

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021

Juillet 2020

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

Sommaire

SOMMAIRE.....	3
LISTE DES PROPOSITIONS	5
INTRODUCTION	7
PARTIE 1 - LES DETERMINANTS DE LA CROISSANCE DES DEPENSES : UNE ANALYSE MEDICALISEE 10	
1. QUELLES SONT LES PRINCIPALES PATHOLOGIES PRISES EN CHARGE EN 2018 ET A QUEL COUT ?	13
2. QUELS FACTEURS D'EVOLUTION DES DEPENSES PAR PATHOLOGIE ?	20
2.1. Des dynamiques contrastées selon les pathologies et les périodes considérées	20
2.2. Maladies valvulaires	27
2.3. Maladies du foie ou du pancréas.	29
3. PERSONNES PRISES EN CHARGE POUR UN CANCER AUTRE QUE COLORECTAL, BRONCHOPULMONAIRE, DE LA PROSTATE OU DU SEIN, EN 2017	42
3.1. Les « autres cancers actifs » en 2017 : 671 000 personnes, 7,5 milliards d'euros	42
3.2. Parmi les « autres cancers actifs », les cancers de la peau (hors mélanome) sont de loin les plus fréquents.	43
3.3. Des caractéristiques sociodémographiques cohérentes avec des résultats connus.....	43
3.4. 1,2 Md € de dépenses remboursées pour les soins des patients ayant un cancer des VADS en 2017, la même somme pour ceux ayant un cancer de la peau (hors mélanome).	43
3.5. Les patients présentant une leucémie aiguë ou une myélopathie ont les dépenses moyennes par patient les plus élevées en 2017.	44
3.6. Conclusion	44
4. PROJECTIONS DES EFFECTIFS PAR PATHOLOGIE	48
4.1. Pourquoi des projections ?	48
4.2. Des projections de court terme réalistes	49
4.3. Les résultats marquants des projections par pathologie des effectifs 2019-2023	52
PARTIE 2 – MAITRISER LA CROISSANCE DES DEPENSES POUR GARANTIR LA PERENNITE DU SYSTEME DE SANTE : LES PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2021	59
1. PROPOSITIONS POUR L'ONDAM 2021 ET LE RESPECT DES OBJECTIFS : LES ENGAGEMENTS DE LA CNAM POUR 2021	62
1.1. Les produits de santé	62
1.2. Les prescriptions.....	76
1.3. Les actes	82
1.4. L'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation : les perspectives de déploiement du programme Prado 99	
1.5. La lutte contre la fraude et les abus.....	103
2. ACCELERER LES EVOLUTIONS NECESSAIRES A LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE	106
2.1. Travailler sur les parcours et la mesure de la qualité	106
2.2. Revoir nos modes d'accompagnement des professionnels de santé.....	110
2.3. Développer les outils d'information et d'aide à la décision	112
2.4. Intégrer davantage dans les modes de rémunération des professionnels de santé des éléments d'incitations favorisant la pertinence, valorisant la qualité des pratiques et réduisant les dépenses inutiles	115
2.5. Vers des actions d'accompagnement global conjuguant tous les leviers : l'exemple du parcours de soins des patients lombalgiques.....	119
PARTIE 3 – PROPOSITIONS COMPLEMENTAIRES POUR ACCROITRE LA QUALITE ET L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS A COURT ET MOYEN TERME	126
1. L'EPIDEMIE DE COVID-19 A EU UN IMPACT MAJEUR ET DURABLE SUR LA CONSOMMATION DE SOINS ET SUR LA SANTE DE LA POPULATION.....	127
1.1. Une épidémie d'une ampleur inédite	127
1.2. Près d'un Français sur trois présente un ou plusieurs critères de vulnérabilité à la COVID-19, d'après les données de la Cartographie en 2018, le plus souvent du fait de l'âge ou de l'hypertension artérielle.	128

1.3. Un impact sanitaire direct et indirect très important, dont les conséquences seront durables	139
1.4. Enseignements et propositions.....	148
1.5. Références	148
2. L'ÉVOLUTION DES MODES D'ORGANISATION ET DE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ, UNE NECESSITE AU LONG COURS, CONFORTEE PAR L'IMPACT DE LA PANDEMIE	150
2.1. Tirer les leçons de la pandémie, un exercice délicat mais nécessaire.....	150
2.2. L'essor de la télé médecine, une bascule soudaine rendue possible par un investissement préalable sur la durée.....	150
2.3. Développer l'exercice coordonné	159
2.4. Perspectives : accompagner le développement et la diffusion de nouvelles modalités de paiement et d'organisation	165
3. RENFORCER LA PLACE DE LA PREVENTION DANS L'ACTION DE L'ASSURANCE MALADIE	167
3.1. Renforcer la place de la prévention en développant les outillages d'analyses médico-économiques	167
3.2. Un exemple concret : les actions contre le tabagisme et leur efficacité.....	171
3.3. La lutte contre les inégalités sociales de santé, aux premiers âges de la vie : les 1000 premiers jours	180
3.4. Références	182
4. PRODUITS DE SANTÉ	184
4.1. Repenser la régulation des prix de l'innovation thérapeutique	184
4.2. Définir un parcours réglementaire innovant pour les Dispositifs Médicaux Connectés	199
4.3. La pose de TAVI : la montée en charge d'une innovation de rupture et ses effets sur le modèle économique et l'organisation des soins.....	206
INDEX DES TABLEAUX ET ILLUSTRATION	217
1. LISTE DES ENCADRES	218
2. LISTE DES FIGURES	219
3. LISTE DES TABLEAUX.....	223
ANNEXE 1 – SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2020	225
ANNEXE 2 – BILAN DES NEGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	229
ANNEXE 3 – LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP) HUIT ANS APRES .	249
ANNEXE 4 – CARTOGRAPHIE DES PATHOLOGIES ET DES DEPENSES : METHODE D'AFFECTATION DES DEPENSES AUX PATHOLOGIES, TRAITEMENTS ET EVENEMENTS DE SANTÉ DEVELOPPEE PAR LA CNAM.....	262

Liste des propositions

- Proposition 1 : Promouvoir la prescription de metformine par une nouvelle action d'accompagnement auprès des médecins généralistes
- Proposition 2 : Accompagner de manière ciblée les prescripteurs d'hypolipémiants sur la thématique du mésusage
- Proposition 3 : Déployer la mise sous demande d'accord préalable des anti-PCSK9 afin de favoriser leur juste prescription
- Proposition 4 : Améliorer le diagnostic de la dépression et sa prise en charge par un accompagnement des médecins sur la prescription d'antidépresseurs
- Proposition 5 : Prévenir la désinsertion professionnelle par l'expérimentation des plateformes de services départementales
- Proposition 6 : Développer des actions de maîtrise médicalisée sur des examens de biologie ciblés, dans un cadre concerté avec les médecins prescripteurs et les médecins biologistes
- Proposition 7 : Engager une campagne de sensibilisation sur le bon usage de l'échographie cardiaque en pré-opératoire, permettant d'aider les professionnels dans leur choix de prescription
- Proposition 8 : Reprendre dès 2020 la démarche de déploiement régional des parcours de soins élaborés dans le cadre de « Ma santé 2022 »
- Proposition 9 : Modéliser l'impact en santé et le potentiel économique de la mise en place des parcours pertinence (sur l'insuffisance cardiaque)
- Proposition 10 : Poursuivre le déploiement des volets du programme d'accompagnement au retour à domicile, Prado, pour les pathologies chroniques et les personnes âgées, et déployer un volet en sortie de SSR
- Proposition 11 : Construire avec les représentants des gastro-entérologues une démarche d'amélioration de la qualité des endoscopies
- Proposition 12 : Relancer une campagne de communication sur la lombalgie ainsi qu'une campagne d'accompagnement des professionnels de santé
- Proposition 13 : Contribuer au suivi et à la connaissance des impacts sanitaires de la crise et de ses conséquences en partenariat avec les acteurs institutionnels et académiques
- Proposition 14 : Contribuer aux efforts de reprise d'activité pour rattraper le retard généré par le report des soins
- Proposition 15 : Accélérer le déploiement des structures de l'exercice coordonné pluri-professionnel en favorisant l'essor des initiatives
- Proposition 16 : Poursuivre le déploiement de la télémédecine dans un cadre respectueux de la qualité de la prise en charge
- Proposition 17 : Favoriser le développement et l'adoption d'outils médico-économiques pour appuyer les démarches de prévention en lien avec santé publique France
- Proposition 18 : Réfléchir à une potentielle extension de l'expérimentation « Mission retrouve ton cap »
- Proposition 19 : Mettre en œuvre progressivement le parcours de coordination renforcée des enfants de « 0-6 ans santé-accueil-éducation » du Plan Priorité Prévention
- Proposition 20 : Permettre la diffusion et la soutenabilité financière des thérapies géniques par la mise en place de contrats de performance et un lissage de l'impact budgétaire sur plusieurs années
- Proposition 21 : Accroître la participation de l'Assurance Maladie aux coopérations européennes en matière de transparence des produits de santé
- Proposition 22 : Utiliser le cadre expérimental de l'article 51 de la LFSS 2018 dans un objectif cible de nouveau champ de droit commun pour les dispositifs médicaux connectés

Proposition 23 : Adapter les modalités de fixation des prix aux spécificités des dispositifs médicaux connectés dans le cadre de la LPP

Proposition 24 : Rémunérer l'ensemble des créateurs de valeur via des rémunérations globales intégrant les dispositifs médicaux connectés

Proposition 25 : Développer une approche fondée sur les données de vie réelle pour éclairer les décisions en matière de prise en charge des dispositifs médicaux connectés

Proposition 26 : S'appuyer sur l'Espace Numérique de Santé (ENS) pour partager l'information sur les DMC

Proposition 27 : Accompagner l'évolution des indications des TAVI par une révision de leur tarif et à terme une intégration dans le GHS

Introduction

L'épidémie de COVID-19, encore active dans de nombreux pays, a durement touché notre pays et notre système de santé. Cet événement, inédit par son échelle, sa soudaineté et la gravité de ses conséquences, nous a tendu un miroir dans lequel se reflétaient les forces et les fragilités de notre système de santé. Comme tout événement de cette ampleur, il appelle à une réflexion et à des évolutions dans l'organisation, la gouvernance et le fonctionnement de notre système de santé.

Publié chaque année depuis la loi d'août 2004 dans le cadre de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale, le rapport de proposition de l'Assurance Maladie inscrit ses réflexions dans le temps long. Son objet n'est pas de dresser un bilan ou une analyse à chaud d'événements, aussi traumatiques soient-ils, à plus forte raison lorsque ces événements sont encore en train de se dérouler.

L'épidémie de COVID-19 crée cependant une situation exceptionnelle qui a conduit l'Assurance Maladie à y consacrer cette année une part importante de ses réflexions et du contenu de ce rapport. Comment, en effet, développer une analyse et des propositions de court, moyen et long terme, sans tenir compte des conséquences de cette épidémie ? La pandémie de COVID-19 n'a bien souvent fait que renforcer des problématiques sous-jacentes, bien connues pour certaines, moins visibles pour d'autres.

Faire la part entre ces différents facteurs, tenter d'en analyser les ressorts et les mécanismes, tâcher, en d'autres termes, d'apporter des éléments de diagnostic sur lesquels peuvent s'appuyer les décisions et actions publiques, telle est l'ambition de ce travail.

Il s'agit donc, dans la droite ligne de l'esprit des travaux qui sont exposés chaque année dans ce rapport, de partager des constats, prenant appui sur des analyses et des travaux d'études menés par la CNAM ou par ses partenaires, et de construire des propositions de régulation et/ou de gestion du risque. L'exercice est cette année particulièrement délicat, et appelle à l'humilité et à la mesure, puisqu'il s'agit d'analyser un événement qui est encore présent, qui a touché la plupart des pays du Monde, et qui probablement s'inscrira dans la durée.

Cette épidémie nous rappelle qu'en dépit de la transition épidémiologique, phénomène décrivant le poids majeur pris au cours du temps par les maladies chroniques au détriment des maladies et épisodes aigus, le risque d'émergence de maladies infectieuses continue d'exister et peut constituer une menace mortelle.

A la lumière des données disponibles et notamment des travaux de la cartographie médicalisée présentés dans ce rapport, ce sont bien les plus fragiles - personnes âgées, personnes vivant avec un handicap, malades souffrant d'une ou plusieurs affections chroniques, populations financièrement et socialement précaires... - qui sont le plus à risque de souffrir de formes graves de l'infection et de payer le plus lourd tribut à cette épidémie. Rarement, l'idéal fondateur de la Sécurité Sociale d'un système solidaire qui protège chacune et chacun selon son besoin aura paru plus adapté et pertinent. Et il a joué à plein, par exemple par la mise en place rapide et efficace de dispositifs nouveaux d'arrêts de travail pour les personnes fragiles et d'indemnités journalières plus favorables pour tous ou encore par la mise en place de prises en charge à 100 % pour de nombreux types de soins.

L'ensemble des acteurs du système de santé a fait preuve d'inventivité et d'une très grande réactivité, .Au premier rang de ceux-ci, on trouve les professionnels de santé et les établissements de santé et médico-sociaux, qui ont dû adapter leur organisation et leurs modes de fonctionnement dans un contexte particulièrement difficile. Mais il ne faut pas oublier également l'engagement de l'ensemble de la population, de la société civile et des régulateurs, Etat, collectivités locales, ARS et Assurance maladie. De nouvelles formes de travail et de coopérations, voire d'alliances entre les acteurs ont été nouées rapidement et efficacement. De nombreuses adaptations et simplifications des règles de financement ou de régulation ont été mises en œuvre, dont beaucoup ont vocation à demeurer à long terme. Ainsi, la téléconsultation a-t-elle connu une croissance spectaculaire depuis le début de la crise, qui, en dépit d'une baisse logique depuis le déconfinement, montre que ce mode de consultation fait désormais partie de la « trousse à instrument » de la médecine actuelle.

L'Assurance Maladie a elle-même contribué à cette réactivité par une mobilisation sans précédent, tant au niveau local, régional que national, en étant aux côtés des assurés et des professionnels de santé, en particulier des soins primaires, et en constituant l'épine dorsale du dispositif de traçage des cas, élément indispensable à la stratégie de déconfinement et à la réaction en cas de reprise épidémique sur le territoire national.

Ces constats ne doivent cependant pas masquer les points de faiblesse et les grandes difficultés qu'ont rencontrés les acteurs du système de santé au cours de cette crise. La fragmentation de l'offre de soins entre la ville et l'hôpital, entre le système de santé et le système médico-social et social est apparue comme un frein dans beaucoup d'endroits. S'il existe des initiatives remarquables par leur ingéniosité et leur efficacité, la construction d'organisations plus intégrées construisant des ponts entre ces différents secteurs, reste à l'échelle nationale un chantier encore largement en devenir. La diminution massive et durable du recours aux soins pendant le confinement, qui perdure encore dans de nombreux secteurs, a conduit à la constitution d'un retard de prise en charge aux conséquences difficilement prévisibles à ce jour, mais qui vont s'inscrire dans la durée et avoir un impact aussi bien sur l'état de santé de nos concitoyens que sur la régulation et le financement de notre système de santé. La réponse à ces difficultés doit elle aussi s'inscrire dans la durée : construire les organisations qui répondront à ces besoins nouveaux, les financer, trouver le juste équilibre entre la ville et l'hôpital, favoriser l'émergence d'acteurs de la coordination et du lien entre les différents secteurs, tels sont les objectifs qui doivent présider à des travaux, dont beaucoup ont déjà été entamés, comme autour de l'exercice pluri-professionnel en ville et des CPTS et dont certains sont encore à construire.

La construction de l'ONDAM est dans ce contexte un exercice délicat. A l'évidence, la fixation de son évolution pour 2021 devra tenir compte de ces éléments et s'ajuster pour permettre une progression sensiblement plus élevée que lors des années précédentes. Pour autant, la nécessité de poursuivre des actions de gestion du risque et de maîtrise des dépenses de santé reste entière. D'une part, parce que l'épidémie de COVID-19 a eu aussi une incidence sur les capacités de financement du système de santé sont à la baisse et qu'elles ne permettront pas de financer une augmentation des dépenses à la hauteur de leur croissance « naturelle » sans conduire à un creusement des déficits sociaux et à terme à une réduction de l'accès aux droits et aux soins. D'autre part parce que cette croissance « naturelle » des dépenses de santé peut aussi résulter d'organisations ou de parcours non pertinents ou non-qualitatifs, dont le poids, difficilement évaluable avec précision, est tout sauf négligeable et appelle une action de régulation diversifiée et persévérante, dont la légitimité ne peut être contestée dans un système de solidarité financé par les contributions de tous.

Les mesures de maîtrise des dépenses, que le rapport détaille dans sa deuxième partie, s'inscrivent dans la continuité des travaux que porte de longue date l'Assurance Maladie : une approche médicalisée, qui s'appuie sur un travail de co-construction avec les acteurs concernés, professionnels et assurés et qui vise à favoriser des changements de comportements vertueux et les organisations pertinentes - dont procèdent les résultats économique et non l'inverse. Ce type d'approche peut nécessiter des investissements initiaux et produire leurs effets plus tardivement que des approches de régulation purement budgétaires ou tarifaires, aux effets plus immédiatement mesurables dans les comptes, mais dont la durabilité des effets et les conséquences positives sur les organisations de santé sont beaucoup moins évidentes. Les politiques de prévention font partie de ces actions particulièrement efficaces à moyen et long terme, mais qui nécessitent des investissements à court terme, comme le montre l'exemple de la lutte contre le tabac présentée dans ce rapport. Le renforcement des actions de prévention passe notamment par la capacité des pouvoirs publics, à construire des actions et programmes mobilisant plusieurs leviers d'actions coordonnées, s'inscrivant dans le temps, et reposant sur des actions dont l'efficacité médico économique doit pouvoir être évaluée.

Dans ce contexte, l'entrée des innovations thérapeutiques dans le panier de soins remboursées et la fixation de leur prix demeure un enjeu fort de la régulation des dépenses du système de santé, qu'il s'agisse de traitements médicamenteux ou de dispositifs médicaux, classiques ou connectés. Les frontières et les modèles économiques des industries de santé évoluent régulièrement, parfois en profondeur, sous le double effet de la maturité de certaines techniques (comme les thérapies géniques) et de l'impact des outils de régulation (comme les politiques favorisant les génériques). La régulation doit en retour s'interroger et évoluer lorsque cela est nécessaire, notamment lorsque les prix demandés atteignent des niveaux particulièrement élevés, ou lorsque de nouvelles technologies peinent à trouver leur place dans un système d'autorisation et de remboursement qui n'ont pas été conçus pour elles. Alors que se profile la signature d'un prochain contrat de filière entre l'Etat et les représentants de l'industrie, il paraît utile de rappeler l'importance de la transparence sur les niveaux de prix et du caractère mesurable et de la réalité des résultats obtenus en vie réelle, qui motivent souvent le niveau de prix demandé. Au-delà de ce dernier point, la question du partage de la valeur créée par un produit ou un dispositif médical se pose. L'exemple des poses de valves aortiques par voie intravasculaire TAVI, discuté dans la troisième partie de ce rapport, montre bien à quel point une organisation vertueuse et construite sur la pertinence est indispensable à l'atteinte du résultat en population de la mise à disposition d'un dispositif médical. Or les modalités de paiement et de régulation des dispositifs médicaux sont encore aujourd'hui trop centrées sur les dispositifs en tant que tels et ne tiennent pas assez compte de l'environnement organisationnel, pourtant indispensable à leur bon usage et à leur efficacité. C'est notamment le cas pour les dispositifs médicaux connectés, en particulier les applications, pour lesquelles l'accès au marché s'en trouve largement limité, alors que leur apport potentiel apparaît évident. Ces constats appellent à innover et faire évoluer ces modes de paiement dans ce sens.

L'épidémie de COVID-19 nous rappelle s'il était besoin que les systèmes de santé reposent principalement et finalement sur l'engagement, la responsabilité et la compétence des femmes et des hommes qui les font fonctionner au quotidien. Comme tout système complexe, ils ne peuvent cependant fonctionner sans la mise en place de mécanismes de financement, de régulation ou encore de normes, qui ne sauraient néanmoins constituer la finalité du système, laquelle demeure in fine l'amélioration ou le maintien de l'état de santé de la population. Trouver l'équilibre entre l'engagement des professionnels, les résultats pour l'ensemble de la population et la soutenabilité d'un système solidaire est un exercice délicat et de longue haleine, auquel l'Assurance Maladie essaie chaque année de contribuer dans le périmètre de ses missions et qui préside aux analyses et propositions qui sont exposées dans le présent rapport.

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

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

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

Comme chaque année depuis 2012, les résultats de cet outil d'analyse sont présentés dans la première partie de ce rapport. La Cartographie repose sur les données de remboursements des soins issues du Système national des données de santé (**Encadré 1**). Elle offre aujourd'hui une perspective historique sur 7 années, de 2012 à 2018. Grâce à l'application de la même méthode pour chacune des années, elle permet une analyse de l'évolution de la fréquence des pathologies et des dépenses de soins remboursées en France sur cette période.

Cette année, peu de changements ont porté sur les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins (cf. Encadré 2 et annexe X), mais deux nouveaux algorithmes ont été ajoutés. Le premier permet de repérer les patients pris en charge pour une hépatite C chronique. Il s'agit de l'algorithme utilisé par Santé publique France. Le second, qui repère également les patients pris en charge pour une hépatite C chronique, permet d'identifier en outre les patients pris en charge pour une hépatite C guérie. L'algorithme « maladies du foie et du pancréas » a été adapté en conséquence pour s'assurer que toutes les personnes repérées pour une hépatite C y sont bien incluses. Cette modification vise à mieux repérer les personnes prises en charge pour cette pathologie, elle modifie donc les effectifs relativement aux versions précédentes.

Par ailleurs, la méthode d'estimation des dépenses n'a pas été modifiée. Toutefois, l'intégration, à partir de 2017, du financement des médicaments délivrés dans le cadre d'autorisations temporaires d'utilisation dans le poste de dépenses « médicaments de la liste en sus » continue de modifier le périmètre pris en compte pour les années 2012 à 2016, relativement à celui des années 2017 et 2018 et peut expliquer d'éventuelles ruptures observées sur les dépenses. Ces médicaments étaient financés précédemment pour les établissements de santé via l'enveloppe « Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation » (MERRI). Les dépenses correspondantes sont donc en dehors du champ de la Cartographie pour les années 2012 à 2016.

Dans cette première partie du rapport sont donc présentés :

- les effectifs et dépenses mobilisées pour la prise en charge des différentes pathologies en 2018 et leurs évolutions entre 2012 et 2018,
- une mise à jour de l'éclairage sur les maladies valvulaires,
- un éclairage sur les maladies du foie et du pancréas
- une étude des dépenses dans l'année suivant l'initiation d'un traitement contre le virus de l'hépatite C,
- une description des localisations des cancers et des dépenses de soins remboursées (en lien ou non avec le cancer) en 2017 des personnes ayant un « autre cancer en phase active de traitement », c'est-à-dire à l'exclusion des cancers de la prostate, du sein, colorectal et bronchopulmonaire (présentés dans le dernier rapport pour la même année),
- la réalisation de projections à cinq ans du nombre de personnes prises en charge pour les différentes pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, avec une rétrospective sur les projections faites dans un précédent rapport,

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

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

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

Dans les prochaines années viendront s'ajouter :

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

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

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

Encadré 2: Mises en garde préalables

Comparaison des résultats avec ceux des précédents rapports

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

Présentation des résultats

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

1. Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2018 et à quel coût ?

En 2018, 142 milliards d'euros ont été remboursés¹ par le régime général² pour la prise en charge de près de 57,9 millions de personnes. Les pathologies et des traitements chroniques représentent près de 61% de la dépense (environ 86 milliards d'euros) (Figure 1, Figure 2, Tableau 1), et concernent 35% de la population (soit près de 21 millions de personnes pour le régime général) (Figure 3). À l'opposé, 55% de la population affiliée au régime général, soit un peu plus de 31 millions de personnes, ont reçu uniquement des soins qualifiés de courants (Encadré 3).

Comme les années précédentes, certaines pathologies (Encadré 3) représentent une proportion particulièrement importante des dépenses d'assurance maladie (Figure 1, Figure 2, Tableau 1) :

- La plus importante concerne les épisodes hospitaliers que l'on peut qualifier de « ponctuels », au sens où l'hospitalisation n'est pas en lien avec l'une des pathologies de la Cartographie : 31,7 milliards d'euros (37,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 22% des dépenses totales. Un descriptif de ces séjours a été présenté dans notre rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses » pour 2020.
- La **santé mentale**, si l'on regroupe les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des « traitements chroniques par psychotropes » (dont les anxiolytiques et hypnotiques), représente 20,6 milliards d'euros (23,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 14,5% des dépenses totales ;
- La prise en charge des **cancers** atteint 16,3 milliards d'euros (19,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 11,5 % des dépenses totales ;
- La prise en charge des **maladies cardio-neurovasculaires** atteint 14,3 milliards d'euros (17 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes), soit 10 % des dépenses totales ;

Une analyse plus fine des 20,6 milliards d'euros affectés aux maladies ou traitements chroniques psychiatriques, permet de mettre en lumière le poids important des dépenses affectées aux « troubles névrotiques et de l'humeur » (5,5 milliards d'euros) et aux « troubles psychotiques » (4,4 milliards d'euros) qui représentent 48 % des dépenses affectées à la santé mentale. Ce poids important découle principalement des dépenses des séjours hospitaliers, en établissement psychiatriques notamment.

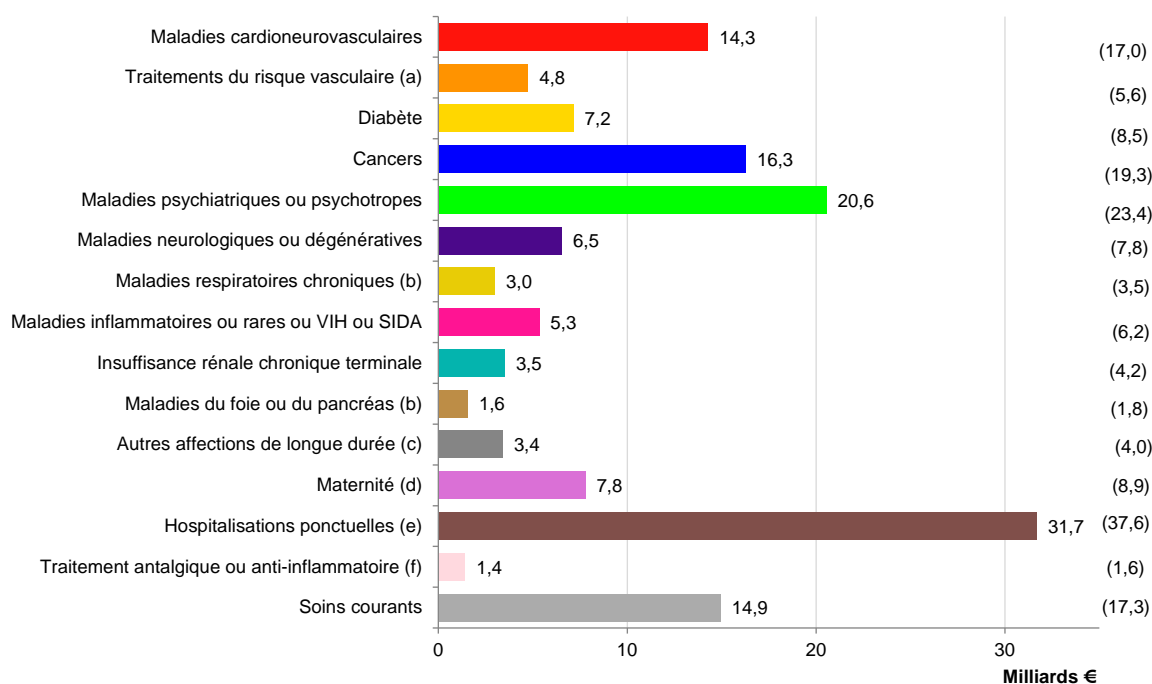
Parmi les 16,3 milliards d'euros affectés aux cancers, on notera le poids important des cancers du sein (3 milliards d'euros), du poumon (1,8 milliard d'euros), du colon (1,6 milliard d'euros) et de la prostate (1,3 milliard d'euros) qui représentent 47% des dépenses mobilisées.

Au sein des maladies cardio-neurovasculaires, trois pathologies représentent plus des 2/3 des dépenses : la maladie coronaire (3,6 milliards d'euros), les accidents vasculaires cérébraux (3,2 milliards d'euros) et l'insuffisance cardiaque (2,4 milliards d'euros).

¹ Les dépenses suivantes, relevant du champ ONDAM, ne sont pas incluses : pour les soins de ville : rémunération médecin traitant, permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM, FAC et aides à la télétransmission ; pour les établissements de santé : Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG...), Migac ; pour les établissements et services médico-sociaux : ensemble des dépenses, pour le fonds d'intervention régional (FIR) : ensemble des dépenses et pour les autres prises en charge : FMESPP et FIQCS. Les dépenses suivantes, hors champ ONDAM, ont en revanche été incluses : indemnités journalières maternité et invalidité.

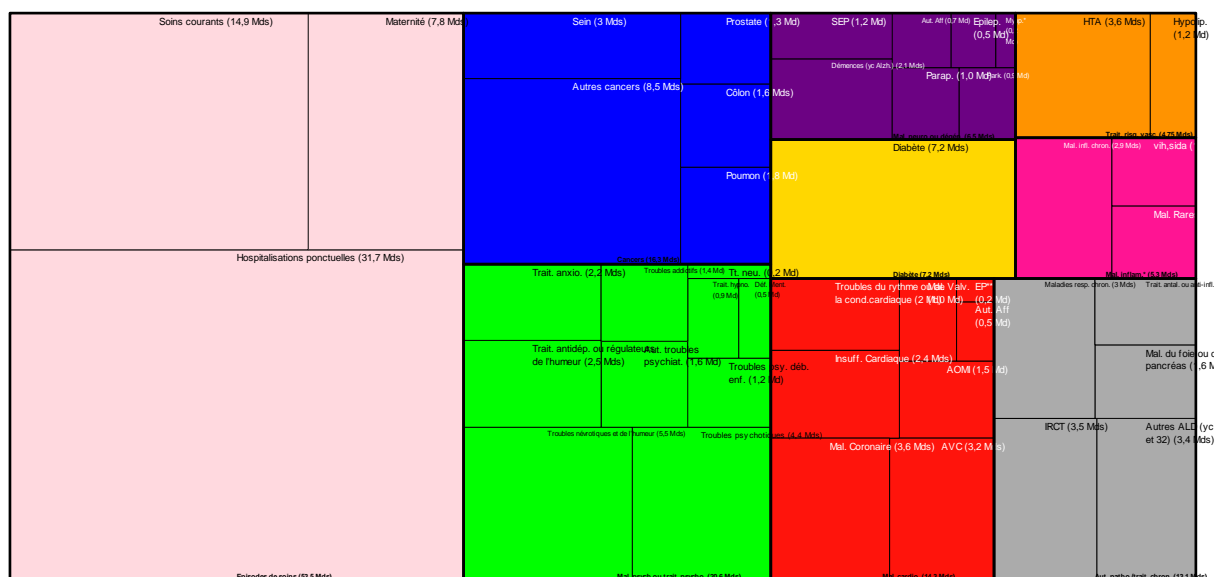
² Les dépenses extrapolées « Tous régimes » sont de 167 Mds€.

