombreux indicateurs « Prévention » dans la Rosp médecin traitant et dans la Rosp médecin traitant de l'enfant confortent l'engagement de la profession médicale dans ce champ. Cependant, les résultats en baisse sur le volet prévention de la Rosp ont justifié la volonté de remobilisation des médecins, notamment sur les champs de la vaccination et du dépistage. Début 2018, une visite d'accompagnement auprès des médecins généralistes est proposée sur 15 thèmes de prévention. Cette visite consiste à proposer au médecin de choisir le thème sur lequel il souhaite des informations. Pour présenter ce choix, le DAM présente, au regard des âges de la vie : santé des enfants, jeunes de 16 à 25 ans, etc. les offres de prévention de l'Assurance Maladie. Par ailleurs pour chaque thème, un éclairage sur les inégalités sociales de santé est apporté au médecin. L'objectif est que tous les médecins généralistes soient visités durant l'année 2018.
- Concernant les addictions et plus particulièrement le tabac, un plan d'action de lutte contre le tabagisme pour 2018 a été validé par le conseil de gestion du Fonds de lutte contre le tabac permettant d'engager 100 millions d'euros. Celui-ci, élaboré en collaboration avec le ministère, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), SPF et l'INCa propose des actions nationales : amplification de Moi(s) sans tabac ; appel à projets de recherche, appel à projets de mobilisation de la société civile, etc. ainsi qu'un dispositif de soutien à la mise en œuvre d'actions régionales.

- Par ailleurs, concernant plus spécifiquement les dépistages des cancers, la Cnam est impliquée dans la régionalisation des structures de gestion, la mise en œuvre des nouvelles actions des programmes organisés du cancer colorectal, cancer du sein et cancer du col de l'utérus.
- Dans le cadre de la mise en œuvre de l'obligation vaccinale pour les enfants, la Cnam a augmenté ses budgets de prises en charge du ticket modérateur des vaccins ROR de façon à accompagner l'ensemble de la population concernée.
- La Cnam s'est engagée à augmenter la proportion de publics précaires pris en charge au sein des centres d'examen de santé dans le cadre de la nouvelle COG 2018-2022.

7 – Proposition sur le prix du médicament

Proposition 22 : adapter les modalités de fixation des prix à la dynamique des médicaments innovants

- Les modalités d'adaptation de fixation des prix selon les axes proposés sont intégrées et approfondies lors des négociations conformément à l'accord-cadre entre le Leem et le Ceps.

8 – Propositions sur les modes de paiement en chirurgie

Proposition 23 : mettre en œuvre dans des régions pilotes un financement forfaitaire à l'épisode de soins pour l'arthroplastie de la hanche

- Un appel à manifestation d'intérêt pour construire une expérimentation de paiement forfaitaire à l'épisode de soins en chirurgie a été publié en mai 2018, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018. Les parcours concernés sont la prothèse de hanche, prothèse de genou, ligamentoplastie du genou et cancer du côlon.

Proposition 24 : modéliser un forfait à l'épisode de soins sur d'autres types de chirurgie ou de prise en charge en médecine

- Travaux préparatoires avec les sociétés savantes sur d'autres épisodes de soins tels que la chirurgie du cancer du côlon (voir proposition 23).

9 – Propositions sur l'innovation organisationnelle

Proposition 25 : créer un fonds national de soutien à la diffusion de l'innovation organisationnelle en santé

- Le Fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss) a été créé par l'article 51 de la LFSS 2018. Dotation de 20 millions d'euros au titre de 2018.

Proposition 26 : définir un cadre juridique générique pour les innovations organisationnelles

- Dispositif créé par l'article 51 de la LFSS 2018 et le décret 2018-125 du 21 février 2018.

Proposition 27 : mettre en place un dispositif d'appui aux innovations organisationnelles

- Un dispositif d'appui et d'incubation mobilisant conjointement les agences régionales de santé et le réseau des organismes de l'Assurance Maladie a été mis en place et est en cours de structuration, avec notamment l'appui de l'Anap. Il vise à recueillir les propositions des porteurs de projets régionaux et à leur apporter un soutien pour la structuration de leurs projets.

Proposition 28 : mettre en place un dispositif d'évaluation des innovations organisationnelles

- Un dispositif d'évaluation, piloté conjointement par la Drees et par la Cnam est en cours de structuration. Le décret du 21 février 2018 pose que tous les projets doivent faire l'objet d'une évaluation systématique, aux modalités adaptées aux enjeux et à la complexité des projets. Ces évaluations seront financées par le Fiss.

10 – Propositions sur la recherche en services de santé

Proposition 29 : identifier et sanctuariser le montant consacré à la recherche en services de santé

- Sujet en cours de réflexion.

Proposition 30 : définir des objectifs de recherche nationaux prioritaires avec l'ensemble des financeurs et aligner les appels à projets de recherche sur ces objectifs

- Des travaux ont été initiés avec le ministère, notamment dans le cadre de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp).

Proposition 31 : stimuler et contribuer à l'enrichissement de la capacité de recherche en services de santé

- Des contacts ont été pris avec de nombreuses équipes de recherche. Une mission de préfiguration d'une chaire sur les soins primaires a été lancée conjointement avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP).
-

Annexe 2 : bilan des négociations entre L'Uncam et les professionnels de santé

La présente annexe dresse un bilan des négociations menées en 2017-2018 avec les professionnels de santé en présentant les principaux textes conclus.

Médecins

Cinq avenants ont été conclus depuis la signature de la convention médicale, en août 2016, et son entrée en vigueur en octobre 2016 :

Un avenant n° 1, publié au *Journal officiel (JO)* le 2 mai 2017, qui met en place une nouvelle Rosp pour le médecin traitant de l'enfant âgé de moins de 16 ans, afin de prendre en compte l'introduction, par la loi de modernisation du système de santé du 24 janvier 2016, la possibilité de déclarer un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans. Cette Rosp du médecin traitant de l'enfant comporte dix indicateurs de qualité des pratiques cliniques orientés notamment vers la prévention. La première rémunération au titre du suivi des indicateurs pour l'année 2017 sera versée au cours du mois de juin 2018.

Un avenant n° 2, publié au *JO* du 29 avril 2017, introduit deux actes de télé-médecine, concernant les médecins libéraux, pour l'entrée et le suivi des patients résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) :

- création d'un acte de télé-expertise dossier traitant réalisé entre deux médecins généralistes pour un patient admis en Ehpad en cas de changement de médecin traitant dénommé (« télé-expertise dossier traitant »). Cet acte valorise la transmission d'informations faite entre les deux médecins, notamment pour identifier les points d'attention et les situations à risque ;
- création d'un acte de téléconsultation d'un résident en Ehpad dénommé TTE (téléconsultation médecin traitant avec Ehpad). Cette téléconsultation est réalisée par le médecin traitant à la demande d'un professionnel de santé de l'Ehpad en dehors des situations médicales d'urgence nécessitant l'intervention du service d'aide médicale urgente (Samu).

L'entrée en vigueur des mesures introduisant ces actes est intervenue à compter du 30 octobre 2017.

Un avenant n° 3, paru au *JO* le 29 avril 2017, qui, en application de l'article 72 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2017, met en place un avantage financier complémentaire pour pallier la baisse de revenus engendrée par l'interruption d'activité pour cause de maternité, de paternité ou encore d'adoption.

Cette aide forfaitaire conventionnelle, qui permet de faire face aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical, est modulée selon le secteur et les conditions d'exercice du

médecin. L'entrée en vigueur de ces mesures est intervenue le 30 octobre 2017. Entre décembre 2017 et février 2018, 283 professionnels avaient déjà bénéficié de cette aide (pour un montant total de 1,6 million d'euros).

Un avenant n° 4, paru au *JO* le 10 mars 2018, qui instaure une nouvelle rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) spécifique aux médecins spécialistes en endocrinologie. L'entrée en vigueur de cette Rosp est effective depuis le 1^{er} janvier 2018 (le 1^{er} paiement au titre du suivi des indicateurs sur 2018 interviendra en avril 2019).

Un avenant n° 5, signé le 25 mars 2018 et en cours d'approbation, qui vise à la mise en place d'un mécanisme compensatoire pour tous les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1) la hausse de la cotisation sociale généralisée (CSG) de 1,7 point au 1^{er} janvier 2018, instaurée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 : mise en place d'une participation de l'Assurance Maladie aux cotisations sociales sur la retraite complémentaire de base.

Un avenant n° 6 est en cours de négociation. Il vise à inscrire dans le droit commun les actes de téléconsultation et de télé-expertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2018, dans le cadre du parcours de soins coordonné. L'avenant définit les conditions de réalisation, de tarification et de facturation des actes de téléconsultation et de télé-expertise.

La téléconsultation serait ouverte à l'ensemble des patients au 15 septembre 2018 et valorisée de manière identique à l'acte de consultation classique. La télé-expertise serait ouverte à compter de février 2019, dans un premier temps aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique (patients en ALD, zones sous-denses, etc.). Le calendrier de déploiement de la télé-expertise à l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020. Son niveau de valorisation sera modulé selon le niveau de l'expertise réalisée et de sa fréquence de réalisation (deux niveaux de télé-expertise).

Un nouvel indicateur « télé-médecine » serait par ailleurs intégré au forfait structure afin d'aider les médecins à s'équiper en outils facilitant le recours aux actes de télé-médecine.

Des aménagements des dispositifs démographiques et de la Rosp sont également prévus, ainsi que différentes mesures de nomenclatures visant à poursuivre la valorisation des situations cliniques complexes et la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Quelques modifications

techniques tenant compte notamment d'un certain nombre d'évolutions législatives et réglementaires seront également réalisées.

ACI - Structures pluriprofessionnelles de proximité

Un accord conventionnel interprofessionnel a été signé le 20 avril 2017 entre l'Uncam et les représentants d'organisations représentatives⁶⁹ des médecins libéraux, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens, orthoptistes, pédicures-podologues, podo-orthésistes, opticiens, centres de santé, remplaçant le règlement arbitral de 2015 pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

L'accord s'appuie sur la même logique que le règlement arbitral. En effet, le principe d'une rémunération conventionnelle versée aux structures, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs autour de 3 axes – l'accès aux soins, le travail en équipe et l'utilisation d'un système informationnel partagé – répond aux enjeux des structures et doit être maintenu.

L'accord comprend un investissement accru important de l'Assurance Maladie sur deux axes essentiels pour le fonctionnement et l'organisation du travail en équipe au sein des structures pluriprofessionnelles, à savoir la fonction de coordination et le système d'information :

- la fonction de coordination devient un indicateur à part entière et fait l'objet d'une valorisation substantielle ;
- le système d'information est également mieux valorisé et sa rémunération est désormais liée au nombre de professionnels de santé associés de la structure et non plus à la taille de la patientèle, pour mieux tenir compte des coûts à la charge des structures.

Par ailleurs, toujours dans l'objectif de favoriser la coordination, le nouvel accord valorise mieux la diversité de l'offre de soins offerte par les structures et l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi des patients nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.

Au titre de l'année 2017, 538 structures pluriprofessionnelles ont signé un contrat issu de l'accord conventionnel interprofessionnel. Elles ont pu bénéficier d'une rémunération moyenne de 66 120 euros par structure payée, en nette augmentation par rapport à la rémunération moyenne issue du règlement arbitral 2016 qui s'élevait à 41 660 euros. Au total, le montant versé s'élève à 35,6 millions d'euros, contre 18,1 millions d'euros en 2016.

Plusieurs facteurs permettent d'expliquer cette augmentation de rémunération :

- une augmentation de patientèle de 27,2 % par rapport à 2016, ce qui a un impact sur les rémunérations puisqu'un nombre important d'indicateurs est calculé en fonction de la patientèle médecin traitant de la structure. Cela fait écho à la progression de 23,5 % du nombre de médecins généralistes installés en MSP (2 100 en 2016 contre 2 600 en 2017) ;

- une hausse du nombre de praticiens exerçant en structures pluriprofessionnelles : plus de 9 000 professionnels de santé associés et vacataires ont exercé en MSP en 2017 contre 7 000 environ en 2016, ce qui impacte les rémunérations notamment sur les indicateurs de diversité de l'offre de soins, de second recours et de système d'information.

Par ailleurs, afin de dynamiser l'adhésion des maisons de santé à l'accord, un dispositif spécifique est mis en place pour renforcer l'accompagnement des structures pluriprofessionnelles qui viennent de se créer (projet de santé de la structure déposé à l'ARS depuis moins d'un an). Ces structures bénéficient d'une garantie de versement d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (avec dérogation sur le nombre d'indicateurs prérequis pour le déclenchement de la rémunération : deux prérequis au lieu de trois pour les autres structures).

Accord-cadre interprofessionnel (Acip)

Des négociations avec l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) se sont ouvertes le 8 février 2018, elles ont pour but de signer un nouvel accord-cadre interprofessionnel, le précédent accord étant arrivé à échéance.

Cet accord a pour objectif de fixer les dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions nationales et les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville. Il détermine également les mesures qui visent à garantir une meilleure qualité et coordination des soins et à promouvoir les actions de santé publique. Il est applicable aux professionnels de santé en exercice libéral, dès lors qu'ils sont adhérents à une convention nationale d'une profession signataire de l'accord. L'adhésion par le professionnel à l'Acip est donc tacite.

L'accord a également pour objectif de déterminer le montant de la contribution pour fonctionnement versée par la Cnam à l'UNPS.

Le prochain accord-cadre interprofessionnel devrait donner un cadre structurant permettant d'impulser une dynamique pour favoriser l'exercice coordonné des professionnels de santé et ce, dans chaque convention monocatégorielle et dans les accords conventionnels interprofessionnels.

⁶⁹ Liste des organisations syndicales signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif à la rémunération des structures pluriprofessionnelles au 13 juin 2017 : la Fédération française des médecins généralistes (MG France), la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), la Fédération des médecins de France (FMF) l'Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF), l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF), le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL), le syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO), la Fédération nationale des podologues (FNP), la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), la Fédération des mutuelles de France (FMF), la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération nationale des institutions de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne (FNISASIC), la Confédération des centres de santé et des services de soins infirmiers (C3SI), la Caisse autonome nationale de la Sécurité sociale dans les mines (CANSSM), la Croix-Rouge française (CRF), l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural (ADMAR) la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), la Fédération française des podo-orthésistes (FFPO), le Syndicat national des opticiens mutualistes (Synom).

Pour répondre à cet objectif, trois axes principaux ont été proposés lors des séances de négociations :

- accompagner les évolutions de pratiques pour développer la prise en charge coordonnée des patients ;
- accompagner la transition numérique en santé pour favoriser la coordination des acteurs ;
- poursuivre la simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Les négociations devraient aboutir à la conclusion d'un accord d'ici au mois de juillet 2018.

Centres de santé

L'accord national régissant les relations entre les caisses d'assurance maladie et les gestionnaires des centres de santé signé, le 8 juillet 2015, par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé a été complété par un avenant n° 1, publié au *JO* du 17 novembre 2017.

L'avenant n° 1 est venu transposer à l'identique quatre mesures de la convention médicale : la Rosp médecin traitant renouvelée (paiement intervenu en avril 2018) et la Rosp médecin traitant de l'enfant issue de l'avenant n° 1 à la convention médicale, le forfait patientèle (premier paiement intervenu en avril 2018), la majoration MPA (suivi des personnes âgées de 80 ans et plus) renouvelée c'est-à-dire applicable uniquement aux centres de santé pour les patients ne les ayant pas choisis comme médecin traitant, les contrats visant à une meilleure répartition des soins sur le territoire (contrats « démographie » – paiement en 2019 au titre de 2018).

Par ailleurs, la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé définie par l'accord national s'inspirant du règlement arbitral applicable aux structures pluriprofessionnelles (arrêté du 23 février 2015), des adaptations ont également été intégrées dans l'avenant n° 1 à la suite de la signature le 20 avril dernier de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) applicable aux structures pluriprofessionnelles. Le versement de cette rémunération, tenant compte de ces adaptations, interviendra début juin 2018.

Au titre de 2016, le montant total de la rémunération spécifique s'est élevé à 26,9 millions d'euros (dont 23,9 millions d'euros pour la rémunération et 3 millions d'euros pour la compensation).

Enfin, conformément aux dispositions de l'article L.162-32-1 du Code de la Sécurité sociale, de nouvelles négociations s'ouvriront prochainement afin d'examiner les conditions de transposition dans l'accord national des centres de santé des nouvelles rémunérations spécifiques mises en place dans le cadre des nouveaux avenants signés en 2018 par les professionnels de santé libéraux.