Figure 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2018 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 142 Mds € pour le Régime Général (167 Mds € pour l'ensemble des régimes)



(a) hors pathologies
 (b) hors mucoviscidose
 (c) dont 31 et 32
 (d) avec ou sans pathologies
 (e) avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
 (f) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
 Champ : Régime général - France entière
 Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

Figure 2 : Répartition des dépenses entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2018 (en euros)



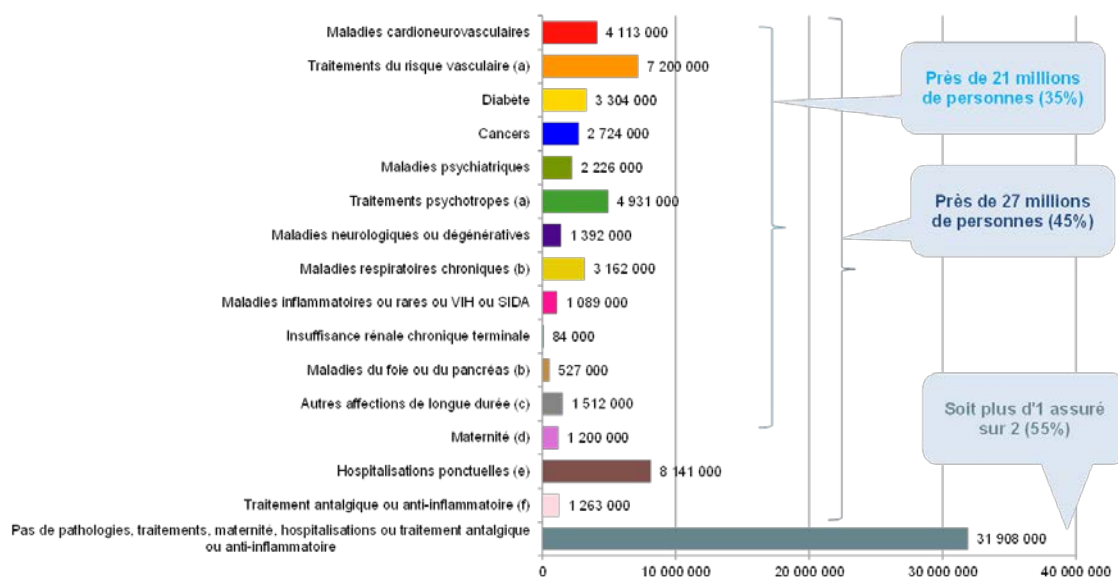
Note de lecture : la surface totale de la figure représente la dépense totale, les aires des rectangles plus petits sont proportionnelles à la part des dépenses par rapport à la dépense totale. Les montants entre parenthèses sont les montants en euros extrapolés à l'ensemble des régimes.
 Champ : Régime général extrapolé à la France entière
 Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

Tableau 1. Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées par le régime général extrapolées à l'ensemble des régimes en 2018 (167 Mds €) entre les catégories de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (en millions d'euros)

Catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins	Dépenses remboursées	Soins de ville	dont soins de médecins	dont médicaments	Hospitalisations	Prestations en espèces
Maladies cardiovasculaires	16 958	7 372	1 119	2 218	8 485	1 102
dont maladies cardiovasculaires aiguës	4 230	632	73	125	3 491	107
dont maladies cardiovasculaires chroniques	12 729	6 740	1 046	2 092	4 994	995
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	5 551	4 303	1 180	1 560	325	923
Diabète	8 487	7 132	714	2 470	798	557
Cancers	19 276	7 768	1 388	3 675	10 364	1 145
dont cancers actifs	17 308	6 456	1 053	3 330	10 107	745
dont cancers sous surveillance	1 968	1 311	335	345	256	400
Maladies psychiatriques ou psychotropes	23 414	6 739	1 674	2 035	11 390	5 286
dont maladies psychiatriques	16 696	3 325	568	997	10 914	2 457
dont traitements psychotropes (hors pathologies)	6 718	3 414	1 106	1 038	476	2 829
Maladies neurologiques ou dégénératives	7 788	4 957	191	1 227	2 244	587
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3 514	2 172	495	1 084	995	348
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	6 243	4 367	207	3 613	1 341	535
Insuffisance rénale chronique terminale	4 230	1 307	21	357	2 842	82
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	1 834	1 111	64	923	569	154
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	4 019	2 994	231	1 291	673	353
Maternité (avec ou sans pathologies)	8 916	1 281	336	122	4 064	3 571
Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	37 574	5 272	1 690	1 058	28 999	3 303
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou soins courants)	1 623	872	382	209	126	625
Soins courants	17 348	12 867	5 299	1 711	1 168	3 313
Total consommateurs régime général + sections locales mutualistes	166 778	70 512	14 990	23 551	74 382	21 883
Champ : Tous Régimes, dépenses remboursées - France entière						
Source : Cnam (cartographie version de juillet 2020)						

En 2018, 7,2 millions de personnes ont reçu un traitement chronique du risque vasculaire et plus de 8 millions ont eu une hospitalisation dite « ponctuelle » (Encadré 3), pour des motifs autres que ceux correspondants aux pathologies chroniques identifiées via les algorithmes médicaux dont font parties les maladies cardio-neurovasculaires (4,1 millions de personnes), le diabète (3,3 millions de personnes) et les maladies respiratoires chroniques (3,2 millions de personnes), mais aussi les cancers (2,7 millions de personnes) et les maladies psychiatriques (2,2 millions de personnes). Si l'on ajoute à ces dernières les 4,9 millions de personnes avec un traitement chronique par psychotrope, ce sont plus de 7 millions de personnes qui ont été prises en charge pour une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale.

Figure 3 : Nombre de bénéficiaires du Régime Général pris en charge en 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (57,9 millions de personnes au total)



(a) hors pathologies

(b) hors mucoviscidose

(c) dont 31 et 32

(d) avec ou sans pathologies

(e) avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Remarque : les effectifs détaillés ne se cumulent pas, une même personne pouvant avoir plusieurs pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins au cours de l'année

Champ : Régime général - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

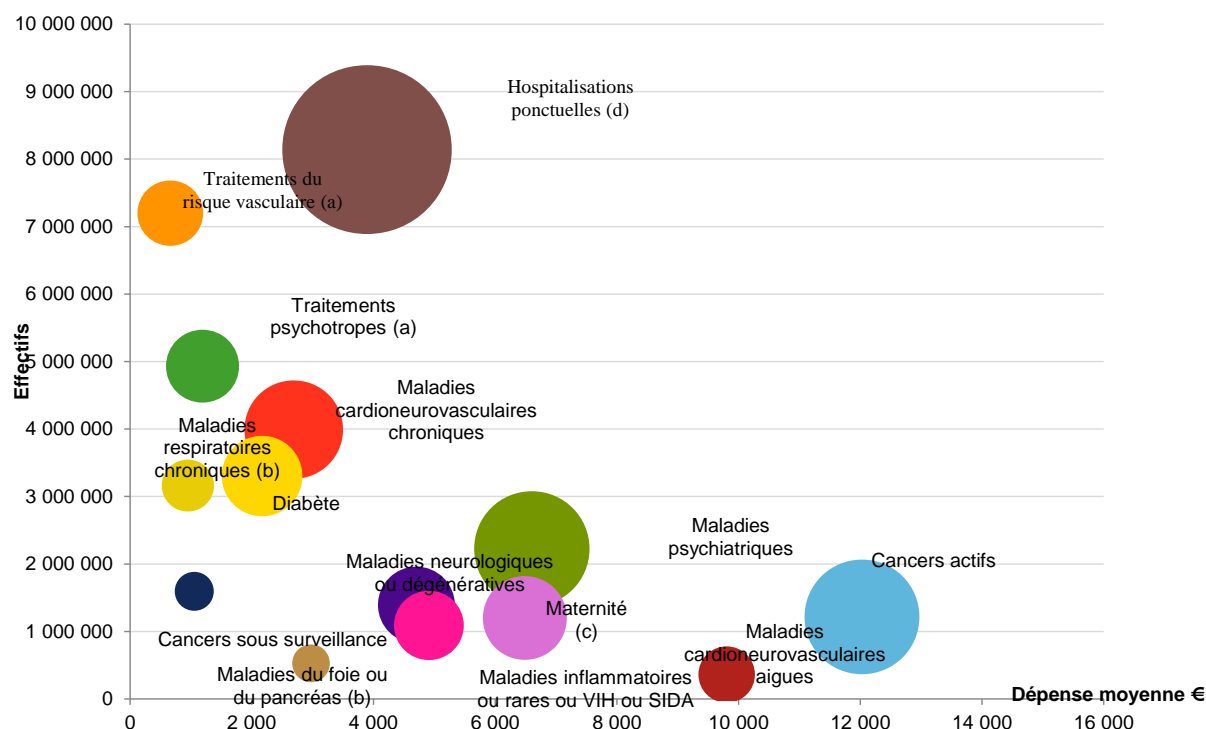
Les dépenses totales par pathologie dépendent du nombre de personnes traitées et de la dépense moyenne par patient (Tableau 2). Deux principaux groupes de pathologies se distinguent (Figure 4) :

- celles qui concernent un nombre important de personnes mais avec un coût moyen par patient relativement faible, comme le traitement chronique du risque vasculaire en prévention primaire (660 € /an /personne en moyenne) ou le traitement chronique par psychotropes (1 191 € /an /personne en moyenne).
- celles qui concernent peu de personnes mais pour lesquelles la dépense annuelle moyenne mobilisée par patient est élevée. C'est le cas notamment des cancers actifs (12 025 €), des maladies cardio-neurovasculaires aiguës (9 803 €), des maladies psychiatriques (6 601 €) et la maternité (6 486 €).

Les hospitalisations ponctuelles (Encadré 3) se démarquent toutefois avec un effectif très élevé (8 141 050 patients) et une dépense moyenne élevée (3 893 €).

Malgré des effectifs relativement faibles (83 835 bénéficiaires), le poids de l'insuffisance rénale chronique terminale n'est pas négligeable du fait d'une dépense annuelle moyenne par patient extrêmement élevée³ (42 933 €).

Figure 4 : Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales en 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins



- (a) hors pathologies
 - (b) hors mucoviscidose
 - (c) dont 31 et 32
 - (d) avec ou sans pathologies
 - (e) avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
 - (f) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
- Champ : Régime général - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées. Seuls ont été représentés les principales catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins afin de ne pas alourdir le graphique. Par ailleurs, pour les maladies cardio-neurovasculaires, les formes aiguës (événement survenu dans l'année) et chroniques de la maladie ont été distinguées de manière à mieux faire ressortir les différences en termes d'effectifs ou de dépenses remboursées moyennes mobilisées pour leur prise en charge. De même, les cancers en phase active (avec un traitement en cours) ont été distingués de ceux en phase de surveillance. Enfin, les maladies psychiatriques, qui concernent des personnes en ALD ou ayant été hospitalisées pour ce motif, ont été distinguées des personnes traitées par psychotropes sans diagnostic psychiatrique repérable dans les remboursements de soins.

³ Pour cette raison, cette pathologie n'a pas été représentée dans la Figure 4 .

Encadré 3 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitement chroniques et épisodes de soins de la
Cartographie médicalisée des dépenses

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

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

Diabète (quel que soit son type).

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

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

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

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

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

Maladies inflammatoires, maladies rares et VIH : les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, les autres maladies inflammatoires chroniques ; pour les maladies rares, les maladies métaboliques héréditaires, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase grave. L'infection par le VIH ou SIDA font l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

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

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

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

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

Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes : il s'agit de traitements délivrés au moins 6 fois dans l'année, qui peuvent être à visée rhumatologique chronique (lombalgie, arthrose, etc.) mais aussi liés à la prise en charge de toute pathologie chronique douloureuse, y compris celles repérées ci-dessus.

Séjours hospitaliers ponctuels (pour des motifs qui ne correspondent pas aux 56 groupes de pathologies repérées). Ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées (prothèse de hanche) ou non (appendicectomie), exploratoires (coloscopie), ou des symptômes ou pathologies mal définies.

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

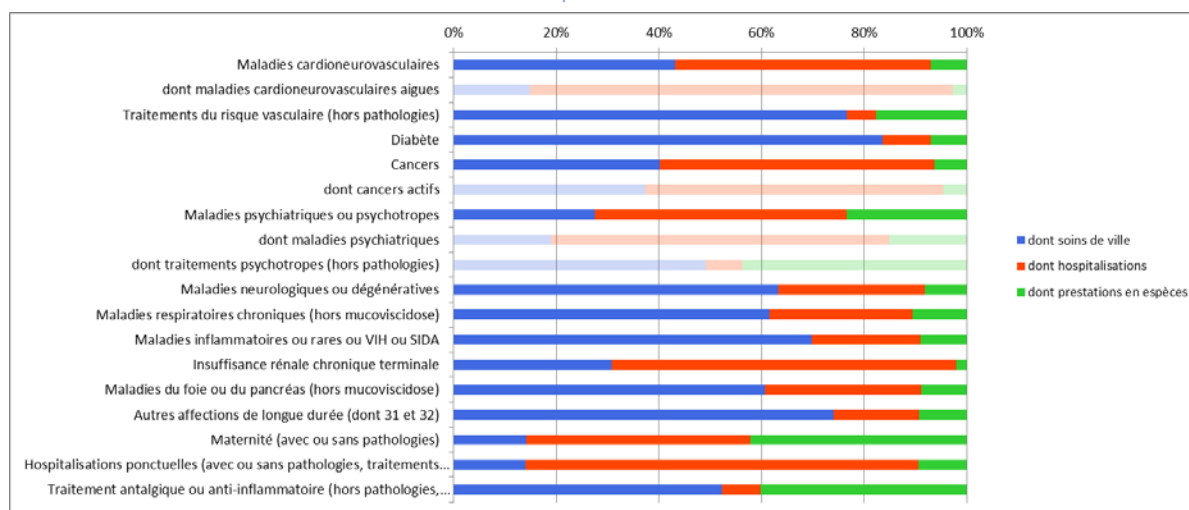
Tableau 2. Effectifs et dépenses moyennes par patient en 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins

Catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins	Effectif	Dépense moyenne	dont soins de ville	dont hospitalisations	dont prestations en espèces
Maladies cardiovasculaires	4 113 494	3 472 €	1 502 €	1 729 €	243 €
dont maladies cardiovasculaires aiguës	361 358	9 803 €	1 455 €	8 092 €	270 €
dont maladies cardiovasculaires chroniques	3 991 907	2 691 €	1 416 €	1 049 €	226 €
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	7 199 929	660 €	506 €	38 €	116 €
Diabète	3 304 255	2 169 €	1 813 €	203 €	153 €
Cancers	2 723 585	5 979 €	2 405 €	3 192 €	382 €
dont cancers actifs	1 214 356	12 025 €	4 486 €	6 981 €	558 €
dont cancers sous surveillance	1 593 260	1 056 €	693 €	136 €	227 €
Maladies psychiatriques ou psychotropes	7 157 120	2 873 €	793 €	1 410 €	670 €
dont maladies psychiatriques	2 225 731	6 601 €	1 251 €	4 350 €	1 000 €
dont traitements psychotropes (hors pathologies)	4 931 389	1 191 €	586 €	84 €	522 €
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 391 682	4 704 €	2 973 €	1 350 €	381 €
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3 161 618	949 €	585 €	265 €	100 €
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1 088 538	4 911 €	3 426 €	1 039 €	445 €
Insuffisance rénale chronique terminale	83 835	41 933 €	12 889 €	28 159 €	885 €
dont dialyse chronique	45 823	61 296 €	17 233 €	43 493 €	570 €
dont transplantation rénale	3 026	69 954 €	16 317 €	51 430 €	2 206 €
dont suivi de transplantation rénale	34 986	14 149 €	6 903 €	6 062 €	1 183 €
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	526 893	2 972 €	1 802 €	905 €	265 €
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 511 951	2 255 €	1 670 €	373 €	211 €
Maternité (avec ou sans pathologies)	1 200 415	6 486 €	920 €	2 830 €	2 737 €
Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	8 141 050	3 893 €	545 €	2 977 €	370 €
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 263 333	1 122 €	587 €	84 €	451 €
Champ : Régime général, dépenses remboursées - France entière					
Source : Cnam (cartographie version de juillet 2020)					

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Figure 5). Les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour les maladies cardiovasculaires aiguës (82%), l'insuffisance rénale chronique terminale (67%), les maladies psychiatriques (66%) et les cancers actifs (58%), ce qui explique leurs niveaux de dépenses élevés. A l'inverse, les soins de ville concernent la majorité des dépenses mobilisées pour la prise en charge du diabète (84%), des personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (77%), des maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA (70%), des cancers sous surveillance (66%), des maladies neurologiques ou dégénératives (63%), des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) (62%) et des maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) (61%). Enfin, les prestations en espèces⁴ ont un poids important dans les dépenses mobilisées dans le cadre de la maternité (42%) ou pour les patients ayant bénéficiés de traitements chroniques par psychotropes (44%) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (40%).

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

Figure 5 : Structure des dépenses moyennes par patient en 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



Champ : Régime général - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

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

Quelles sont les dynamiques médicales et économiques à l'œuvre derrière ces évolutions ? Sont-elles liées à l'évolution du nombre de patients soignés ? Résultent-elles au contraire d'une évolution des dépenses annuelles moyennes mobilisées pour chaque personne ? Ces évolutions des dépenses moyennes peuvent être le résultat par 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.

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

Le recul disponible pour analyser grâce à la Cartographie l'évolution du nombre de personnes concernées par les différentes pathologies et les dépenses mobilisées pour leur prise en charge augmente chaque année. On dispose aujourd'hui de données sur la période 2012-2018, soit un recul de 7 années. Cet horizon temporel de moyen terme permet d'analyser finement les évolutions en présentant :

- la tendance générale des dépenses sur l'ensemble de la période 2012-2018 (évolution de moyen terme) ;
- la tendance constatée sur la dernière année (2017-2018) (évolution de court terme) en parallèle des évolutions annuelles constatées entre chacune des années précédentes de 2012 à 2017.

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

2.1.1 Une augmentation de 19,6 Mds € de la dépense totale en 7 ans qui concerne la grande majorité des pathologies.

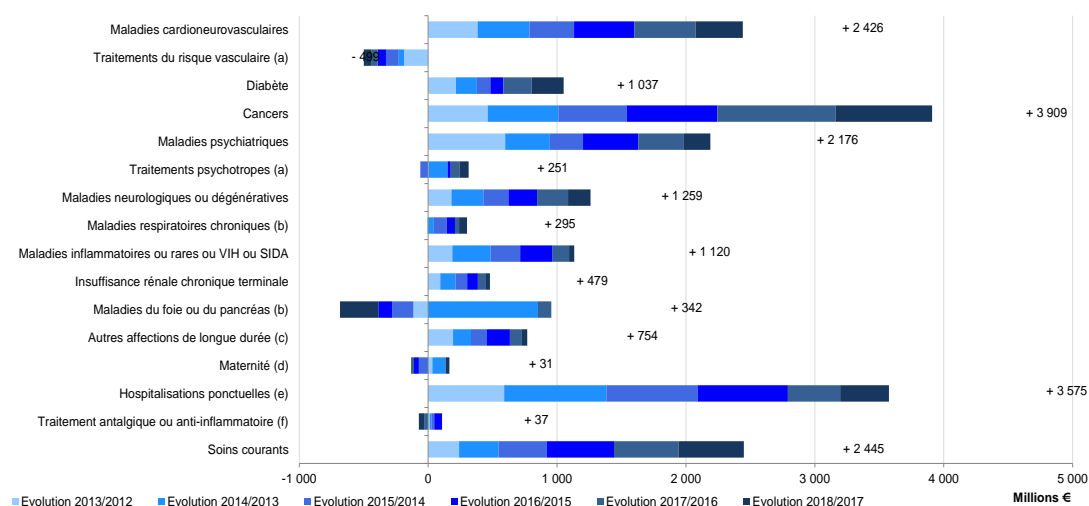
Depuis 2012, la dépense totale de la consommation de soins au régime général a augmenté de 19,6 Mds € (soit +13,8% en 7 ans, 1,9% par an en moyenne). Une partie de cette hausse des dépenses est liée à l'augmentation du nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins par le régime général entre 2012 (55,9 millions) et 2018 (57,9 millions), soit une augmentation de 2 million de personnes en 7 ans (+0,5%/an en moyenne sur la période).

Les augmentations les plus importantes en montant entre 2012 et 2018 sont observées sur les dépenses affectées à la prise en charge des cancers (+3,9 Mds €). Les dépenses liées aux hospitalisations ponctuelles ont elles aussi fortement augmenté, à un niveau toutefois moindre (+3,6 Mds €), de même que celles liées aux maladies cardio-neurovasculaires (+2,4 Mds €) et les maladies psychiatriques (+2,2 Mds €) (Figure 6).

Seules les dépenses mobilisées pour les personnes avec un « traitement du risque vasculaire » en prévention primaire ont baissé, chaque année, entre 2012 (5,3 Mds €) et 2018 (4,8 Mds €, soit une baisse de 499 M €). Cette baisse des dépenses concerne exclusivement les dépenses mobilisées pour les personnes traitées par hypolipémiants en prévention primaire qui sont passées de 1,7 Mds € 2012 à 1,2 Mds € en 2018, alors que les dépenses mobilisées pour les personnes traitées par antihypertenseurs en prévention primaire ont légèrement augmenté (3,5 Mds € en 2012 versus 3,6 Mds € en 2018).

L'évolution des dépenses sur la période peut toutefois être contrastée selon les années. C'est en particulier le cas des « maladies du foie ou du pancréas » dont les dépenses avaient baissé entre 2011 et 2012, pour ensuite augmenter fortement entre 2013 et 2014 (+ 871 millions d'euros suite à l'arrivée du sofosbuvir), et baisser de nouveau les années suivantes (arrivée de nouveaux traitements moins coûteux, baisse de la durée de traitement) limitant au global l'augmentation des dépenses à + 342 millions d'euros sur les sept années (Figure 6).

Figure 6 : Evolution des dépenses entre 2012 et 2018, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



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

Champ : Régime général - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

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

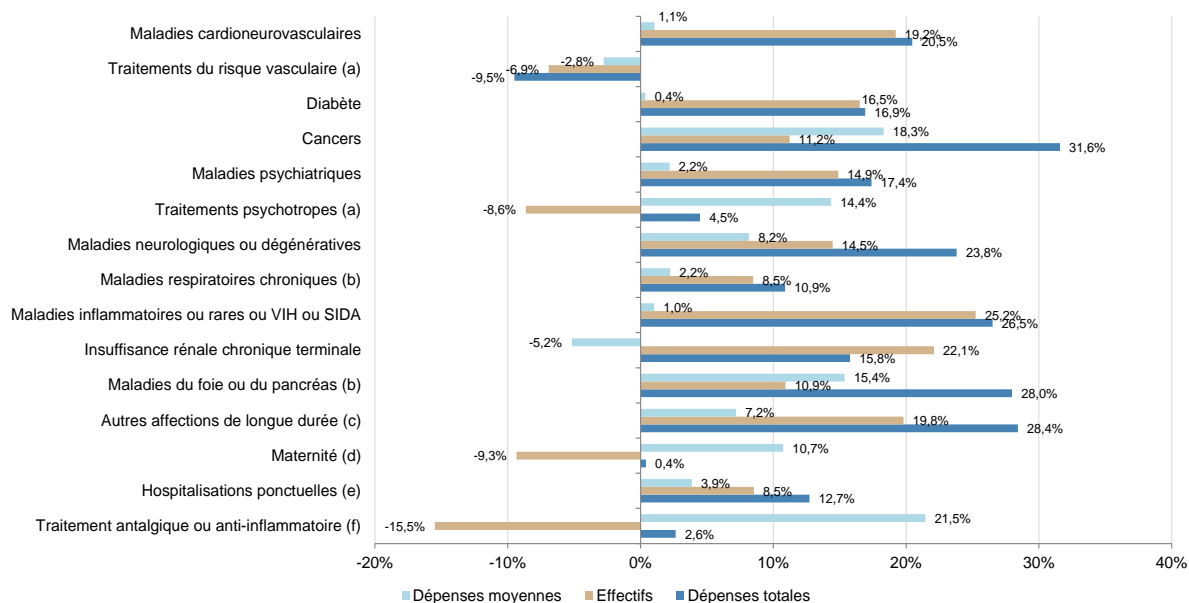
2.1.2 Des dépenses qui augmentent en lien avec la hausse soutenue du nombre de personnes prises en charge pour les pathologies.

Pour de nombreuses pathologies, l'augmentation de la dépense s'explique par une augmentation des effectifs plus importante que celle des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2018. C'est le cas notamment des maladies inflammatoires ou rares (+26,5%), des maladies neurologiques ou dégénératives (+23,8%), des maladies cardio-neurovasculaires (+20,5%), des maladies psychiatriques (+17,4%), du diabète (+16,9%), des

hospitalisations ponctuelles (+12,7%), des maladies respiratoires chroniques (+10,9%) et des autres affections de longues durées (+28,4%).

Le nombre de personnes prises en charge pour une insuffisance rénale chronique terminale a également augmenté (+22,1%), mais la dépense annuelle moyenne par patient mobilisée pour cette pathologie a diminué sur la période (-5,2%), aboutissant à une hausse de la dépense totale plus limitée (+15,8%). Comme nous l'avons décrit dans notre rapport pour l'année 2018, cette baisse de la dépense moyenne peut s'expliquer par la réintégration dans les tarifs des séjours MCO des spécialités pharmaceutiques à base d'agents stimulants de l'érythropoïèse (EPO) à partir du 1^{er} mars 2014, qui a permis de maîtriser les dépenses hospitalières en MCO pour l'insuffisance rénale chronique terminale, et un possible impact des actions mises en place par l'Assurance Maladie sur les dépenses de transports.

Figure 7. Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2018, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



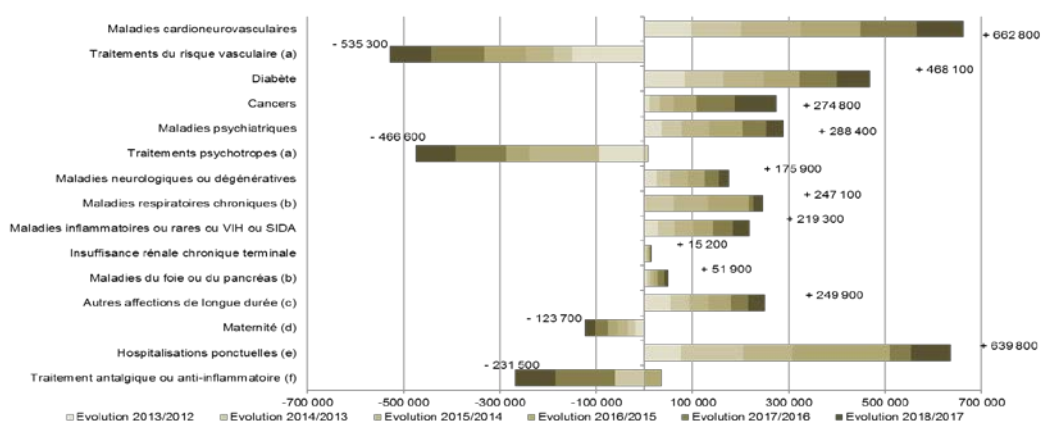
- (a) hors pathologies
- (b) hors mucoviscidose
- (c) dont 31 et 32
- (d) avec ou sans pathologies
- (e) avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
- (f) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : Régime général - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

Les effectifs de personnes ayant une consommation de soins en lien avec une maladie cardio-neurovasculaire (+662 800 personnes, +3,0%/an en moyenne), un diabète (+468 100 personnes, +2,6%/an en moyenne) ou une « hospitalisation ponctuelle » (+639 800 personnes) ont notablement augmenté entre 2012 et 2018 (Figure 8). Cette augmentation est régulière pour les maladies cardiovasculaires et le diabète et témoigne sans doute pour partie du vieillissement de la population. Le nombre de personnes ayant eu une « hospitalisation ponctuelle » a fortement augmenté entre 2015 et 2016 (+2,6%, contre seulement +1,4% en moyenne annuelle depuis 2012). Cette évolution témoigne certainement des effets du déploiement d'un nouveau test de dépistage du cancer colorectal à partir d'avril 2015 et à l'augmentation des effectifs de personnes ayant un cancer colorectal actif du fait du vieillissement de la population (voir le rapport Charges et Produits de 2018 de l'Assurance Maladie, page 23).

Figure 8. Evolution des effectifs entre 2012 et 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



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

Champ : Régime général - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

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

Pour les maladies du foie ou du pancréas et les cancers en revanche, l'augmentation de la dépense totale s'explique par une augmentation des dépenses annuelles moyennes mobilisées pour chaque patient plus importante que la hausse des effectifs (Figure 7). A titre d'exemple, les effectifs de patients atteints d'une maladie du foie ou du pancréas ont augmenté de 11%, ce qui représente 51 900 personnes (Figure 8), quand la dépense annuelle moyenne par patient a augmenté de 342 M€ (+15%), en lien avec l'arrivée du sofosbuvir et autres nouveaux traitements de l'hépatite virale chronique C.

2.1.4 Une analyse des évolutions à moyen terme plus complexe pour les personnes avec un traitement chronique

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

L'augmentation relativement faible des dépenses totales des personnes avec un traitement chronique par psychotropes (+4,5% en 7 ans), de celles des personnes avec un traitement chronique par antalgiques ou anti-inflammatoires (+2,6%) et de celles liées à la maternité (+0,4%) s'explique principalement par la baisse des effectifs concernés (respectivement -8,6%, -15,5% et -9,3%) qui permet de compenser partiellement l'augmentation de la dépense annuelle moyenne par patient (respectivement +14,4%, +21,5% et +10,7%) (Figure 7).