Sages-femmes

La convention nationale régissant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'Assurance Maladie conclue en 2007 a été reconduite en 2012 et 2017. Un avenant n° 4 à cette convention a été signé le 29 mai 2018 entre les deux syndicats représentatifs de la profession et l'Uncam. Cet avenant renove le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale signée le 11 octobre 2007 ainsi que ses avenants n° 1 à 3 par la réécriture complète de la convention.

L'avenant porte sur trois thèmes principaux :

- la démographie avec la révision de la méthodologie de zonage en utilisant la méthode de l'accessibilité potentielle localisée (APL) développée par la Drees, de nouveaux contrats incitatifs en zones sous-dotées (contrats d'installation, de 1re installation et de maintien) et la simplification de la procédure de conventionnement en zone sur-dotée ;
- la prévention, la coordination des soins et la poursuite des programmes d'accompagnement après le retour à domicile, notamment par la généralisation du dispositif « Prado sorties précoces » ;
- les mesures de nomenclatures ayant principalement pour objectif de valoriser certains actes de sages-femmes répondant à des enjeux de santé publique et de qualité de la prise en charge (actes de prévention, majoration conventionnelle associée aux consultations et visites, consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, alignement des modificateurs d'urgences applicables aux gynécologues, aux actes d'accouchements et de surveillance du travail, revalorisation de l'acte de rééducation périnéale, etc.).

Cet accord entrera en vigueur (en dehors des mesures de revalorisations tarifaires pour lesquelles des dates d'entrée en vigueur précises figurent dans le texte de l'avenant et sous réserve d'un délai de six mois après la date de publication) au lendemain de sa publication au *JO*, qui devrait intervenir au plus tard en août 2018, compte tenu des délais légaux d'opposition et d'approbation.

Chirurgiens-dentistes

La négociation conventionnelle d'un avenant n° 4 à la convention des chirurgiens-dentistes, portant notamment sur le plafonnement des tarifs de prothèses, n'a pas permis d'aboutir à un accord. Aussi un règlement arbitral, approuvé par arrêté du 29 mars 2017 a été publié au *JO* du 31 mars 2017.

Ce règlement arbitral reconduit dans sa grande majorité le texte de la convention nationale des chirurgiens-dentistes. Seuls l'article 4.2.1 (« fixation des honoraires ») et les annexes tarifaires I et V de la convention nationale ont été modifiés. Toutes les autres dispositions conventionnelles restent applicables.

Les trois mesures principales du règlement arbitral portent sur :
– un rééquilibrage de l'activité bucco-dentaire au profit des soins conservateurs et chirurgicaux, échelonné sur quatre ans, à partir de 2018 ;

– l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients bénéficiaires de la CMU-C ;

– la valorisation du suivi des patients diabétiques et des personnes en situation de handicap mental sévère.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a reporté l'entrée en vigueur des mesures tarifaires du règlement arbitral au 1^{er} janvier 2019, dans le but de permettre aux partenaires conventionnels de négocier un nouvel accord. Cet accord reprendrait les précédentes orientations de rééquilibrage de l'activité bucco-dentaire et d'amélioration de l'accès aux soins, et devait préparer la mise en œuvre du reste à charge zéro sur les prothèses dentaires.

Les négociations conventionnelles ont donc repris le 15 septembre 2017 en vue de la signature d'une nouvelle convention nationale. La dernière séance de négociation a eu lieu le 25 mai 2018 et le texte devrait être signé d'ici à la fin du mois de juin 2018.

Le projet de convention issu de ces négociations prévoit en premier lieu la mise en place d'un dispositif progressif de rééquilibrage de l'activité dentaire, échelonné sur cinq ans à compter du 1^{er} avril 2019. Ces propositions se fondent sur les lignes directrices adressées par la ministre le 18 juillet 2017 et sur les orientations du conseil de l'Uncam du 20 juillet 2017.

Ce processus de rééquilibrage progressif en cinq étapes, se déroulerait jusqu'au 1^{er} janvier 2023, et repose sur le principe :

– d'une part, d'une revalorisation progressive de soins bucco-dentaires fréquents, échelonnée sur cinq ans, du 1^{er} avril 2019 jusqu'au 1^{er} janvier 2023, concentrée essentiellement sur les soins conservateurs de la dent et des tissus dentaires tels que :

- les restaurations coronaires ;
- les inlay-onlays ;
- les scellements de sillons ;
- l'endodontie ;
- les avulsions et les actes chirurgicaux sur dents temporaires et définitives ;

– et, d'autre part et concomitamment, de l'instauration progressive de plafonds tarifaires des actes à honoraires à entente directe, applicables à une liste d'actes prothétiques ciblés, dont le champ est progressivement élargi, sans que ces limitations ne couvrent *in fine* la totalité du champ des actes susceptibles de faire l'objet d'une entente directe.

L'instauration de plafonds tarifaires permet de définir un panier d'actes prothétiques pour lesquels le reste à charge serait maîtrisé dès le 1^{er} avril 2019. Les plafonds tarifaires baisseront au fur et à mesure des revalorisations annuelles d'actes conservateurs et chirurgicaux.

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet présidentiel de « reste à charge zéro », un certain nombre d'actes pour lesquels un plafond tarifaire aura été instauré feraient l'objet d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, afin de rendre accessibles sans reste à charge des actes considérés comme essentiels pour les patients.

Ainsi les actes prothétiques se répartiraient entre trois groupes (paniers) :

– un panier « reste à charge zéro », avec plafonds tarifaires et prise à charge intégrale ;

– un panier à tarifs maîtrisés, avec plafonds tarifaires ;

– un panier à tarifs libres.

Pour cela, le projet de convention prévoit une évolution de la CCAM par la mise en place d'une différenciation des actes par matériau et par localisation de la dent.

L'effet des mesures de rééquilibrage de l'activité dentaire ferait l'objet d'un suivi annuel dans le cadre de l'observatoire conventionnel, afin d'affiner l'estimation de la fréquence et de la répartition des actes sur la base de la nomenclature modifiée.

Une clause de revoyure serait également mise en place et se déclencherait en cas d'écart significatif de l'équilibre dans la répartition observée des actes prothétiques entre les trois paniers d'actes prothétiques. Le déclenchement de la clause de revoyure entraînerait l'ouverture de la négociation d'un avenant, dans un délai de deux mois, afin de déterminer les mesures d'ajustement à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre.

Le projet de texte prévoit également différentes mesures visant à renforcer la prévention et ainsi améliorer la santé bucco-dentaire et le suivi des publics les plus fragiles, avec notamment l'extension de l'examen bucco-dentaire aux enfants de 3 ans, la prise en charge de la pose de vernis fluorés, la prise en charge du bilan parodontal et de l'assainissement parodontal pour les patients diabétiques ou encore des mesures en faveur de la prise en charge des patients handicapés.

Enfin, la convention nationale transpose les contrats démographiques existants en contrats types nationaux conformément aux dispositions réglementaires. Un groupe de travail sera mis en place afin d'élaborer un dispositif démographique de régulation du conventionnement dans les zones qualifiées de sur-dotées par le directeur général de l'ARS, selon une nouvelle méthodologie afin de tenir compte de l'intégralité de l'offre de soins bucco-dentaires, c'est-à-dire de l'offre libérale mais aussi de celle offerte par les chirurgiens-dentistes exerçant dans les centres de santé dentaires et polyvalents.

Infirmiers

Un avenant n° 5 à la convention nationale des infirmiers a été conclu le 21 novembre 2017 et est paru au *JO*, le 1^{er} mars 2018. Ce texte prévoit l'entrée en vigueur des nouvelles mesures suivantes :

- la revalorisation de la majoration du dimanche et jours fériés ;
- la conversion de la prise en charge des cotisations d'allocations familiales en une aide forfaitaire concernant les contrats incitatifs dans les zones très sous-dotées ;
- l'ajout d'une double exigence de représentativité de la profession et de signature de la convention nationale à l'égard des organisations syndicales participant aux instances paritaires. Ce texte prévoit également un nouveau calendrier conventionnel avec la signature d'autres avenants conventionnels en 2018. Ces avenants doivent porter notamment sur :
 - l'évolution du dispositif démographique pour favoriser la répartition des infirmiers sur le territoire, avec la révision :
 - de la méthode de zonage ;
 - des dispositifs incitatifs et des mesures de régulation du conventionnement en zone sur-dotée ;
 - la généralisation de l'expérimentation du bilan de soins infirmiers (BSI) venant remplacer à terme la démarche de soins infirmiers (DSI) ;
 - différentes mesures d'évolution de la nomenclature concernant :
 - la révision de la description des soins aux patients dépendants ;
 - les pansements lourds et complexes ;
 - l'accompagnement de la prise en charge médicamenteuse à domicile ;
 - et la surveillance des sorties d'hospitalisation postchirurgie à domicile.

Les négociations se poursuivent. Un nouvel avenant devrait être signé en juillet 2018.

Masseurs-kinésithérapeutes

La convention nationale régissant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'Assurance Maladie conclue en 2007 a été reconduite en 2012 et 2017. Un avenant n° 5 à cette convention a été conclu le 6 novembre 2017 et publié au *JO* du 8 février 2018.

Ce texte vise en priorité à favoriser l'accès aux soins dans les territoires sous-denses ainsi qu'à valoriser de nouvelles missions des masseurs-kinésithérapeutes dans la prévention et dans la prise en charge de certains patients ou de certaines pathologies pour lesquelles leur intervention est jugée prioritaire.

Cet accord met en place différentes mesures ayant pour objectif de valoriser certains actes de masso-kinésithérapie répondant à des enjeux de santé publique et de qualité de la prise en charge, à savoir :

- revalorisation d'actes fréquents de la NGAP : dix-huit actes de la NGAP vont être revalorisés en deux phases (2019 et 2021) ;

- revalorisation du bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) : revalorisation au 1^{er} juillet 2018 et facturation permise dès la 1^{re} séance ;
- mise en place de nouveaux forfaits et actes : création de deux actes pour les patients atteints d'une BPCO, création d'un forfait pour la prise en charge des patients en posthospitalisation liée à un AVC et pour l'accompagnement du retour à domicile en postchirurgie orthopédique, création d'une indemnité forfaitaire de déplacement spécifique dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée ;
- mise en place d'un forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel (regroupant les différentes aides à la télétransmission, à la maintenance et la dématérialisation des pièces justificatives avec le service de scannérisation des ordonnances (Scor).

Cet avenant vient également inciter au maintien et à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes en zones sous-denses, à travers la création de trois nouveaux contrats incitatifs, et met en place un nouveau dispositif de régulation dans les zones sur-dotées (précédemment annulé en mars 2014 par le Conseil d'État). Pour ce faire, les partenaires conventionnels ont décidé d'appliquer la méthodologie de zonage APL qui permet de prendre en compte de manière plus précise la réalité du terrain.

Enfin, les partenaires conventionnels se sont accordés pour entamer des travaux autour de la réécriture de la nomenclature applicable aux masseurs-kinésithérapeutes, pour une meilleure description de l'activité de ces professionnels, adaptée aux techniques actuelles.

Orthoptistes

La convention nationale régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les orthoptistes de 1999 est arrivée à échéance le 31 décembre 2014. Elle a été reconduite tacitement en l'absence de dénonciation des parties signataires, de la convention ainsi que de ses avenants.

Conclu le 19 avril 2017 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et, d'autre part, le Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO), l'avenant n° 12 à la convention nationale des orthoptistes libéraux a été approuvé par avis publié au *JO* du 23 juin 2017.

Cet accord vise notamment à accompagner les évolutions de la filière visuelle et les pratiques de coopération efficaces entre professionnels de santé.

Cet accord prévoit notamment :

- la valorisation de l'activité de bilan (basse vision, troubles oculomoteurs, amblyopie, déficience neurovisuelle et neurosensorielle) et de rééducation des orthoptistes (amblyopie, strabisme, déficience visuelle) ;
- la valorisation des nouveaux champs d'intervention des orthoptistes notamment en matière de prévention et de dépistage (mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation) et de l'implication des orthoptistes libéraux dans la

prise en charge de certaines populations (enfants, personnes âgées), de certaines pathologies (AVC) et du handicap ;

– la mise en place, à titre expérimental, des mesures organisationnelles et incitatives visant à favoriser l'exercice des orthoptistes dans les zones déficitaires en offre de soins visuels, et ce en favorisant notamment la coopération entre professionnels de santé de la filière visuelle.

Ces différentes mesures se traduisent par la prise en charge d'actes à inscrire à la liste des actes et prestations. Ces nouveaux actes entrent en vigueur selon les cas au 1^{er} janvier 2018 ou au 1^{er} janvier 2019 ;

– la poursuite de l'accompagnement du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération notamment par une nouvelle campagne d'information auprès des assurés et des professionnels de santé concernés.

L'avenant n° 12 rénove entièrement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale signée le 19 avril 1999 ainsi que ses avenants des n°s 1 à 11 (actualisation des dispositions conventionnelles, notamment sur les modalités de facturation, la transmission des pièces justificatives, la mise en œuvre des procédures conventionnelles...).

Orthophonistes

La convention nationale régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les orthophonistes libéraux de 1996 est arrivée à échéance le 10 janvier 2017. Elle a été reconduite tacitement pour cinq ans, en l'absence de dénonciation des parties signataires de la convention ainsi que de ses avenants. Néanmoins les modifications récentes intervenues pour la profession nécessitent d'ouvrir une négociation pour que la convention accompagne ces évolutions.

Le Conseil de l'Uncam a ainsi voté les orientations pour la négociation d'un avenant n° 16 à la convention nationale le 20 avril 2017. Ces négociations, ouvertes en mai 2017, ont abouti à la signature d'un avenant n° 16 le 18 juillet 2017. L'avenant n° 16 rénove ainsi entièrement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale ainsi que ses avenants des n°s 1 à 15 (par la réécriture totale de la convention).

Cet avenant vise à pérenniser et améliorer le dispositif démographique prévu dans le cadre des avenants des n°s 13 et 15 en révisant le zonage ainsi que les mesures incitatives. Il instaure une nouvelle méthodologie de classification des zones qui sera reprise dans un arrêté national, puis les zonages régionaux feront l'objet d'arrêtés de mise en œuvre par chaque ARS. Quatre nouveaux contrats incitatifs vont se substituer aux contrats actuellement en vigueur : le contrat d'aide à l'installation, le contrat d'aide à la première installation, le contrat d'aide au maintien, le contrat de transition.

Cet avenant prévoit des mesures de valorisation de l'activité des orthophonistes :

– valorisation de l'activité de bilan orthophonique ;
– valorisation de l'activité de rééducation avec de nouvelles cotations valorisées pour onze actes ;

– valorisation de la prise en charge des enfants de 3 à 6 ans ;
– mise en place de forfaits ou majorations (entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2019) pour :

- la prise en charge des patients en situation de handicap ;
- la prise en charge des enfants de moins de 3 ans ;
- la prise en charge des patients en posthospitalisation liée à un AVC, à une pathologie cancéreuse ou à une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou troubles de la voix.

Cet avenant prévoit également la mise en place d'une expérimentation d'une action de dépistage en milieu scolaire des troubles du langage et de la communication chez les enfants. Ces expérimentations seront menées en lien avec le syndicat des orthoptistes avec lequel il a été également acté de mettre en place des expérimentations de dépistage en milieu scolaire des troubles de la fonction visuelle dans le cadre de l'avenant n° 12 à la convention des orthoptistes.

L'accord s'attache également à moderniser les conditions d'exercice des orthophonistes libéraux en mettant en place un forfait d'aide à l'équipement informatique du cabinet professionnel (regroupant les différentes aides actuelles : aide à la télétransmission, à la maintenance, Scor).

Enfin, cet accord réécrit et actualise les dispositions relatives à la vie conventionnelle introduisant une procédure de déconventionnement exceptionnel à l'instar de celle existant pour les médecins, les sages-femmes et les orthoptistes et en allongeant la durée de la convention à cinq ans.

Pédicures-podologues

La Convention nationale des pédicures-podologues signée le 18 décembre 2007 et publiée au JO du 29 décembre 2007 a été reconduite tacitement le 29 décembre 2017.

En 2015, de nouvelles négociations ont débuté dans la perspective de conclure un 4^e avenant. Cependant, fin 2015, à la suite d'un recours formé par la Fédération nationale des podologues (FNP) à l'encontre de la Cnam, les négociations ont été interrompues. La FNP a été déboutée de son recours, en juin 2016.

La FNP ayant sollicité une reprise des négociations, l'Uncam a programmé leur ouverture en septembre 2018. Les orientations de ces négociations vont être présentées au Conseil de l'Uncam en juillet 2018.

Transporteurs-sanitaires

Les expérimentations prévues par l'article 66 de la LFSS pour 2012 (modifié par l'article 79 de la LFSS pour 2017) se sont poursuivies sur l'année 2017 dans les Bouches-du-Rhône (débutée en juillet 2016), en Haute-Garonne et en Isère (débutées en octobre 2016). Pour rappel, l'article 66 de la LFSS pour 2012 dispose que des expérimentations peuvent être menées, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région. Ces expérimentations peuvent déroger aux conditions de réalisation des transports sanitaires urgents (article L.6312-5 contrat de sécurisation professionnelle – CSP) et aux conditions de rémunération fixées par l'avenant n° 1 à la convention nationale des transporteurs privés (article L.322-5-2 du Code de la Sécurité sociale – CSS), publié au JO du 25 juillet 2003. Un premier bilan provisoire a été réalisé par la Cnam et doit être complété par les données relatives aux carences gérées par les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et détenues par les ARS afin de partager ce bilan avec le ministère de la Santé.

Une deuxième vague d'expérimentation ayant vocation à compléter les travaux de modélisation de la garde ambulancière de la première vague va débuter en 2018. Elle concerne l'Allier, la Meuse, le Var, la Savoie et la Charente-Maritime.

Dans l'attente d'un bilan de la première vague d'expérimentations et afin de tenir compte des demandes de revalorisation des fédérations de transporteurs sanitaires, un avenant n° 8 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés a été signé le 20 mars 2017 et est paru au JO du 20 juillet 2017. Cet avenant, sans surcoût pour l'Assurance Maladie, apporte une modification transitoire à la tarification des transports pendant les deux dernières heures de la période de garde ambulancière. Une amélioration de la rémunération de l'ambulance de garde sur cette tranche horaire devrait être compensée pour l'Assurance Maladie par un plus fort recours à ces ambulances de garde et donc à une diminution du nombre de carences (moins de recours à des ambulances, hors garde rémunérée à plein tarif, et moins de recours au SDIS).

Dans cet avenant, les parties signataires ont convenu d'ouvrir de nouvelles négociations en 2018, sur la base d'un second bilan des expérimentations afin de déterminer un nouveau modèle d'organisation et de tarification pérenne de la garde ambulancière. En outre, cet avenant intégrera des dispositions généralisant la mise à disposition et l'utilisation du téléservice de service électronique de facturation intégrée (Sefi). Ces négociations sont programmées pour le mois de juin 2018.

Taxis

Les conventions locales taxi arrivant à échéance fin 2018 et courant 2019, il a été décidé de réviser la décision du 8 septembre 2008 définissant un modèle-type de convention locale destiné aux entreprises de taxi et aux organismes locaux d'assurance maladie, avant la reprise des négociations locales.

Avec une volonté d'initier la convergence des tarifs entre véhicule sanitaire léger (VSL) et taxis, la nouvelle décision a pour objectif de limiter le taux d'évolution des dépenses de taxis, sans cesse croissant, lié en partie à l'augmentation des tarifs préfectoraux (estimée à + 1 % par an par la DSS), afin d'atteindre un montant d'économies évalué à 60 millions d'euros par an. Pour ce faire, un groupe de travail technique a été mis en place au 1^{er} trimestre 2017 avec des caisses et des représentants locaux de taxi afin de partager le bilan national des conventions locales et faire remonter les difficultés et les bonnes pratiques en fonction des spécificités locales. Ce travail de réflexion permet notamment de préparer les futures négociations locales dans une optique d'harmonisation des règles tarifaires (montant des remises prévues par la décision Uncam) sur l'ensemble du territoire.

Les principales mesures de la nouvelle décision Uncam et du modèle national de convention-type devraient porter sur l'augmentation des remises applicable aux tarifs préfectoraux ainsi que sur l'uniformisation des règles relatives à la facturation des frais d'approche, du temps d'attente et à la mise en place éventuelle de forfaits.

Le directeur général de la Cnam va prochainement réunir les représentants des fédérations nationales de taxi afin de construire un dispositif tarifaire permettant d'encadrer les dépenses des taxis.

Pharmaciens

Trois avenants ont été conclus dans le secteur conventionnel de la pharmacie sur la période 2017-2018 :

- l'avenant n° 11, dispositif conventionnel structurant qui amorce le second volet de la réforme du mode de rémunération des pharmaciens. Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 20/07/2017 et par l'Unocam le 15/09/2017. Il a été approuvé par arrêté du 14/12/2017 (JO du 16/12) ;
- l'avenant n° 12 relatif à la mise en œuvre du bilan partagé de médication pour les patients âgés polymédiqués, nouvelle thématique d'accompagnement des patients chroniques par les pharmaciens. Ce texte a été signé par l'Uncam, l'USPO et la FSPF le 21/11/2017. Il a été approuvé par arrêté du 09/03/2018 (JO du 16/03) ;
- l'avenant n° 13 relatif à la rémunération sur objectifs de santé publique portant sur la délivrance de spécialités génériques pour l'année 2018. Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 28/02/2018. Il est en cours d'approbation ministérielle.

L'avenant n° 11 s'inscrit dans le prolongement des objectifs de la convention nationale conclue en 2012. Les parties signataires de ce texte entendent ainsi confirmer leur volonté de continuer la réforme du mode de rémunération fondé sur l'honoraire de dispensation, et élargir le périmètre des rémunérations perçues par les pharmaciens en contrepartie d'engagements individualisés de santé publique, dont l'objectif est de favoriser la qualité et l'efficacité du parcours de soins du patient.

Les avenants n° 12 et n° 13 sont les premiers dispositifs conventionnels mettant en œuvre les mesures promues par l'avenant n° 11.

Ces mesures sont détaillées ci-dessous.

Atténuation de l'impact des baisses de prix sur la rémunération

Cette nouvelle réforme prévue en trois temps, devra répondre aux principes suivants :

- transférer de façon progressive une part significative de la marge réglementée de l'ordre de 50 % (plus ou moins 2,5 %) vers de nouvelles formes de rémunération liées à la dispensation et pour conforter les missions de professionnels de santé des pharmaciens d'officine notamment dans la prise en charge des patients âgés ou des jeunes enfants, et celle des patients sous traitement de médicaments spécifiques potentiellement à risque. Ce sont ainsi près de 1,250 milliard d'euros qui seront transférés à terme dans le champ conventionnel, portant ainsi la part du financement conventionnel issu de la marge réglementée au total à plus de 70 % depuis la première réforme de 2015 ;
- en tirer les conséquences en réduisant de façon progressive, selon le même calendrier, la part de la marge dégressive lissée intégrée au prix du médicament ;
- fixer le montant de la contribution financière supplémentaire nécessaire pour une mise en œuvre équilibrée de la réforme entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, sur toute la période d'investissement.

Pour 2018, l'arrêté du 12 décembre 2017 (JO du 13/12) modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables, fait évoluer les paramètres de la marge dégressive lissée afin de désensibiliser les officines aux effets des baisses de prix.

La première étape de la réforme conventionnelle de l'honoraire en 2019, consiste :

- à mettre en œuvre un transfert de marge (environ 750 millions d'euros, soit 60 % du transfert global envisagé) ;
 - à augmenter la part des honoraires liés à la dispensation, en substitution de la part de la marge réglementée transférée dans le champ conventionnel, avec la mise en place des honoraires suivants :
- un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables ;
 - un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés ;
 - un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques.

La seconde étape de la réforme de l'honoraire en 2020, consiste :

- à mettre en œuvre un nouveau transfert de marge de l'ordre de 500 millions d'euros, soit 40 % du transfert global envisagé ;
- à revaloriser certaines catégories d'honoraires.

Un suivi régulier de cette réforme sera réalisé. Dans ce cadre, l'observatoire de suivi de la mise en place de l'honoraire de dispensation est remplacé par un observatoire de suivi de la rémunération officinale.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la réforme est assortie de plusieurs clauses :

- une clause dite de sauvegarde dont l'objet est de soutenir la situation des officines pour lesquelles l'effet des mesures convenues se traduirait par une perte de rémunération globale. Une compensation financière sera alors opérée selon des modalités précises, en comparant les paramètres de la marge de l'année N avec ceux de l'année 2017. Cette compensation, à la charge de l'assurance maladie obligatoire sera versée aux pharmacies concernées, dès lors que le résultat de la comparaison est supérieur à une perte de 350 euros TTC. Ce mécanisme sera mis en œuvre sur la durée de la convention, à savoir pour les exercices 2018 à 2021 ;
- une clause dite de revoyure dont l'objet est de parer à une éventuelle dégradation de l'équilibre de l'économie officinale. Ainsi, à compter de 2021, dans l'hypothèse où le bilan annuel établi par l'observatoire du suivi de la rémunération officinale mettrait en évidence une évolution négative, cumulable d'une année sur l'autre d'au moins un pour cent (1 %) de la rémunération globale perçue par les pharmaciens en comparaison avec l'année 2016, les partenaires conventionnels identifieront les causes de ce constat. Ils s'attacheront à déterminer le poids des mesures d'administration du prix des spécialités pharmaceutiques remboursables dans l'évolution négative constatée. Sur cette base, ils s'accorderont pour ouvrir dans les deux mois la négociation d'un avenant visant à arrêter les mesures adaptées pour remédier à la situation.

Refonte des dispositifs d'accompagnement en cours, revalorisation de la rémunération et élargissement du périmètre des nouvelles missions

Les dispositifs d'accompagnement en cours (patients sous anti-vitamines K – AVK – et anticoagulants oraux directs – AOD – et patients asthmatiques) :

- sont revus afin d'en clarifier leur mise en œuvre, tant pour le pharmacien que pour le patient. À l'avenir, le pharmacien procédera à un entretien d'évaluation afin d'apprécier de façon précise le besoin de suivi du patient et favoriser ainsi son adhésion à la démarche d'accompagnement. L'accompagnement ainsi mieux centré sur les besoins et attentes du patient, se fondera sur la réalisation d'entretiens thématiques sélectionnés en fonction des conclusions de l'entretien d'évaluation. Le pharmacien devra de ce point de vue, adapter son suivi au besoin d'accompagnement du patient, ce qui signifie qu'il devra, tout en explicitant au patient l'intérêt global de l'accompagnement sur ses différents aspects, être en mesure de discerner, pour un patient donné, les thèmes sur lesquels l'accompagnement devra porter, dans un objectif d'optimisation du suivi ;

– sont revalorisés. À compter de l'année 2018, le pharmacien percevra une rémunération de cinquante euros par an et par patient (quarante euros jusqu'à cette date).

À compter de 2018, les pharmaciens pourront s'investir dans un nouveau dispositif d'accompagnement des patients de plus de 65 ans souffrant de pathologies chroniques ou de plus de 75 ans, qui porte sur la mise en place d'un bilan partagé de médication pour les patients âgés polymédiqués. L'objectif est de lutter contre le risque iatrogénique induit par la situation de polyopathie de ces patients, souvent associée à une polymédication. Le bilan de médication mis en œuvre par le pharmacien devra permettre de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient aux fins d'analyse des consommations et de formalisation des conclusions pour le patient et son ou ses prescripteurs, notamment lors des sorties d'hospitalisation. Ce sera également l'occasion pour le pharmacien d'assurer le suivi de l'observance des traitements en lien avec le médecin traitant du patient. L'avenant n° 12 a mis en œuvre ce dispositif de façon effective depuis le 17 mars 2018 sur la base de supports approuvés par la HAS.

Le bilan de médication nécessitera la réalisation d'entretiens mais également un travail individuel d'analyse du pharmacien. Il sera rémunéré à hauteur de soixante euros la première année et de trente euros en cas de nouveaux traitements, et vingt euros en cas de continuité de traitement.

Par ailleurs, les parties signataires de l'avenant n° 11 ont décidé de travailler sur d'autres thématiques de valorisation de la pratique professionnelle, notamment, la dispensation la plus adaptée possible au besoin thérapeutique du patient, l'accompagnement des patients sous chimiothérapie orale et le sevrage tabagique.

Évolution de la Rosp portant sur la délivrance de médicaments génériques

Les partenaires conventionnels ont pris acte des évolutions structurelles du secteur des génériques, notamment le niveau très élevé de substitution atteint par les pharmaciens, les perspectives de tombées de brevet moins importantes dans les années à venir et la politique de convergence des prix des princeps et des génériques menée par le Comité économique des produits de santé. Dans ce contexte, les nouveaux enjeux du secteur réduisent progressivement les marges de manœuvre des pharmaciens en matière de performance sur la délivrance des génériques et impliquent, par voie de conséquence, de réorienter l'action conventionnelle en actualisant les paramètres de la Rosp.

Ils ont ainsi convenu, tout en conservant le principe incitatif du dispositif fondé sur la performance des pharmaciens mesurée par le taux de substitution atteint sur chacun des indicateurs définis, de tenir compte de paramètres actualisés pour le calcul de la Rosp à partir de 2018, ce qui se traduira par un rendement inférieur à conditions et performances constantes.

Ce moindre investissement sur la Rosp relative à la délivrance des génériques qui sera de l'ordre de 25 millions d'euros en 2018 et 15 millions d'euros en 2019, permettra de financer pour partie les nouvelles mesures conventionnelles. L'avenant n° 13, conclu le 28/02/2018 et en cours d'approbation, permettra de mettre en œuvre le premier palier de cette mesure.

Soutien aux pharmacies impliquées dans la permanence pharmaceutique

L'indemnité d'astreinte qui avait été portée à 150 euros en 2012, est revalorisée à hauteur de 175 euros à compter du 17 juin 2018, puis passera à 190 euros en 2019.

Les honoraires de garde sont maintenus au même niveau et continuent de s'appliquer selon les mêmes modalités que précédemment (montant de l'honoraire variant en fonction des tranches horaires de facturation).

Modernisation des échanges

Les mesures prises sont les suivantes :

- l'ouverture d'un dossier médical partagé sera ainsi valorisée à hauteur de 1 euro ;
- le recours à la messagerie sécurisée de santé et à un logiciel d'aide à la dispensation sera rémunéré 200 euros par an ;
- la participation des pharmaciens à une équipe de soins primaires donnera lieu au versement d'une rémunération de 280 euros en 2018 et 420 euros en 2019 ;
- la rémunération des pharmaciens les plus performants en matière de facturation électronique sécurisée passera de 0,064 euro par feuille de soins électronique (FSE) à 0,07 euro pour ceux dont le taux de transmission de FSE sera supérieur ou égal à 90 % ;
- le dispositif d'actualisation des cartes Vitale est revu afin de le rendre plus incitatif pour les pharmaciens. Une pharmacie équipée d'une borne de télémise à jour percevra une rémunération annuelle de 689 euros, rémunération qui pourra être complétée par celle ressortant de l'équipement en lecteurs de carte pour 250 euros supplémentaires chacun dans la limite de deux lecteurs. Une officine équipée exclusivement de lecteurs pourra percevoir une rémunération jusqu'à 1 000 euros par an (quatre lecteurs maximum).

Annexe 3 : la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) six ans après

Une Rosp médecin traitant de l'adulte revue collégalement pour améliorer la qualité des pratiques

Actualisation des objectifs de santé publique, modification des indicateurs, accent mis sur la prévention, etc. En 2016, le principe de revoir le contenu de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) établie en 2011 a fait l'objet d'un consensus partagé par les partenaires conventionnels et le Collège de la médecine générale (CMG). La convention médicale de 2016 a été l'occasion de rénover et d'actualiser le dispositif pour les cinq prochaines années.

2018 permet de dresser un premier bilan de cette Rosp profondément renouvelée et d'établir une photographie à fin 2017 de son intégration dans les pratiques et le quotidien des médecins.

La nouvelle convention médicale signée en août 2016 a confirmé le principe d'une rémunération des médecins libéraux autour de trois piliers : la rémunération à l'acte – socle de la rémunération des médecins libéraux –, les forfaits afin de prendre en compte l'action des médecins dans le suivi de leur patientèle et dans les nouvelles organisations en faveur d'une prise en charge coordonnée de leurs patients, et la Rosp pour valoriser et améliorer la qualité des pratiques médicales.

Comment ont été définis les indicateurs ?

Les indicateurs ont été revus, précisés, voire même nouvellement conçus, afin de mieux prendre en compte la réalité des pratiques ainsi que l'évolution des connaissances et des référentiels médicaux.

Ils résultent d'un travail collectif entre les parties signataires de la convention qui se sont appuyées sur les propositions du Collège de la médecine générale (CMG) ainsi que sur les avis et référentiels émis par les différentes agences sanitaires et autorités publiques de santé (Haute Autorité de santé – HAS, Institut national de lutte contre le cancer – INCa, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM, et Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique – ANSP).