Il convient néanmoins d'être prudent dans les interprétations, en particulier concernant la diminution du nombre de patients traités par psychotropes. Il est en effet possible qu'une partie de cette diminution découle de la définition des algorithmes (basée uniquement sur le recours chronique à certains traitements, après exclusion des personnes pour lesquelles un diagnostic spécifique est retrouvé) et des améliorations du système d'information (par exemple, l'amélioration du codage du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie qui expliquerait en partie la baisse des effectifs du groupe « traitement chronique par psychotropes » au profit du groupe « maladies psychiatriques »). Néanmoins, la baisse du nombre de personnes ayant un traitement chronique par psychotropes⁵ sur la période est plus forte (- 466 600 personnes entre 2012 et 2018) que la

⁵ Hors maladies psychiatriques repérables à partir des données (ALD et/ou motifs d'hospitalisation) présentes dans le SNDS.

hausse observée du nombre de personnes avec une maladie psychiatrique (+ 288 400 personnes entre 2012 et 2018), ce qui laisse penser qu'il ne s'agit pas uniquement d'un transfert d'un groupe à l'autre (Figure 8). De plus, cette baisse est cohérente avec les données observées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour la période 2012-2015, en France et dans d'autres pays européens, en particulier en ce qui concerne les anxiolytiques (ANSM, avril 2017⁶).

La baisse du nombre de personnes ayant un traitement chronique par antalgique ou anti-inflammatoire est particulièrement importante en 2017 et en 2018. Cette baisse, constatée également dans un rapport de l'ANSM en 2019⁷ qui montrait qu'elle concernait essentiellement les antalgiques opioïdes faibles, s'explique probablement par les nombreuses actions mises en place en raison notamment d'un mésusage de codéine chez les jeunes : recommandations⁸, communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017.

La baisse des dépenses totales mobilisées pour les personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (- 499 M€ soit -9,5%) s'explique par une baisse à la fois des effectifs (-6,9%) et de la dépense moyenne par patient (-2,8%). La baisse des effectifs de cette catégorie de patients s'explique par une diminution importante du nombre de personnes traitées par hypolipémiants (3,7 millions en 2012 versus 2,7 millions en 2018 soit une baisse de 27,8%). À l'inverse, le nombre de personnes traitées par antihypertenseurs (hors pathologie cardio-neurovasculaire, diabète et IRCT) a très légèrement augmenté. Ces évolutions sont à interpréter à la lumière de l'augmentation des effectifs des groupes « maladies cardio-neurovasculaires » et « diabète ». Une variation de la taille de l'un de ces groupes (pathologies plus fréquentes du fait d'un vieillissement de la population par exemple, ou moins fréquentes du fait d'une meilleure prévention primaire) peut en effet conduire à une variation de la taille de l'autre groupe (population plus jeune en prévention primaire du risque vasculaire). Néanmoins, la baisse du nombre de personnes traitées par hypolipémiants traduit probablement les évolutions des pratiques de prescription des statines au cours des dernières années, liées aux interrogations quant à leur bénéfice en prévention primaire.

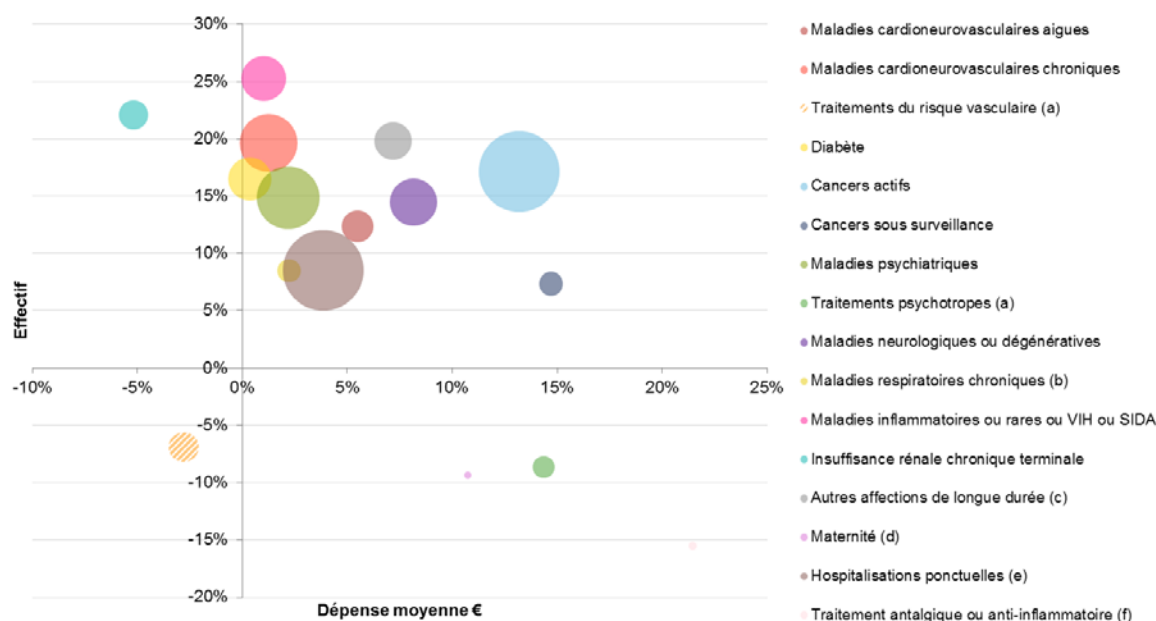
La Figure 9 permet de visualiser de manière synthétique les contributions de l'évolution des effectifs et dépenses moyennes par an et par patient aux dépenses totales sur la période 2012-2018. Elle permet de mettre également en lumière les enjeux économiques associés à chaque groupe de pathologies, la taille de la bulle étant proportionnelle au différentiel total de dépenses remboursées entre 2012 et 2018.

⁶ <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>

⁷ En février 2019, l'ANSM a publié un rapport sur la consommation des antalgiques : [État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques](#)

⁸ La HAS a publié en janvier 2016 des recommandations de bonne pratique sur ["la Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternative à la codéine"](#). En 2018, l'Académie de Médecine publie [« Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades »](#)

Figure 9 : Evolutions des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2018, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins.



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

Champ : Régime général - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

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

2.1.5 A court terme, entre 2017 et 2018, les dépenses ont augmenté pour la plupart des pathologies.

Entre 2017 et 2018, les dépenses d'assurance maladie du régime général ont augmenté (+ 2,5 Mds d'€) de façon un peu moins dynamique (+1,7% entre 2017 et 2018) que sur la période précédente (+2,2%/an en moyenne entre 2012 et 2016), ce taux global masque cependant des évolutions très contrastées entre les pathologies et traitements chroniques.

Les dépenses mobilisées pour la prise en charge en particulier du diabète et des traitements psychotropes ont augmenté entre 2017 et 2018 de façon plus dynamique que sur les dernières années. La dépense affectée à la prise en charge du diabète a en effet augmenté de 3,6% entre 2017 et 2018 versus 3,2% entre 2016 et 2017 et moins de 3% les années précédentes.

Pour de nombreuses autres pathologies, la dépense totale augmente également mais à un rythme moins soutenu que les années précédentes. Parmi elles, se retrouvent les cancers dont l'évolution de la dépense demeure importante relativement à celle des autres pathologies (+4,8% entre 2017 et 2018) mais de manière moins accentuée que les années précédentes (avec une baisse de 2,5 points de pourcentage relativement à l'évolution constatée l'année précédente), les maladies neurologiques ou dégénératives (2,7%, contre +3,9% entre 2016 et 2017), les maladies cardiovasculaires (+2,6% entre 2017 et 2018 contre +3,5% l'année

précédente), Maladies psychiatriques (1,4% contre au minimum +1,9% les années précédentes), les autres ALD et les hospitalisations ponctuelles (+1,2% entre 2017 et 2018 contre respectivement au minimum +2,7% et 1,3% les années précédentes). Enfin, la croissance des dépenses affectées à l'insuffisance rénale chronique terminale (0,9%) et aux maladies inflammatoires ou rares a fortement ralenti entre 2017 et 2018 (autour de 0,8% contre au minimum respectivement +1,8% et +2,4% les années précédentes).

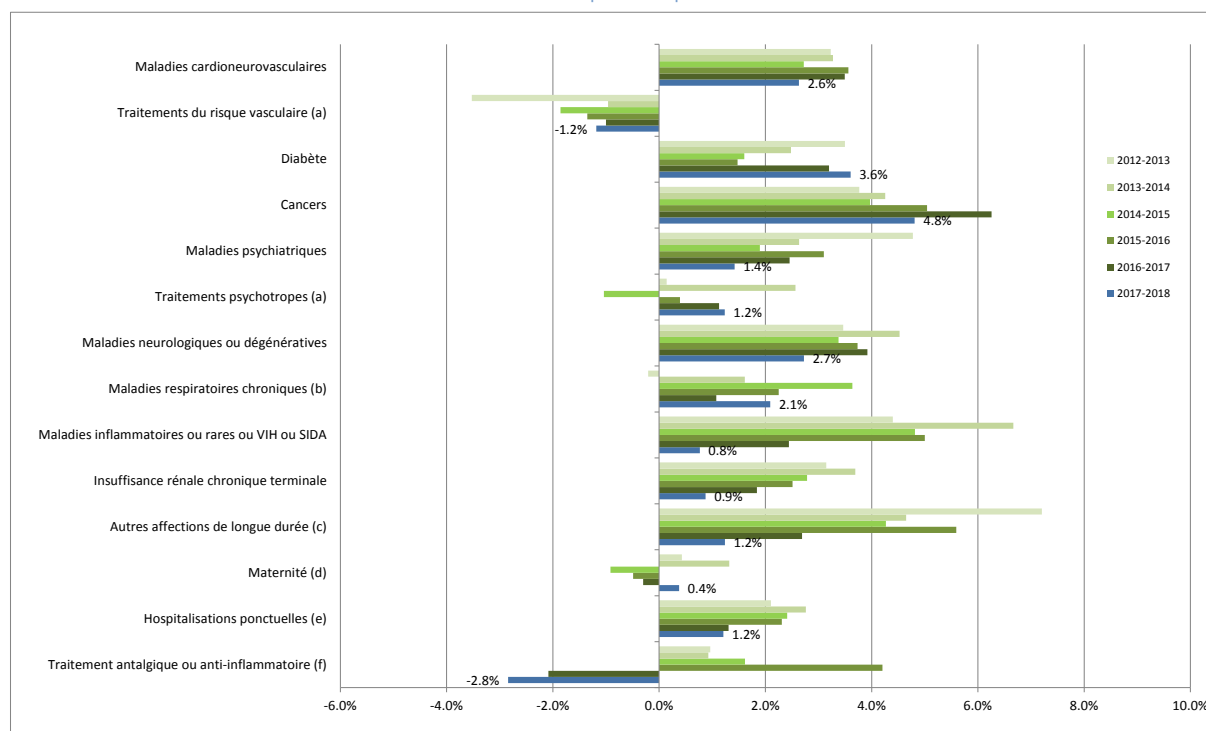
Si pour les dépenses de prise en charge du diabète et des maladies cardiovasculaires, l'accélération observée en 2017 est moins forte que celle des dépenses du cancer, elle n'en demeure pas moins préoccupante en raison du grand nombre de personnes concernées par ces pathologies et des taux de croissance des dépenses qui sont élevés.

Les dépenses mobilisées pour les « traitements antalgique ou anti-inflammatoire » et les « traitements du risque vasculaire » ont diminué respectivement de 2,8 % et 1,2 % entre 2017 et 2018. Pour le premier groupe la baisse est plus importante que celles constatées les années précédentes (elle était par exemple de 2,1 % entre 2016 et 2017), alors que pour les seconds elle semble marquer le pas par rapport aux années précédentes.

Seule la dépense liée aux maladies respiratoires chroniques évolue dans des proportions similaires à celles constatées les années précédentes.

Enfin, on observe un changement de tendance de l'évolution des dépenses pour les maladies du foie et du pancréas, avec une diminution conséquente de l'ordre de 16% quand elle augmentait de 7,4% l'année précédente. Ce dernier constat s'explique très probablement par un effet rebond suite à la généralisation des indications des nouveaux antiviraux à action directe contre le virus de l'hépatite C en 2017 (cf. point spécifique). Une inversion de tendance est également observée pour les dépenses de maternité qui augmentent légèrement de 0,4 % entre 2017 et 2018, alors qu'elles étaient en baisse de 0,3 % l'année précédente.

Figure 10 : Taux de croissance annuels des dépenses totales entre 2012 et 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



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

Champ : Régime général - France entière

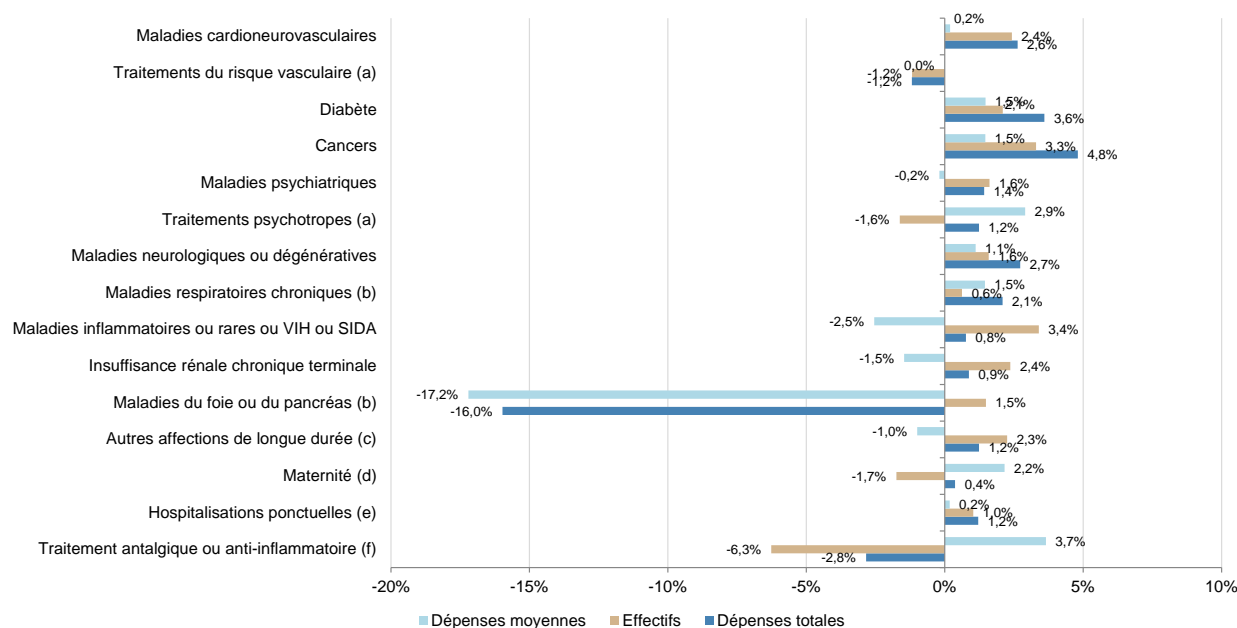
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

Note de lecture : En raison d'une augmentation très importante des dépenses liées aux maladies du foie et du pancréas en 2014 (remboursement des nouveaux antiviraux à action directe de deuxième génération contre le virus de l'hépatite C), cette pathologie n'est pas représentée dans ce graphique.

Parmi les évolutions les plus importantes entre 2017 et 2018, on retrouve la forte augmentation des dépenses totale pour le groupe « cancers » (4,8 %), principalement à la faveur d'une évolution des effectifs (3,3 %), mais aussi de la dépense moyenne par patient (1,5 %) (Figure 11). Pour le groupe « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA » et « insuffisance rénale chronique terminale », la baisse de la dépense annuelle moyenne par personne (observée entre 2017 et 2018 respectivement -1,6% et -1,5 %) a permis de limiter la hausse des dépenses (moins de 1 %) malgré l'augmentation des effectifs (3,4 % et 2,4 % respectivement).

A l'inverse, la dépense totale a diminué pour trois groupes de pathologie ou de traitement : le groupe « traitements antalgiques et anti-inflammatoires » (-2,8 %), « traitements du risque vasculaire » (-1,2 %) et « maladies du foie et du pancréas » (-16 %). On observe une baisse importante du nombre de personnes ayant un traitement chronique par antalgiques ou anti-inflammatoires (-8,4%) ou du risque vasculaire (-1,2%), alors que la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne augmente (+3,7% pour les patients traités par antalgiques ou anti-inflammatoires) ou stagne, c'est le cas des patients du groupe « traitement du risque vasculaire ». Pour ces derniers, la baisse du nombre de personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire observée à nouveau en 2018 (-1,2%) (Encadré 3, Figure 11), concerne surtout les patients traités par hypolipémiants (-4,7 %). Dans le cas des traitements du foie et du pancréas, on assiste à l'inverse à une baisse importante du coût moyen par patient du traitement (-17,2 %) quand les effectifs augmentent faiblement (+1,5 %).

Figure 11. Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2017 et 2018, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



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

Champ : Régime général - France entière

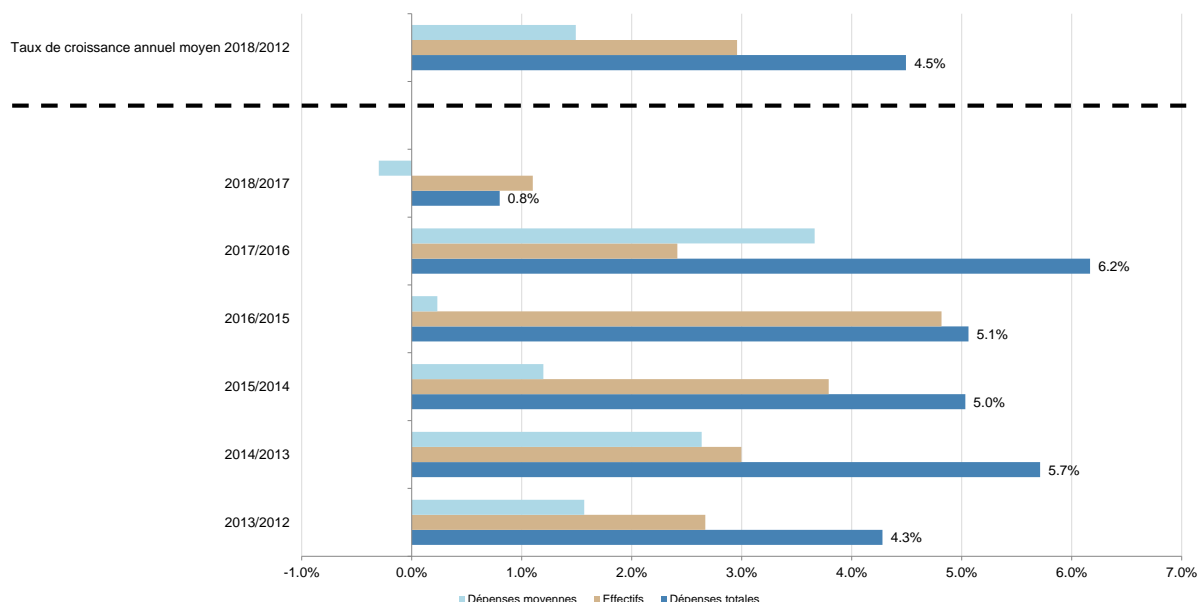
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

2.2. Maladies valvulaires

En 2018, 360 800 personnes (49% de femmes et âge moyen de 74 ans) ont été prises en charge pour une maladie valvulaire, pour une dépense remboursée d'environ 1 milliard d'euros, ce qui correspond à une dépense moyenne de 2 800 €/an/personne, 2/3 de cette dépense étant liés aux hospitalisations en MCO (séjours et liste en sus).

Entre 2012 et 2018, le nombre de personnes prises en charges pour une maladie valvulaire a augmenté de près de 60 000, avec une hausse des dépenses de 232 M€ depuis 2012, principalement liée à l'augmentation des effectifs (Figure 12), sauf en 2017 où la dépense moyenne a augmenté plus fortement que les effectifs (+3,7% contre +2,4%) et surtout de façon plus forte qu'en 2016 (<0,5%), d'où la forte hausse de la dépense totale observée en 2017 (+6,2% par rapport à 2016). En 2018, la croissance des dépenses a faiblement augmenté (+0,8%), avec un ralentissement de la croissance de l'effectif de patients pris en charge (+1,1%) et une dépense moyenne par patient stable (-0,3%).

Figure 12. Maladies valvulaires : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2018



Champ : Régime général - France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020, dépenses remboursées)

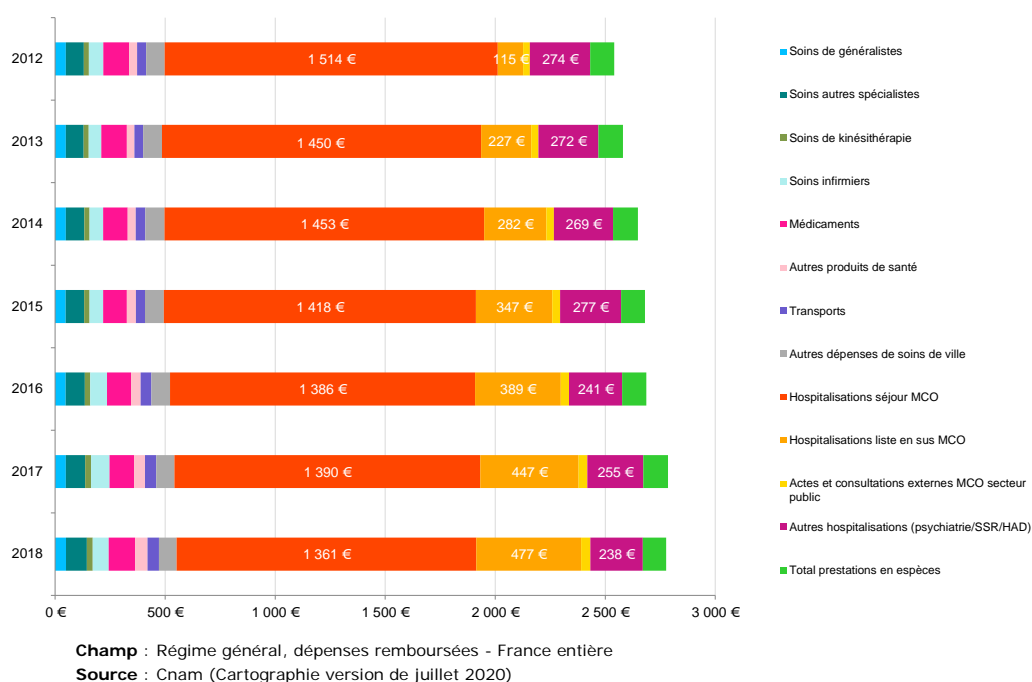
Dans le rapport pour l'année 2019⁹ (p. 34), il avait été montré que la baisse de la dépense annuelle moyenne par personne, observée sur la période 2014-2016, s'expliquait notamment par la baisse observée sur les postes « hospitalisations séjours MCO » et « autres hospitalisations (soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie ou hospitalisation à domicile (HAD)) ». Cette baisse était du même ordre de grandeur que la forte hausse observée sur le poste « liste en sus MCO »¹⁰, probablement en lien avec la diffusion des bioprothèses valvulaires aortiques implantées par voie artérielle transcathéter (TAVI).

En 2017, la nouvelle hausse marquée des dépenses du poste « liste en sus MCO » observée (+15% par rapport à 2016) ne s'accompagne pas d'une baisse immédiate des postes « séjours MCO » et « autres hospitalisations » (Figure 13). L'année 2017 est marquée par l'extension d'indication des TAVI aux personnes ayant un risque chirurgical intermédiaire, alors qu'elle était auparavant limitée aux personnes à haut risque chirurgical ou ayant une contre-indication à la chirurgie. On peut faire l'hypothèse que la réduction des durées de séjours en MCO et en SSR est moindre pour les patients à risque chirurgical intermédiaire que pour les patients à haut risque. L'extension d'indication étant arrivée en cours d'année 2017, l'effet sur les dépenses des « séjours MCO » et « autres hospitalisations » n'est visible qu'en 2018, alors que le poste « liste en sus MCO » continue d'augmenter. Finalement, entre 2017 et 2018, la dépense moyenne par patient est restée stable.

⁹ [Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2019](#)

¹⁰ médicaments et dispositifs médicaux hors tarifs du groupement homogène de séjours

Figure 13 : Maladies valvulaires : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2018



2.3. Maladies du foie ou du pancréas.

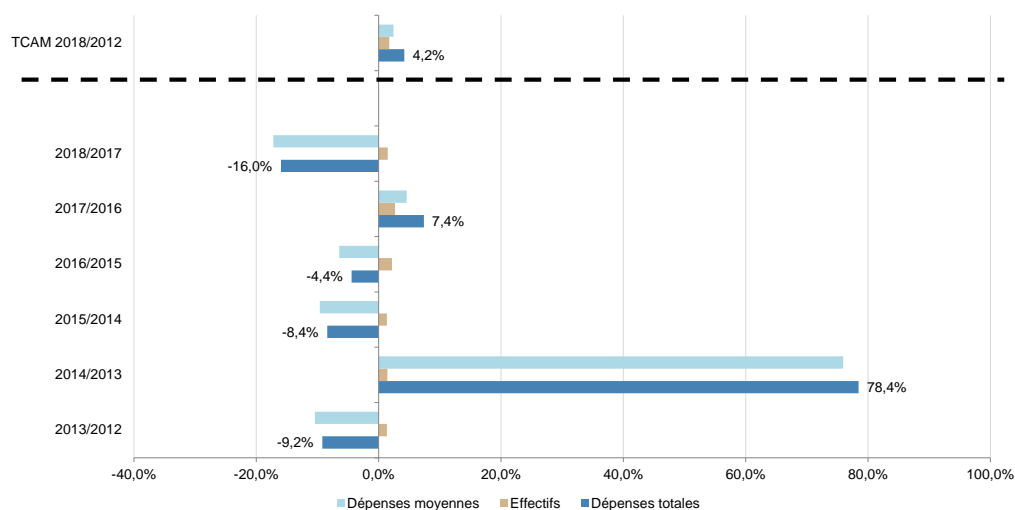
En 2018, la dépense affectée aux maladies du foie ou du pancréas s'élève à 1,6 Mds €, dont 1,1 Mds € pour les soins de ville (61%) et 569 millions d'euros (M €) pour les dépenses hospitalières (31%). Ces maladies concernent environ 530 000 personnes, soit une prévalence de 0,89 % dans la population de la Cartographie. Parmi elles, 44 % sont des femmes et l'âge moyen est de 59 ans.

2.3.1 Une forte hausse des dépenses en 2014, liée aux médicaments délivrés en ville.

Entre 2012 et 2018, les dépenses affectées aux maladies du foie et du pancréas ont été fluctuantes (Figure 14). Entre 2012 et 2013, les dépenses remboursées ont baissé de 9,2%. En 2014, on constate une forte hausse des dépenses (+871 M €, soit +78%). S'en est suivi une nouvelle baisse entre 2014 et 2016 (-247 M €, soit -13%), puis une augmentation en 2017 (+128 M €, soit +7,4%) et enfin une forte baisse en 2018 (-298 M €, soit -16%).

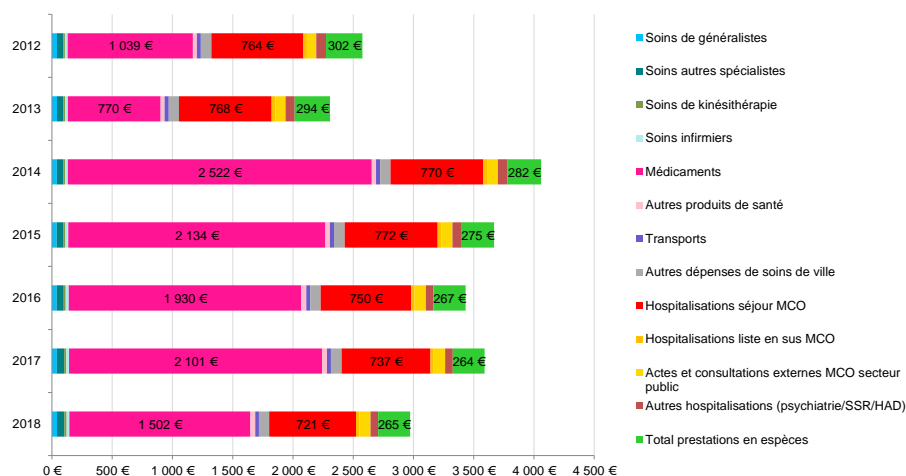
Par ailleurs, l'évolution des dépenses est principalement liée à l'évolution de la dépense moyenne par patient, très peu à l'évolution du nombre de patients, qui augmente de manière constante et stable (+2,0%/an en moyenne) (Figure 14).

Figure 14. Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2018



Entre 2012 et 2018, la dépense moyenne a fluctué entre 2 307 €/an/patient (en 2013) et 4 059 €/an/patient (en 2014). Ces évolutions sont principalement dues au poste « médicaments », qui représente la plus grande proportion des dépenses à partir de 2014 (Figure 15). En 2018, la dépense moyenne pour les maladies du foie ou du pancréas est de 2 972 €/an/patient.

Figure 15. Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2018



2.3.2 La hausse des dépenses de médicaments est liée aux nouveaux traitements de l'hépatite virale chronique C.

Ces évolutions des dépenses de médicaments chez les personnes ayant une maladie du foie ou du pancréas sont très probablement expliquées par l'arrivée des antiviraux à action directe (AAD) de seconde génération (AAD2) contre le virus de l'hépatite C en 2014. La baisse des dépenses moyennes observée entre 2012 et 2013 reflète possiblement les pratiques des médecins qui ont préféré attendre la mise sur le marché de ces nouveaux traitements dont l'efficacité était réputée meilleure chez des patients naïfs de traitement. La baisse observée de la dépense moyenne entre 2014 et 2015 est de nature différente. Elle résulte de l'évolution des profils de prescription (la plupart des patients débutant par une bithérapie associant le sofosbuvir avec un autre AAD2) et des schémas thérapeutiques (diminution de la durée de traitement), mais aussi des baisses de prix des AAD2 par rapport aux prix en autorisation temporaire d'utilisation (ATU), permises notamment par l'arrivée de nouveaux médicaments concurrents du sofosbuvir. Enfin, l'augmentation des dépenses moyennes en 2017

coïncident avec la généralisation des indications des AAD2, qui n'étaient indiqués, en 2014, que chez les patients à un stade avancé de la maladie.

Afin de mieux comprendre ces résultats et mieux suivre cette pathologie, nous avons implémenté dans la Cartographie un algorithme permettant de repérer plus spécifiquement les patients pris en charge pour une hépatite C chronique, issu des travaux de Santé publique France.

En 2018, sur 530 000 personnes prises en charge pour une maladie du foie ou du pancréas, environ 28 000 l'ont été pour une hépatite C chronique (Figure 16), dont 42 % sont des femmes. L'âge moyen est de 55 ans. La prévalence dans la population de la Cartographie est plus élevée chez les hommes de 35 à 55 ans que chez les femmes de cette classe d'âge et que chez les plus jeunes ou plus âgés (Figure 17). Au-delà de 65 ans, la différence de prévalence entre les hommes et les femmes est très faible.