De plus, la Rosp a été recentrée sur la pratique clinique, renforcée et élargie dans le domaine de la prévention (tabac, dépistage du cancer colorectal, iatrogénie...) et du suivi des pathologies chroniques (risque cardiovasculaire). Le volet optimisation et efficacité des prescriptions (génériques, biosimilaires, biologie) a, quant à lui, été largement renouvelé. Pour plus de cohérence, ce qui relevait du volet sur l'organisation du cabinet dans la

Rosp 2012 ne fait plus partie de la Rosp 2017 et est désormais rémunéré à travers deux autres dispositifs : le forfait structure⁷⁰ et le forfait patientèle⁷¹.

Au total, vingt-neuf indicateurs de pratique clinique sont inscrits dans la convention de 2016 (contre vingt-quatre dans celle de 2011) dont quatre déclaratifs.

► TABLEAU 48

Évolution du nombre d'indicateurs calculés et déclaratifs

	Nombre total d'indicateurs (calculés + déclaratifs)	Nombre d'indicateurs calculés	Nombre d'indicateurs déclaratifs
Rosp 2012 (Convention 2011)	24	19	5
Rosp 2017 (Convention 2016)	29 (dont 17 nouveaux)	25	4

⁷⁰ Le nouveau « forfait structure », créé lors de la convention médicale de 2016, vient remplacer les précédents indicateurs de la Rosp qui portaient sur l'organisation du cabinet, et constitue désormais une rémunération forfaitaire à part entière, indépendante de la Rosp, qui peut être versée à tout médecin libéral.

⁷¹ Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT), lui aussi défini lors de la convention médicale de 2016, se substitue aux différentes rémunérations forfaitaires versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (majoration personne âgée – MPA, le forfait médecin traitant – FMT –, rémunération du médecin traitant – RMT). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la Rosp.

Parmi ces indicateurs, dix-sept sont entièrement nouveaux (dont treize calculés et quatre déclaratifs), huit ont été reconduits de la convention de 2011 sans modifications majeures et quatre ont été sensiblement modifiés pour tenir compte des évolutions intervenues sur leur champ.

Le nombre de points alloués passe à 940 contre 900 précédemment. Le poids de la prévention est notamment renforcé, avec un champ plus large incluant désormais de nouveaux dépistages (comme le cancer colorectal) et l'attention portée aux pratiques addictives et conduites à risques (tabac, alcool...).

► **TABLEAU 49**

Évolution du nombre de points alloués selon le volet de la Rosp

	Prévention	Suivi des pathologies chroniques	Optimisation et efficience des prescriptions	Total
Rosp 2012 (Convention 2011)	250	250	400	900
Rosp 2017 (Convention 2016)	390	220	330	940 (+ 60 en réserve)
Écart 2012-2017	+ 140	+ 30	- 70	+ 40 (+ 60 en réserve)

À ce total de 940 points, s'ajoute une réserve complémentaire maximale de 60 points pour le volet « optimisation et efficience des prescriptions », qui pourra permettre à l'avenir d'élaborer et de valoriser de nouveaux indicateurs complémentaires (par exemple, en matière de transports, de biologie, d'imagerie ou encore de reprise d'activité professionnelle).

Par ailleurs, les partenaires de la convention médicale se sont entendus sur la nécessité de mettre en place un dispositif plus souple, permettant de faire évoluer certains indicateurs dans les instances de la vie conventionnelle (*via* la Commission paritaire nationale – CPN), sans recourir systématiquement à un avenant conventionnel, afin d'adapter et d'actualiser plus rapidement les indicateurs aux données et connaissances de la science. La CPN a ainsi décidé, lors de sa réunion du 4 avril, la constitution d'un groupe de travail pour adapter et actualiser les indicateurs, suite à cette première année d'application.

La Rosp médecin traitant de l'adulte : le bilan volet par volet

La Rosp 2017 se recentre exclusivement sur les indicateurs de pratique clinique autour de trois volets : la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficience des prescriptions.

Pour chacun de ces grands axes de progression, des indicateurs ont été choisis et élaborés conjointement avec les syndicats représentatifs de la profession, en fonction de l'importance du problème sanitaire couvert, à partir des référentiels des autorités de santé et sur la base de consultations des sociétés savantes.

L'objectif est d'améliorer les pratiques médicales en matière de santé et donner au médecin les moyens de suivre sa pratique et de valoriser ses efforts.

La prévention

Les modifications des comportements et la prévention médicalisée sont des facteurs de réduction de la mortalité et de la morbidité globales ; ils constituent des axes majeurs de progrès

sanitaire. C'est dans cette optique que le poids du volet prévention a été fortement augmenté lors de l'élaboration de la nouvelle Rosp : bien que ces objectifs soient, d'expérience, plus difficiles à atteindre, ils sont une des clés pour assurer une prise en charge des patients plus précoce et plus adaptée. En 2016, l'accent a été mis sur les indicateurs de prévention avec pour objectifs d'encourager le dépistage des cancers et la vaccination, de limiter le recours aux antibiotiques pour lutter contre le développement des résistances aux bactéries et éviter les risques iatrogéniques liés à la consommation de médicaments.

Le volet prévention de la nouvelle Rosp englobe désormais dix indicateurs calculés (plus deux déclaratifs) contre huit précédemment. Cinq indicateurs sont nouveaux, comme celui sur le dépistage du cancer colorectal ou ceux sur les conduites addictives vis-à-vis du tabac et de l'alcool. Quatre ont été repris à l'identique (dont un a été dédoublé afin de différencier les benzodiazépines – BZD – à effet hypnotique de celles à effet anxiolytique). Un indicateur a été modifié pour étendre la vaccination antigrippale aux patients atteints d'une maladie chronique respiratoire.

Un an après la mise en place de la nouvelle Rosp, les résultats sur ce volet sont en demi-teinte : si les taux progressent en matière de dépistage du cancer colorectal (+ 6,2 points) et d'antibiothérapie, les efforts devront être renforcés en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein (- 1,2 point). Les indicateurs relatifs à la vaccination antigrippale et le dépistage du col de l'utérus se sont, quant à eux, stabilisés.

Grippe

La tendance à la baisse sur les deux indicateurs de prévention de la grippe constatée depuis 2011 n'est plus observée en 2017. Les taux de vaccination contre la grippe sont stables, que ce soit chez les patients âgés de 65 ans ou plus (52,9 %) ou chez les patients de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (31,2 %), même si le nombre de personnes vaccinées en valeur absolue progresse.

Dépistage des cancers

Avec 45 000 nouveaux cas chaque année en France et 18 000 décès, le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus mortel⁷². Cependant, détecté à un stade précoce, il peut être guéri, faisant de son dépistage un enjeu majeur de santé publique. Inscrit dans la nouvelle Rosp, il connaît des premiers résultats en 2017 très encourageants (+ 6,2 points) avec des marges de progression importantes. C'est un résultat positif alors qu'a été déployée une nouvelle génération de tests immunologiques plus fiables et plus faciles d'utilisation.

Après une diminution de près de 3 points mesurée entre 2011 et 2016, le dépistage du cancer du col de l'utérus est stable à 56,8 %. En revanche, la baisse observée depuis 2011 sur la prévention du cancer du sein, cancer le plus fréquent et le plus mortel chez la femme⁷³, se poursuit avec une baisse de 1,2 point en 2017.

Iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes âgées de plus de 65 ans, est responsable de nombreuses hospitalisations chaque année⁷⁴. Une amélioration des pratiques est observée depuis la Rosp 2012, qui se traduit par une diminution du nombre de patients consommant certains médicaments à risque iatrogénique élevé et/ou à une réduction des durées de traitement.

Les indicateurs pour la iatrogénie médicamenteuse continuent d'évoluer favorablement en 2017. Les traitements par psychotropes chez les patients âgés de plus de 75 ans, pouvant entraîner une dépendance et être à l'origine d'une iatrogénie importante, sont en légère diminution (-0,3 point). Il est observé également un meilleur respect des durées de traitement par benzodiazépines hypnotiques (-0,7 point) permettant de limiter le risque lié à la prise prolongée de ces médicaments, en particulier le risque de chutes.

Antibiothérapie

Les progressions les plus importantes sont à noter du côté de l'antibiothérapie. Une réduction significative du nombre de traitements antibiotiques chez les patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD a été observée depuis la mise en place de la Rosp en 2011. Cette tendance se confirme en 2017 avec un nombre de traitements antibiotiques pour 100 patients qui passe de 39,5 à 36,1 en moyenne, soit 770 000 traitements évités. Le nombre de traitements par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance a également baissé de 3,7 points, l'équivalent de 340 000 traitements évités. Sur ce dernier point, l'effet de la nouvelle Rosp est particulièrement visible sur l'accélération des changements de pratiques (- 3,7 points cette année *versus* - 1,8 point l'année précédente).

► TABLEAU 50

Les résultats des indicateurs calculés de prévention en synthèse

Les indicateurs nouveaux ou les modifications de libellé figurent en couleur

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Évolution déc. 2016-déc. 2017 (en points)
Grippe	Part des patients MT ^(a) âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75 %	52,9 %	52,9 %	0,0
	Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	≥ 75 %	31,2 %	31,2 %	0,0
Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	≥ 80 %	67,3 %	66,1 %	- 1,2
	Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	≥ 80 %	56,9 %	56,8 %	- 0,1
	Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	≥ 70 %	22,9 %	29,1 %	6,2

72 INCa, *Les cancers en France en 2017- L'essentiel des faits et chiffres*, mars 2018.

73 *Ibid.*

74 On l'évalue à 130 000 hospitalisations par an et à 10 000 décès par an. La loi de santé publique de 2004 l'avait inscrite dans ses priorités et sa prévention fait donc l'objet d'une mobilisation de l'Assurance Maladie depuis presque dix ans. Source : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000115/0000.pdf>

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Évolution déc. 2016-déc. 2017 (en points)
Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits	0 %	5,3 %	5,0 %	- 0,3
	Part des patients MT ayant initié un traitement par benzodiazépine (BZD) hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	≤ 24 %	41,6 %	40,9 %	- 0,7
	Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	≤ 7 %	15,1 %	15,0 %	- 0,1
Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	≤ 14	39,5	36,1	- 3,4
	Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération ; fluoroquinolones)	≤ 27 %	43,2 %	39,5 %	- 3,7

Indicateurs décroissants

(a) MT : médecin traitant

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée – France entière
Source : Cnam (Système national des données de santé – SNDS)

Le suivi des pathologies chroniques

Dans la nouvelle Rosp, huit indicateurs (dont deux déclaratifs) contre neuf auparavant valorisent la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Six indicateurs sont nouveaux : trois concernent la prévention primaire ou secondaire du risque cardiovasculaire, deux portent sur le dépistage de la maladie rénale chronique chez le patient diabétique ou hypertendu, et un sur l'examen clinique des pieds des patients diabétiques. Parmi les indicateurs initiaux, celui consacré aux dosages d'hémoglobine glyquée a été revu suite aux nouvelles recommandations et celui relatif à la réalisation d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie a été maintenu.

Sur ce volet, les évolutions sont contrastées, avec quatre indicateurs en recul et deux en progression.

Diabète

Dans le cadre de la nouvelle convention médicale, l'amélioration du suivi des patients diabétiques, indispensable pour prévenir et éviter les complications de cette pathologie grave (affections cardiovasculaires, perte de la vue, insuffisance rénale...) reste un axe de progression prioritaire.

Depuis décembre 2016, le taux de patients diabétiques ayant bénéficié d'un dépistage de maladie rénale chronique a augmenté de 3,9 points, soit près de 100 000 patients mieux pris en charge. La création de cet indicateur dans la nouvelle Rosp a visiblement impacté les pratiques cliniques (+ 3,9 points cette année *versus* + 1,6 point l'année précédente).

La maladie rénale chronique (MRC) est très longtemps silencieuse et peut évoluer jusqu'à l'insuffisance rénale terminale (nécessitant dialyse ou greffe de rein). Le dépistage précoce de cette maladie est essentiel chez les patients diabétiques et les patients hypertendus car ces deux affections sont souvent à l'origine de MRC.

Par rapport à la Rosp de 2012, l'indicateur relatif à la part de patients diabétiques ayant bénéficié d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans a été reconduit. Sa tendance à la hausse observée depuis 2014 s'est inversée en 2017 (- 0,9 point). La part de patients diabétiques ayant bénéficié d'au moins deux dosages d'HbA1c dans l'année est également en léger recul (- 0,2 point).

Hypertension artérielle (HTA)

Le nouvel indicateur de dépistage de maladie rénale chronique chez le patient hypertendu est en progression depuis décembre 2016, avec près de 180 000 patients mieux suivis (+ acide clavulanique 2,0 points). Ici aussi, la création de cet indicateur a visiblement accéléré les pratiques cliniques (+ 2,0 points cette année *versus* + 0,7 point l'année précédente).

Risque cardio-vasculaire

Pour la première année de leur mise en place, les deux indicateurs calculés pour le suivi des patients à risque cardiovasculaire sont orientés à la baisse. La surveillance des patients sous traitement anticoagulants oraux passe de 79,0 % à 77,2 % (- 1,8 point), représentant près de 12 000 patients moins bien suivis. La prévention secondaire du risque cardiovasculaire (part de patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs – Aomi – traités par statines et antiagrégants plaquettaire – AAP –, et inhibiteurs de l'enzyme de conversion – IEC – ou antagonistes des récepteurs de l'angiotensine 2 – ARA 2) enregistre également un léger recul (- 0,6 point).

► **TABLEAU 51**

Les résultats des indicateurs calculés de suivi des pathologies chroniques en synthèse

Les indicateurs nouveaux ou les modifications de libellé figurent en couleur.

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Évolution déc. 2016-déc. 2017 (en points)
Diabète	Part des patients MT ^(a) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	≥ 93 %	79,0 %	78,8 %	- 0,2
	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	≥ 77 %	62,9 %	62,0 %	- 0,9
	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 61 %	31,0 %	34,9 %	3,9
HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 14 %	7,0 %	9,0 %	2,0
Risque cardiovasculaire	Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'Aomi traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	≥ 61 %	44,2 %	43,6 %	- 0,6
	Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	≥ 95 %	79,0 %	77,2 %	- 1,8

(a) MT : médecin traitant

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée – France entière
Source : Cnam (SNDS)

L'optimisation et l'efficacité des prescriptions

Depuis la mise en place de la Rosp en 2011, les résultats sur ce volet ont progressé de manière continue pour l'ensemble des indicateurs observés, jusqu'à atteindre voire dépasser, pour cinq des sept indicateurs, l'objectif cible fixé. Afin de retrouver des marges de progression, les indicateurs d'efficacité de la prescription ont été redéfinis en 2016 : leur nombre a été étendu à neuf (contre sept en 2011) dont six inédits.

Parmi les indicateurs de prescription dans le répertoire des génériques, seuls ceux relatifs aux statines et aux antihypertenseurs progressent en 2017 (respectivement + 0,4 et + 2,0 points), dans la lignée des progrès observés depuis 2011. En revanche, la part des traitements prescrits dans le répertoire pour l'incontinence urinaire, et dans une moindre mesure pour l'asthme et le reste du répertoire, diminue (respectivement - 4,8 points, - 0,4 point et - 0,5 point).

La prescription de biosimilaires parmi les prescriptions d'insuline glargine (un analogue de l'insuline humaine de durée d'action prolongée) est en progression (+ 2,6 points) mais reste à un niveau nettement en dessous des objectifs fixés.

Les trois indicateurs concernant l'efficacité des prescriptions sont en progression, notamment celui relatif au traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine qui a été reconduit dans la nouvelle convention et augmente de 0,7 point. De même, la part des patients diabétiques traités par metformine augmente de 0,8 point, tandis que celle des patients ayant eu un dosage isolé de thyroestimuline (TSH) dans l'année passe de 86,7 % à 88,3 % (+ 1,6 point). Sur ce dernier point, l'accélération des changements de pratiques avec cette nouvelle Rosp est particulièrement visible (+ 1,6 point cette année versus + 0,4 point l'année précédente).