Le nombre de personnes prises en charges pour une hépatite C chronique a augmenté entre 2012 (30 200) et 2015 (36 100), une augmentation qui semble correspondre à l'arrivée des AAD2 en 2014. Cependant, malgré l'extension progressive des indications jusqu'en 2017, le nombre de personnes identifiées avec une hépatite C chronique est resté stable voire a baissé en 2018 (27 700). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la baisse du nombre de patients guéris non repérés par l'algorithme compense l'augmentation du nombre de patients nouvellement traités. Une autre explication est que de nombreux patients initiant un traitement par AAD2 sont probablement déjà repérés par l'algorithme les années précédentes, via une hospitalisation ou une ALD notamment.

Figure 16. Evolution de l'effectif et de la prévalence de l'hépatite C chronique prise en charge de 2012 à 2018

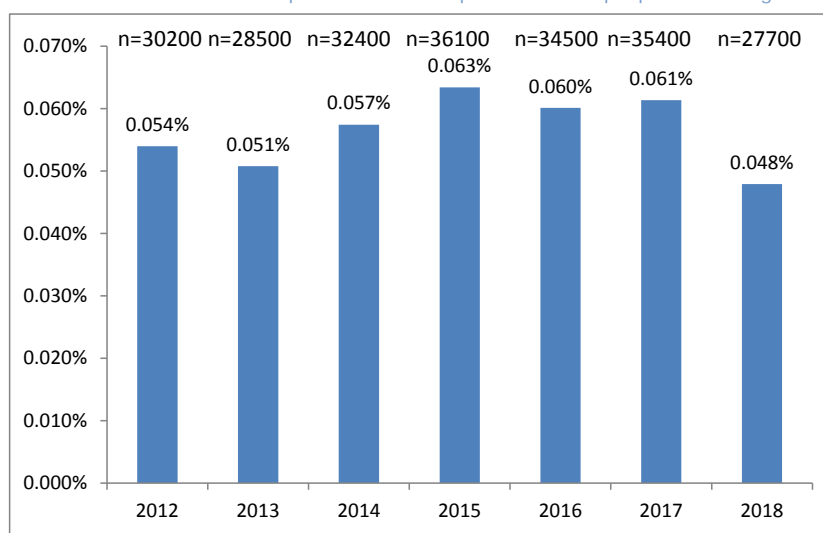
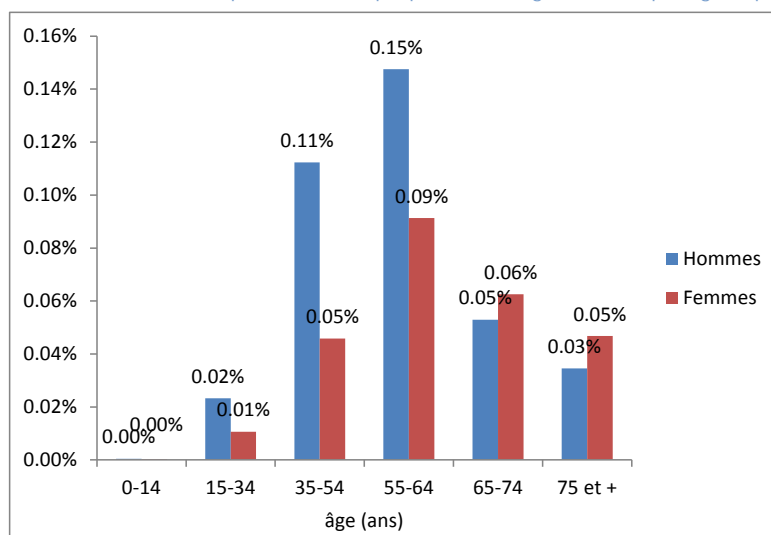


Figure 17. Prévalence de l'hépatite C chronique prise en charge en 2018, par âge et par sexe



Concernant les dépenses des patients ayant une hépatite C chronique, nous présentons ci-après les résultats d'une étude dédiée décrivant les dépenses des patients dans l'année suivant l'initiation d'un traitement contre le virus de l'hépatite C.

2.3.3 Dépenses remboursées dans l'année suivant l'initiation d'un traitement contre le virus de l'hépatite C entre 2011 et 2017

La mise sur le marché des antiviraux d'action directe de 2^e génération (AAD2) a entraîné, en quelques années, des évolutions majeures dans la prise en charge des infections chroniques par le virus de l'hépatite C. Par rapport aux thérapeutiques disponibles jusqu'à la fin de l'année 2013, les AAD2 sont très efficaces, bien tolérés, de plus courte durée et faciles à administrer, permettant désormais d'envisager la guérison de l'hépatite C et amenant l'OMS à les ajouter à la liste des médicaments essentiels dès 2015. Leur prix très élevé, voire prohibitif, d'inscription au remboursement et l'évolution constante des schémas thérapeutiques disponibles à la prescription, ont nécessité cependant d'organiser les conditions d'accès à ces thérapeutiques innovantes, afin de garantir un accès précoce sur l'ensemble du territoire et la soutenabilité financière pour la collectivité. L'Assurance Maladie, à partir des données de remboursement, a par ailleurs suivi la consommation et l'utilisation des AAD2 en réalisant deux états des lieux, 18 mois puis 4 ans après le début de leur prise en charge (1).

L'accumulation de données montrant l'efficacité et la tolérance de ces traitements en conditions réelles d'utilisation, notamment par les études sur la cohorte Hepather (2) et l'obtention de fixation des prix à partir de 2015 (1), ont permis d'étendre progressivement les indications de prise en charge à des personnes avec des atteintes hépatiques moins avancées, jusqu'à la généralisation du traitement en 2017. De plus, l'estimation du nombre d'infections actuellement non diagnostiquées et l'évaluation des stratégies de dépistage de l'hépatite C chronique suggèrent que le nombre de personnes traitées continuera très probablement à croître au cours des prochaines années (3). Dans ce contexte, le coût de la prise en charge des patients atteints d'hépatite C chronique demeure un enjeu important. Dans la lignée des précédents travaux menés par l'Assurance Maladie, nous avons documenté de manière précise les dépenses des patients pris en charge pour une hépatite C chronique entre 2011 et 2017, en fonction des différents schémas antiviraux.

Cette étude porte sur l'ensemble des assurés sociaux adultes (18 ans ou plus, tous régimes) pour lesquels un traitement antiviral contre l'hépatite C chronique a été initié entre 2011 et 2017. L'objectif principal est de décrire les dépenses associées à la prise en charge de ces patients au cours des 12 mois suivant l'initiation du traitement. Pour disposer du suivi détaillé des dépenses sur une année complète depuis le début du traitement, les personnes n'ayant pas complété le schéma thérapeutique au 31/12/2017 n'ont pas été incluses dans l'étude. Des groupes sont définis en fonction du type de traitement antiviral initié.

Définition des groupes

Trois types de traitement sont considérés : l'association ribavirine-interféron (Ribaifn), la trithérapie associant Ribaifn et les antiviraux d'action directe 1^{ère} génération (AAD1, bocéprévir et télaprévir) et les schémas comportant les antiviraux d'action directe de 2^e génération (AAD2, incluant les huit traitements mis à disposition au 31/12/2017)¹¹. Les personnes pour lesquelles l'initiation d'un traitement AAD1 ou AAD2 survient moins de 12 mois après une première initiation d'un autre schéma ont été distingués (AAD1nn et AAD2nn respectivement). Lorsque des traitements sont initiés avec plus d'un an d'écart, les personnes sont comptabilisées deux fois, une pour chaque groupe. Enfin, un groupe spécifique regroupe les personnes pour lesquelles trois traitements différents sont initiés au cours de la même année (3tt).

Au total, six groupes sont étudiés : Ribaifn, AAD1nn, AAD1, AAD2nn, AAD2, 3tt.

Mesure de la gravité de l'atteinte hépatique et des co-infections par les virus de l'hépatite B ou du VIH

Le niveau de gravité de l'atteinte hépatique lors de la mise sous traitement est évalué à travers les diagnostics et les actes enregistrés lors des séjours hospitaliers (PMSI-MCO) effectués entre 2009 et la date de la mise sous traitement, selon des algorithmes proposés dans un travail récent mené sur des données françaises (4). Les différents états identifiés sont la maladie non cirrhotique du foie, la cirrhose non décompensée, la cirrhose décompensée, le carcinome hépatocellulaire et l'antécédent de transplantation hépatique.

Pour chaque personne, nous recherchons la présence d'une co-infection par le virus de l'hépatite B ou le VIH à travers les diagnostics de l'ensemble des séjours hospitaliers (PMSI-MCO, RIM-P (psychiatrie), PMSI-SSR), les motifs de déclaration en ALD et les délivrances de médicaments spécifiques, entre 2009 et la fin du suivi (12 mois après la mise sous traitement antiviral contre l'hépatite C). Ces coinfections sont des facteurs aggravants de l'atteinte hépatique et sont associés à des prises en charge spécifiques.

Mesure des dépenses moyennes de soins remboursés

Pour chacun des six groupes, les dépenses individuelles moyennes sont calculées et détaillées selon les principaux postes. Ces dépenses couvrent la période depuis le mois d'initiation du traitement (M0) jusqu'à la fin du 12^e mois ayant suivi l'initiation (M12). Il s'agit de l'ensemble des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie et non pas des dépenses spécifiquement liées à la prise en charge de l'hépatite C. Pour les dépenses liées aux médicaments, les montants ne tiennent pas compte du mécanisme de régulation financière mis en place pour les AAD ni de l'application des remises.

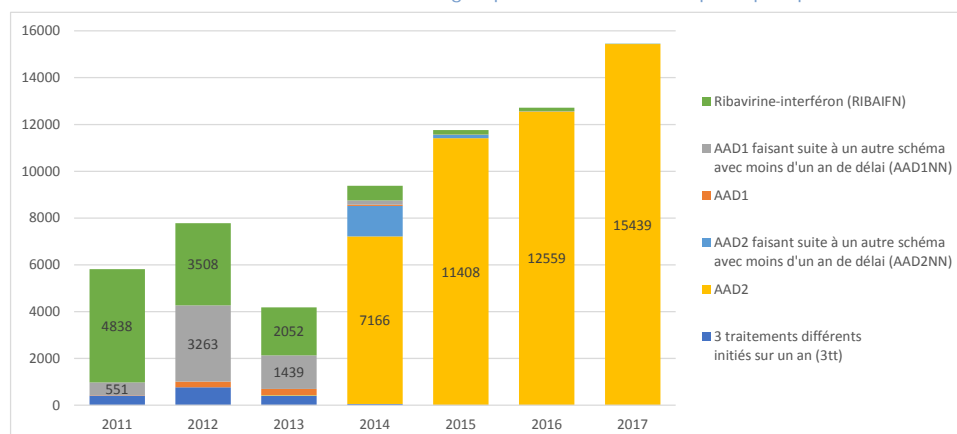
Une augmentation importante du nombre de traitements initiés depuis la mise sur le marché des antiviraux d'action directe de deuxième génération

Entre 2011 et 2017, le nombre de personnes ayant initié un traitement antiviral dans l'année¹² est passé d'environ 6 000 à plus de 15 000 (Figure 18). On constate l'évolution des schémas thérapeutiques disponibles sur la période : l'association ribavirine-interféron (Ribaifn) représentait 83% des schémas initiés en 2011 et les AAD2 représentent la quasi-totalité des mises sous traitement à partir de 2015. En 2012 et en 2013, environ 90% des traitements initiés correspondaient, à parts égales, au schéma Ribaifn ou aux AAD1. On note une forte baisse du nombre d'initiations de traitement en 2013, probablement en anticipation de la mise sur le marché des AAD2, puis une forte hausse en 2017, à la suite de l'extension des indications des AAD2 aux personnes avec des atteintes hépatiques moins avancées.

¹¹ Les noms des molécules, les noms commerciaux ainsi que les dates de mises à disposition en France sont détaillés dans le N°52 de la collection « Points de repère » publiée en mai 2019 et disponible sur le site ameli : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/points-de-repere/n-52-antiviraux-a-action-directe-et-hepatite-c.php>

¹² Il ne s'agit pas de l'ensemble des mises sous traitement, mais de ceux répondant aux critères de sélection de cette étude (cf encadré méthodologique)

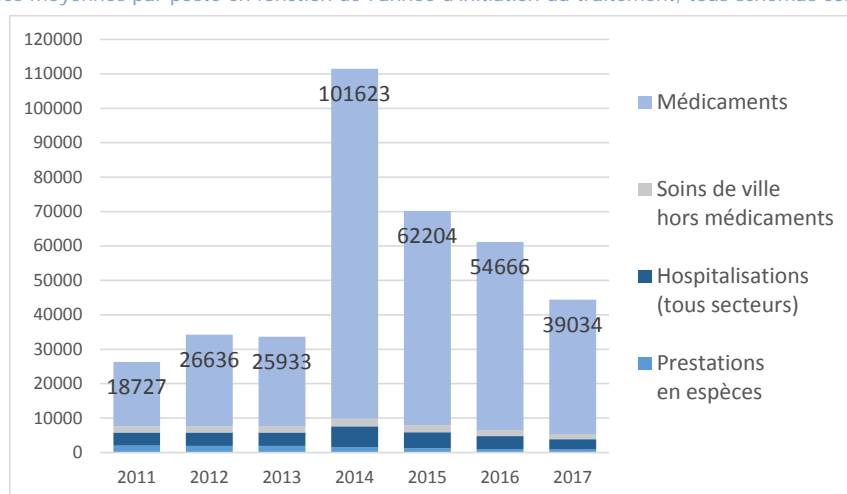
Figure 18. Nombre d'individus inclus dans chacun des six groupes de schémas thérapeutiques pour les années 2011 à 2017



Des dépenses moyennes qui reflètent principalement l'évolution du coût des schémas thérapeutiques

La dépense moyenne sur une année à partir de l'initiation du traitement est passé d'environ 33 600€ en 2013, dont 26 000€ liés aux médicaments (soit 77%), à plus de 111 000€ en 2014, dont plus de 101 000€ liés aux médicaments (soit 91%, Figure 19). Entre 2014 et 2017, les dépenses moyennes des personnes initiant un traitement antiviral par AAD2 ont diminué d'environ 60% (environ 44 400€ en 2017) et environ 60% de cette diminution globale entre 2014 et 2017 est liée à la baisse des remboursements liés aux médicaments entre 2014 et 2015 (passés de 101 623€ à 62 204€).

Figure 19. Dépenses moyennes par poste en fonction de l'année d'initiation du traitement, tous schémas confondus



Sur l'ensemble de la période d'étude, la dépense moyenne par an varie d'environ 20 000€ pour l'association ribavirine-interféron (dont 13 000€ de dépenses liées aux médicaments, soit 66%) à environ 68 000€ pour les AAD2 (dont 61 000€, soit 90% de dépenses liées aux médicaments) et environ 93 000€ (dont 92% liés aux médicaments) lorsque les AAD2 ont été initiés moins d'un an après l'initiation d'un autre schéma (groupe AAD2nn) (Figure 20). Les dépenses liées à d'autres postes qu'au remboursement des médicaments sont quant à elles beaucoup moins variables selon les schémas initiés et vont d'environ 7 000€ pour le groupe Ribaifn à 10 000€ pour le groupe AAD1 (Figure 21). Cet écart est majoritairement expliqué par les dépenses hospitalières plus élevées au sein de ce groupe, très probablement liées à la moins bonne tolérance des AAD1, dont l'usage n'est d'ailleurs plus recommandé depuis 2016.

Figure 20. Dépenses moyennes par poste en fonction du schéma antirétroviral, sur l'ensemble de la durée d'étude

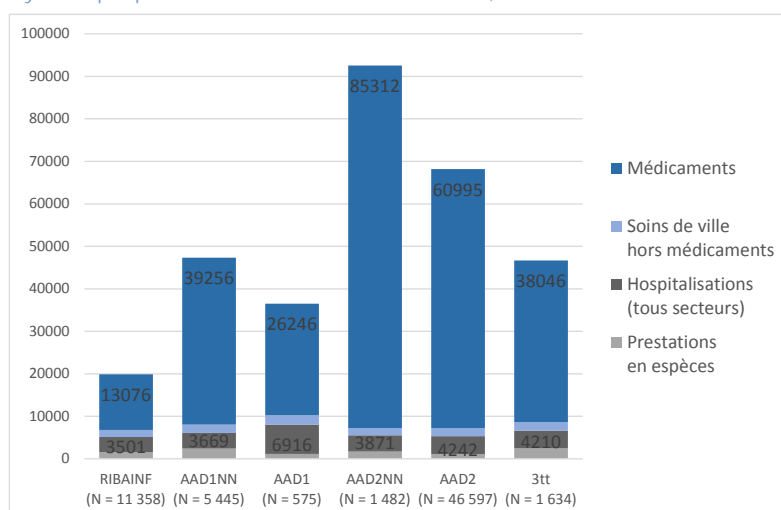
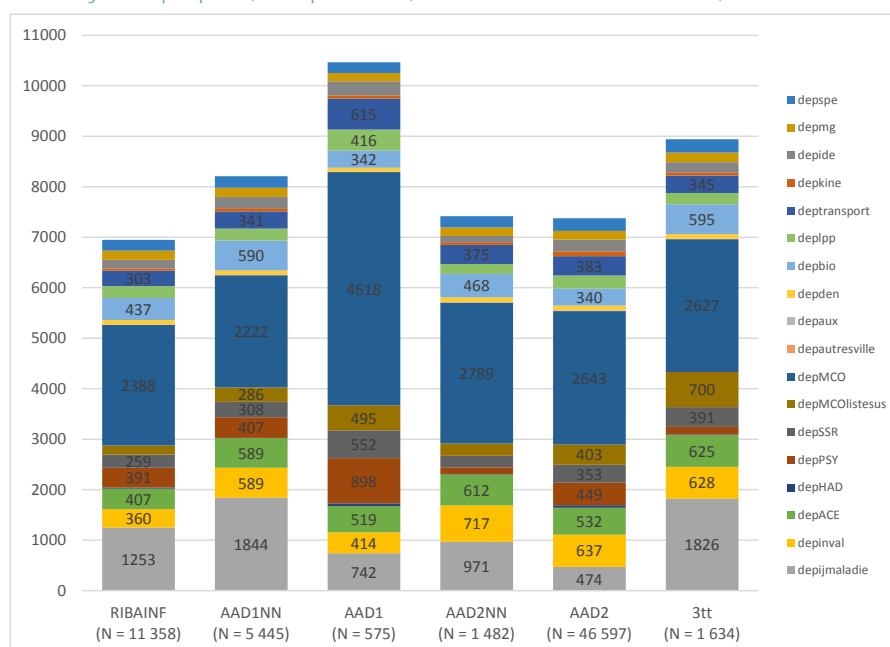


Figure 21. Dépenses moyennes par poste, hors pharmacie, en fonction du schéma antirétroviral, sur l'ensemble de la durée d'étude



Une initiation du traitement des personnes avec les atteintes hépatiques les plus sévères lors des premières années de disponibilité des AAD2, avant une extension progressive des indications aux formes moins avancées

Par rapport à 2011, les personnes ayant initié le traitement antirétroviral en 2017 sont moins souvent des hommes (53,8% d'hommes contre 65,5%), moins souvent coinfectés par les virus de l'hépatite B (1,1% contre 1,5%) ou le VIH (5,5% contre 10,4%) et ont moins souvent une atteinte hépatique avancée (5,5% contre 13,1%, Tableau 3). Cette évolution est surtout marquée par la mise sous traitement en 2014 et 2015 des personnes aux atteintes les plus sévères, avec la mise sur le marché des AAD2. Entre 2013 et 2014, la moyenne d'âge des personnes traitées a augmenté de plus de 5 ans, le taux de mortalité au cours de l'année ayant suivi la mise sous traitement a doublé et la part des personnes avec une atteinte hépatique avancée à l'initiation a triplé. Comme indiqué plus haut, la quasi-totalité des traitements initiés à partir de 2015 correspond à des schémas AAD2 et les personnes traitées entre 2015 et 2017 ont initié un traitement par AAD2 (Tableau 4).

Tableau 3. Evolution des caractéristiques des personnes ayant initié un traitement antiviral selon l'année de l'initiation

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Effectifs	5 809	7 782	4 185	9 384	11 759	12 716	15 456
Âge moyen à l'initiation	50,1	51,4	50,3	55,7	56,5	54,3	53,7
Part d'hommes (%)	65,5	66,3	68,6	65,8	63,9	60,7	53,8
Mortalité avant la fin du suivi¹ (%)	1,4	1,3	1,0	2,1	1,7	1,2	1,0
Co-infection hépatite B² (%)	1,5	1,6	1,6	1,8	1,6	1,3	1,1
Co-infection VIH² (%)	10,4	8,9	10,2	9,2	15,5	15,3	5,5
Sévérité à l'initiation (% cirrhose ou plus³)	13,1	13,3	11,3	32,2	19,0	9,6	5,3

1 Personne décédée au cours des 12 mois après l'initiation du traitement

2 Co-infection présente ou découverte à l'initiation du traitement antiviral contre l'hépatite C

3 Comprend les états de cirrhose, cirrhose décompensée, carcinome hépatocellulaire ou transplantation hépatique

Tableau 4. Caractéristiques des personnes ayant initié un traitement par antiviraux à action directe de 2e génération (AAD2) entre 2014 et 2017

	2014	2015	2016	2017
Effectifs	7 166	11 408	12 559	15 439
Âge moyen à l'initiation	57,5	56,9	54,4	53,8
Part d'hommes (%)	63,2	63,4	60,4	53,8
Mortalité avant la fin du suivi¹ (%)	2,3	1,7	1,2	1,0
Co-infection hépatite B² (%)	1,9	1,5	1,3	1,1
Co-infection VIH² (%)	9,3	15,7	15,5	5,6
Sévérité à l'initiation (% cirrhose ou plus³)	36,6	19,3	9,7	5,3

1 Personne décédée au cours des 12 mois après l'initiation du traitement

2 Co-infection présente ou découverte à l'initiation du traitement antiviral contre l'hépatite C

3 Comprend les états de cirrhose, cirrhose décompensée, carcinome hépatocellulaire ou transplantation hépatique

Une diminution globale importante des dépenses moyennes des personnes traitées par AAD2 entre 2014 et 2017, dont près des deux tiers correspondent à la baisse des remboursements de médicaments entre 2014 et 2015

Entre 2014 et 2017, les dépenses moyennes ont considérablement diminué (passant d'environ 126 000€ à 44 500€, soit une diminution de 65%) pour l'ensemble des grands postes (Figure 22 et Figure 23). Ainsi, les dépenses hospitalières sont passées d'environ 7 000€ à 3 000€ (soit une diminution de 57%) et les prestations en espèce (regroupant indemnités journalières et prestations d'invalidité) d'environ 1 500€ à 900€ (soit une baisse de 42%). La diminution la plus importante sur la période concerne les remboursements de médicaments qui ont diminué de 66%. Près des deux tiers de cette diminution globale correspond à la baisse observée entre 2014 et 2015 (passage d'environ 115 000€ à 63 000€, soit une diminution de 45%). La baisse des dépenses hospitalières est plus importante en 2015 et 2016 qu'en 2017 et traduit l'évolution des profils de personnes mises sous traitement indiquée plus haut, avec des initiations à des stades moins avancés de l'atteinte hépatique.

Figure 22. Evolution des dépenses moyennes par poste pour les personnes ayant initié un traitement antiviral à action directe de 2e génération (AAD2) entre 2014 et 2017

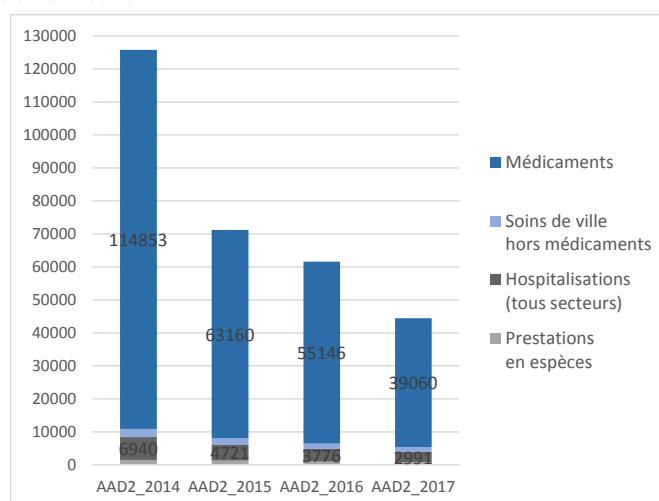
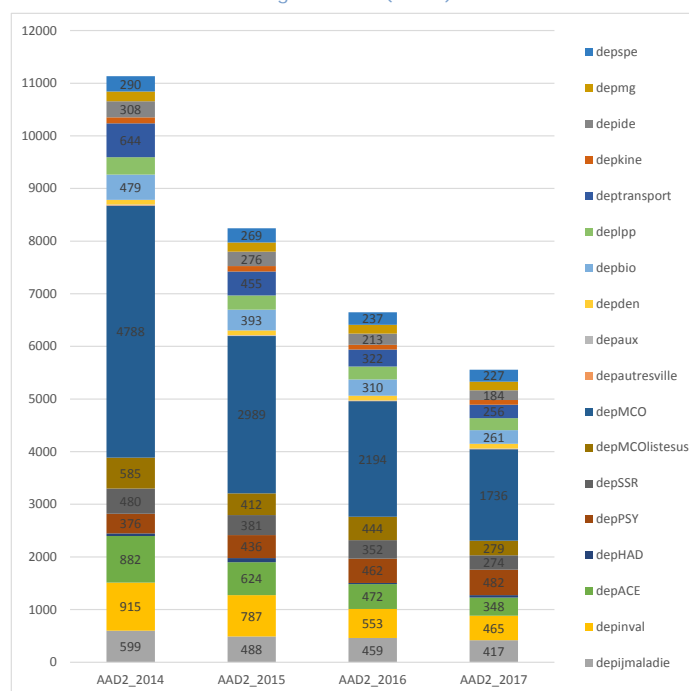


Figure 23. Evolution des dépenses moyennes par poste, hors pharmacie, pour les personnes ayant initié un traitement antiviral à action directe de 2e génération (AAD2) entre 2014 et 2017



Des dépenses qui dépendent du niveau de sévérité de l'atteinte hépatique à l'initiation du traitement

Si la principale évolution des dépenses est liée à la baisse du montant des remboursements entre 2014 et 2015, à la suite de la fixation des prix, la diminution globale des dépenses sur la période est également liée à la réduction des durées des traitements (passée d'une durée moyenne de 20 semaines au début de l'année 2014 à des durées de 8 ou 12 semaines en fonction des AAD2 en 2017 (1). Cette diminution est liée à la mise sur le marché de schémas plus performants et aussi à la réduction de la part des personnes aux atteintes hépatiques avancées, nécessitant des durées de traitement plus longues et associées à une prise en charge globale plus lourde.

Le Tableau 5 compare les caractéristiques des personnes ayant initié un traitement par ribavirine-interféron en 2011 à celles des personnes ayant initié un traitement par AAD2 en 2017, en fonction du stade de l'atteinte hépatique. Les personnes mises sous traitement à des stades plus avancés ont une moyenne d'âge plus élevée,

sont plus souvent des hommes, plus souvent coinfectés par les virus de l'hépatite B ou le VIH et ont un taux de mortalité au cours de l'année ayant suivi l'initiation plus élevé.

Tableau 5. Caractéristiques des personnes ayant initié un traitement par ribavirine-interféron en 2011 et par antiviraux à action directe de 2e génération en 2017, en fonction de la sévérité de l'atteinte hépatique à l'initiation

	RIBAIFN en 2011		AAD en 2017	
	Initiation à un stade non cirrhotique	Initiation à un stade de cirrhose ou plus sévère ³	Initiation à un stade non cirrhotique	Initiation à un stade de cirrhose ou plus sévère ³
Effectifs	4 295 (88,9%)	538 (11,1%)	14 618 (94,7%)	821 (5,3%)
Âge moyen à l'initiation	49,0	54,1	53,5	57,9
Part d'hommes (%)	64,5	70,1	53,2	64,9
Mortalité avant la fin du suivi¹ (%)	1,0	4,7	0,8	5,5
Co-infection hépatite B² (%)	1,3	3,2	0,9	3,9
Co-infection VIH² (%)	11,3	11,7	5,5	6,2

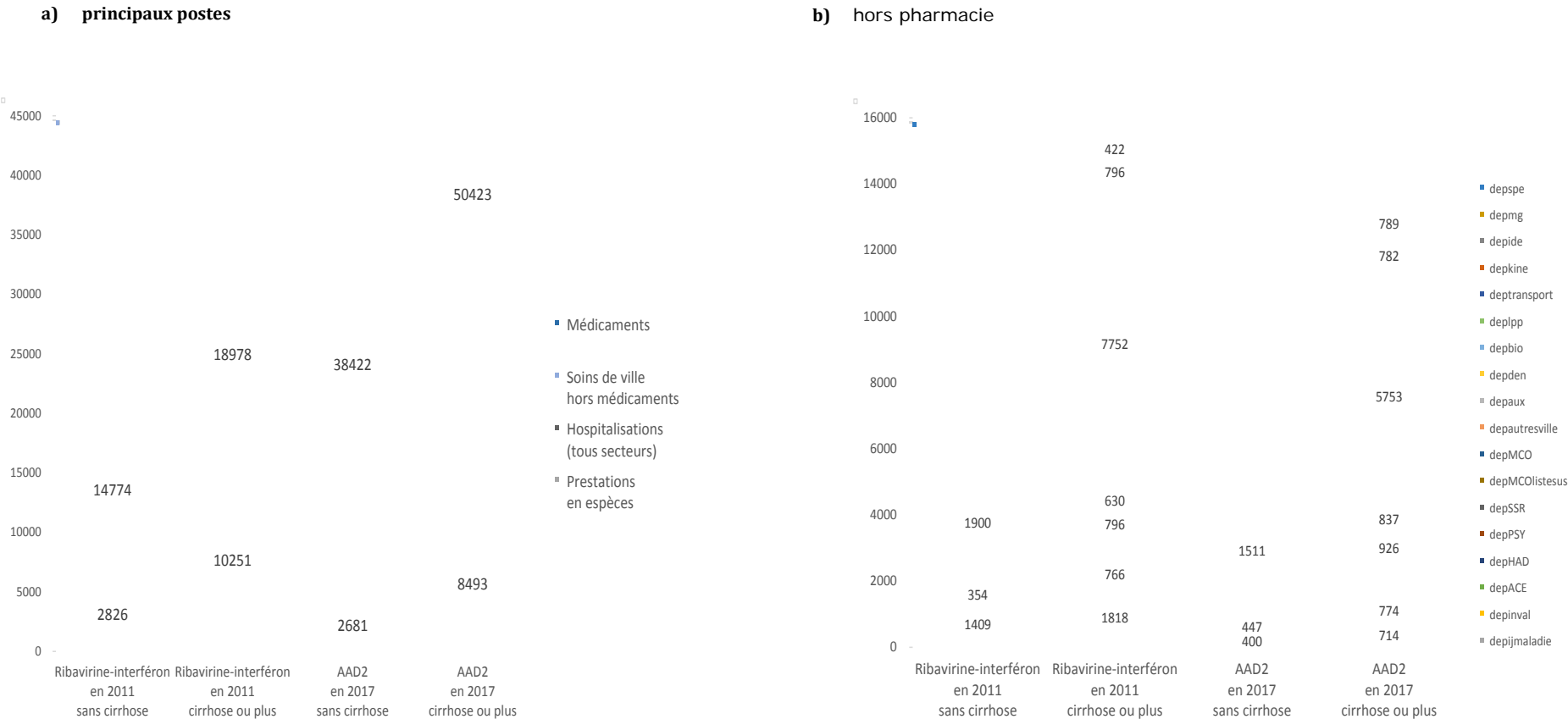
1 Personne décédée au cours des 12 mois après l'initiation du traitement

2 Co-infection présente ou découverte à l'initiation du traitement antiviral contre l'hépatite C

3 Comprend les états de cirrhose, cirrhose décompensée, carcinome hépatocellulaire ou transplantation hépatique

La Figure 24 illustre le surcoût associé à la prise en charge des formes plus avancées, qui est resté relativement stable entre 2011 et 2017. Lorsque l'atteinte hépatique est plus avancée lors de la mise sous traitement, les remboursements de médicaments augmentent d'environ 30% (passant d'environ 15 000€ à 19 000€ pour le groupe Ribaifn en 2011 et d'environ 38 500€ à 50 500€ pour le groupe AAD2 en 2017) et les dépenses hospitalières sont multipliés d'un facteur 3 à 4 (passant d'environ 2 800€ à plus de 10 000€ pour le groupe Ribaifn en 2011 et d'environ 2 700€ à 8 500€ pour le groupe AAD2 en 2011).