► TABLEAU 52

Les résultats des indicateurs calculés d'optimisation et d'efficacité des prescriptions en synthèse*Les indicateurs nouveaux ou les modifications de libellé figurent en couleur.*

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Évolution déc. 2016-déc. 2017 (en points)
Prescription dans le répertoire des génériques ou biosimilaires	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 97 %	90,3 %	90,7 %	0,4
	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 92 %	86,5 %	88,5 %	2,0
	Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 94 %	47,1 %	42,3 %	-4,8
	Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 86 %	78,9 %	78,5 %	-0,4
	Indice global de prescription dans le reste du répertoire	≥ 55 %	47,1 %	46,6 %	-0,5
	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	≥ 20 %	0,2 %	2,8 %	2,6
Efficacité des prescriptions	Part des patients MT ^(a) traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	≥ 94 %	87,2 %	87,9 %	0,7
	Part des patients MT diabétiques traités par Metformine	≥ 93 %	80,6 %	81,4 %	0,8
	Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	≥ 99 %	86,7 %	88,3 %	1,6

(a) MT : médecin traitant

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée – France entière

Source : Cnam (SNDIS)

La Rosp médecin traitant de l'adulte : la rémunération versée pour l'année 2017

À la différence de la Rosp de 2016, la rémunération 2017 est fonction de l'atteinte des indicateurs de pratique clinique seulement. Tout ce qui concerne l'organisation du cabinet, soit

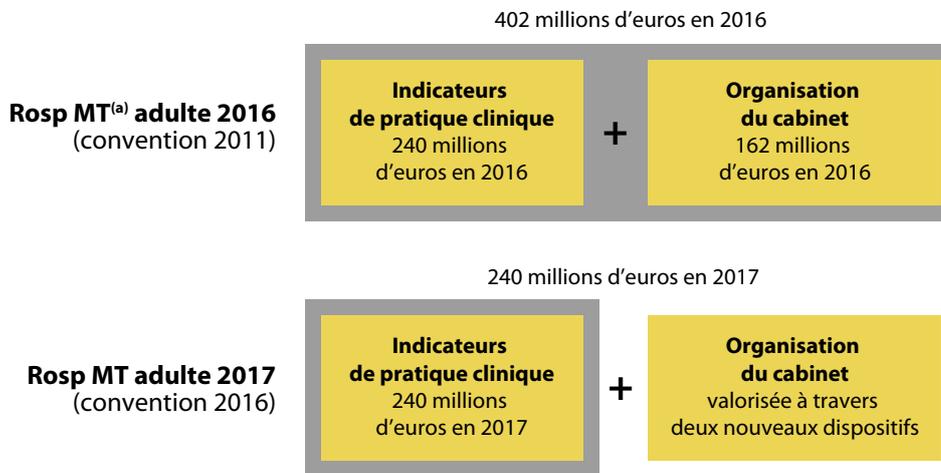
l'équivalent de 36 % des montants versés pour 2016 au titre de la précédente Rosp, est désormais valorisé à travers deux autres dispositifs de rémunération : le forfait structure⁷⁵, qui sera versé en juin 2018, et le forfait patientèle⁷⁶, versé en plusieurs fois à partir d'avril 2018.

75 Le nouveau « forfait structure », créé lors de la convention médicale de 2016, vient remplacer les précédents indicateurs de la Rosp qui portaient sur l'organisation du cabinet, et constitue désormais une rémunération forfaitaire à part entière, indépendante de la Rosp, qui peut être versée à tout médecin libéral.

76 Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT), lui aussi défini lors de la convention médicale de 2016, se substitue aux différentes rémunérations forfaitaires versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (MPA, FMT, RMT). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la Rosp.

► FIGURE 82

Évolution de la rémunération versée pour la Rosp médecin traitant adulte entre 2016 et 2017



(a) MT : médecin traitant

Champ : médecins traitants actifs, conventionnés et éligibles à l'indicateur à la fin de la période étudiée – France entière
Source : Cnam (SND5)

Au vu de la refonte globale de la Rosp avec l'introduction de nouveaux indicateurs et le relèvement des objectifs pour les indicateurs préexistants, un dispositif de sauvegarde a été introduit dans la convention médicale afin de garantir le maintien de la rémunération globale pour cette première année.

Suite à l'application de cette clause, la rémunération totale de la Rosp 2017 pour les médecins traitants de l'adulte est identique à celle des indicateurs de pratique clinique de la Rosp 2016, soit 240 millions d'euros. En conséquence, la rémunération individuelle de chaque médecin est majorée pour 2017 par l'application d'un coefficient multiplicateur de 1,7. Elle reste néanmoins fonction de l'atteinte des objectifs de la Rosp. Les résultats individuels pourront donc évoluer différemment entre 2016 et 2017 de ceux observés au niveau de la rémunération globale, aboutissant parfois à des résultats en deçà des attentes pour certains professionnels.

La rémunération moyenne s'élève, une fois la clause de sauvegarde appliquée, à 4 522 euros pour 52 939 médecins généralistes et médecins à expertise particulière (MEP) libéraux.

Les autres Rosp

La Rosp cardiologue

Les indicateurs de la Rosp cardiologue de 2012 ont été reconduits sans modification majeure dans celle de 2017.

Les résultats sont en nette progression sur le volet de l'efficacité des prescriptions, avec des indicateurs de prescription dans le répertoire en hausse pour les antihypertenseurs (+ 4,8 points soit 252 000 patients concernés) et pour les statines (+ 3,8 points soit 55 000 patients concernés).

L'ensemble du volet prévention est relativement bien orienté : côté iatrogénie médicamenteuse, l'indicateur relatif à la limitation dans la durée des traitements antiagrégants plaquettaires s'améliore (- 1,3 point soit plus de 6 000 traitements écourtés) ; côté hypertension artérielle, la surveillance biologique sous trithérapie anti-HTA s'améliore légèrement de 0,6 point et la part des patients sous trithérapie antihypertensive progresse très légèrement de 0,2 point.

Les résultats en matière de suivi des patients insuffisants cardiaques restent stables à 63,4 %, ce n'est pas le cas pour les patients avec antécédent d'infarctus du myocarde (- 0,7 point).

La rémunération globale des cardiologues s'élève en 2017 à sept millions d'euros, soit 4 223 cardiologues rémunérés en moyenne 1 726 euros (*versus* 1 754 euros en 2016).

La Rosp gastro-entérologue

Les indicateurs de la Rosp gastro-entérologue de 2012 ont été reconduits à l'identique dans celle de 2017.

Sur le volet des pathologies chroniques, deux indicateurs sont en progression en 2017 : l'indicateur relatif à l'imagerie après intervention pour cancer colorectal (+ 1,4 point) et celui concernant le dosage de la protéinurie pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici) sous anti-inflammatoire 5-ASA (+ 0,8 point). En revanche, les indicateurs de dosage d'antigène carcino-embryonnaire (ACE) après intervention pour cancer colorectal et de numération de formule sanguine (NFS-plaquettes) pour Mici sous traitement par azathioprine affichent une très légère baisse (respectivement - 0,1 point et - 0,5 point).

Sur le volet prévention, l'indicateur relatif au contrôle par test respiratoire à l'urée marquée des patients traités pour éradication d'*Helicobacter pylori* progresse de 2,4 points. À l'inverse, l'indicateur décroissant concernant la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie d'un ou plusieurs polypes par coloscopie total augmente légèrement de 0,6 point.

En 2016, 2,9 millions d'euros ont été versés au titre de la Rosp. La baisse globale de rémunération en 2017 étant supérieure à 10 %, l'Assurance Maladie s'est engagée à verser la même somme qu'en 2016. Pour cela, un coefficient multiplicateur unique de 1,66 a été appliqué. Ainsi, 1 939 gastro-entérologues sont rémunérés, en moyenne de 1 486 euros.

La Rosp endocrinologue

En sus de la Rosp destinée aux cardiologues et gastro-entérologues, une Rosp pour les endocrinologues, diabétologues et nutritionnistes est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 pour laquelle le premier versement aura lieu au premier semestre 2019.

La Rosp médecin traitant de l'enfant de moins de seize ans

Depuis la convention médicale de 2016, la Rosp s'étend également au suivi des plus jeunes par le médecin traitant de l'enfant et comprend dix indicateurs spécifiques à leur prise en charge, dont huit consacrés à la prévention (obésité, vaccination, antibiorésistance, suivi bucco-dentaire, etc.).

2,2 millions d'enfants avaient un médecin traitant déclaré au 31 décembre 2017. Dans 88 % des cas, il s'agit d'un généraliste, dans 11 % d'un pédiatre.

Le premier versement de la Rosp médecin traitant de l'enfant aura lieu en juin 2018.

La Rosp médecin traitant de l'adulte (centres de santé)

Concernant le volet prévention, les indicateurs sur l'antibiothérapie évoluent favorablement en 2017 : la prescription d'antibiotiques chez les 16-65 ans sans ALD baisse de 2,5 points, et l'indicateur relatif aux antibiotiques générateurs de biorésistance de 1,2 point.

La vaccination antigrippale est par ailleurs en légère hausse, aussi bien auprès des 65 ans et plus (+ 0,6 point) qu'auprès des sujets à risque (+ 0,2 point).

D'autre part, concernant le suivi des pathologies chroniques, les deux indicateurs de dépistage de la maladie rénale chronique sont en progression sur un an : + 1,4 point chez le patient diabétique et + 0,5 point chez le patient hypertendu.

Enfin, sur le volet efficacité des prescriptions, les indicateurs de prescription relatifs aux statines et aux antihypertenseurs progressent (respectivement + 0,2 et + 1,9 point). En revanche, la prescription dans le répertoire des traitements de l'incontinence urinaire, des traitements de l'asthme et du reste du répertoire diminue (respectivement - 4,2 points, - 2,1 points et - 0,4 point).

Le montant total de la rémunération des centres de santé s'élève pour 2017 à 2,7 millions d'euros. Ainsi, 367 centres sont rémunérés au titre de la Rosp médecin traitant de l'adulte, en moyenne de 7 487 euros.

Annexe 4 : cartographie médicalisée : méthode d'affectation des dépenses aux pathologies, états de santé et traitements

1. Caractérisation des pathologies, états de santé et traitements

Une description synthétique des groupes de pathologies et traitements de la cartographie est proposée en **encadré 3**. Pour plus de détails, vous pouvez consulter le site ameli.fr : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/methodologie.php>.

2. Affectation des dépenses aux pathologies, états de santé et traitements

Mise en garde : en raison des améliorations apportées dans la méthodologie essentiellement du côté des effectifs (voir ci-contre), il n'est pas possible de comparer directement les résultats présentés dans le rapport publié en juillet 2017 avec ceux du présent rapport. Toutefois, afin de pouvoir disposer d'évolutions sur plusieurs années, les programmes relatifs aux algorithmes médicaux, aux dépenses et à leur réaffectation aux groupes de populations, ont été appliqués aux données de 2012, 2013, 2014, 2015 et 2016.

Évolutions/améliorations 2019

Des évolutions méthodologiques ont été apportées dans la nouvelle version de la cartographie des pathologies et des dépenses concernant le repérage de certaines pathologies chroniques, impactant directement les effectifs et, par conséquent, les dépenses sur l'ensemble de la période (2012 à 2016). Sont concernées les pathologies suivantes :

- les troubles névrotiques de l'humeur, les démences (y compris maladie d'Alzheimer) et la paraplégie : afin de mieux les repérer, les algorithmes ont été modifiés pour intégrer l'information relative aux séjours en établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), ce qui a conduit à une hausse de l'effectif et donc à une baisse de la dépense moyenne associée.
- l'infection par le VIH ou le sida : une modification de l'algorithme visant à exclure les personnes en traitement préventif uniquement a conduit à une diminution de l'effectif et donc une baisse des dépenses globales associées.

En outre, l'algorithme de repérage des « syndromes coronaires aigus » a été impacté par l'évolution du codage CIM-10 (consigne Atih) et a conduit à une augmentation des effectifs correspondants.

Enfin, les effectifs augmentent chaque année, en particulier en 2015 et en 2016, en lien avec l'accroissement démographique, mais aussi avec les évolutions générales du système d'information de l'Assurance Maladie (intégration de nouvelles populations : par exemple, les transfrontaliers suisses).

Ces changements méthodologiques ne permettent pas la comparaison entre les résultats de cette cartographie et ceux de la version précédente.

Étape 1 : Constitution des combinaisons

Chaque bénéficiaire (du régime général) a une combinaison de pathologies, états de santé et traitements⁷⁷.

Toutes les combinaisons existantes sont repérées, avec pour chacune les effectifs concernés.

► TABLEAU 53

Exemples de combinaisons de pathologies, états de santé et traitements

Combinaisons	Diabète	Démence	Parkinson	...	Cancer de la prostate	Cancer du sein	Effectifs
A	0	1	1	...	0	0	NA : effectifs de consommateurs avec les deux pathologies Alzheimer et Parkinson
B	1	0	0	0	0	0	NB : effectifs de consommateurs avec la seule pathologie diabète
...
Z	0	0	0	0	0	0	NZ : effectifs de consommateurs sans aucune pathologie

Étape 2 : Affectation des montants par poste de dépenses pour chaque combinaison

Le champ des dépenses prises en compte dans l'étude est celui des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Seules les dépenses individualisables (c'est-à-dire rattachables à un individu) correspondant aux différents postes de l'Ondam ainsi que les prestations en espèces pour maternité et invalidité sont prises en compte (voir étape 6).

Les dépenses, par poste, sont connues pour chaque bénéficiaire à partir :

- du système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram)/système national des données de santé (SNDS⁷⁸) pour les dépenses des soins de ville, des séjours hospitaliers en établissements privés et les prestations en espèces ;
- du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les dépenses des séjours hospitaliers des différents segments de l'hospitalisation publique (MCO – médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR – soins de suite et de réadaptation ; RIMP – recueil d'informations médicalisé en psychiatrie ; HAD hospitalisation à domicile).

Les dépenses sont regroupées autour des trois grands postes suivants : les soins de ville, les soins hospitaliers et les prestations en espèces. Ces dernières concernent uniquement les assurés du régime général *stricto sensu* (c'est-à-dire hors sections locales mutualistes) et comprennent les indemnités journalières pour maladie, accidents du travail, maladie professionnelle ou maternité ainsi que les prestations d'invalidité.

Concernant les soins hospitaliers, dans un souci de cohérence avec les dépenses des séjours hospitaliers en établissements publics, les honoraires des professionnels de santé réalisés en cliniques privées sont rattachés aux séjours hospitaliers privés (MCO, psychiatrie et SSR) et non aux soins de ville.

À l'inverse, les dépenses relatives aux forfaits techniques, IRM/ scanner réalisés en ville ou lors de soins externes en établissements MCO privés ont été rattachés aux soins de ville.

Au final, le poste « hôpital » regroupe les dépenses liées aux séjours en MCO et aux produits de la liste en sus (établissements publics et privés), celles liées aux séjours (publics et privés) en SSR et en psychiatrie (y compris celles du secteur ambulatoire), ainsi que celles relatives aux actes et consultations externes (en public) et à l'hospitalisation à domicile (HAD).

La décomposition actuelle ne recoupe donc pas totalement la séparation « soins ambulatoires » *versus* « soins hospitaliers ».

Plusieurs traitements sont réalisés en amont, sur les données sources, de façon à améliorer la qualité des tables initiales de dépenses par individu. En particulier :

- les données extrêmes des postes des soins de ville (hors médicaments et autres produits de santé) supérieures au 99,99^e percentile sont bornées à la valeur du 99,99^e percentile ou, le cas échéant, à celle du seuil de référence retenue, considérant qu'au-delà de ce seuil il s'agissait de valeurs extrêmes aberrantes. Pour le poste « autres produits de santé », les dépenses sont bornées au-delà du montant correspondant au 99,99^e

⁷⁷ Les pathologies, états de santé et traitements, repérés grâce aux algorithmes médicaux développés, constituent cinquante-six « groupes de population », auxquels s'ajoute le groupe de population « hospitalisation ponctuelle » qui comprend des patients ayant été hospitalisés et pour lesquels le motif du séjour ne peut être rattaché (voir étape 3) aux pathologies repérées par les cinquante-six algorithmes médicaux (voir partie précédente).

⁷⁸ La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a créé le SNDS. Il comprend notamment les données de l'Assurance Maladie (Sniiram) et celles des hôpitaux (PMSI). Pour plus d'informations : Tuppin P, Rudant J, Constantinou P, Gastaldi-Ménager C, Rachas A, de Roquefeuil L et al. Value of a national administrative database to guide public decisions : from the système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) to the système national des données de santé (SNDS) in France. Rev Epidemiol Sante Publique. 2017 ;65 :149-67.

percentile. Pour le poste médicament, aucune correction n'est réalisée, les analyses préalables réalisées ayant montré que les dépenses extrêmes n'étaient pas forcément aberrantes (traitements de l'hémophilie notamment). Concernant les prestations en espèces, les dépenses sont bornées sur la base des montants plafonds annuels estimés sur la base des plafonds journaliers et/ou durées maximales réglementaires. Pour le poste « indemnités journalières (IJ) maladie ou AT/MP », dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer les deux risques, le plafond est calculé sur la base de la réglementation relative aux AT/MP pour laquelle les montants plafonds d'IJ sont supérieurs. Les données extrêmes des actes et consultations externes (supérieures au 99,9^e percentile) sont bornées sur la valeur du 99,9^e percentile. – de même, les montants négatifs des postes de dépenses (par exemple, régularisations de dépenses au titre des années précédentes) sont mis à zéro.