Figure 24. Dépenses moyennes par poste pour l'association ribavirine-interféron en 2011 et pour les AAD2 en 2017, en fonction de la sévérité de l'atteinte hépatique à l'initiation du traitement



Une difficulté à appréhender l'impact budgétaire de la mise sur le marché des AAD2 dans ce contexte d'évolution rapide des schémas thérapeutiques et de la population ciblée

Sur l'ensemble de la période d'étude, environ 47 000 personnes ont été incluses dans le groupe AAD2 et le montant total des dépenses l'année suivant l'initiation du traitement s'élève à près de 3,2 milliards d'euros, dont plus de 2,8 milliards € liés aux remboursements de médicaments, environ 200 millions de dépenses hospitalières et 52 millions € de prestations en espèce (regroupant les indemnités journalières et les prestations d'invalidité). Au-delà du bouleversement de la prise en charge de l'hépatite C chronique que ces thérapeutiques innovantes ont apporté, permettant d'envisager l'éradication de la maladie, l'estimation de leur impact budgétaire est un exercice compliqué. L'ensemble des coûts liés à la prise en charge de la pathologie et à son évolution, aux potentiels effets indésirables des traitements, ainsi que les coûts indirects liés à la perte de productivité des personnes atteintes doivent être modélisés sur des périodes longues. Une telle étude menée récemment sur des données réelles, a estimé que pour la période 2014-2018 et comparativement aux traitements antérieurs, les AAD2 étaient associés à un coût de traitement de 2,7 milliards € (contre 0,7), à des coûts directs à long terme de 0,8 milliard € (contre 1,8) et à des coûts indirects de 1,3 milliards € (contre 3,4), résultant à une économie de 1,1 milliard € sur la période¹³. Cette étude a été financée par le laboratoire Gilead®.

Notre approche ne constitue pas une étude d'impact budgétaire et les résultats présentés correspondent aux dépenses moyennes lors des 12 premiers mois de traitement médicamenteux. En rapprochant les initiations de ribavirine-interféron en 2011 (11 358 personnes) aux initiations d'AAD2 en 2017 (46 597 personnes), on observe que la dépense moyenne est environ deux fois plus élevée dans le groupe AAD2 (44 500€ contre 22 500€). Les dépenses liées aux remboursements de médicaments représentent l'écart le plus important entre les deux groupes, avec 39 000€ pour le groupe AAD2, contre environ 15 000€ pour le groupe ribavirine-interféron (soit un facteur de 2,6). Les prestations en espèce sont quant à elles réduites environ de moitié dans le groupe AAD2 (884€ contre 1 857€) et les dépenses hospitalières réduites de 20%, avec environ 3 000€ contre 3 600€ (Figure 25).

Conclusion

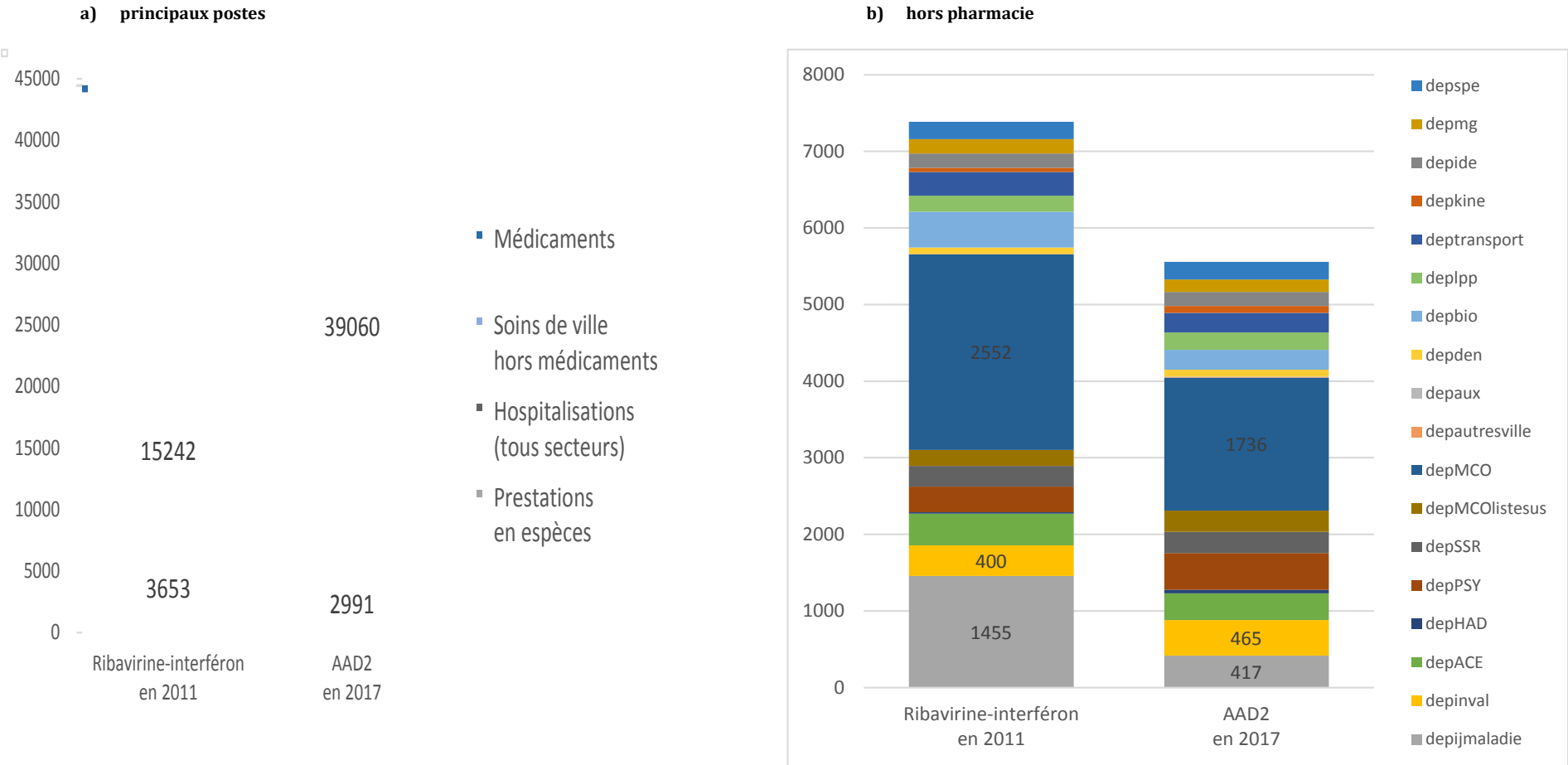
Ces résultats mettent en exergue l'impact de l'arrivée d'une innovation thérapeutique majeure sur les dépenses de soins des personnes traitées pour une hépatite C chronique. Pour aller plus loin, une étude médico-économique sur une plus longue période est nécessaire, car l'essentiel des dépenses se concentre sur les mois du traitement alors que les bénéfices peuvent être à très long terme.

Références

1. Dessauce C, Semenzato L, Barthélémy P. Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C chronique : retour sur 4 ans de prise en charge par l'Assurance Maladie. Assurance Maladie; 2019 mai. (Points de repère). Report No.: 52.
2. Carrat F, Fontaine H, Dorival C, Simony M, Diallo A, Hezode C, et al. Clinical outcomes in patients with chronic hepatitis C after direct-acting antiviral treatment: a prospective cohort study. *Lancet Lond Engl*. 6 avr 2019;393(10179):1453-64.
3. Deuffic-Burban S, Huneau A, Verleene A, Brouard C, Pillonel J, Strat YL, et al. Assessing the cost-effectiveness of hepatitis C screening strategies in France. *J Hepatol*. 1 oct 2018;69(4):785-92.
4. Rotily M, Abergel A, Branchoux S, Akremi R, de Léotoing L, Vainchtock A, et al. Disparités régionales des hospitalisations pour complication de l'hépatite chronique C en 2012. *Santé Publique*. 2017;29(2):215.

13 Communication scientifique lors des journées scientifiques de la société française d'hépatologie de 2019 (Résumé n°P018), disponible en ligne : <https://afef.asso.fr/wp-content/uploads/2019/10/Posters-AFEF-2019.pdf>

Figure 25. Dépenses moyennes par poste des patients initiant l'association ribavirine-interféron en 2011, un AAD2 en 2017



3. Personnes prises en charge pour un cancer autre que colorectal, bronchopulmonaire, de la prostate ou du sein, en 2017

3.1. Les « autres cancers actifs » en 2017 : 671 000 personnes, 7,5 milliards d'euros

Dans le précédent rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2020 », des résultats détaillés sur les cancers spécifiques repérés dans la Cartographie des pathologies et des dépenses ont été présentés : cancers de la prostate, du sein, colorectal et bronchopulmonaire en phase active de traitement, dits « cancers actifs ». En 2017, ces quatre cancers étaient les plus fréquents (environ la moitié des 1,2 millions de personnes ayant un cancer actif) et concentraient 47% des 13,970 milliards d'euros de dépenses remboursées par le Régime Général affectées aux cancers actifs.

Les 53% restants (7,474 milliards d'euros) étaient affectés au groupe hétérogène des « autres cancers actifs » (671 000 personnes). Cependant, ce groupe de cancers comprend de multiples localisations, regroupant des populations, facteurs de risques et pronostics très différents. L'objectif de cette étude est de décrire les fréquences des cancers, les principales caractéristiques sociodémographiques et les dépenses de soins remboursées des personnes atteintes de ces cancers.

Encadré 5 : Méthodologie

Les tables résultant de « l'algorithme cancer » de l'Institut National du Cancer (INCa) des années 2016 et 2017 ont été utilisées pour identifier les localisations des cancers identifiés dans la Cartographie. Ces tables contiennent les séjours liés à la prise en charge des cancers dans les bases nationales d'activité hospitalière de court séjour (PMSI MCO) ainsi que 3 niveaux de regroupement de localisations de cancers pour chaque séjour (« appareil », « organe », « organe détaillé »). Les codes CIM-10 des déclarations en ALD pour cancer ont également été utilisés pour les personnes sans séjour pour cancer. Parmi les 671 000 personnes ayant un « autre cancer actif » repéré dans la population de la Cartographie en 2017, 657 000 ont été retrouvées dans les tables de l'INCa ou les ALD.

Différents niveaux de regroupements ont été sélectionnés selon la localisation, pour limiter le nombre de localisations étudiées tout en détaillant certains cancers fréquents, ayant fait l'objet d'une innovation thérapeutique majeure récente ou pouvant être ciblés par des mesures de prévention spécifiques. Par exemple, les cancers des voies aérodigestives supérieures ont été étudiés dans leur ensemble (niveau « appareil ») tandis que le mélanome (niveau « organe ») a été distingué des autres cancers de la peau (niveau « appareil »).

En raison d'une grande variabilité de codage des pathologies hématologiques d'une hospitalisation à l'autre, il est possible que l'on compte plusieurs fois la même personne dans des localisations différentes. Les résultats concernant les leucémies notamment doivent être interprétés avec prudence.

Cette étude n'entrant pas dans la méthodologie habituelle de réaffectation des dépenses de la Cartographie des pathologies et des dépenses, les dépenses décrites ici correspondent à l'ensemble des dépenses de soins de ces patients remboursées par le Régime Général, et non uniquement celles affectées à la prise en charge du cancer. En outre, une personne pouvant avoir deux localisations de cancers différentes, les effectifs et les dépenses ne peuvent être sommés entre plusieurs localisations. En particulier, les patients ayant un cancer partageant des facteurs de risque avec d'autres pathologies auront des dépenses plus élevées (consommation de tabac et d'alcool notamment pour les cancers des voies aérodigestive supérieures (VADS), de l'œsophage, de l'estomac, de la vessie, qui peuvent être associés à une cirrhose, des maladies cardiovasculaires, une bronchopneumopathie chronique obstructive, etc.).

En 2017, 657 000 personnes ont un « autre cancer actif » repéré dans la Cartographie pour lequel une localisation de cancer a été retrouvée grâce aux données de l'INCa et aux ALD. L'âge moyen est de 67 ans, 48% sont des femmes, et 2,8% bénéficient de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) (10% en limitant la population aux moins de 60 ans). Au total, 74 000 personnes sont décédées en 2017, à un âge moyen de 73 ans.

3.2. Parmi les « autres cancers actifs », les cancers de la peau (hors mélanome) sont de loin les plus fréquents.

En 2017, les cancers de la peau (hors mélanome) sont les plus fréquents (prévalence : 0,24% ; 140 100 personnes) (Tableau 6). De plus, cette prévalence est probablement sous-estimée car beaucoup de patients ayant un cancer cutané ont une exérèse sans hospitalisation ni ALD et ne sont pas repérables dans le SNDS. Les localisations les plus fréquentes sont ensuite la vessie (0,12%, 70 100 personnes), les voies aérodigestives supérieures (VADS) (0,085%, 48 900 personnes), les lymphomes non hodgkiniens (0,077%, 44 400 personnes) et, avec une prévalence similaire, le rein (0,055%, 32 000 personnes) et le mélanome de la peau (0,055%, 31 700 personnes). Le cancer du col de l'utérus est également fréquent parmi les femmes (0,086%, soit 26 600 femmes).

3.3. Des caractéristiques sociodémographiques cohérentes avec des résultats connus.

Selon la localisation, l'âge moyen varie de 32 ans pour la leucémie lymphoïde aiguë à 76 ans pour la « leucémie monocyttaire, chronique ou non précisé ». La répartition par sexe et par âge de chaque localisation est cohérente avec les connaissances médicales actuelles¹⁴ (Tableau 6,

Tableau 7). Ainsi, les cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac concerne plus souvent des hommes : cancers de la vessie (80%) et des voies urinaires hautes (71%), des VADS (74%), du « foie et des voies biliaires » (69%), de l'estomac (63%), de l'œsophage (77%) et du rein (66%). Par ailleurs, 41% des personnes ayant une leucémie lymphoïde aiguë ont moins de 15 ans et 36% des personnes ayant un lymphome hodgkinien ont entre 15 et 34 ans. La majorité des femmes ayant un cancer du col de l'utérus ont entre 15 et 54 ans (23% 15-34 ans et 47% 35-54 ans) et seules 49% bénéficient d'une prise en charge en ALD (pour un cancer ou une autre pathologie). Enfin, 36% des personnes ayant un cancer de la thyroïde ont entre 35 et 54 ans et 74% étaient des femmes.

3.4. 1,2 Md € de dépenses remboursées pour les soins des patients ayant un cancer des VADS en 2017, la même somme pour ceux ayant un cancer de la peau (hors mélanome).

Les dépenses de soins remboursées les plus élevées en 2017 sont celles des patients ayant un cancer des VADS (1,2 Mds €, 25 000 €/patient en moyenne), 50% étant liées aux hospitalisations en MCO (et liste en sus) (Figure 26 et Figure 27).

Les dépenses des patients ayant un cancer de la peau (hors mélanome) sont proches (1,2 Mds €) mais la dépense moyenne par patient bien plus faible (8400 €/patient), le nombre très important de patients expliquant ces dépenses totales très élevées. Leurs dépenses sont également essentiellement liées aux hospitalisations en MCO (et liste en sus) (43% des dépenses remboursées pour ces patients).

Ensuite, les patients ayant un lymphome non hodgkinien ont des dépenses remboursées de 1,1 Mds €, des dépenses moyennes de 25 000€/patient. Les dépenses liées aux hospitalisations en MCO et liste en sus représentent 58% des dépenses de ces patients, et les médicaments délivrés en ville, 17%.

Environ 1,0 Mds € ont été remboursés pour les soins des patients ayant un « myélome multiple ou une tumeur maligne à plasmocytes », soit 48 000€/patient. Les dépenses liées aux hospitalisations en MCO (28%) et liste en sus (20%) représentent 48% de la dépense totale et les médicaments délivrés en ville, 34%.

¹⁴ <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers>

Enfin, 0,99 Mds € ont été remboursés pour les soins des patients ayant un cancer de la vessie, soit 14000 €/patient. Les dépenses liées aux hospitalisations en MCO et liste en sus MCO représentent 54% de la dépense totale et les médicaments délivrés en ville, 10%.

3.5. Les patients présentant une leucémie aiguë ou une myélopathie ont les dépenses moyennes par patient les plus élevées en 2017.

Bien que peu nombreux, les patients avec une leucémie aiguë ont les dépenses remboursées moyennes les plus élevées, entre 61 000€/patient (« leucémies aiguës, autre ») et 80 000€/patient (leucémie monocyttaire aiguë) par patient (Figure 27). Ensuite viennent les patients pris en charge pour une myélopathie (48 000€/patient pour « myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes », 41 000€/patient pour « maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique »), d'une « leucémie monocyttaire, chronique ou non précisé » (39 000€/patient), d'une « leucémie chronique ou non précisé, autre » (37 000€/patient), d'un cancer du médiastin (33 000€/patient) et d'un cancer de la plèvre (hors mésothéliome) (32 000€/patient). Les dépenses élevées chez les patients ayant une leucémie ou une myélopathie sont probablement liées aux chimiothérapies et à la greffe de moelle.

Inversement, les patients ayant un cancer de la peau (mélanome : 15 000€/patient, hors mélanome : 8000€/patient), du col de l'utérus (10 000€/patient) ou de la thyroïde (9 000€/patient) ont des dépenses moyennes remboursées parmi les moins élevées. On peut faire l'hypothèse qu'un certain nombre de cancers de la peau peuvent être traités par résection chirurgicale seule et ne sont pas particulièrement associées à d'autres pathologies coûteuses comme les cancers liés à la consommation d'alcool ou de tabac. Quant aux patients ayant un cancer du col de l'utérus ou de la thyroïde, ils sont jeunes (

Tableau 7) et présentent donc probablement peu de comorbidités, et peuvent être traités par chirurgie seule également.

Pour la quasi-totalité des localisations, la plus grande part des dépenses est liée aux hospitalisations, en particulier en MCO (qui comprennent les dépenses du séjour et des médicaments et dispositifs de la liste en sus) (Figure 27). Seules la leucémie myéloïde chronique et « absence de localisation primitive » présentent des dépenses plus élevées en ville, en particulier sur le poste médicaments. Chez les patients ayant une leucémie myéloïde chronique, il s'agit probablement en grande partie de dépenses pour des inhibiteurs de la tyrosine kinase, qui sont le principal traitement dans la phase chronique asymptomatique.

3.6. Conclusion

Au sein du groupe des « autres cancers actifs », les populations et les prises en charges sont hétérogènes. Les leucémies aiguës forment un groupe à part, du fait notamment de dépenses moyennes par patients très élevées. Les résultats mettent en exergue des notions connues, comme certains cancers plus fréquents chez les jeunes (col de l'utérus, lymphome de hodgkin, testicule, thyroïde).

Les cancers les plus fréquents sont pour la plupart liés à des facteurs de risque qui peuvent être ciblés par des mesures de prévention : exposition aux UV pour les cancers de la peau (mélanome ou non), consommation de tabac et exposition professionnelle à des substances chimiques pour le cancer de la vessie, consommation de tabac et d'alcool pour les cancers des VADS, vaccination contre le virus HPV pour le cancer du col de l'utérus.

Enfin, les dépenses de soins remboursées totales sont particulièrement élevées pour cinq cancers : VADS, peau (hors mélanome), lymphome malin non hodgkinien, myélome/tumeurs malignes à plasmocytes, vessie. Il est cependant difficile de différencier les dépenses liées aux cancers de celles liées aux comorbidités. Cette étude ne décrit pas chaque localisation de cancer dans le détail, mais permet d'éclairer les résultats présentés par ailleurs en montrant une vision transversale de l'ensemble de ces cancers. Ces résultats serviront également de données de cadrage pour de futures études.

Tableau 6. Fréquences et caractéristiques sociodémographiques selon la localisation du cancer en 2017 (par ordre décroissant de nombre de cas)

Localisation	N	prévalence	âge moyen, ans	Bénéficiaire de la CMUc		ALD en cours	Décès en 2017
				Femmes	total si âge <60 ans		
Peau (hors mélanome)	140100	0.24%	75	47%	0.71%	5.3%	63%
Vessie	70100	0.12%	73	20%	1.1%	9.3%	10%
VADS	48900	0.085%	65	26%	5.2%	17%	16%
Lymphome non Hodgkinien	44400	0.077%	67	46%	2.3%	8.7%	9.5%
Rein	32000	0.055%	67	34%	2.4%	9.5%	10%
Mélanome de la peau	31700	0.055%	66	53%	1.5%	4.6%	89%
Foie et voies biliaires	27700	0.048%	70	31%	2.5%	15%	94%
Col utérus*	26600	0.086%	48	100%	11%	14%	49%
Pancréas	25600	0.044%	70	50%	1.9%	9.8%	93%
Thyroïde	22200	0.039%	55	74%	6.3%	11%	87%
Système nerveux	22100	0.038%	55	51%	5.2%	10%	94%
Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes	21400	0.037%	71	50%	1.3%	8.5%	97%
Ovaire*	20500	0.066%	65	100%	2.8%	9.2%	93%
Corps utérus*	19800	0.064%	69	100%	2.1%	11%	94%
Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisé	19400	0.034%	71	43%	1.5%	8.8%	98%
Estomac	17900	0.031%	69	37%	2.7%	12%	93%
Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique	13500	0.024%	74	43%	1.4%	11%	96%
Oesophage	12400	0.022%	68	23%	3.0%	14%	95%
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisé	11100	0.019%	64	46%	2.9%	8.1%	98%
Leucémie myéloïde aigue	8900	0.015%	65	47%	3.3%	11%	95%
Tissus mous	8600	0.015%	60	49%	4.2%	9.9%	91%
Lymphome Hodgkinien	7400	0.013%	45	45%	8.1%	11%	97%
Maladie immunoproliférative maligne	7200	0.012%	72	46%	1.4%	9.3%	95%
Intestin grêle	6600	0.011%	67	47%	2.3%	9.1%	93%
Os, articulations, cartilage articulaire	6400	0.011%	55	45%	6.1%	12%	93%
Colon-Rectum-Anus**	6400	0.011%	67	52%	2.6%	10%	88%
Métastase sans primitif	6300	0.011%	71	54%	2.3%	11%	85%
Testicule*	5600	0.021%	41	0.12%	6.3%	7.1%	89%
Voies urinaires hautes	5500	0.0095%	72	29%	1.2%	9.8%	94%
Localisation manquante	5300	0.0091%	68	53%	2.6%	9.8%	84%
Péritoine-rétropéritoine	4500	0.0078%	65	65%	2.8%	9.8%	95%
Vulve et vagin*	4000	0.013%	67	100%	4.7%	15%	84%
Leucémie lymphoïde aigue	3900	0.0068%	32	45%	12%	15%	97%
Oeil	3300	0.0056%	61	50%	3.9%	11%	93%
Mésothéliome	2900	0.0050%	74	30%	0.87%	9.1%	94%
Leucémie chronique ou non précisé, autre	2800	0.0049%	64	44%	3.8%	12%	97%
Surrénale	2200	0.0038%	52	52%	7.9%	15%	91%
Leucémie aigue, autre	2200	0.0038%	65	44%	4.0%	14%	94%
Médiastin	1800	0.0031%	59	39%	5.2%	12%	93%
Leucémie monocyttaire, chronique ou non précisé	1800	0.0031%	76	40%	0.72%	8.9%	95%
Plèvre (hors mésothéliome)	1600	0.0027%	72	38%	2.3%	17%	90%
Hématologie sans précision	1600	0.0027%	53	55%	7.2%	14%	93%
Pénis*	1200	0.0046%	69	0.24%	2.2%	11%	87%
Glande endocrine sans précision	1200	0.0020%	54	53%	5.5%	9.9%	92%
Appareil respiratoire/thorax sans précision	1200	0.0020%	62	49%	3.2%	8.5%	93%
Organes génitaux féminins sans précision*	1100	0.0035%	64	100%	5.2%	13%	88%
Appareil digestif sans précision	1100	0.0018%	68	52%	2.4%	10%	92%
Sarcome de Kaposi	840	0.0015%	63	23%	7.0%	18%	94%
Appareil urinaire sans précision	610	0.0011%	71	28%	0.99%	6.3%	94%
Absence de localisation primitive	470	0.00082%	68	54%	3.2%	12%	100%
Leucémie monocyttaire aigue	460	0.00080%	57	44%	6.3%	14%	94%
Primitif de siège inconnu	190	0.00032%	66	59%	2.7%	8.5%	100%
Organes génitaux masculins sans précision*	140	0.00053%	59	0.71%	4.3%	9.5%	84%

Champ : Régime général - France entière

Source : Cnam (cartographie version de juillet 2020)

Les effectifs ne peuvent être sommés entre plusieurs localisations. Les effectifs sont arrondis à la centaine près pour les effectifs supérieurs à 1000, à la

*prévalences calculées chez les femmes ou les hommes uniquement, selon la localisation

**les cancers colorectaux étant repérés par ailleurs, il s'agit probablement de cancers de l'anus mais le libellé de l'INCa a été conservé.