L'affectation des dépenses relatives aux séjours hospitaliers en MCO, SSR et en psychiatrie fait l'objet d'un traitement spécifique (voir étapes 3 et 4).

Par sommation on obtient les montants de dépenses, par poste, pour chaque combinaison de pathologies/traitements/épisodes de soins.

Étape 3 : Rattachement des séjours hospitaliers en MCO

Les informations sur les hospitalisations en MCO, et en particulier les diagnostics principaux (DP) et reliés (DR), permettent de distinguer les séjours qui sont liés à une pathologie chronique de ceux qui sont des épisodes hospitaliers ponctuels sans lien direct avec une pathologie chronique ou lourde. Cela permet donc d'affecter les dépenses des séjours soit à une des cinquante-deux pathologies, états de santé ou traitements (les quatre groupes de patients traités par psychotropes n'ayant, par construction, pas d'hospitalisation pour pathologie psychiatrique), soit de les affecter à une catégorie « épisode hospitalier ponctuel », qui regroupe les hospitalisations sans rapport avec ces cinquante-deux groupes de population.

Lorsque les algorithmes utilisent une liste de codes CIM-10 pour repérer les patients dans le PMSI-MCO (programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique), ce sont ces mêmes listes de codes qui permettent d'affecter chaque séjour à l'un des cinquante-deux groupes de population si le diagnostic principal et/ou le diagnostic relié du séjour est dans la liste des motifs médicaux en CIM-10 du top. Dans certains cas (VIH et diabète), c'est le groupe homogène de malades (GHM) qui a permis de classer le séjour dans un groupe de population. Ont également été utilisés les forfaits de dialyse (insuffisance rénale chronique terminale), voire parfois certains actes médicaux.

Un même séjour ne peut être attribué qu'à un seul groupe de population. Toutefois, dans certains cas, un même séjour pouvait concerner deux groupes de population. Des règles de gestion ont été définies pour traiter ces cas en donnant la priorité au groupe de population qui paraissait le plus spécifique

et, lorsque le rattachement pouvait concerner également deux groupes considérés comme spécifiques (par exemple « troubles psychotiques » et « maladies du foie ou du pancréas »), l'attribution a été faite sur la base du diagnostic principal. Si le diagnostic principal et/ou le diagnostic relié du séjour ne sont dans aucun des motifs médicaux des cinquante-deux groupes de population, alors le séjour est classé dans la catégorie « épisode hospitalier ponctuel » et les personnes concernées auront, en plus de leurs éventuelles pathologies chroniques, un « top » épisode hospitalier ponctuel⁷⁹.

Pour certains groupes de populations, la règle de gestion des séjours en rapport avec un groupe de population donné prend en compte le diagnostic associé. C'est le cas notamment pour l'hémophilie dans les versions de la cartographie à partir de juillet 2016.

Pour plus de précisions sur les règles d'affectations des séjours en rapport ou non, il est conseillé de se reporter aux documents méthodologiques disponibles sur le site suivant : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-dépenses/methodologie.php>.

Toutes les hospitalisations MCO des individus n'ayant aucune des pathologies, états de santé ou traitements identifiés sont basculées dans le top « épisode hospitalier ponctuel ».

Par convention, les hospitalisations MCO des nouveau-nés sont rattachées directement aux dépenses MCO du top maternité.

Les dépenses des séjours MCO en établissements privés des personnes n'ayant aucune des pathologies ou traitements identifiés sont conservées, considérant qu'il pouvait s'agir de passages aux urgences.

Concernant les dépenses relatives aux séjours MCO en établissement privés, la valorisation des séjours est effectuée directement sur la base des facturations PMSI transmises par l'Atih. Pour les séjours MCO en public, la valorisation repose également sur les données transmises par l'Atih.

Étape 4 : Valorisation et rattachement des séjours en établissements psychiatriques et en établissements de soins de suite et de réadaptation et en hospitalisation à domicile

Les établissements psychiatriques et ceux de soins de suite et de réadaptation (SSR) utilisent un système de recueil d'informations spécifique (respectivement le RIMP et le PMSI-SSR) qui permet de décrire leur activité et de rattacher les séjours, de façon générale, aux bénéficiaires de soins grâce au même numéro d'identification que celui utilisé dans le Sniiram/SNDS. À la différence du secteur MCO, ces recueils d'activités ne sont pas associés à des tarifs de séjour, et on ne peut donc pas valoriser les séjours directement à partir de ces seules données.

⁷⁹ Ce « top » correspond à un groupe de population supplémentaire.

L'estimation d'un coût moyen journalier pour chaque établissement et type de séjour repose sur l'utilisation des données comptables (dotation aux établissements) ainsi que sur les tables transmises par l'Atih relatives à l'activité dans ces établissements. Les informations présentes dans ces tables permettent d'estimer un coût moyen journalier qui sert ensuite à valoriser les séjours sur la base de leur durée.

Les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics (10 % à 13 % des dépenses selon les années considérées) sont prises en compte et réaffectées par proratisation aux personnes ayant des maladies psychiatriques mais également à celles ayant uniquement pris de façon chronique des traitements par psychotropes.

Les séjours en établissements psychiatriques sont rattachés de façon directe aux pathologies du patient en fonction des diagnostics principaux et associés du séjour, comme pour les séjours MCO (même règles d'affectation). Quant aux séjours en établissements SSR, ils sont également rattachés de façon directe aux pathologies du patient mais en fonction de l'affection étiologique, puis de la morbidité principale et de la finalité de prise en charge, et de règles de gestions particulières pour traiter les situations complexes.

Les dépenses d'HAD sont intégrées dans le champ de la cartographie depuis la version publiée en juillet 2016. La valorisation des dépenses d'HAD est faite par individu à l'aide de tarification T2A (groupes homogènes de tarif affecté à chaque sous-séquence des séjours de l'individu). Contrairement aux trois autres champs sanitaires (MCO, SSR, psychiatrie), les dépenses HAD ne sont pas affectées directement à la pathologie mais par proratisation.

Étape 5 : Affectation individuelle d'un montant de dépenses correspondant à la consommation courante de soins

Indépendamment des soins pour des pathologies lourdes ou chroniques et des recours à l'hospitalisation, les assurés consomment des soins dits « courants » pour soigner les pathologies bénignes (infections virales bénignes, angines, gastro-entérites sans gravité...). Afin de ne pas surestimer les dépenses de soins de ville affectées à un groupe de population donné, la méthodologie adoptée conduit, avant toute affectation de dépense à un groupe de population, à retrancher aux dépenses par poste (soins de ville uniquement) de chaque individu (consommant du poste) un montant correspondant à un montant de dépenses pour ces soins dits « courants » sur le poste considéré.

Pour déterminer les montants forfaitaires des dépenses à retrancher de chaque poste, on se fonde sur les dépenses des bénéficiaires qui n'ont aucune des pathologies, états de santé ou traitements ou hospitalisations ponctuelles. Ces dépenses sont ventilées par poste et sont analysées par âge et par sexe.

L'analyse de la distribution de ces dépenses (par âge, sexe, poste) permet de définir le montant par poste à retrancher au titre de la « consommation courante de soins » sur la base du deuxième décile. Le montant retranché varie ainsi selon l'âge et le sexe des individus, ainsi que selon les postes considérés.

La méthodologie a été appliquée pour l'ensemble des postes « soins de ville », à l'exception des postes « transport » et « soins de sages-femmes », qui ont été considérés comme non pertinents. En effet, le recours aux transports chez les « consommateurs de soins courants » est globalement très faible, et vraisemblablement peu induit par des soins courants. De même, les soins de sages-femmes sont considérés, pour l'essentiel, comme induits par la maternité. Ont été également exclus les postes relatifs aux indemnités journalières pour maternité et invalidité (en revanche, la méthodologie a été appliquée aux IJ pour maladie ou AT/MP, dont on peut penser qu'une partie peut être induite par les soins courants).

Le montant total correspondant à la « consommation courante de soins » a ainsi été isolé dans la cartographie des dépenses, ainsi que les effectifs correspondants⁸⁰. Toutefois, dans les tableaux et graphiques de résultats présentés dans la première partie du rapport, ces dépenses ont été ajoutées par convention à celles des consommateurs sans pathologie, état de santé, traitements ou hospitalisations ponctuelles identifiés grâce aux algorithmes médicaux, l'ensemble constituant les dépenses correspondant aux « soins courants ».

Étape 6 : Réaffectation aux cinquante-sept pathologies ou groupes de population⁸¹ des différents postes de dépenses

La méthodologie utilisée pour réaffecter les dépenses des différents postes, à l'exception des dépenses d'hospitalisation MCO, SSR, psychiatriques et des indemnités journalières maternité, aux cinquante-sept pathologies ou groupes de population identifiés grâce aux algorithmes médicaux est la suivante :

Calcul des montants pour les combinaisons renvoyant à un seul groupe de population

Lorsqu'un bénéficiaire appartient à un seul des cinquante-sept groupes de population identifiés, on défalque du montant de ses dépenses le montant moyen correspondant à la consommation courante de soins (estimé comme indiqué à l'étape 5) et le solde est affecté à ce groupe de population.

⁸⁰ C'est-à-dire que toute personne d'un âge et d'un sexe donnés qui consomme dans un poste un montant correspondant au deuxième décile de la distribution est isolée dans la catégorie « soins ambulatoires courants ».

⁸¹ Les cinquante-sept groupes de population concernés par la méthode d'affectation des dépenses par proratisation sont : les cinquante-six groupes de population identifiés par les algorithmes médicaux (y compris les quatre groupes de population traités par psychotropes) ainsi que le groupe « hospitalisations ponctuelles ».

Les « épisodes hospitaliers ponctuels » sont considérés comme un « top » (c'est-à-dire un groupe de population) à part entière et font donc l'objet d'une affectation des dépenses identiques à celle des cinquante-six autres « tops ».

Pour les autres combinaisons

Lorsqu'un bénéficiaire appartient à plusieurs groupes de population, ses dépenses (hors consommation courante de soins) sont réparties au prorata des dépenses moyennes, telles qu'elles sont observées pour les bénéficiaires n'appartenant qu'à un groupe de population considéré.

► **ENCADRÉ 39**

Illustration de la méthode de proratisation des dépenses

Prenons l'exemple d'une dépense d'indemnités journalières pour maladie ou AT/MP de 2 millions d'euros pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétiques et ont eu un infarctus du myocarde. Comment répartir cette dépense entre les deux pathologies ?

1^{re} étape : on détermine la dépense moyenne du poste IJ maladie ou AT/MP pour les patients atteints d'une unique pathologie :

Dépense moyenne du poste IJ maladie ou AT/MP des personnes diabétiques sans autre pathologie : 160 euros par an	Dépense moyenne du poste IJ maladie ou AT/MP des personnes ayant un infarctus sans autre pathologie : 1 295 euros par an
--	---

Ces dépenses moyennes constituent les clés de proratisation qui vont être utilisées pour répartir les 2 millions d'euros du poste IJ maladie ou AT/MP entre le diabète et l'infarctus du myocarde.

Toutefois, afin d'améliorer la stabilité des clés de proratisation, un traitement spécifique des valeurs extrêmes est réalisé au préalable. La correction consiste à borner les dépenses individuelles sur le montant correspondant au 99,9^e percentile, dès lors que la dépense individuelle est supérieure à ce montant. Ce traitement est effectué uniquement pour le calcul des clés de proratisation et ne modifie pas la dépense individuelle.

L'affectation des dépenses est donc faite de manière descendante, en répartissant les montants remboursés pour chacun des postes de soins (soins de généralistes, spécialistes, médicaments, hospitalisations en court séjour...).

Une illustration de la méthode d'affectation des dépenses pour les patients ayant plusieurs pathologies est proposée dans l'**encadré 39**.

2^e étape : on répartit au prorata la dépense de 2 millions d'euros entre les deux pathologies :

Dépenses du poste IJ maladie ou AT/MP affectées au diabète $2\,000\,000 \times 160 / (160 + 1\,295)$ = 219 931	Dépenses du poste IJ maladie ou AT/MP affectées à l'infarctus du myocarde $2\,000\,000 \times 1\,295 / (160 + 1\,295)$ = 1 780 069
---	---

Au final, sur une dépense totale de 2 millions d'euros d'indemnités journalières pour maladie ou AT/MP observée pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétiques et ont eu un infarctus du myocarde, 219 931 d'euros seront affectés à la prise en charge du diabète et 1 780 069 d'euros à la prise en charge de l'infarctus du myocarde.

Cas particuliers des dépenses d'hospitalisation MCO, psychiatriques et SSR

Pour les hospitalisations en établissements de santé MCO, les dépenses hospitalières (en distinguant les dépenses de frais de séjour, dispositifs médicaux implantables et médicaments en sus) sont affectées aux cinquante-six groupes de population, principalement sur la base des diagnostics principaux et reliés (voir étape 4). Nous distinguons deux cas :

– si l'hospitalisation est associée à un seul des cinquante-six groupes de population repérés par les algorithmes médicaux, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté au poste « dépenses hospitalières » de ce groupe de population ;

– si l'hospitalisation n'est pas associée à un des cinquante-six groupes de population repérés par les algorithmes médicaux, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté au poste « dépenses hospitalières » du groupe de population « hospitalisations ponctuelles ».

Pour les hospitalisations en établissements psychiatriques, les dépenses hospitalières sont affectées à neuf pathologies⁸², principalement sur la base des diagnostics principaux et associés (voir étape 4). Nous distinguons trois cas :

– si l'hospitalisation est associée à une seule des neuf pathologies repérées par les algorithmes médicaux, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté au poste « dépenses hospitalières » de cette pathologie ;

⁸² Troubles psychotiques, troubles névrotiques et de l'humeur, déficience mentale, troubles addictifs, troubles psychiatriques débutant dans l'enfance, autres troubles psychiatriques, démences (dont maladie d'Alzheimer), maladie de Parkinson, VIH ou sida.

- si l'hospitalisation n'est pas associée à une des neuf pathologies, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté à l'une des neuf pathologies en fonction du top du patient. Si la personne a plusieurs tops, l'affectation à un top unique suit un ordre de priorité prédéfini ;
- si l'hospitalisation est associée à plusieurs des neuf pathologies du patient, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté à l'une des neuf pathologies suivant un ordre de priorité prédéfini.

Pour les hospitalisations en établissements SSR⁸³, les dépenses hospitalières sont affectées à quarante-neuf groupes de population⁸⁴ sur la base de l'affectation étiologique, puis de la morbidité principale et de la finalité de prise en charge. Nous distinguons trois cas :

- si l'hospitalisation est associée à un seul des quarante-neuf groupes de population repérés par les algorithmes médicaux, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté au poste « dépenses hospitalières » de ce groupe de population ;
- si l'hospitalisation n'est pas associée à un des quarante-neuf groupes de population et que la personne fait partie du groupe de population « hospitalisations ponctuelles » ou qu'elle a eu une hospitalisation en MCO moins d'un mois avant ce séjour en SSR l'année précédente, alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté au groupe de population « hospitalisations ponctuelles » ;
- si l'hospitalisation n'est pas associée à un des cinquante groupes de population (y compris les « hospitalisations ponctuelles »), alors l'ensemble de la dépense hospitalière de ce séjour est affecté, suivant une méthodologie complexe, à un top de la personne ou, en dernier lieu, au groupe de pathologie « Pas de pathologies, traitements, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire ».

Étape 7 : Calcul des montants affectés à chaque groupe de population

Pour les cinquante-sept groupes de population faisant l'objet d'une réaffectation des dépenses

Au total, le montant de dépenses affecté à une pathologie est calculé de la manière suivante :

- pour les patients bénéficiaires n'ayant qu'une pathologie (ou traitements ou épisodes de soins), le montant de dépenses affecté à cette pathologie est constitué par l'ensemble de leurs dépenses (après avoir retranché le montant forfaitaire de dépenses correspondant à la consommation courante de soins telle que décrit à l'étape 5) ;
- pour les patients bénéficiaires ayant plusieurs pathologies (ou traitements ou épisodes de soins), le montant de dépenses affecté à une pathologie est calculé par sommation des dépenses proratisées imputables à la pathologie et des dépenses hospitalières.