VADS : voies aérodigestives supérieures

Tableau 7. Répartition par classe d'âge selon la localisation des cancers en 2017

Localisation	N	tous âges	0-14 ans	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +
Peau (hors mélanome)	140100	100%	0.091%	0.82%	7.8%	11%	24%	56%
Vessie	70100	100%	0.043%	0.38%	5.6%	16%	33%	45%
VADS	48900	100%	0.18%	1.3%	15%	32%	30%	21%
Lymphome non Hodgkinien	44400	100%	0.77%	3.7%	14%	19%	28%	35%
Rein	32000	100%	1.1%	1.4%	14%	22%	32%	30%
Mélanome de la peau	31700	100%	0.13%	3.9%	20%	18%	26%	32%
Foie et voies biliaires	27700	100%	0.27%	0.70%	8.1%	21%	35%	36%
Col utérus	26600	100%	0.0075%	23%	47%	13%	9.5%	7.8%
Pancréas	25600	100%	0.063%	0.80%	10%	20%	33%	37%
Thyroïde	22200	100%	0.25%	12%	36%	21%	20%	11%
Système nerveux	22100	100%	6.4%	9.8%	25%	20%	23%	17%
Myélome multiple et tumeur maligne à plasmocytes	21400	100%	0.028%	0.48%	8.4%	18%	32%	41%
Ovaire	20500	100%	0.21%	3.5%	17%	23%	31%	26%
Corps utérus	19800	100%	0.010%	0.68%	10%	22%	34%	32%
Leucémie lymphoïde, chronique ou non précisé	19400	100%	0.89%	2.0%	8.3%	16%	29%	44%
Estomac	17900	100%	0.0056%	1.2%	13%	20%	30%	36%
Maladie myéloproliférative et syndrome myélodysplasique	13500	100%	0.38%	1.1%	5.9%	12%	26%	55%
Oesophage	12400	100%	0.0080%	0.35%	10%	27%	35%	27%
Leucémie myéloïde, chronique ou non précisé	11100	100%	0.79%	5.5%	21%	19%	25%	29%
Leucémie myéloïde aigue	8900	100%	2.7%	6.4%	15%	16%	26%	35%
Tissus mous	8600	100%	3.7%	9.7%	21%	17%	23%	25%
Lymphome Hodgkinien	7400	100%	2.5%	36%	26%	12%	12%	11%
Maladie immunoproliférative maligne	7200	100%	0.13%	0.89%	8.0%	15%	30%	46%
Intestin grêle	6600	100%	0.046%	1.7%	15%	21%	31%	31%
Os, articulations, cartilage articulaire	6400	100%	5.9%	17%	19%	17%	19%	22%
Colon-Rectum-Anus*	6400	100%	0.016%	0.94%	15%	23%	32%	29%
Métastase sans primitif	6300	100%	0.064%	1.4%	12%	18%	26%	43%
Testicule	5600	100%	0.85%	36%	47%	7.7%	4.9%	3.0%
Voies urinaires hautes	5500	100%	0.055%	0.33%	5.9%	16%	33%	45%
Localisation manquante	5300	100%	0.82%	3.6%	15%	17%	27%	36%
Péritoine-rétropéritoine	4500	100%	1.7%	3.6%	15%	20%	31%	29%
Vulve et vagin	4000	100%	0.40%	2.7%	21%	17%	23%	36%
Leucémie lymphoïde aigue	3900	100%	41%	19%	13%	8.9%	8.8%	9.0%
Oeil	3300	100%	6.6%	4.7%	17%	18%	27%	27%
Mésothéliome	2900	100%	0%	0.83%	5.2%	10%	31%	53%
Leucémie chronique ou non précisé, autre	2800	100%	5.3%	6.1%	13%	16%	24%	36%
Surrénale	2200	100%	15%	6.1%	22%	19%	23%	15%
Leucémie aigue, autre	2200	100%	6.3%	6.2%	11%	12%	22%	43%
Médiastin	1800	100%	3.4%	9.9%	20%	21%	27%	19%
Leucémie monocyttaire, chronique ou non précisé	1800	100%	0.33%	0.72%	4.2%	8.0%	24%	63%
Plèvre (hors mésothéliome)	1600	100%	0.064%	0.64%	6.6%	15%	32%	45%
Hématologie sans précision	1600	100%	12%	12%	22%	15%	17%	21%
Pénis	1200	100%	0.081%	2.1%	10%	19%	32%	37%
Glande endocrine sans précision	1200	100%	2.3%	12%	32%	20%	20%	13%
Appareil respiratoire/thorax sans précision	1200	100%	0.68%	4.5%	22%	24%	28%	21%
Organes génitaux féminins sans précision	1100	100%	0.093%	7.1%	23%	18%	21%	31%
Appareil digestif sans précision	1100	100%	0.38%	1.9%	13%	20%	32%	33%
Sarcome de Kaposi	840	100%	0.36%	7.7%	23%	17%	20%	31%
Appareil urinaire sans précision	610	100%	0%	1.3%	7.1%	18%	30%	44%
Absence de localisation primitive	470	100%	0.64%	2.3%	15%	19%	28%	36%
Leucémie monocyttaire aigue	460	100%	8.0%	8.7%	20%	15%	22%	26%
Primitif de siège inconnu	190	100%	2.7%	7.0%	15%	12%	25%	38%
Organes génitaux masculins sans précision	140	100%	2.8%	6.4%	26%	25%	16%	23%

Champ : Régime général - France entière

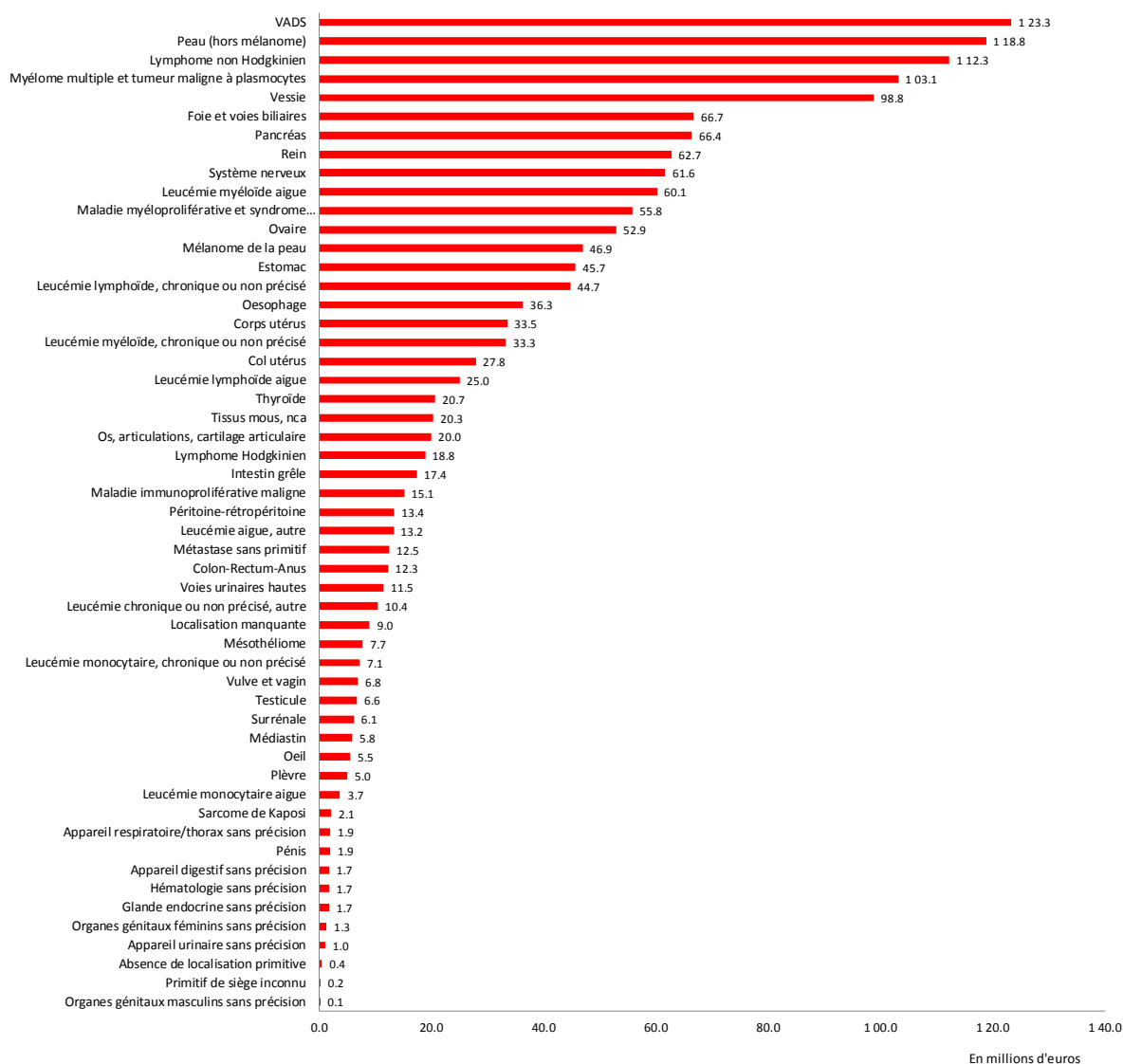
Source : Cnam (cartographie version de juillet 2020)

Les effectifs ne peuvent être sommés entre plusieurs localisations. Les effectifs sont arrondis à la centaine près pour les effectifs supérieurs à 1000, à la dizaine en dessous. Les pourcentages étant arrondis, la somme des pourcentages des classes d'âge indiqués pour une localisation donnée n'est pas toujours égale à 100%.

*les cancers colorectaux étant repérés par ailleurs, il s'agit probablement de cancers de l'an us mais le libellé de l'INCa a été conservé.

VADS : voies aérodigestives supérieures

Figure 26. Dépenses de soins remboursées des patients ayant un « autre cancer actif » repéré dans la Cartographie en 2017, par localisation



Champ : Régime général, dépenses remboursées liées ou non au cancer - France entière

Source : Cnam (cartographie version de juillet 2020)

Les dépenses ne peuvent être sommées entre plusieurs localisations.

VADS : voies aérodigestives supérieures

Figure 27. Effectifs et dépenses de soins remboursées moyennes des patients ayant un « autre cancer actif » repéré dans la Cartographie en 2017, par localisation (par ordre décroissant de dépenses de soins totales)



Champ : Régime général, dépenses remboursées liées ou non au cancer - France entière. Source : Cnam (cartographie version de juillet 2020). Les effectifs et les dépenses ne peuvent être sommés entre plusieurs localisations. VADS : voies aérodigestives supérieures.

4. Projections des effectifs par pathologie

4.1. Pourquoi des projections ?

Les projections consistent à extrapoler des résultats observés sur une période donnée aux années futures en prolongeant linéairement la croissance des effectifs de patients. Si cet exercice n'est pas aussi précis que pourrait l'être un modèle de prévision, il permet de donner une idée des évolutions attendues à conditions extérieures inchangées et ainsi, à l'avenir, permettre des comparaisons par rapport aux effectifs observés.

La croissance des effectifs de patients pris en charge pour des pathologies, qui a été l'un des facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses de santé depuis 2012, est liée à des facteurs démographiques (croissance et vieillissement de la population), mais aussi à d'autres facteurs propres à chaque pathologie : augmentation de l'exposition à des facteurs de risque, augmentation de l'incidence des pathologies, meilleur dépistage, meilleur accès aux soins, modifications des indications de certains traitements... Grâce aux données de l'INSEE et de la

Cartographie, il est possible de décomposer la croissance attendue du fait de la croissance démographique et de celle liée aux autres facteurs (Encadré 6).

Les projections peuvent donc être un outil précieux pour orienter les actions de gestion du risque et en déterminer l'intensité.

Dans le rapport Charges et Produits pour 2018, des projections des effectifs de patients pris en charge avaient ainsi été réalisées à partir des données de la Cartographie 2012-2015, sur les années 2016 à 2020. Le recul de 7 ans disponible aujourd'hui dans la Cartographie permet d'évaluer la performance de la méthode de projection des effectifs de patients présentée dans le précédent rapport en comparant les effectifs projetés en 2017 et 2018 aux effectifs observés les mêmes années. Par ailleurs, de nouvelles projections, portant jusqu'en 2023, ont été réalisées en suivant la même méthode.

4.2. Des projections de court terme réalistes

4.2.1 Des effectifs projetés à court terme proches de ceux observés

Tout d'abord, les projections à 1 an des effectifs de catégories de pathologies fournissent des résultats très proches de ceux finalement observés. Ainsi, les effectifs observés en 2017 sont dans la grande majorité des cas inférieurs ou supérieurs au maximum de 1,5 % aux effectifs projetés (Figure 28). Des écarts un peu plus importants sont observés sur les cancers avec une différence de l'ordre de -2,2 % et, si les pathologies sont analysées plus en détail, sur le syndrome coronaire aigu (-3,2 %) ainsi que sur les traitements hypnotiques (7,7 %) (Figure 29).

Les projections à 2 ans, en 2018, présentent des écarts plus importants avec les résultats observés, de l'ordre de 0,5 point à 1 point de plus que les écarts observés au terme d'une année. Les différences entre projections et résultats observés concernent également les cancers, le syndrome coronaire aigu et les traitements hypnotiques, mais aussi les transplantations rénales (+14,2 %) (Figure 29).

S'agissant des cancers, les différences observées concernent essentiellement les cancers sous surveillance (Figure 29) et pourraient s'expliquer par des modifications intervenues dans les circuits de déclaration.

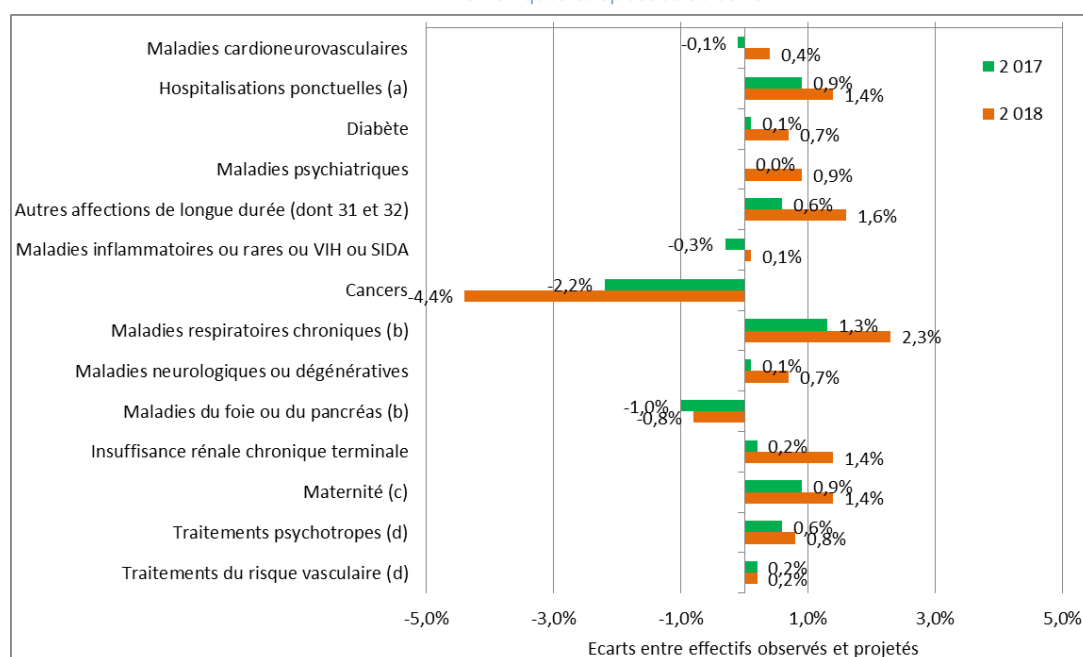
Dans l'ensemble, la comparaison des projections avec les données finalement observées conforte les résultats des projections de court terme.

4.2.2 Des projections en 2020 à partir des données observées entre 2012 et 2015 et entre 2012 et 2018 relativement proches

La comparaison des projections en 2020 réalisées à partir des effectifs observés sur 4 années, entre 2012 et 2015, avec celles réalisées à partir des données observées sur 7 ans, entre 2012 et 2018, fournit également une opportunité de valider la méthodologie retenue et ses résultats.

Pour douze pathologies sur quatorze, les écarts relatifs aux projections réalisées à partir de 2012-2015 ne dépassent pas 5 % (Tableau 8). Ils sont particulièrement faibles pour les maladies cardio-neurovasculaires (0,2 %) et les autres affections de longues durées (0,4 %). En revanche, les écarts sont plus importants pour les cancers (6,9%) et les maladies psychiatriques (11,9 %).

Figure 28. Ecart relatif entre les effectifs projetés et observés en 2017 et en 2018 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins



(a) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(b) Hors mucoviscidose

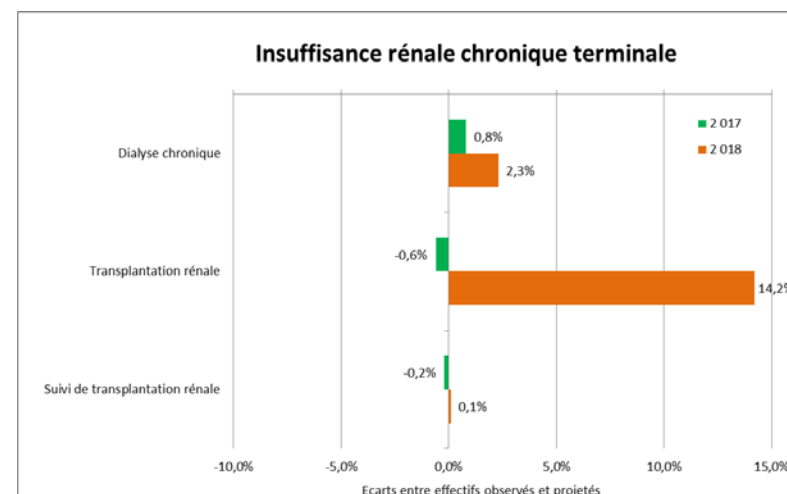
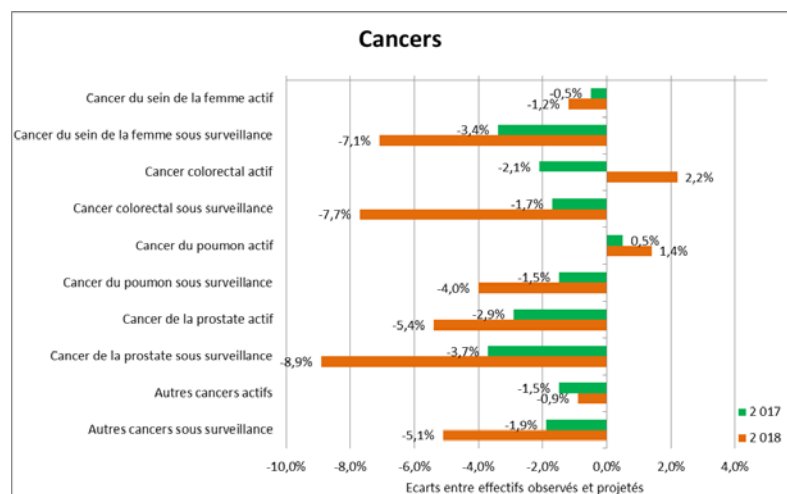
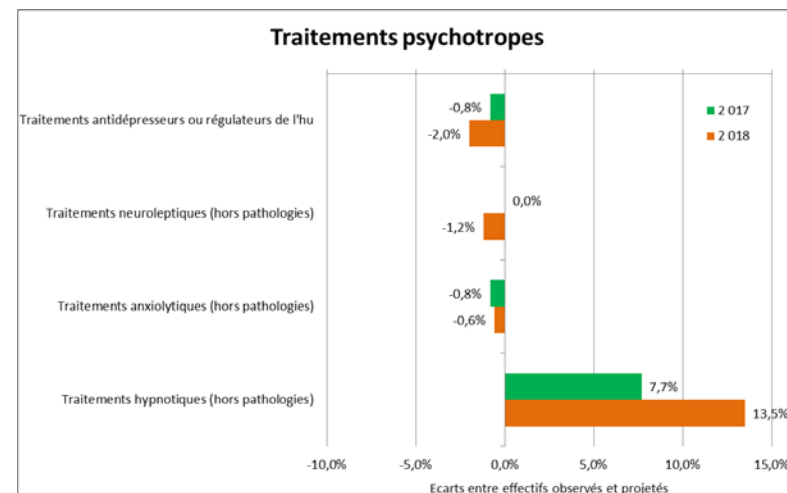
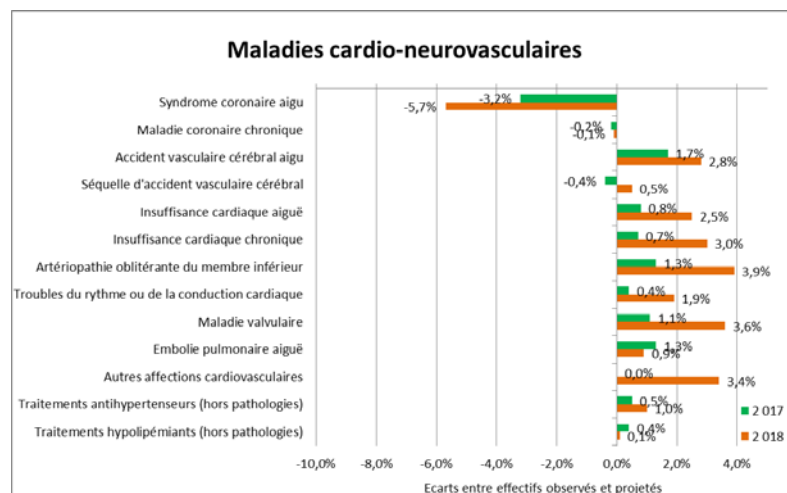
(c) Avec ou sans pathologies

(d) Hors pathologies

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2020)

Figure 29 : Ecart relatif entre les effectifs projetés et observés en 2017 et en 2018 pour les maladies cardio-neurovasculaires, les cancers, les traitements psychotropes et l'insuffisance rénale chronique



Champ : régime général – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2020)

Tableau 8 : Ecart entre les effectifs projetés en 2020 lors de la précédente analyse (données 2012-2015) et dans la présente analyse (données 2012-2018), par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins

Pathologie	Effectifs 2020 projetés		Ecart entre les projections 2020 faites à partir des effectifs 2012-2015 et 2012-2018	
	à partir des effectifs 2012-2015	à partir des effectifs 2012-2018	Bruts	rapportés aux projections réalisées à partir de 2012-2015
Maladies cardioneurovasculaires	5 129 000	5 120 000	- 9 000	-0,2%
Hospitalisations ponctuelles (a)	9 702 000	10 065 563	363 000	3,7%
Diabète	4 157 000	4 077 000	- 80 000	-1,9%
Maladies psychiatriques	2 432 000	2 721 000	290 000	11,9%
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 861 000	1 854 000	- 7 000	-0,4%
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1 381 000	1 363 000	- 18 000	-1,3%
Cancers	3 063 000	3 275 000	212 000	6,9%
Maladies respiratoires chroniques (b)	3 904 000	3 764 000	- 140 000	-3,6%
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 610 000	1 684 000	74 000	4,6%
Maladies du foie ou du pancréas (b)	615 000	645 000	30 000	4,9%
Insuffisance rénale chronique terminale	111 000	106 000	- 5 000	-4,8%
Maternité (c)	1 256 000	1 224 000	- 32 000	-2,6%
Traitements psychotropes (d)	5 736 000	5 510 000	- 226 000	-3,9%
Traitements du risque vasculaire (d)	8 393 000	8 178 000	- 215 000	-2,6%

(a) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(b) Hors mucoviscidose

(c) Avec ou sans pathologies

(d) Hors pathologies

Note de lecture : D'après les projections réalisées à partir des données observées entre 2012 et 2015, en 2020, le nombre de patients pris en charge pour une maladie cardioneurovasculaire devrait être de 5 129 000. D'après celles réalisées à partir des données observées entre 2012 et 2018, ce nombre devrait atteindre 5 120 000, soit un écart de 9 000 patients, correspondant à une diminution de près de 2 % relativement aux projections réalisées à partir des données 2012-2015.

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2020)

4.3. Les résultats marquants des projections par pathologie des effectifs 2019-2023

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

Les projections montrent que l'augmentation du nombre de patients qui consomment des soins en lien avec des pathologies ou traitements spécifiques va se poursuivre entre 2019 et 2023.

En 2018, 28,8 millions de personnes avaient une consommation significative de soins rattachable à au moins une pathologie ou un traitement spécifique, une maternité ou une hospitalisation ponctuelle. L'effectif projeté en 2023 compte 490 000 personnes supplémentaires.

Ces évolutions sont variables selon les pathologies, en fonction des effectifs en 2018, de la structure d'âge de la population malade et les évolutions constatées sur la période 2012-2018.

D'après les projections, sept pathologies devraient connaître, d'ici à 2023, une croissance d'effectifs parmi les plus importantes, à savoir plus de 200 000 malades supplémentaires : les maladies cardio-neurovasculaires, avec un peu plus de 600 000 malades supplémentaires, le diabète (+459 000), les maladies psychiatriques (+288 000), le groupe « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida » (+249 000), les cancers (+232 000)¹⁵, les maladies respiratoires chroniques (+211 000) et les autres affections de longues durée (+251 000) (Tableau 9 et Figure 30 à

Figure 34).

« L'effet démographique » est particulièrement important sur les pathologies qui concernent des populations âgées. Il représente près des deux tiers de l'évolution attendue pour le diabète et les maladies cardio-neurovasculaires, et près des trois quarts de celle attendue pour les maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) et les maladies neurologiques ou dégénératives. Cet effet est beaucoup moins important (entre 20 % et 55 %) pour les autres pathologies, qui touchent des populations comparativement plus jeunes. L'augmentation du nombre de femmes entre 60 et 70 ans ayant une maladie respiratoire chronique, principalement liée à des facteurs non démographiques (

Figure 34), peut s'expliquer par le tabagisme important chez les femmes de cette génération.

Tableau 9 : Effectifs projetés en 2023 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins

Pathologie	Effectifs 2018	Effectifs 2023 projetés	Evolution 2018-2023		
			Totale	dont effet démographique	dont effet épidémiologique
Maladies cardioneurovasculaires	4 874 000	5 513 000	638 000	434 000	204 000
Hospitalisations ponctuelles ^(a)	9 467 000	10 066 000	598 000	379 000	220 000
Diabète	3 901 000	4 360 000	459 000	298 000	162 000
Maladies psychiatriques	2 610 000	2 898 000	288 000	82 000	206 000
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 758 000	2 009 000	251 000	97 000	154 000
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1 270 000	1 519 000	249 000	50 000	199 000
Cancers	3 185 000	3 417 000	232 000	261 000	- 28 000
Maladies respiratoires chroniques ^(b)	3 682 000	3 893 000	211 000	153 000	58 000
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 627 000	1 774 000	147 000	112 000	35 000
Maladies du foie ou du pancréas ^(b)	624 000	682 000	57 000	31 000	27 000
Insuffisance rénale chronique terminale	100 000	116 000	17 000	6 000	10 000
Maternité ^(c)	1 266 000	1 165 000	- 100 000	- 21 000	- 79 000

¹⁵ L'écart de projection constaté plus haut pour les cancers en surveillance, supposé lié à la simplification des ALD en 2016, ne devrait pas être observable sur les projections au-delà de 2018.

Traitements psychotropes ^(d)	5 720 000	5 206 000	- 514 000	284 000	- 798 000
Traitements du risque vasculaire ^(d)	8 424 000	7 825 000	- 599 000	533 000	- 1 132 000

(a) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(b) Hors mucoviscidose

(c) Avec ou sans pathologies

(d) Hors pathologies

Note de lecture : En 2018, 4 874 000 personnes étaient atteintes de maladie cardiovasculaire. D'après les projections réalisées à partir des données observées entre 2012 et 2018, ce nombre devrait atteindre 5 513 000 en 2023, soit une augmentation de 638 000, dont 434 000 seraient attribuables à un « effet démographique » et 204 000 à un « effet épidémiologique ».

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2020)

Figure 30 : Evolution des effectifs projetés pour les maladies cardio-neurovasculaires

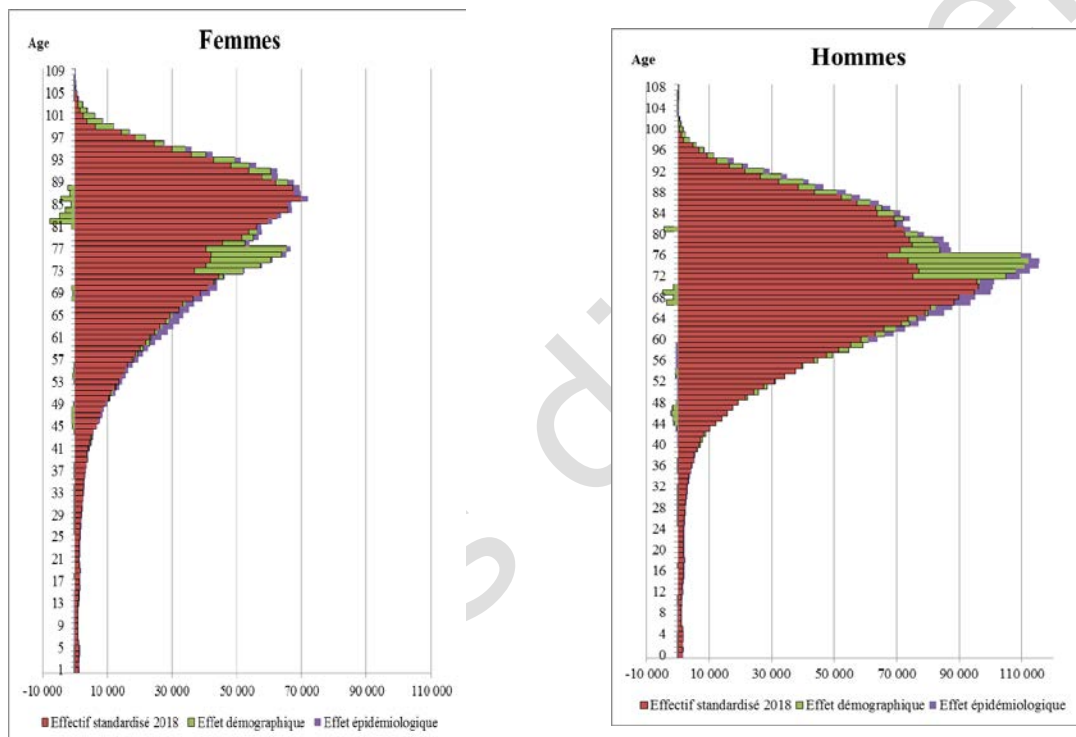


Figure 31 : Evolution des effectifs projetés pour le diabète

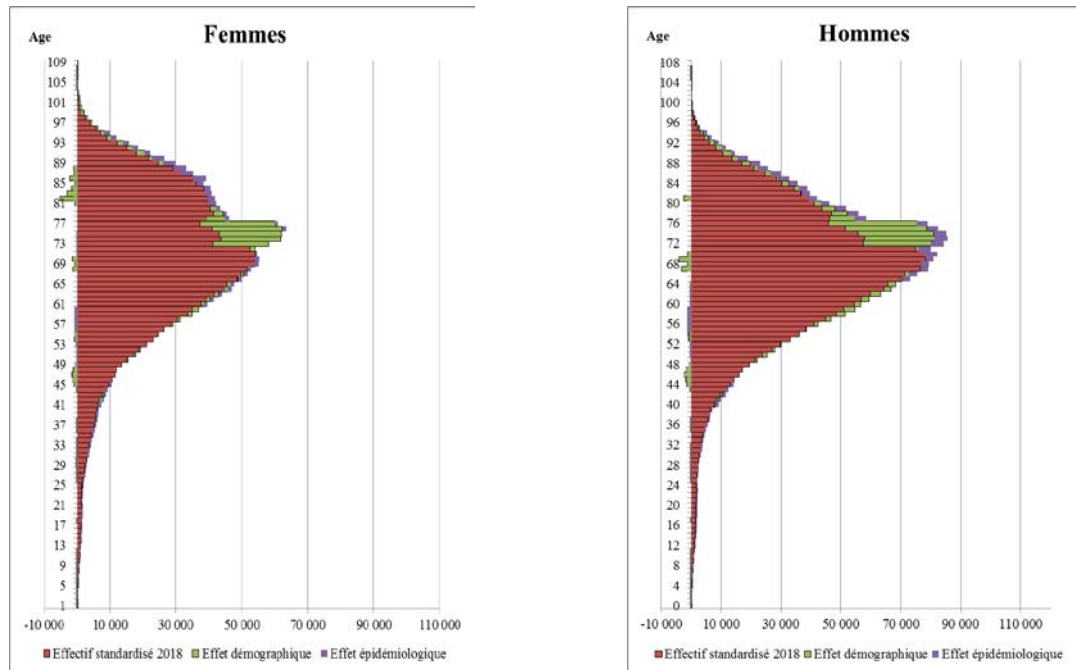


Figure 32 : Evolution des effectifs projetés pour les maladies psychiatriques

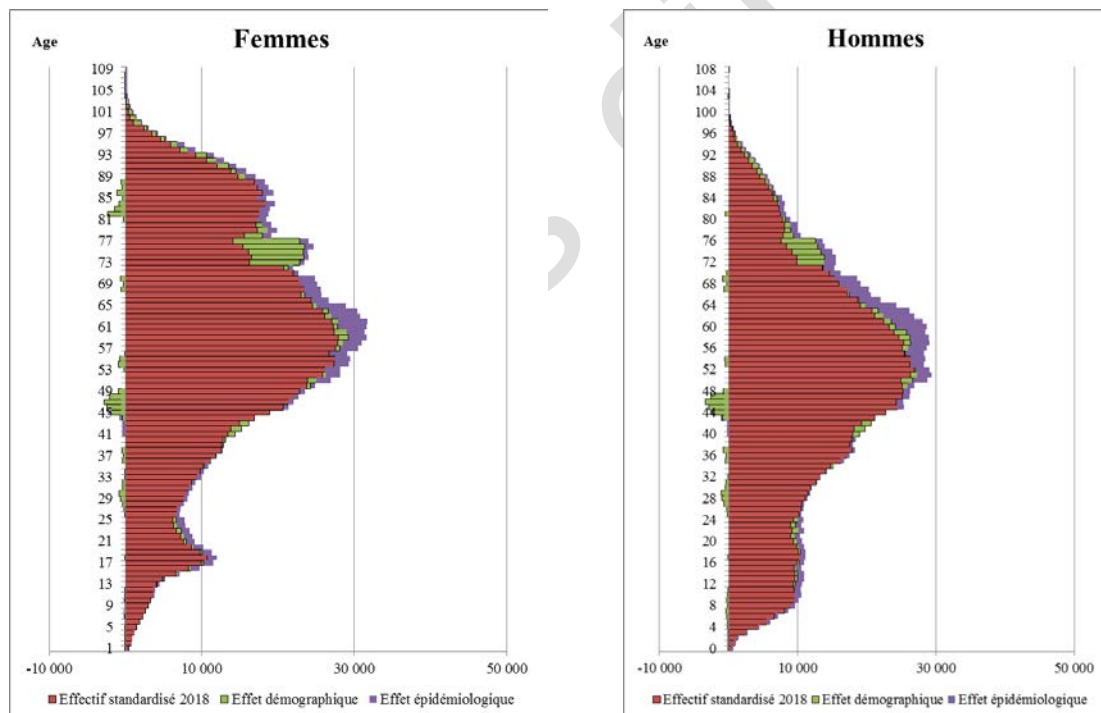


Figure 33 : Evolution des effectifs projetés pour les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA

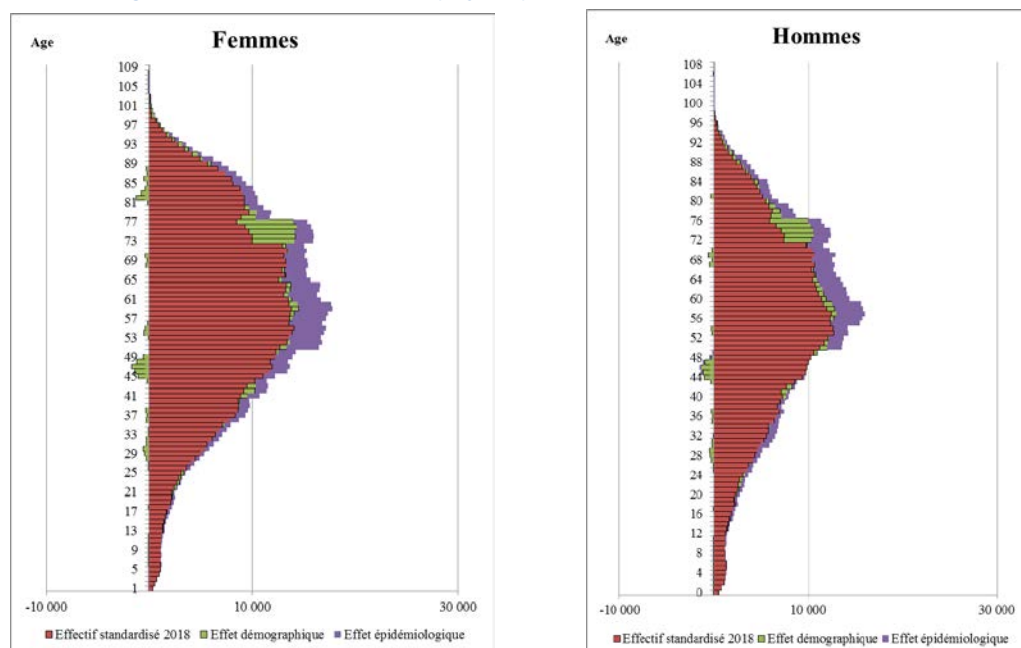
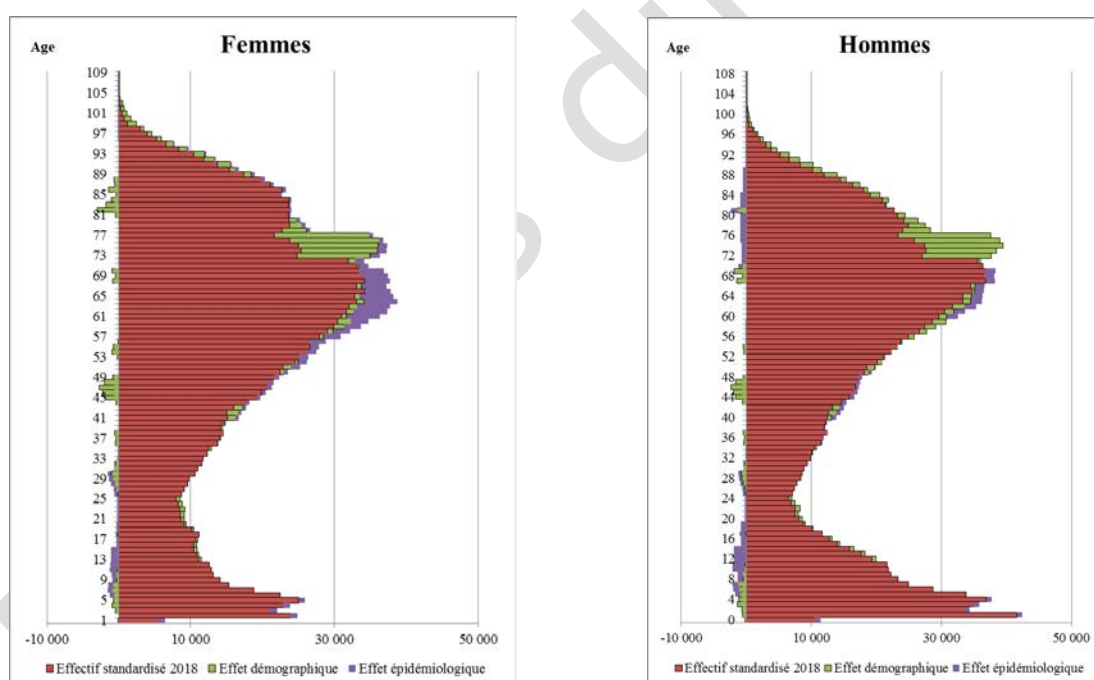


Figure 34. Evolution des effectifs projetés pour les maladies respiratoires chroniques



4.3.2 La croissance des effectifs entre 2018 et 2023 devrait être moins élevée qu'entre 2012 et 2018, du fait d'un effet démographique moins important

L'évolution totale des effectifs jusqu'en 2023 devrait correspondre à une augmentation de plus de 10 % pour la plupart des catégories de pathologies, allant même jusqu'à 20 % pour la catégorie des « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida » et 17 % pour l'insuffisance rénale chronique terminale (Tableau 10). Elle devrait être inférieure à 10 % pour les hospitalisations ponctuelles, les maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose), les maladies neurologiques ou dégénératives et les maladies du foie et du pancréas.

Enfin, elle devrait être négative pour la maternité, les traitements psychotropes et les traitements du risque vasculaire.

Les évolutions d'effectifs projetées devraient correspondre à des taux de croissance annuel moyen compris entre 2 % et 4 %. Ils devraient être inférieurs à ceux observés entre 2012 et 2018, marquant un ralentissement attendu de la croissance des effectifs pour ces pathologies, dû au seul effet démographique puisque l'effet « épidémiologique » projeté est par construction identique sur les deux périodes.

Tableau 10. Taux de croissance annuels moyens entre les périodes 2012-2018 et 2018-2023 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins

	Effectifs 2018	Evolution 2012-2018 (observé)		Evolution 2018-2023 (projections)		
		effectif	TCAM	effectif	taux de croissance	TCAM
Maladies cardioneurovasculaires	4 874 000	663 000	3.0%	638 000	13%	2.5%
Hospitalisations ponctuelles (a)	9 467 000	640 000	1.4%	598 000	6%	1.2%
Diabète	3 901 000	468 000	2.6%	459 000	12%	2.3%
Maladies psychiatriques	2 610 000	288 000	2.3%	288 000	11%	2.1%
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 758 000	250 000	3.1%	251 000	14%	2.7%
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1 270 000	219 000	3.8%	249 000	20%	3.6%
Cancers	3 185 000	275 000	1.8%	232 000	7%	1.4%
Maladies respiratoires chroniques (b)	3 682 000	247 000	1.4%	211 000	6%	1.1%
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 627 000	176 000	2.3%	147 000	9%	1.7%
Maladies du foie ou du pancréas (b)	624 000	52 000	1.7%	57 000	9%	1.8%
Insuffisance rénale chronique terminale	100 000	15 000	3.4%	17 000	17%	3.2%
Maternité (c)	1 266 000	-124 000	- 1.6%	-100 000	-8%	- 1.6%
Traitements psychotropes (d)	5 720 000	-467 000	- 1.5%	-514 000	-9%	- 1.9%
Traitements du risque vasculaire (d)	8 424 000	-535 000	- 1.2%	-599 000	-7%	- 1.5%

(a) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(b) Hors mucoviscidose

(c) Avec ou sans pathologies

(d) Hors pathologies

Note de lecture : Entre 2018 et 2023, le nombre de patients atteints de maladie cardoneurovasculaire devrait augmenter de 13 %, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,5 %, soit un taux plus faible que celui observé entre 2012 et 2018 (3 %).

TCAM : taux de croissance annuel moyen

Champ : régime général – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2020)

4.3.3 Quels enseignements ?

Ces projections montrent que les effectifs de personnes ayant une consommation significative de soins en lien avec une pathologie, un traitement ou une hospitalisation (28,8 millions d'individus en 2018) devraient continuer de croître entre 2018 et 2023 (près de 490 000 personnes supplémentaires) en l'absence de modification majeure du contexte sanitaire, mais à un rythme moins rapide du fait d'évolutions démographiques moins importantes, allégeant ainsi un facteur de pression sur les dépenses de santé.

Cependant, les projections réalisées ne permettent pas d'anticiper l'effet de l'épidémie de COVID-19 sur les effectifs de personnes prises en charge pour ces pathologies en 2020 et les années suivantes. Or, on s'attend à une augmentation des effectifs des patients ayant une hospitalisation ponctuelle en 2020, liée à la COVID-19, et à une diminution des effectifs de personnes ayant consommé des soins pour d'autres pathologies, du fait de la baisse des recours aux soins constatés durant cette période. On ne peut également exclure un effet de la mortalité dans certaines catégories de population qui tendra à diminuer les effectifs par rapport aux projections présentées ici, qui sont donc plutôt à considérer comme une référence « s'il n'y avait pas eu de pandémie ».

Malgré cela, l'augmentation du poids des maladies chroniques et de la polypathologie, du fait du vieillissement de la population, continuera sans aucun doute dans les années à venir à constituer un défi important pour notre système de santé. Il continuera aussi à motiver la nécessité d'une politique active de gestion du risque et de maîtrise médicalisée, afin d'offrir à ces nouveaux patients un accès à des soins de qualité tout en assurant la pérennité financière du système.

Encadré 6 : Méthodes et limites des projections

Méthodes

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

Les projections d'effectifs ont été faites en partant des effectifs constatés sur la population du régime général, France entière, en 2018, extrapolés à l'ensemble de la population française.

Deux facteurs d'évolution des effectifs ont été pris en compte dans cette projection. Le premier est un « effet démographique », qui prend en compte l'augmentation des effectifs de la population française et l'évolution de sa structure d'âge (« vieillissement de la population ») et de sexe. En se basant sur les projections démographiques de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en population générale, il est ainsi possible de projeter l'effectif en supplément ou en retrait selon le sexe, pour chaque pathologie et chaque classe d'âge.

Le second facteur pris en compte est l'évolution de la fréquence des pathologies selon le sexe et pour chaque classe d'âge. Dans un premier temps, ce facteur a été estimé rétrospectivement sur la période 2012-2016 à partir de l'évolution constatée des effectifs, en retranchant les évolutions démographiques calculées par l'INSEE. Les projections ont été faites en posant l'hypothèse que cet effet allait rester stable et constant sur la période de projection. Cet effet est appelé ici effet « épidémiologique ».

Les projections ont été faites sur la période 2018-2023. Les effectifs totaux projetés en 2023 sont calculés en sommant les effectifs de 2018, les variations d'effectifs liées à l'effet démographique et celles liées à l'effet « épidémiologique ».

Limites

Tout travail de projection repose par définition sur des hypothèses. La vérification de ces hypothèses dans les années à venir conditionnera le fait que les évolutions réelles des effectifs correspondront aux effectifs projetés. L'hypothèse de stabilité de l'effet « épidémiologique » sur la période de projection est une hypothèse forte. Il est donc probable qu'elle ne soit pas totalement vérifiée dans la pratique et que certains écarts puissent être constatés.

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

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

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

Les conséquences de la crise sanitaire liée à la Covid 19 et les inconnues sur son évolution au cours des prochains mois rendent particulièrement incertaine toute tentative de projection sur ce que pourrait être l'évolution des dépenses de santé pour l'année prochaine. Deux éléments viennent s'ajouter à cette difficulté : les tensions que cette crise a mises en exergue dans le fonctionnement de notre système de soins et, au moment de la rédaction de ce document, la définition des mesures gouvernementales attendues dans les prochaines semaines dans la suite des travaux du Ségur de la Santé.

S'il est évident que le niveau de l'Ondam pour 2021 devra tenir compte de ces éléments et s'ajuster pour permettre une progression sensiblement plus élevée que lors des années précédentes, il reste que des efforts de maîtrise des dépenses de santé resteront nécessaires. Pour au moins deux séries de raisons :

La première série de raisons tient au fait que tout système de santé génère des dépenses inutiles. Elles peuvent être liées, à titre d'exemples, à des actes, prescriptions ou autres prises en charge évitables, non pertinentes, prématurées ou tardives, privilégiant des traitements inutilement coûteux, réalisées dans des conditions non conformes à des règles de sécurité ou de qualité ou générant ultérieurement des soins plus lourds faute d'une réponse initiale adaptée aux besoins du patient.

Ces constats sont connus et l'Assurance Maladie a contribué à les décrire et les documenter au travers de ses derniers rapports. S'il serait délicat de chercher à en mesurer précisément le poids financier dans le total des dépenses, il est clair que leur ampleur est tout sauf négligeable et appelle une action de régulation diversifiée et persévérante, dont la légitimité ne peut être contestée dans un système de solidarité financé par les contributions de tous.

Tel est le sens des missions poursuivies par l'Assurance Maladie : privilégier une approche médicalisée de la régulation qui place les exigences, de pertinence de qualité et de sécurité des soins au cœur de ses interventions, plutôt que de jouer sur des logiques de régulation comptable assises sur l'ajustement des dotations et des tarifs.

La seconde série de raisons tient à la nécessité de maîtriser la progression des dépenses de santé pour pouvoir préserver les mécanismes de solidarité qui permettent aujourd'hui aux assurés sociaux un accès aux soins qui demeure en France parmi les plus larges et les mieux garantis de tous les pays occidentaux. Il est normal et légitime que les dépenses de soins progressent chaque année, au regard de l'évolution des besoins de santé de la population. Il est cependant essentiel de parvenir à ce que la progression des dépenses mais aussi celle des ressources qui en assurent le financement se fassent à un rythme proche, sauf à se condamner inévitablement au déficit. Certes, notre pays a connu de tels déficits au cours des dernières décennies. Toutefois, il a toujours cherché à les réduire, c'est pour la raison simple que tout déficit chronique conduit inéluctablement à des mesures de restriction des remboursements, et donc à un affaiblissement de l'accès aux soins.

Agir pour favoriser le juste soin, identifier les prises en charge inutiles, lutter contre les abus et les fraudes, ou encore contre certains effets de rente économique, mais aussi réduire le renoncement aux soins, facteur de risque et in fine de dépenses qui auraient dû être évitées, telles sont les finalités poursuivies par les actions menées par l'Assurance Maladie et qui sont présentées dans ce chapitre.

Leur mise en œuvre ne vise pas à réduire les dépenses de santé : celles-ci progressent chaque année. Elle ne vise pas davantage à refuser des prises en charge nécessaires et utiles, ce qui s'assimilerait à un rationnement contraire aux valeurs qui fondent notre modèle social. Ces actions permettent en revanche de réduire la progression tendancielle des dépenses de santé de la fraction de celles-ci qui ne répondent ni à un besoin ni à une nécessité. Elles permettent également de réduire des dépenses existantes liées à des prises en charges inutiles, inefficaces ou non recommandées, rendant ainsi possible le financement de dépenses nouvelles nécessaires et attendues, liées par exemples à l'arrivée d'innovations thérapeutiques.

C'est dans cet esprit que sont ici présentées l'ensemble des champs d'actions sur lesquels l'Assurance Maladie continuera en 2021 à intervenir. Le tableau ci-dessous en mesure les impacts financiers attendus qui s'élèvent à un montant légèrement moindre que les années précédentes. Ceci s'explique par la moindre progression des dépenses de soins de ville, en 2020, compte tenu des effets de l'épidémie sur la consommation de soins, ce qui se traduira par un effet de base potentiellement favorable au titre de l'année 2021.

Ces impacts se répartissent de la manière suivante :

Tableau 11 : Récapitulatif des économies attendues des actions de l'Assurance Maladie en 2021 (millions d'euros)

	Actions de l'Assurance Maladie		Impact sur l'ONDAM (millions d'euros)
Produits de santé	Médicaments	322	462
	Antidiabétiques	25	
	Hypolipémiants	35	
	Anti-hypertenseurs	35	
	Inhibiteurs de la pompe à protons	30	
	Antalgiques	30	
	Benzodiazépines	20	
	Biosimilaires (dispositif d'intéressement en ville)	42	
	Diffusion des médicaments génériques	45	
	Dispensation adaptée	60	
	Iatrogénie	40	
Actes et prescriptions	Dispositifs médicaux	100	438
	Pertinence des examens de biologie	30	
	Imagerie	58	
	Indemnités journalières	100	
	Transports	170	
Prises en charge	Prescription de soins paramédicaux	80	25
	Développement du programme Prado chirurgie	20	
	Demande d'accord préalable des opérations de chirurgie bariatrique	5	150
	Lutte contre la fraude	Actions de lutte contre les fraudes et les abus	
Total			1 075

Il est à noter que ces mesures 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) dont l'Assurance Maladie est partie prenante au même titre que d'autres acteurs publics et privés.

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

Au-delà de ces actions ponctuelles, dont beaucoup renvoient à des programmes engagés depuis quelques années et qui ont vocation à s'inscrire dans la durée, ce rapport est aussi l'occasion d'aborder la nécessaire évolution de nos modes d'intervention dont la portée devra se renforcer dans les prochaines années, si l'on veut par ailleurs moins recourir à des leviers de régulation budgétaires ou tarifaires dont on a pu mesurer les limites en termes d'impact sur le fonctionnement de notre système de santé.

1. Propositions pour l'Ondam 2021 et le respect des objectifs : les engagements de la Cnam pour 2021

1.1. Les produits de santé

En 2019, les dépenses de médicaments se sont élevées à plus de 24 milliards d'euros¹⁶, soit 26% des soins de ville. Les dépenses liées aux dispositifs médicaux ont représenté 7,4 milliards d'euros.

Les enjeux demeurent nombreux pour favoriser un meilleur usage de ces produits. Les comparaisons internationales illustrent toujours le fait qu'un niveau de prescription élevé de certains médicaments persiste dans notre pays.

C'est particulièrement le cas des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance, largement évoquée dans le rapport publié l'année dernière, fait ainsi l'objet d'actions constantes de l'Assurance Maladie depuis la première campagne de communication lancée en 2002 sur ce sujet.

Le rapport détaille cette année d'autres priorités d'action, certaines engagées de longue date, d'autres plus récentes, liées notamment au traitement du diabète, de l'hypercholestérolémie et des troubles dépressifs.

1.1.1 La juste prescription des traitements antidiabétiques

En 2018, la prévalence du diabète est estimée à 5,7% de la population française (soit 3 304 300 personnes avec un diabète parmi environ 57,9 millions de bénéficiaires du Régime général, y compris SLM). Cette pathologie est en croissance avec environ 68 000 personnes supplémentaires prises en charge pour leur diabète entre 2017 et 2018 (+2,1% par an).

La prise en charge du diabète et de ses complications a généré pour l'Assurance Maladie 7,2 milliards d'euros de dépenses en 2018. Le montant remboursé des antidiabétiques était en 2018 de 2,1 milliards d'euros constitué par des médicaments ayant des coûts de traitement mensuel très variables : de quelques euros par mois pour les antidiabétiques les plus anciens (metformine et sulfamides) à plus d'une centaine d'euros pour les antidiabétiques de la classe des analogues du GLP1 (AGLP1) plus récent.

Le traitement du diabète de type 2 : une stratégie thérapeutique graduée où la metformine occupe une place centrale

Le traitement du diabète de type 2 (DT2) constitue un enjeu majeur de santé publique par les effectifs concernés et le coût direct ou indirect lié à ses complications.

La prise en charge du patient diabétique repose en premier lieu sur une modification du régime alimentaire et la pratique d'une activité physique régulière. Lorsque ces mesures sont insuffisantes, la prescription en complément de médicaments hypoglycémisants devient nécessaire. La stratégie 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.

Selon les recommandations publiées par la HAS en 2013¹⁷, la metformine occupe une place centrale dans la prise en charge médicamenteuse du patient diabétique de type 2 : pour la majorité des patients, la metformine en monothérapie est le traitement de référence pour initier un traitement médicamenteux lorsque la

¹⁶ Constat ONDAM 2019

¹⁷ Recommandations de bonne pratique, Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 – Haute Autorité de Santé, janvier 2013

modification au préalable du mode de vie et la pratique d'une activité physique régulière n'ont pas permis un contrôle satisfaisant de l'hyperglycémie.

Lorsque des intensifications du traitement sont nécessaires pour maintenir un contrôle satisfaisant de l'HbA1C, la metformine doit être maintenue, sauf intolérance vraie ou contre-indication, à toutes les étapes d'intensification du traitement venant en association avec les autres antidiabétiques y compris lors du passage à l'insulinothérapie.

Ce positionnement s'explique par le fait qu'un traitement par metformine est efficient puisqu'il allie efficacité, sécurité et faible coût :

- **Efficacité** : la metformine est la seule classe thérapeutique agissant sur l'insulino-résistance, phénomène physiopathologique majeur dans le développement du diabète de type 2. La metformine diminue la production hépatique de glucose, elle réduit la glycémie à jeun et post prandiale. Elle génère une baisse de l'HbA1c aux alentours de 1%
- **Sécurité et tolérance** : la metformine est un médicament ancien dont la sécurité notamment cardiovasculaire est bien connue. Elle bénéficie globalement d'une bonne tolérance mise à part un risque de survenue chez 10 à 20% des patients de troubles digestifs bénins de type nausée, diarrhée, ballonnements en initiation de traitement. L'acidose lactique est un effet indésirable grave mais dont l'incidence reste exceptionnelle si l'on respecte certains principes de prescriptions. L'utilisation de metformine ne génère pas de risque hypoglycémique. Elle est associée à une stabilité pondérale voire une modeste perte de poids.
- **Faible coût** : en France, le coût de traitement mensuel de la metformine est compris entre 3 et 7 euros¹⁸.

Les recommandations des sociétés savantes de diabétologie françaises¹⁹ (Société Francophone du Diabète, SFD) et internationales²⁰ (European Association for the Study of Diabetes and American Diabetes Association, ADA/EASD) reconnaissent aussi que la metformine est effectivement un traitement efficient et sont donc globalement en phase avec celles de la HAS.

Les actions passées mises en œuvre par l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie a mené de nombreuses actions d'accompagnement sur le thème du diabète. Dès 2014/2015, l'Assurance Maladie avait conduit une campagne d'accompagnement portant sur la stratégie médicamenteuse du contrôle du diabète de type 2 diffusant les recommandations de la HAS de 2013 auprès des médecins généralistes.

En 2016, une nouvelle campagne d'accompagnement des médecins généralistes avait insisté sur la place en seconde intention des gliptines et des AGLP1 dans les recommandations de la HAS de 2013.

La campagne d'accompagnement mise en œuvre en 2017 et 2018 visait à refaire un point global auprès des médecins généralistes sur la stratégie médicamenteuse de prise en charge du patient diabétique de type 2 en insistant sur les messages suivants :

- rappeler la place centrale de la metformine dans la prise en charge du diabète de type 2,
- rappeler la place centrale de l'insuline en cas d'échec ou insuffisance des antidiabétiques oraux,
- promouvoir les biosimilaires de l'insuline glargine.

Egalement en 2017 et 2018, une campagne à destination des endocrinologues rappelait également les recommandations de la HAS de janvier 2013 et visait à présenter aussi le modèle de prescription de l'insulinothérapie par pompe externe.

Enfin, en 2019, un rappel des conditions de prescription et de prise en charge du dispositif d'auto-surveillance de la glycémie Freestyle Libre® a été mené auprès des médecins généralistes ayant prescrit ce dispositif sans en respecter les conditions. Cette campagne avait été élaborée en partenariat avec la Société Francophone du Diabète, le CNP d'endocrinologie et la Fédération française des diabétiques.

¹⁸ Coût de traitement mensuel pour l'Assurance Maladie au 01/01/2020 calculé sur la base de 30 jours de traitement

¹⁹ Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur la prise en charge médicamenteuse de l'hyperglycémie du patient diabétique de type 2, décembre 2019

²⁰ Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Le recours à la metformine reste trop faible par rapport aux recommandations car il existe en pratique des freins à la prescription et à l'utilisation de ce médicament.

Une comparaison des données de consommation au niveau international permet de constater une sous-utilisation de la metformine en France par rapport à d'autres pays européens. Ainsi le nombre moyen d'unités de metformine vendu pour 1 000 patients diabétiques est de 326 contre 341 en Allemagne, 432 au Royaume Uni et 478 aux Pays Bas.

Pour comprendre les mécanismes expliquant cette sous-utilisation, l'Assurance maladie a réalisé une analyse des pratiques de prescription en vie réelle à partir de ses bases de données de remboursement et une enquête auprès des médecins généralistes.

L'analyse du SNDS met en évidence trois facteurs :

- **un recours insuffisant à la metformine en initiation du traitement** : ainsi en 2017 seulement 77% des diabétiques de type 2 en monothérapie étaient sous metformine. Ce pourcentage bien qu'en augmentation, puisqu'il n'était que de 67% en 2008, montre donc qu'une amélioration de l'efficacité des prescriptions d'antidiabétique est encore possible ;
- **une prescription en dessous du dosage optimal** : ainsi, seulement la moitié des diabétiques de type 2 ayant initié un traitement antidiabétique en 2008 avait atteint la dose de 2 grammes par jour de metformine avant passage à une bithérapie, un quart de ces patients n'avaient une dose que de 1,5 gramme par jour.
- **un arrêt fréquent de la metformine** : ainsi 31% des patients ayant été traités par metformine en 2008 ont arrêté ce traitement entre 2008 et 2015.

L'Assurance Maladie a réalisé une enquête auprès de médecins généralistes afin d'identifier les freins à la prescription de la metformine mais aussi leurs attentes pour favoriser cette prescription de la metformine et disposer ainsi d'éléments pour la construction d'une action d'accompagnement.

L'enquête a été conduite en mars 2019 sur la base d'entretiens individuels approfondis en face à face auprès de médecins généralistes faibles et moyens prescripteur de metformine.

Les constats ont été les suivants : la metformine est bien reconnue comme un médicament de référence dans la prise en charge du patient diabétique de type 2. Les médecins généralistes interrogés connaissent les recommandations, adhèrent à leur contenu et considèrent que la metformine est un médicament efficace et qui a fait ses preuves. Pourtant, sa prescription apparaît « enfermée » dans un cadre limité, les médecins généralistes déclarant des freins à la prescription liés aux profils patients tels que la sévérité du diabète, le poids, l'insuffisance rénale, le profil psychologique, le mode de vie, l'âge, le profil de tolérance, la présence d'une polymédication. Ces freins font écho aux faiblesses de la metformine telles qu'elles sont perçues : la metformine ayant selon ces mêmes médecins des limites pour certains patients quant à son efficacité, sa tolérance ou sa maniabilité. Ces situations constituant pour les médecins interrogés une contre-indication à la prescription de metformine ne sont pas retrouvées en tant que telles dans les recommandations de la HAS et des sociétés savantes. Pour certaines, tels que l'insuffisance rénale, l'âge, le profil de tolérance, elles correspondent à des profils de patients pour lesquels la prescription de metformine doit être plus adaptée dans sa posologie, le rythme d'intensification des doses etc. L'enquête met donc en évidence un besoin de meilleure communication sur les modalités pratiques de prescription de la metformine.

Promouvoir la prescription de metformine par une nouvelle action d'accompagnement donnant aux médecins généralistes des informations et des outils pratiques

L'objectif des actions d'accompagnement développé par l'Assurance maladie est de faire évoluer les pratiques pour les rendre plus conformes aux recommandations. Sur le thème des antidiabétiques, il s'agit de favoriser la juste prescription de ces médicaments et d'améliorer l'efficacité des soins.

L'impact économique du sous recours à la metformine est important.

- ➔ **L'impact d'une action promouvant la metformine en initiation de traitement est estimé à 25 millions d'euros. Cette estimation est faite sur une population de 400 000 patients intégrant les 100 000 nouveaux patients diabétiques incidents par an mais aussi 300 000 patients n'étant pas stricto sensu des nouveaux patients diabétiques mais étant toujours au stade d'initiation de traitement.**

Il peut s'avérer difficile de faire évoluer des pratiques de prescription particulièrement s'il s'agit, comme pour la metformine, de médicaments anciens, pour lesquels les habitudes de prescriptions peuvent être solidement installées.

Il était donc particulièrement important de définir une action d'accompagnement adaptée à cette problématique et tenant compte des enseignements tirés de l'étude commandée par l'Assurance Maladie. Ainsi la campagne menée auprès de médecins généralistes identifiés comme moindre prescripteur de metformine a plusieurs objectifs. Elle vise à :

- réaffirmer la place de la metformine en rappelant son efficacité et en rassurant sur sa tolérance,
- aider le médecin dans sa prescription en lui apportant des informations pratiques telles que la connaissance de la dose maximale de metformine en fonction de l'état rénal du patient, la gestion du dosage en fonction notamment de la tolérance digestive, la conduite à tenir devant un cas particulier.

A cette fin, deux supports ont été conçus par l'Assurance Maladie en partenariat avec les organisations professionnelles, Collège de Médecine Générale (CMG), Société Francophone du Diabète (SFD), Conseil National Professionnel d'Endocrinologie et de Diabétologie, et les associations de patients avec la Fédération Française des Diabétiques (FFD) :

- un mémo « *Prescription de metformine chez le patient diabétique de type 2* » rappelle les enjeux médico économiques associés à la prescription de metformine, les règles de prescription et les contre-indications et les mesures pour améliorer la tolérance et l'observance,
- un remis patient « *Je prends de la metformine pour traiter mon diabète* » permettant de répondre de façon très concrète aux besoins d'information et d'éducation du patient diabétique initiant un traitement par metformine.

Le remis patient est destiné à être donné par le médecin aux patients lorsqu'il initie un traitement par metformine. Ce remis a été conçu pour lever les freins à l'utilisation de la metformine qui peuvent exister côté patient et qui ont été identifiés *in fine* comme des facteurs limitant la prescription de metformine par les médecins.

Conçu en partenariat avec la FFD pour répondre aux besoins du patient, il a aussi été testé auprès des patients, ce qui a permis de montrer qu'il était globalement apprécié par ces derniers.