Pour les autres groupes de population

Les dépenses affectées au groupe « Traitement antalgique ou anti-inflammatoire » ainsi que celles affectées au groupe « Pas de pathologie, maternité, hospitalisation MCO ou traitement antalgique » correspondent à l'ensemble des dépenses des individus appartenant à ces groupes respectifs après retrait des dépenses relatives à la « consommation courante de soins ».

L'affectation des dépenses à ces deux groupes, exclusifs entre eux mais aussi exclusifs des cinquante-sept autres groupes, est donc effectuée de façon directe (et non pas par proratisation) sur la base des dépenses des personnes appartenant au groupe considéré.

Par ailleurs, la somme des dépenses retranchées à ce titre à chacun des individus de la population (voir étape 5) et qui correspond à la « consommation courante de soins » est, par convention, pour la présentation des résultats, ajoutée à celles du groupe « Pas de pathologie, maternité, hospitalisation MCO ou traitement antalgique », afin de constituer le groupe de dépenses « Soins courants ».

Étape 8 : Calage sur les grands agrégats de l'Ondam et extrapolation tous régimes

Articulation entre l'Ondam et le champ des dépenses prises en compte dans la cartographie

L'objectif principal de la cartographie est de rattacher les dépenses d'assurance maladie à des personnes en fonction des pathologies et des recours aux soins. Certaines dépenses qui sont dans le périmètre de l'Ondam, comme les missions d'intérêt général (Migac) hospitalières ou encore les dépenses des établissements publics médico-sociaux, sont non individualisables et ne peuvent donc pas, de fait, être rattachées à un bénéficiaire de soins. Ces dépenses, présentes dans l'Ondam mais non individualisables, sont donc de fait exclues du champ de notre cartographie des dépenses. De manière symétrique, certaines des dépenses financées par l'Assurance Maladie ne sont pas strictement dans l'Ondam, mais sont toutefois affectables individuellement et donc intéressantes à intégrer. C'est le cas des IJ maternité (qui comprennent également les IJ versées pour adoption et congés paternité) et des prestations en espèces versées pour invalidité. Ces dépenses, bien que hors du champ de l'Ondam, ont été prises en compte dans notre cartographie (tableau 54).

⁸³ Un séjour hospitalier en SSR est couvert par une ou plusieurs séquences, constituées par semaines calendaires, du lundi au dimanche. Ainsi, la finalité de prise en charge, la manifestation morbide principale et l'affectation étiologique peuvent varier d'une séquence à l'autre.

⁸⁴ Car cinquante-six groupes moins les sept groupes suivants : Maternité (avec ou sans pathologies), Traitements antihypertenseurs (hors pathologies), Traitements hypolipémiants (hors pathologies), Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (hors pathologies), Traitements neuroleptiques (hors pathologies), Traitements anxiolytiques (hors pathologies), Traitements hypnotiques (hors pathologies).

ANNEXE 4**CARTOGRAPHIE MÉDICALISÉE : MÉTHODE D'AFFECTATION DES DÉPENSES AUX PATHOLOGIES, ÉTATS DE SANTÉ ET TRAITEMENTS****Extrapolation à tous les régimes**

En pratique, la méthode appliquée a consisté à calculer, pour chaque poste de dépenses, un coefficient de passage entre le montant des dépenses obtenu sur la population d'étude et celui de l'Ondam. Les dépenses affectées, pour chaque poste de dépenses, ont ensuite été multipliées par le coefficient de passage correspondant. L'extrapolation à tous les régimes est effectuée à la fin, sur la base des dépenses réaffectées, ce qui simplifie considérablement le processus.

Les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics et les dépenses des hospitalisations à domicile (HAD) sont également prises en compte dans le calage sur les grands agrégats.

► TABLEAU 54**Correspondance entre le champ Ondam^(a) et celui de la cartographie médicalisée des dépenses, en 2016**

	Dépenses remboursées (milliards d'euros)			Part des dépenses du champ Ondam prises en compte dans la cartographie à champ Ondam pour les honoraires en cliniques privées	Postes Ondam hors champ de la cartographie
	constatées en 2016	prises en compte dans la cartographie	prises en compte dans la cartographie à champ Ondam pour les honoraires en cliniques privées		
Soins de ville (y compris indemnités journalières pour maladie ou AT/MP ^(b))	85,1	78,5	82,6	97 %	Permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM ^(c) , FAC ^(d) , aides à la télétransmission
Établissements de santé	77,6 ⁽¹⁾	72,7 ⁽²⁾	68,6	88 %	Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG, etc.), Migac ^(e)
Établissements et services médico-sociaux	17,9	0	0	0 %	Tous
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR)	3	0	0	0 %	FIR ^(f)
Autres prises en charge (FMESPP ^(g) , Fiqcs ^(h) , etc.)	1,6	0	0	0 %	FMESPP, Fiqcs
Total Ondam	185,2	151,2	151,2	82 %	
Postes hors champ Ondam (indemnités journalières maternité et invalidité)		10,6	10,6		
Total dépenses de la cartographie		161,7	161,7		

(a) Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie

(b) AT/MP : accident du travail/maladie professionnelle

(c) PAM : praticiens et auxiliaires médicaux

(d) FAC : Fonds d'actions conventionnelles

(e) Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

(f) FIR : Fonds d'intervention régional

(g) FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

(h) Fiqcs : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

(1) Sous-objectif retraçant les dépenses relatives au fonds d'intervention régional (FIR) financées par l'Assurance Maladie

(2) Les honoraires en cliniques privées sont attribués aux établissements de santé dans la cartographie contrairement au champ Ondam constaté où ces derniers sont affectés aux soins de ville

Source : Cnam

Figures

Figure 1 :	Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2016 : 137 milliards d'euros pour le régime général (162 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes)	6
Figure 2 :	Répartition des dépenses d'assurance maladie du régime général en 2016 (en pourcentage)	6
Figure 3 :	Répartition des dépenses d'assurance maladie du régime général en 2016 (en euros)	8
Figure 4 :	Nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2016 pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins (57,5 millions de personnes au total)	9
Figure 5 :	Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins, en 2016	10
Figure 6 :	Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales entre 2015 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins	14
Figure 7 :	Évolution des dépenses totales remboursées entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins	16
Figure 8 :	Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2016 des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins	17
Figure 9 :	Évolution des effectifs entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins	18
Figure 10 :	Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2016 des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par an et par patient et des dépenses totales, pour chaque groupe de pathologies (hors maladies du foie ou du pancréas) ou situation de soins	19
Figure 11 :	Cancers en phase active de traitement - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales, en 2016	21
Figure 12 :	Cancer du poumon en phase active de traitement - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016	22
Figure 13 :	Cancer du poumon en phase active de traitement - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste	23
Figure 14 :	Cancer du côlon en phase active de traitement - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016	24
Figure 15 :	Cancer du côlon en phase active de traitement - Évolution du nombre de patients traités de 2012 à 2016	24
Figure 16 :	Cancer du côlon en phase active de traitement - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste	25
Figure 17 :	Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales, en 2016	26
Figure 18 :	Maladies inflammatoires chroniques intestinales - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016	27
Figure 19 :	Maladies inflammatoires chroniques intestinales - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste	28
Figure 20 :	Évolution entre 2012 et 2016 du nombre de personnes ayant une maladie inflammatoire chronique intestinale et ayant eu recours au moins une fois à une biothérapie dans l'année, et selon la biothérapie	29
Figure 21 :	Maladies neurologiques ou dégénératives - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales, en 2016	30
Figure 22 :	Sclérose en plaques - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016	31
Figure 23 :	Sclérose en plaques - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste	32
Figure 24 :	Maladie valvulaire - Évolution des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, entre 2012 et 2016	33
Figure 25 :	Maladie valvulaire - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an entre 2012 et 2016, par poste	33
Figure 26 :	Soins infirmiers - Répartition des dépenses remboursées entre les différents groupes de pathologies ou situation de soins, en 2016	35
Figure 27 :	Soins infirmiers - Évolutions annuelles des dépenses remboursées entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins	36
Figure 28 :	Actes et consultations externes - Répartition des dépenses remboursées entre les différents groupes de pathologies ou situation de soins, en 2016	37
Figure 29 :	Actes et consultations externes - Évolutions annuelles des dépenses remboursées entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins	38
Figure 30 :	Indemnités journalières pour maladie ou accidents du travail/maladies professionnelles - Répartition des dépenses remboursées entre les différents groupes de pathologies ou situation de soins, en 2016	39

Figure 31 :	Indemnités journalières pour maladie ou accidents du travail/maladies professionnelles - Évolutions annuelles des dépenses remboursées entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins	40
Figure 32 :	Répartition des arrêts maladie indemnisés en fonction de leur durée (A) et durée moyenne de ces arrêts en fonction de l'âge des bénéficiaires (B)	41
Figure 33 :	Évolution sur la période 2010-2016 du montant indemnisé pour les arrêts maladie (A) et répartition de ces montants indemnisés en fonction de l'âge des bénéficiaires (B)	42
Figure 34 :	Fréquence de la polyopathie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe	45
Figure 35 :	Ratios entre les taux standardisés de mortalité et de mortalité prématurée des principaux groupes de pathologies et les taux de l'ensemble des consommateurs du régime général, en 2014	51
Figure 36 :	Part des décès survenant avant 65 ans parmi l'ensemble des décès, pour les principaux groupes de pathologies, en 2014	52
Figure 37 :	Causes initiales de décès pour les principaux groupes de personnes atteintes de pathologies selon la cartographie, en 2014	53
Figure 38 :	Ratios de surmortalité selon la cause initiale de décès, pour les principaux groupes de pathologies, en 2014	54
Figure 39 :	Répartition des personnes décédées en 2013 selon leur lieu de séjour chaque jour dans l'année précédant leur décès	57
Figure 40 :	Répartition des personnes décédées en 2013 selon leur lieu de séjour un jour donné, dans l'année précédant leur décès, en fonction du sexe et du recours aux soins palliatifs hospitaliers (SPH)	58
Figure 41 :	Délais d'intervention des professionnels de ville suite à une prise en charge par le Prado, volet insuffisance cardiaque versus population témoin, en 2016	65
Figure 42 :	Impact de la mise sous accord préalable (MSAP) des décisions d'orientation en soins de suite et de réadaptation (SSR)	67
Figure 43 :	Montants annuels des fraudes et activités fautives détectées et stoppées	80
Figure 44 :	Proportion de personnes prises en charge pour une pathologie psychiatrique (A), ou plus spécifiquement pour un trouble névrotique ou de l'humeur (B) ou un trouble psychotique (C), par sexe et classe d'âge, en 2016	85
Figure 45 :	Prévalence standardisée des « pathologies psychiatriques » (A), et plus spécifiquement des « troubles névrotiques et de l'humeur » (C) et des « troubles psychotiques » (D) par département, et offre de soins en hospitalisation psychiatrique (B), en 2016	86
Figure 46 :	Répartition 2016 des dépenses affectées aux pathologies psychiatriques, par pathologie	87
Figure 47 :	Pathologies psychiatriques - Effectifs, dépenses remboursées moyennes par patient et dépenses totales, en 2016	88
Figure 48 :	Pathologies psychiatriques - Structure des dépenses remboursées moyennes par patient, pour chaque pathologie, en 2016	89
Figure 49 :	Proportion de personnes recevant un traitement psychotrope (hors pathologies) en 2016, par sexe et classe d'âge, selon le type de traitement	90
Figure 50 :	Répartition des dépenses affectées à la prise en charge des personnes traitées par psychotrope (hors pathologies), en 2016	91
Figure 51 :	Traitements psychotropes (hors pathologies) - Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales, en 2016	91
Figure 52 :	Traitements psychotropes (hors pathologies) - Structure des dépenses remboursées moyennes par patient, pour chaque pathologie, en 2016	92
Figure 53 :	Évolution des proportions de personnes prises en charge pour un « trouble psychotique » ou un « trouble névrotique et de l'humeur », entre 2012 et 2016	93
Figure 54 :	Pathologies psychiatriques - Taux de croissance sur cinq années (2012-2016) des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales	94
Figure 55 :	Pathologies psychiatriques - Taux de croissance annuels moyens entre 2012 et 2016 des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales, par groupe de pathologies psychiatriques	94
Figure 56 :	Évolution de la structure des dépenses remboursées moyennes par patient et par an, pour les personnes ayant un « trouble névrotique et de l'humeur » (A) ou un « trouble psychotique » (B), entre 2012 et 2016	95
Figure 57 :	Évolution entre 2012 et 2016 de la fréquence des traitements chroniques par psychotropes, selon le type de traitement	96
Figure 58 :	Traitements psychotropes (hors pathologies) - Évolution sur cinq années (2012-2016) des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales	97
Figure 59 :	Taux de croissance annuels moyens entre 2012 et 2016 des effectifs, des dépenses remboursées moyennes par patient et des dépenses totales pour les personnes ayant un traitement psychotrope chronique (hors pathologies)	98
Figure 60 :	Traitements psychotropes (hors pathologies) - Évolution des dépenses remboursées moyennes par patient et par an, pour les personnes ayant des « traitements anxiolytiques » (A) et des « traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur » (B), entre 2012 et 2016	99
Figure 61 :	Ratios entre les taux standardisés de mortalité (A) et de mortalité prématurée (B) des principales populations considérées et les taux observés pour l'ensemble des personnes ayant consommé des soins en 2014 (régime général) et part des décès survenant avant 65 ans parmi l'ensemble des décès (C)	106
Figure 62 :	Principales causes initiales de décès en 2014 des personnes ayant une pathologie ou un traitement en lien avec la santé mentale, et comparaison avec l'ensemble de la population ayant consommé des soins	107
Figure 63 :	Détail des causes externes de décès, en 2014, des personnes ayant une pathologie ou un traitement en lien avec la santé mentale, et comparaison avec l'ensemble de la population ayant consommé des soins (régime général)	108

Figure 64 :	Suivi à trois ans des patients ayant eu une seule délivrance d'antidépresseurs en initiation de traitement en 2011	110
Figure 65 :	Suivi à trois ans des patients ayant reçu au moins 6 délivrances d'antidépresseurs en initiation de traitement en 2011	111
Figure 66 :	Répartition par classe d'âge et âge moyen des personnes ayant eu des arrêts maladie pour chaque groupe de population	116
Figure 67 :	Durée moyenne des arrêts indemnisés pour chacune des populations, par classe d'âge	117
Figure 68 :	Répartition des arrêts maladie par population en fonction de la durée indemnisée des arrêts	118
Figure 69 :	Proportion de bénéficiaires d'arrêts maladie en fonction de leur secteur d'activité et de la population considérée	119
Figure 70 :	Âge moyen des personnes ayant eu des arrêts maladie pour chaque population	119
Figure 71 :	Schéma d'inclusion dans les clusters	121
Figure 72 :	Comparaison de la distribution de quatre indicateurs en 2014 entre les 522 maternités françaises et un panel de 21 maternités suédoises (programme Sveus) (taux bruts)	141
Figure 73 :	Comparaison de la distribution de deux indicateurs en 2014 entre les 522 maternités françaises selon le type de maternité : taux de césarienne et taux de réhospitalisation à 12 semaines (taux observé : A et C ; ratio O/E entre le taux observé et le taux attendu après ajustement au case-mix : B et D)	142
Figure 74 :	Prise en charge chirurgicale des cancers de l'ovaire en France, entre 2009 et 2016 (effectif annuel)	152
Figure 75 :	Évolution des schémas thérapeutiques des personnes diabétiques de 2008 à 2015 après l'introduction d'un antidiabétique en 2008	159
Figure 76 :	Évolution du recours aux différents schémas de bithérapie entre 2008 et 2015 après initiation d'un antidiabétique en 2008	161
Figure 77 :	Proportion cumulée de bassins de vie dans lesquels ont été prescrits le Seebri et l'Ultibro	164
Figure 78 :	Part des nouveaux bénéficiaires et des nouveaux prescripteurs de Seebri et d'Ultibro	164
Figure 79 :	Nombre mensuel de boîtes d'Ultibro et des composantes des comparateurs vendues	165
Figure 80 :	Contacts mensuels entre le laboratoire commercialisant et les pneumologues	166
Figure 81 :	Différents modèles de paiement dans le cadre des Best Practice Tariffs (BPT) en Angleterre	181
Figure 82 :	Évolution de la rémunération versée pour la Rosp médecin traitant adulte entre 2016 et 2017	229

Tableaux

Tableau 1 :	Répartition des dépenses extrapolées à l'ensemble des régimes en 2016 (162 milliards d'euros) entre les différents groupes de pathologies ou situation de soins (en millions d'euros)	7
Tableau 2 :	Effectifs et dépenses remboursées moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins, en 2016	11
Tableau 3 :	Taux de croissance moyens annuels des effectifs et dépenses totales et moyennes remboursées sur la période 2012-2015 pour les principaux groupes de pathologies ou situation de soins	15
Tableau 4 :	Évolution des effectifs, des dépenses moyennes par patient et des dépenses totales entre 2012 et 2016, pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins	20
Tableau 5 :	Nombre de pathologies identifiées (parmi la liste préétablie) à partir de 65 ans, selon le sexe, en 2016	45
Tableau 6 :	Associations de pathologies les plus fréquentes chez les personnes polypathologiques, quel que soit le sexe, selon l'âge, en 2016	46
Tableau 7 :	Associations de pathologies les plus fréquentes chez les femmes polypathologiques, selon l'âge, en 2016	47
Tableau 8 :	Associations de pathologies les plus fréquentes chez les hommes polypathologiques, selon l'âge, en 2016	48
Tableau 9 :	Nombre de décès et taux de mortalité toutes causes confondues pour les principaux groupes de patients ayant des pathologies repérées par la cartographie, en 2014	50
Tableau 10 :	Exemple d'analyse en causes multiples pour les personnes prises en charge pour cancer ou pour diabète et décédées en 2014	55
Tableau 11 :	Récapitulatif des économies attendues des actions de l'Assurance Maladie en 2019	62
Tableau 12 :	Classement des dix molécules ayant la plus forte croissance de leur taux de substitution par les génériques depuis la signature de l'avenant n° 11 à la convention avec les pharmaciens en juillet 2017	69
Tableau 13 :	Montant des fraudes et activités fautives détectées et stoppées (en millions d'euros)	79
Tableau 14 :	Ratios de morbidité standardisés (SMR) entre la fréquence de prise en charge pour une maladie cardio-neurovasculaire chez des personnes ayant une pathologie mentale et cette même fréquence en population générale	101
Tableau 15 :	Odds ratio (OR) ajustés sur le sexe et l'âge de survenue d'une pathologie cardio-neurovasculaire entre 2013 et 2016, selon différents groupes d'inclusion en 2012 (avec ou sans pathologie psychiatrique ou cardio-neurovasculaire) comparativement au groupe sans maladie psychiatrique ni cardio-neurovasculaire	102
Tableau 16 :	Ratios standardisés (SMR) entre la fréquence de prise en charge pour un cancer (en phase active de traitement) chez des personnes ayant une pathologie mentale et cette même fréquence en population générale	103

Tableau 17 :	Nombre de décès, âge moyen au décès et taux de mortalité, toutes causes confondues, en 2014 pour les différentes populations considérées, avec une pathologie ou un traitement en lien avec la santé mentale	105
Tableau 18 :	Ratio de mortalité entre les taux de mortalité des consommateurs du régime général et des personnes suivies pour des troubles psychiatriques, par cause initiale de décès, en 2014	109
Tableau 19 :	Profil cardio-neurovasculaire des patients avec trouble bipolaire débutant un traitement indiqué dans ce trouble en 2011-2012	113
Tableau 20 :	Proportion de personnes ayant eu des arrêts maladie pour chaque groupe de population	115
Tableau 21 :	Durée moyenne de l'arrêt maladie (en nombre de journées) pour chaque population et pour les principaux secteurs d'activité	120
Tableau 22 :	Estimations de l'impact financier du «gaspillage», de la qualité ou de la sécurité des soins	127
Tableau 23 :	Estimations de l'impact sanitaire et économique de la sécurité des soins	127
Tableau 24 :	Vue générale des informations diffusées publiquement dans onze pays	134
Tableau 25 :	Exemples de thématiques validées par le comité de pilotage régional des groupes qualité dans deux régions	136
Tableau 26 :	Indicateurs d'évaluation retenus pour la démarche qualité en Bretagne [27]	137
Tableau 27 :	Score synthétique moyen pour l'ensemble des médecins participant aux groupes qualité (GQ) et aux groupes témoins (GT)	138
Tableau 28 :	Conditions d'autorisation d'un centre de sénologie dans plusieurs pays européens	145
Tableau 29 :	Caractéristiques de patientes et de leur prise en charge selon l'année de l'opération index	146
Tableau 30 :	Répartition des établissements en fonction de leur activité de chirurgie de cancer du sein et de leur statut d'autorisation	146
Tableau 31 :	Effectifs et taux annuel de décès dans les quatre années suivant la chirurgie	147
Tableau 32 :	Taux de mortalité cumulés standardisés en fonction de l'âge des patientes, du volume d'activité et de la présence d'une autorisation à la chirurgie du cancer du sein	147
Tableau 33 :	Analyse de la survie des patientes opérées du cancer du sein en fonction du volume d'activité de l'établissement où elles ont été opérées	148
Tableau 34 :	Répartition des effectifs de patientes selon le volume d'activité de l'établissement et le niveau dans la classification UICC	148
Tableau 35 :	Techniques chirurgicales en fonction du volume d'activité de l'établissement	150
Tableau 36 :	Effectifs de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire avec intervention majeure en fonction du volume d'activité de l'établissement où est réalisée l'intervention en 2016	152
Tableau 37 :	Analyse de la survie des patientes opérées du cancer de l'ovaire en fonction du volume d'activité de l'établissement où elles ont été opérées	153
Tableau 38 :	Caractéristiques associées avec le risque de perforation colique au cours d'une coloscopie (analyse multivariée)	155
Tableau 39 :	Nombre d'unités standardisées d'AGLP1, de metformine et d'iDPP4 vendues en 2017 par pays, rapporté à la population diabétique	160
Tableau 40 :	Évolution des dépenses de médicaments pour le diabète de type 2 : projections et réalisation	163
Tableau 41 :	Évolution des indicateurs «prévention» de la Rosp entre 2016 et 2017	176
Tableau 42 :	Évolution des indicateurs «pathologies chroniques» de la Rosp entre 2016 et 2017	177
Tableau 43 :	Évolution des indicateurs «optimisation et efficacité des prescriptions» de la Rosp entre 2016 et 2017	178
Tableau 44 :	Synthèse des prédictifs et des poids correspondants pour le calcul de chacun des deux indices de morbidité, l'indice prédictif de mortalité et l'indice prédictif de dépenses	186
Tableau 45 :	Performance pour la prédiction de la mortalité et des dépenses totales de soins, des indices MRMI et ERMI et de différentes versions de l'indice de Charlson	187
Tableau 46 :	Variables utilisées pour prédire le risque d'hospitalisation après passage aux urgences chez les personnes âgées de 60 ans ou plus en France	188
Tableau 47 :	Performance pour la prédiction du risque d'hospitalisation après passage aux urgences chez les personnes âgées de 60 ans ou plus, en fonction du type d'information utilisée	189
Tableau 48 :	Évolution du nombre d'indicateurs calculés et déclaratifs	223
Tableau 49 :	Évolution du nombre de points alloués selon le volet de la Rosp	224
Tableau 50 :	Les résultats des indicateurs calculés de prévention en synthèse	225
Tableau 51 :	Les résultats des indicateurs calculés de suivi des pathologies chroniques en synthèse	227
Tableau 52 :	Les résultats des indicateurs calculés d'optimisation et d'efficacité des prescriptions en synthèse	228
Tableau 53 :	Exemples de combinaisons de pathologies, états de santé et traitements	232
Tableau 54 :	Correspondance entre le champ Ondam et celui de la cartographie médicalisée des dépenses, en 2016	237

Encadrés

Encadré 1 :	Le système national des données de santé (SNDS)	4
Encadré 2 :	Mises en garde préalables	5
Encadré 3 :	Description des groupes de pathologies et traitements de la cartographie en quelques lignes	12
Encadré 4 :	Panorama des arrêts maladie indemnisés par le régime général en 2016 et évolutions 2010-2016	40
Encadré 5 :	Méthodologie de l'étude de la polyopathie	44
Encadré 6 :	Méthode d'analyse croisée des causes de décès et de la cartographie des pathologies et des dépenses	49
Encadré 7 :	Visuchir, outil de visualisation des potentiels de transférabilité en ambulatoire des actes chirurgicaux	63
Encadré 8 :	Zoom sur le volet Prado insuffisance cardiaque	65
Encadré 9 :	Bilan de la campagne de mises sous accord préalable (MSAP) des décisions d'orientation en soins de suite et de réadaptation (SSR)	66
Encadré 10 :	Prado, un programme qui s'articule avec les outils numériques	67
Encadré 11 :	Le nouveau profil de l'Assurance Maladie pour l'accompagnement des structures d'hospitalisations à domicile	68
Encadré 12 :	Hypothèse de généralisation d'une action locale sur le non-substituable	70
Encadré 13 :	Illustration d'une action de la région Pays de la Loire sur les facteurs de croissance menée par l'Assurance Maladie en partenariat (Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques – Omedit –, réseau régional de cancérologie – Onco – Bretagne-Pays de la Loire, ARS)	71
Encadré 14 :	Exemple d'un accompagnement local pour favoriser les conditions du bilan partagé de médication : la démarche de la région Île-de-France	73
Encadré 15 :	Les systèmes d'auto-surveillance de la glycémie sans piqûre Freestyle Libre (Abbott)	74
Encadré 16 :	Favoriser la pertinence des échographies et de l'imagerie	75
Encadré 17 :	Pertinence des actes en radiologie	76
Encadré 18 :	Mise en place d'une demande d'accord préalable dématérialisée pour la chirurgie bariatrique	76
Encadré 19 :	Mes remboursements simplifiés, initiative de la CPAM de Toulouse	78
Encadré 20 :	Méthode et limites de la cartographie médicalisée dans l'analyse du recours aux soins pour la santé mentale	83
Encadré 21 :	Méthode et limites de l'analyse de la cartographie pour l'étude des liens entre santé mentale et pathologies somatiques	100
Encadré 22 :	Le dispositif de prise en charge de la psychothérapie expérimenté dans quatre départements	111
Encadré 23 :	Principales caractéristiques des trois populations étudiées	115
Encadré 24 :	Actions menées dans le cadre du programme national sur la lombalgie	132
Encadré 25 :	Les maternités - Un exemple d'utilisation des bases médico-administratives pour mesurer des indicateurs de qualité des soins	140
Encadré 26 :	Sources et champs de l'étude sur la prise en charge des cancers du sein	145
Encadré 27 :	Source et méthodes	151
Encadré 28 :	Méthodes des études sur les schémas thérapeutiques du diabète de type 2	158
Encadré 29 :	Impact économique des schémas thérapeutiques du diabète de type 2 et projections	162
Encadré 30 :	Un exemple d'outil pour analyser l'évolution des connaissances médicales	167
Encadré 31 :	La rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) en France, évolution des indicateurs	175
Encadré 32 :	Le vocabulaire de la modélisation prédictive	185
Encadré 33 :	Les fonds relatifs à la prévention	192
Encadré 34 :	L'intégration du régime étudiant à l'Assurance Maladie	193
Encadré 35 :	Planir - parcours santé jeunes, une offre d'accompagnement de l'Assurance Maladie	195
Encadré 36 :	L'offre de prévention de l'Assurance Maladie pour les jeunes en quelques chiffres (2017)	196
Encadré 37 :	Expérimentation prévention du diabète de type 2 chez les personnes à haut risque	197
Encadré 38 :	Calendrier de déploiement de la e-prescription	201
Encadré 39 :	Illustration de la méthode de proratisation des dépenses	235

- INR** : International Normalized Ratio
INRS : Institut national de recherche et de sécurité
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA : infirmier (ère) en pratique avancée
Ipep : incitation à une prise en charge partagée
IPP : inhibiteur de la pompe à protons
IRCT : insuffisance rénale chronique terminale
Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Iresp : Institut de recherche en santé publique
IRM : imagerie par résonance magnétique
IST : infections sexuellement transmissibles
ISTNA : Institut scientifique et technique de la nutrition et de l'alimentation
IVG : interruption volontaire de grossesse
Leem : Les entreprises du médicament
LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
LPP : liste des produits et prestations
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MEP : médecin à expertise particulière
MG France : Fédération française des médecins généralistes
MHCT : Mental Health Clustering Tool
MIC : majoration pour consultation d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation par le médecin traitant
Mici : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
Mildeca : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MPA : majoration personne âgée
MPP : mode de prise en charge principal
MRC : maladie rénale chronique
MRMI : Mortality-Related Morbidity Index
MRS : mes remboursements simplifiés
MSA : mutualité sociale agricole
MSAP : mise sous accord préalable
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
MSS : messagerie sécurisée de santé
NFS : numération de formule sanguine
NGAP : nomenclature générale des actes professionnels
NHS : National Health Service
NIH : National Institute of Health
NIR : numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques
NQF : National Quality Forum
NQMC : National Quality Measures Clearinghouse
NYHA : New York Heart Association
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
Omedit : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
OMS : Organisation mondiale de la santé
Onco : réseau régional de cancérologie
Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONFV : Observatoire national de la fin de vie
ONSSF : Organisation nationale des syndicats de sages-femmes
OPPBT : Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
OQN : objectif quantifié national
OR : odds ratio
ORE (loi) : loi orientation et réussite des étudiants
Orfee : outil de représentation des flux entre établissements
P4P : paiement à la qualité ou à la performance
Paerpa : parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAM (régime des) : praticiens et auxiliaires médicaux
Paprap : plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
Peps : paiement en équipe des professionnels de santé
Pfidass : Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
Phev : prescription hospitalière exécutée en ville
PIA : programme d'investissements d'avenir
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
Prado : programme d'accompagnement du retour à domicile
PREMs : Patient Reported Experience Measures (mesure de l'expérience)
PROMs : Patient Reported Outcome (mesure des résultats de santé perçus)
Propias : programme national de prévention des infections associées aux soins
PTA : plateformes territoriales d'appui
PUI : pharmacie à usage intérieur
QOF : Quality and Outcomes Framework
QPSS : qualité, pertinence et sécurité des soins
Raac : réhabilitation améliorée après chirurgie
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
RIMP : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
RMM : revues de morbidité
RMT : rémunération du médecin traitant
ROC : Receiver Operating Characteristic
ROR : rougeole-oreillons-rubéole
Rosp : rémunération sur objectifs de santé publique
RSI : régime social des indépendants
RSS : recherche en services de santé
SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile
Samu : Service d'aide médicale urgente
Scor : scannérisation des ordonnances
SDIS : service départemental d'incendie et de secours
SEP : sclérose en plaques
Sefi : service électronique de facturation intégrée
Sfar : Société française d'anesthésie et de réanimation
SFD : Société francophone du diabète
SFMT : Société française de médecine du travail
SFR : Société française de rhumatologie
SFMT : Société française de médecine du travail
Sfog : Société française d'oncologie gynécologique
SFT : Société francophone de tabacologie
sida : syndrome d'immunodéficience acquise
SIH : système d'information hospitalier
Sisa : société interprofessionnelle de soins ambulatoires
Sisra : système d'information de santé en Rhône-Alpes
SLM : section locale mutualiste
SMR : ratio de morbidité standardisé
SNAO : Syndicat national autonome des orthoptistes
SNDS : Système national des données de santé
SNIIIL : Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux
Sniiram : système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie
SNS : stratégie nationale de santé
Soffcom : Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques
Sofmer : Société française de médecine physique et de réadaptation
sophia : service d'accompagnement de l'Assurance Maladie pour les malades chroniques
SPF : Santé publique France
SPH : soins palliatifs hospitaliers
Ssiad : services de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
Synom : Syndicat national des opticiens mutualistes
T2A : tarification à l'activité
TAP : transport assis professionnalisé
TAVI : Transcatheter Aortic Valve Implantation (bioprothèse valvulaire aortique implantée par voie transcathéter)
TCAM : taux de croissance annuel moyen
TDAM : trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TNM : Tumeur, node (ganglion), métastase
TNS : traitement nicotinique de substitution
TSH : thyroïdostimuline
TTE : téléconsultation médecin traitant avec Ehpad
UICC : Union internationale contre le cancer
Uncam : Union nationale des caisses d'assurance maladie
Unocam : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPS : Union nationale des professionnels de santé
UNSSF : Union nationale et syndicale des sages-femmes
Urcam : Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML : Union régionale des médecins libéraux
URPS : Unions régionales de professionnels de santé
USPO : Union des syndicats de pharmaciens d'officine
VBP : Value-Based Purchasing
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
VSL : véhicule sanitaire léger

Directeur de la publication :

Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam),
50 avenue du Professeur-André-Lemierre, 75986 Paris Cedex 20

Design et réalisation :

W

Retrouvez le rapport sur

assurance-maladie.fr