Les premières visites pour cette action d'accompagnement doivent avoir lieu en septembre 2020 et se prolongeront durant le premier semestre 2021. Les délégués de l'Assurance Maladie et les praticiens conseils doivent au total rencontrer 25 903 médecins généralistes sélectionnés d'après les bases de données de remboursement de l'Assurance Maladie comme étant moindre prescripteurs de metformine en initiation de traitement ou en traitement au long cours des patients diabétiques de type 2.

Mesurer l'impact des actions d'accompagnement menées par l'Assurance maladie

L'Assurance Maladie, dans sa conception des actions, veille à identifier de façon la plus fine possible les moteurs des pratiques de prescription pour construire une campagne d'accompagnement adaptée et la plus à même d'amener à un changement de pratique. Dans un deuxième temps, elle s'assure que les actions menées ont effectivement eu un impact. Cette mesure d'impact se fait à l'aide de l'analyse des bases de remboursements du SNDS et éventuellement aussi d'une étude auprès des généralistes pour les interroger sur leurs perceptions de l'action.

En 2019, l'Assurance Maladie a mené une étude sur les conditions de prescription de Freestyle Libre®, un nouveau dispositif d'auto-surveillance de la glycémie indiqué chez le patient diabétique de type 1 et le patient diabétique de type 2 traités par une insulinothérapie intensifiée et nécessitant un rythme d'auto-surveillance glycémique supérieure ou égale à 3 par jour. La prescription initiale de ce dispositif est réservée aux endocrinologues ou aux pédiatres expérimentés en diabétologie.

Cette étude a conclu que la primo-prescription par un généraliste est non seulement contraire à la réglementation mais qu'en plus elle s'accompagne dans 33% des cas d'un non-respect de l'indication remboursable de Freestyle Libre® et d'un plus grand risque de sous-utilisation de ce dispositif.

Partant de ce constat, l'Assurance Maladie a mené en 2019 une campagne d'accompagnement auprès des généralistes pour rappeler les conditions de prescription de Freestyle Libre®. En 2020, une mesure d'impact de l'action a été réalisée.

L'analyse du SNDS entre janvier et décembre 2019 montre un changement de pratique puisque 90% des généralistes visités n'avaient plus initiés une prescription de Freestyle Libre® après la visite de l'Assurance Maladie. Ce pourcentage était de 79 % chez les médecins généralistes ciblés non visités.

L'Assurance Maladie a réalisé une enquête quantitative pour évaluer la visite « Freestyle Libre® » auprès de 200 médecins généralistes visités et ayant mémorisé la visite entre le 9 octobre 2019 et le 17 février 2020 sur les visites de mars à décembre 2019. Elle conclut à un taux de mémorisation de la visite de 77% avec peu de remises en cause des messages. La visite a au final convaincu 94% des généralistes (note moyenne de satisfaction de 7,6/10) et a déjà permis de faire changer les pratiques de 30% d'entre eux (déclaratif).

D'autres actions d'accompagnement à venir sur la prise en charge du patient diabétique

Depuis 2014, l'Assurance Maladie communique sur le bon usage des antidiabétiques et des dispositifs d'auto surveillance.

L'arrivée continue de nouvelles classes thérapeutiques offre autant de sujets d'accompagnement. Ainsi, l'Assurance Maladie attend la mise à jour des recommandations de la HAS pour pouvoir communiquer sur la place des médicaments les plus récents tels que les AGLP1 et les gliflozines dont un premier représentant Forxiga® a été admis au remboursement en France en avril 2020.

1.1.2 Le bon usage des nouveaux hypolipémiants

L'hypercholestérolémie constitue un des facteurs de risque majeurs d'athérosclérose générant des maladies cardiovasculaires, celles-ci étant la deuxième cause de mortalité en France selon la HAS. La prévalence de l'hypercholestérolémie en France est de 30%.

En 2019, le montant remboursé total pour les hypolipémiants (hors anti-PCSK9) était de 484,3 millions d'euros : 275,3 millions d'euros remboursés pour les statines seules et 209 millions d'euros remboursés pour les autres régulateurs lipidiques du cholestérol (données Open Medic et DCIR 2019). Cela concernait 7,2 millions de patients en 2019.

Les actions passées mises en œuvre par l'Assurance Maladie

Le mésusage des hypolipémiants, notamment l'ézétimibe seul ou associé, est une problématique connue de l'Assurance Maladie. Des outils comme la demande d'accord préalable (DAP) Crestor® ou la DAP Inegy® et Ezetrol® ont été mis en place précédemment ainsi que plusieurs campagnes d'accompagnement des prescripteurs.

En 2013, la rosuvastatine et l'ézétimibe faisaient partie des 10 médicaments de ville les plus remboursés par l'Assurance Maladie, occupant respectivement la 3ème place avec 342,8 millions d'euros (+ 1,4% par rapport à 2012) et la 9ème place avec 179,0 millions d'euros (+ 4,4% par rapport à 2012). En effet, la France se caractérisait par une situation atypique par rapport à ses voisins européens; la rosuvastatine y représentait 30,1% des statines en 2013 (en volume) au lieu de seulement 0,5% en Allemagne, 3,9% au Royaume-Uni et en moyenne 7,8% dans 7 pays européens. Cette atypie de prescription de la rosuvastatine était problématique du fait du prix de cette molécule deux fois et demi plus élevé que celui des autres statines, ce qui a conduit à recommander aux médecins de ne pas prescrire de rosuvastatine en initiation de traitement par statine.

Entre novembre 2014 et mai 2018, le remboursement des instaurations de traitements par rosuvastatine et ézétimibe (seul ou associé à la simvastatine) a été soumis à l'accord préalable du service du contrôle médical. Ces décisions s'inscrivaient dans la continuité des actions mises en place pour la promotion du bon usage des hypolipémiants, favorisant ainsi une structure de prescription plus efficiente. L'objectif était de privilégier des traitements tout aussi efficace et adaptés mais moins chers.

Dès le lancement de la mesure, l'impact sur les initiations de traitements a été important. En effet, les données ont montré un infléchissement des parts de marchés en nombre de traitements de rosuvastatine et d'ézétimibe au profit des autres statines. Concernant Crestor®, en septembre 2014 les parts de marché mensuelles en nombre de traitements étaient d'environ 33%. Elles n'étaient en 2016 que de 21.5% avec une très forte diminution des instaurations de traitements (30 000 instaurations mensuelles en septembre 2014 vs 15 000 en

juin 2016). Concernant Ezetrol® les parts de marchés ont aussi diminué, de 5,1% à 4,6% avec une chute du nombre d'instaurations mensuelles passant d'environ 7 000 à 6 000 en 2016.

En conclusion, la mise sous DAP de ces traitements a permis :

- d'éviter environ 35 millions d'euros de dépenses,
- de réduire l'atypie de prescription française en reportant une partie des prescriptions de rosuvastatine sur l'atorvastatine, en diminuant la part de l'ézétimibe et l'écart des prescriptions aux recommandations et aux autorisations de mises sur le marché.

Depuis 2016, le nombre de consommateurs de rosuvastatine a continué à diminuer atteignant 1 240 602 consommateurs en 2019 pour un montant remboursé d'un peu plus de 80 M€ (cf. tableau 2).

Tableau 12 : Evolution de la consommation et des remboursements de rosuvastatine de 2014 à 2019

Année	Libellé	Nombre consommateurs	Montant remboursé	Base remboursement	Nombre boîtes
2014	ROSUVASTATINE	2 001 708	331 209 109,75 €	392 711 239,32 €	11 704 074
2015	ROSUVASTATINE	1 706 539	280 978 636,92 €	330 366 259,65 €	10 232 379
2016	ROSUVASTATINE	1 506 316	240 101 532,20 €	280 201 582,09 €	8 910 403
2017	ROSUVASTATINE	1 372 973	168 998 493,01 €	196 190 072,51 €	7 998 717
2018	ROSUVASTATINE	1 280 471	99 911 283,95 €	115 446 406,67 €	7 395 499
2019	ROSUVASTATINE	1 240 602	81 554 621,59 €	93 964 014,57 €	6 996 948

Le mésusage concernant les lignes de traitements dans la stratégie thérapeutique (traitements de 2^{ème} intention)

Le mésusage se définit par le non-respect de la stratégie thérapeutique. Pour les médicaments de 2^{ème} intention dans le traitement de l'hypercholestérolémie ou de la dyslipidémie mixte, le mésusage se définit par la prescription de la molécule ézétimibe seule ou en association sans prescription au préalable de statine, traitement de première intention, au cours des 6 mois précédents.

En 2019, on estime que 44,6% des prescriptions d'Ezetrol® et de ses génériques (ézétimibe) ne respectaient pas les recommandations (tableau 3). Ce mésusage est estimé à 59% pour les prescriptions d'Inegy® et de ses génériques (simvastatine + ézétimibe) et à 28,5% pour Liptruzet® (atorvastatine + ézétimibe).

Tableau 13 : Le mésusage de l'ézétimibe seul ou associé, estimé par l'Assurance Maladie chez les patients initiés par les médecins généralistes, les cardiologues et les endocrinologues en 2019

	Nombre de patients initiés	Nombre de patients initiés faisant l'objet de mésusage	% mésusage correspondant
Ezetrol® et ses génériques	125 719	56 025	44,6%
Inegy® et ses génériques	58 415	34 479	59,0%
Liptruzet®	119 053	33 910	28,5%

Notes de lecture : initiation = aucune délivrance du produit dans les 6 mois précédents (entre 6-7 mois)

Mésusage de l'ézétimibe seul ou associé = % des initiations d'ézétimibe seul ou associé sans aucune autres statines dans les 6 mois précédents

Champ : France entière – tous régime, source : SNDS

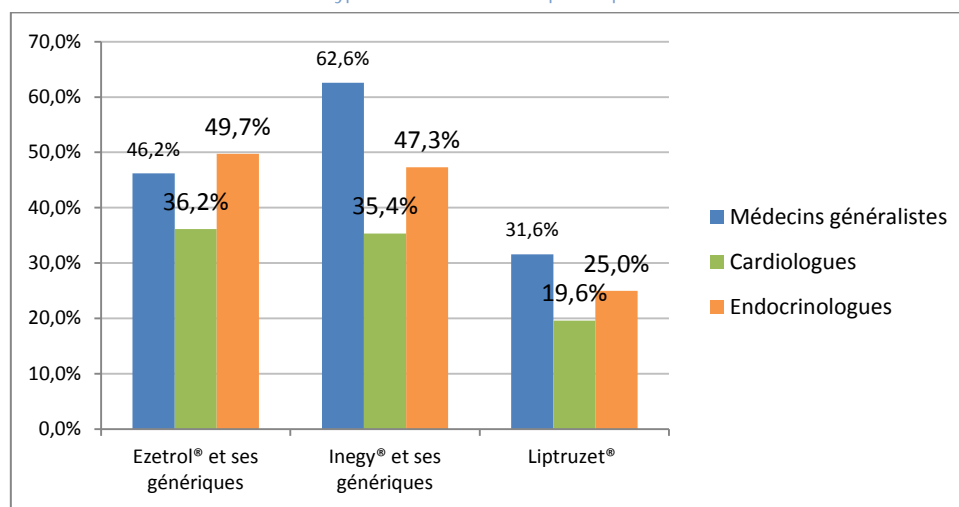
L'analyse des prescriptions des médicaments hypolipémiants en deuxième intention montre un mésusage important de cette classe partagé entre les médecins généralistes, les cardiologues et les endocrinologues (figure 1). Néanmoins, ce sont les médecins généralistes qui semblent davantage initier ces traitements sans respecter la stratégie thérapeutique puisque 62,6% des patients initiés sous Inegy® et ses génériques n'ont pas eu de prescription de statine dans les 6 mois précédents cette initiation en 2019. Les endocrinologues sont également forts pourvoyeurs de mésusage puisque 49,7% des patients initiés sous ézétimibe (Ezetrol® et ses

génériques) n'avaient pas reçu de statine au cours des 6 mois précédents cette initiation en 2019 (chez les médecins généralistes, cela concernait 46,2% des patients initiés).

En lien avec ce constat, certains prescripteurs (médecins généralistes, cardiologues et endocrinologues), retenus selon leur taux de prescriptions d'ézétimibe seul ou associé feront l'objet en 2021 d'une action de sensibilisation à la thématique du mésusage. L'objectif est d'accompagner ces prescripteurs qui ne respectent pas la stratégie thérapeutique des traitements hypolipémiants. Le principal message portera sur le rappel de la stratégie thérapeutique et des recommandations européennes de prise en charge de l'hypercholestérolémie, et ce d'autant plus avec l'arrivée des traitements de troisième intention très coûteux (anti-PCSK9).

➔ **L'action visant à sensibiliser au mésusage de l'ézétimibe devrait permettre d'éviter 25 millions d'euros de dépenses en favorisant le bon usage.**

Figure 35 : Part du mésusage estimé par l'Assurance Maladie chez les patients initiés à l'ézétimibe seul ou associé en 2019, par type de molécule et de prescripteur



Notes de lecture : initiation = aucune délivrance du produit dans les 6 mois précédents (entre 6-7 mois)

Mésusage de l'ézétimibe seul ou associé = % des initiations d'ézétimibe seul ou associé sans aucune autres statines dans les 6 mois précédents

Champ : France entière – tous régime, source : SNDS

A l'aune du mésusage avéré sur les traitements de 2^{ème} ligne, il est probable que les traitements de 3^{ème} ligne, anti-PCSK9, ne soient pas prescrits en respectant la stratégie thérapeutique.

Les médicaments anti-PCSK9

Les anti-PCSK9, evolocumab (Repatha®) et alirocumab (Praluent®), sont des immunoglobulines monoclonales humaines de type IgG2 (Repatha®) et de type IgG1 (Praluent®) qui se lient à la Protéine Convertase Subtilisine/Kexine type 9 (PCSK9) humaine. En se liant au PCSK9 en circulation, ces traitements empêchent la fixation de PCSK9 aux récepteurs LDL (LDLR) présents à la surface de la cellule hépatique, évitant ainsi leur dégradation. L'augmentation des niveaux de récepteurs hépatiques se traduit par des réductions associées des LDL-c sériques permettant de contrôler l'hypercholestérolémie.

Les différentes étapes du traitement de l'hypercholestérolémie isolée (élévation du LDL-cholestérol) ou de la dyslipidémie mixte (élévation du LDL-cholestérol et des triglycérides sanguins) reposent sur :

- des mesures hygiéno-diététiques en prévention primaire ;
- un traitement par statine en prévention primaire et/ou en prévention secondaire ;
- un traitement par ezétimibe seul en cas de contre-indication ou d'intolérance aux statines, ou en association avec une statine, en prévention secondaire (fiche de Bon Usage des Médicaments, HAS, 2009).

Les anti-PCSK9 sont des médicaments de 3^{ème} intention pour les patients qui restent non contrôlés malgré l'ensemble des traitements hypolipémiants disponibles conformément au périmètre de remboursement défini

par la Commission de la Transparence (CT) de la HAS. Ils ont d'abord été admis au remboursement dans des indications thérapeutiques de niche visant peu de patients. Repatha® (evolocumab) a été le premier anti-PCSK9 évalué par la CT de la HAS.

Repatha® (evolocumab)

Dans son avis du 16 décembre 2015²¹, la CT a attribué à Repatha®, un service médical rendu (SMR) important pour les patients adultes ou adolescents à partir de 12 ans atteints d'hypercholestérolémie familiale homozygote. La CT a jugé que l'association de Repatha® à un traitement hypolipémiant optimal en association ou non à des aphérèses, apportait une amélioration du service médical rendu mineure (ASMR IV).

Cette indication thérapeutique remboursable a un périmètre plus restreint que les indications thérapeutiques de l'autorisation de mise sur le marché. La population cible de cette indication thérapeutique remboursable est estimée à une centaine de patients par la CT.

Le 5 septembre 2018, la CT a revu son avis sur Repatha®²² et a étendu le champ de son remboursement :

- aux patients adultes présentant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote insuffisamment contrôlée par un traitement optimisé et nécessitant une prise en charge par LDL-aphérèse ;
- aux patients adultes à très haut risque cardiovasculaire (= prévention secondaire du risque cardiovasculaire) et non contrôlés malgré un traitement optimisé comprenant au moins une statine à dose maximale tolérée.

L'extension d'indication de Repatha® a fortement augmenté la population cible, passant d'une centaine de patients à environ 262 300 patients selon la CT.

Praluent® (alirocumab)

Dans son avis du 22 mars 2017²³, la Commission de la Transparence a attribué à la spécialité Praluent® un SMR important pour les patients adultes ayant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote, insuffisamment contrôlée et nécessitant un traitement par LDL-aphérèse. L'association de Praluent® à un traitement hypolipémiant optimisé apporte une amélioration du service médical rendu mineure (ASMR IV) dans la prise en charge des patients adultes dans l'indication. La population cible de cette indication thérapeutique remboursable est estimée à environ 200 patients par la CT.

Le 17 juillet 2019, la Commission de la Transparence a revu son avis sur Praluent®²⁴ et a étendu le champ de son remboursement aux patients adultes avec un antécédent de syndrome coronarien aigu récent (<12 mois) afin de réduire le risque cardiovasculaire lié à un taux de LDL-c ne pouvant être contrôlés malgré un traitement hypolipémiant optimisé par une statine à dose maximale tolérée associée à l'ézétimibe. La population cible de cette nouvelle indication est estimée à 52 530 patients par an par la CT.

En 2019, 4,6 millions d'euros ont été remboursés au titre des anti-PCSK9 (données Open Medic 2019). Ce niveau de dépense pourrait être multiplié par 50 au vu de l'augmentation des patients éligibles à ces produits dans la prévention du risque cardiovasculaire.

L'inscription de nouvelles indications thérapeutiques donnent lieu à une nouvelle négociation de prix entre les laboratoires et le Comité Economique des Produits de Santé afin de renégocier les prix de chaque produit avec pour objectif de contenir les dépenses et de limiter l'impact budgétaire de ces nouveaux produits dans la prévention secondaire du risque cardiovasculaire.

Ces deux médicaments ont des conditions de prescription restreintes définies par l'Ansm. En effet, seuls les cardiologues, endocrinologues, diabétologues et internistes peuvent initier ces traitements. Ils peuvent

²¹ Avis d'extension d'indication thérapeutique remboursable de Repatha® du 05/09/2018, HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-16427_REPATHA_REEVAL_PIC_AVIS3_CT16427.pdf

²² Avis d'extension d'indication thérapeutique remboursable de Repatha® du 05/09/2018, HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-16427_REPATHA_REEVAL_PIC_AVIS3_CT16427.pdf

²³ Avis de primo-inscription de Praluent® du 22/03/2017, HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15911_PRALUENT_PIC_INS_heterozygotes_Avis2_CT15911.pdf

²⁴ Avis d'extension d'indication thérapeutique remboursable de Praluent® du 17/07/2019, HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-17509_PRALUENT_PIC_EI_Avis3_CT17509.pdf

également effectuer le renouvellement annuel. Pour le renouvellement infra-annuel, celui-ci est ouvert aux médecins généralistes.

Concernant les anti-PCSK9, le mésusage est défini par l'absence de prescription d'ézétimibe associé à une statine à dose maximale tolérée dans les 6 mois précédents la prescription d'anti-PCSK9. Afin de limiter ce mésusage et d'accompagner les prescripteurs dans le respect des recommandations et la stratégie thérapeutique actuelle, l'Assurance Maladie a décidé de placer Repatha® et Praluent® sous demande d'accord préalable.

La décision de mise sous demande d'accord préalable des anti-PCSK9

Cadre réglementaire de la décision de mise sous DAP

Le remboursement de certaines prestations (dont les médicaments) peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'Assurance Maladie (L.315-2 du Code de la Sécurité Sociale). Cet accord préalable peut être exigé pour une prestation dans l'un des cas suivants :

- lorsque la prestation présente un risque, prévisible ou avéré, de non-respect des indications thérapeutiques remboursables définies par la HAS donnant lieu à du mésusage ;
- lorsque sa justification, de par son caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit préalablement être vérifiée eu égard à l'état de santé du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques existantes ;
- lorsque la prestation, du fait de son prix unitaire ou de son volume prévisible ou constaté de dépenses démontre un caractère particulièrement coûteux pour l'Assurance Maladie ;
- ou enfin lorsque le recours à une autre prestation est moins coûteux.

La mise sous DAP des anti-PCSK9

La décision de mise sous demande d'accord préalable des médicaments anti-PCSK9 répond à ces critères.

Le coût de traitement mensuel par patient des anti-PCSK9 est environ 10 fois plus élevé que celui de l'ézétimibe seul ou associé²⁵. Considérant le coût élevé de ce traitement ainsi que le mésusage sur l'ézétimibe et des populations cibles importantes, des prescriptions ne respectant pas les recommandations et la stratégie thérapeutique sont susceptibles d'engendrer un surcoût important pour l'Assurance Maladie.

La demande d'accord préalable a pour objectif d'encourager la juste prescription et le suivi des recommandations de la HAS, des sociétés savantes ou des recommandations européennes.

Modalités pratiques

La DAP s'assure du respect :

- des conditions d'accord ou de refus de prise en charge qui sont définies par les arrêtés de prise en charge (non publiés au Journal Officiel à ce jour car le prix n'a pas été fixé) fixant les indications thérapeutiques remboursables,
- des conditions de prescriptions restreintes de Repatha® et de Praluent® définies par l'Ansm.

La DAP concerne à la fois les prescripteurs en ville et les prescripteurs hospitaliers. Pour les prescripteurs équipés, le recours au télé-service de l'Assurance Maladie, disponible sur le portail ameliPro dans l'onglet DAP médicaments, sera obligatoire. Pour les professionnels de santé non équipés (prescripteurs en établissements de santé), des formulaires papiers cerfatisés seront disponibles.

La décision de prise en charge résulte - pour partie - d'un algorithme appliqué aux données de santé dans le respect des indications thérapeutiques remboursables. Les logigrammes décisionnels soutenant la décision de prise en charge seront publiés au Journal Officiel en même temps que la décision de mise sous demande

²⁵ Coût de traitement mensuel des anti-PCSK9 d'environ 400€ à 450€ alors que l'association la plus coûteuse d'ézétimibe + statine ne dépasse pas 40€ - sur la base des prix actuels publiés dans le cadre des primo-inscription.

d'accord préalable. Une DAP est nécessaire pour chaque prescription et l'accord de prise en charge du service du contrôle médical vaut pour la durée de la prescription.

Le déploiement de la DAP par l'Assurance Maladie fera l'objet d'un accompagnement auprès des prescripteurs concernés et des pharmaciens (visites des délégués de l'Assurance Maladie, article, newsletter, etc.).

Ces médicaments représentent une innovation dans la prise en charge des désordres lipidiques, mais le respect des lignes de traitement et de la stratégie thérapeutique définies par la HAS représentent un enjeu majeur de santé publique (respect du bon usage) ainsi que financier. La mise en œuvre de la demande d'accord préalable médicament va permettre de répondre à ce double objectif.

- ➔ **La mise en place d'une DAP, d'ici la fin de l'année 2020, sur les traitements de 3^{ème} intention vise à faire correspondre l'extension de prescription de ces produits avec la population cible définie pour leurs indications et ainsi éviter un minimum de 10 millions d'euros liés à des prescriptions non conformes aux recommandations.**

1.1.3 La polymédication des personnes âgées

Au 1^{er} janvier 2019, la France comptait plus de 13 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, soit près de 20% de la population. Les plus de 75 ans, quant à eux, représentaient près d'un habitant sur 10. Selon les projections de l'INSEE, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus en 2040²⁶.

La qualité des prescriptions est un enjeu de santé publique, l'allongement de la durée de vie allant de pair avec une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des risques iatrogéniques qui lui sont liés. On estime à 3,9 millions le nombre de personnes particulièrement exposées au risque de polymédication du fait de leur polypathologie, c'est-à-dire recevant au moins 5 traitements chroniques différents.

Les accidents liés à la polymédication des personnes âgées entraînent chaque année environ 10 000 décès et 130 000 hospitalisations. L'impact économique est élevé, probablement supérieur à 10 milliards d'euros par an. Il inclut non seulement les remboursements non justifiés de médicaments et des consultations et actes biologiques que ces prescriptions induisent, mais aussi les coûts induits par les maladies mal ou non prises en charge et non prévenues par la iatrogénie évitable (conséquences immédiates, hospitalisations, séquelles, examens complémentaires, etc.)²⁷.

Les personnes âgées sont en effet particulièrement touchées par les événements indésirables liés aux médicaments quelles que soient leurs classes (anticoagulants, diurétiques, antiagrégants, antihypertenseurs et psychotropes) qui pourraient être évités dans 45 à 70% des cas. Ces effets indésirables ont des causes variées, qu'il s'agisse d'interactions entre médicaments, de sur ou sous prescription.

Les actions passées mises en œuvre par l'Assurance Maladie

Dès 2006, dans le cadre de la convention médicale, les médecins se sont engagés à prévenir le risque iatrogénique en favorisant la durée de traitement par benzodiazépines la plus brève possible chez tous les patients et en utilisant les benzodiazépines à demi-vie courte, notamment chez le patient âgé. La prescription de benzodiazépines est en effet un exemple emblématique : les données de la littérature permettent d'estimer que 20 à 30 % des chutes graves (compliquées au minimum d'une fracture) survenant en France chez le sujet âgé, soit plus de 10 000 par an, pourraient être attribuables à l'usage de ces médicaments dont on sait qu'il ne se justifie pas ou plus dans bon nombre de cas.

Une campagne avait également été mise en œuvre en 2017 sur le sujet de la prescription d'antalgiques chez la personne âgée. La prévalence de la douleur est très élevée chez la personne âgée (50 à 80 %), ses répercussions en cascade sont souvent dramatiques. En termes économiques, les antalgiques représentaient, en 2016, 300 millions d'euros en montant remboursé chez les patients de plus de 65 ans et arrivaient en 9^{ème} position après les antinéoplasiques. Chez les personnes âgées hospitalisées pour iatrogénie, les antalgiques

²⁶ Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>

²⁷ B. BEGAUD et D. COSTAGLIOLA ; Rapport sur la surveillance et le bon usage des médicaments en France ; septembre 2013 ; La Documentation Française

représentaient 8 millions d'euros en montant remboursé et chez les personnes âgées polymédiquées hospitalisées pour iatrogénie, 3 millions d'euros²⁸ ce qui les plaçait, là encore, en position haute du classement. La campagne conduite en 2017 auprès de 12 000 médecins généralistes rappelait que pour des douleurs légères à modérées (palier 1), le paracétamol devait être proposé en première intention et la prescription d'AINS envisagée seulement en deuxième intention et avec des doses contenues au début. La campagne rappelait aussi que la prescription de tramadol, lorsqu'elle est justifiée, devait être prudente chez la personne de plus de 65 ans.

Pour poursuivre ces actions, depuis 2019 des travaux ont été menés sur un périmètre de médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées de 75 ans ou plus (liste Laroche), qui tient compte des pratiques médicales françaises.

L'ensemble de ces actions semble avoir permis une diminution du nombre moyen de molécules délivrées par patient (cf. tableau 4). Il diminue davantage chez les patients âgés de 65 ans et plus. La part des patients consommant 1 à 2 molécules sur un mois augmente de 2,2 points entre 2013 et 2018 (41,7 % en 2018 versus 39,5 % en 2013) alors que celles des patients ayant entre 3 et 5 molécules et plus de 5 molécules ont diminué de 1,1 point (part des patients avec 3 à 5 molécules : 35,7 % en 2018 versus 36,8 % en 2013 ; part des patients avec plus de 5 molécules : 22,6 % en 2018 versus 23,7 % en 2013).

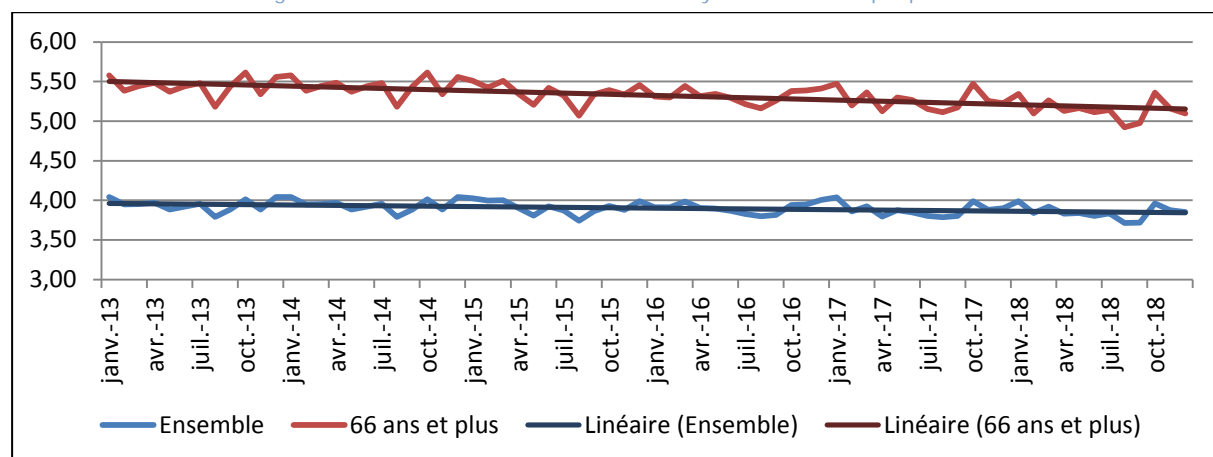
Tableau 14 : Répartition des patients par nombre moyen de molécules par mois

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre moyen de molécules par mois par patient	3,96	3,94	3,92	3,90	3,88	3,85
Nombre moyen de molécules par mois par patient âgé de plus de 65 ans	5,47	5,45	5,36	5,32	5,26	5,15
Part des patients avec 1 ou 2 molécules	39,5%	40,1%	40,5%	40,7%	41,3%	41,7%
Part des patients avec 3 à 5 molécules	36,8%	36,4%	36,3%	36,3%	35,9%	35,7%
Part des patients avec plus de 5 molécules	23,7%	23,5%	23,2%	23,1%	22,8%	22,6%

Source : Cnam (Snilram)

Champ : Patients consommateurs (de médicaments) tous régimes, France entière

Figure 36 : Evolution mensuelle du nombre moyen de molécules par patient



Source : Cnam (Snilram)

Champ : Patients consommateurs (de médicaments) tous régimes, France entière

Les nouveaux outils : le bilan partagé de médication et la déprescription

La prise en charge des patients âgés polymédiqués doit être le fruit d'une coordination professionnelle. Si le médecin traitant dispose d'une vision globale de l'état de santé de la personne âgée et peut refaire le point

²⁸ Données DCIR SNIIRAM - date de soins – 2016.

avec elle lors des consultations, l'efficacité passe par de multiples échanges entre professionnels, notamment avec le pharmacien. En effet, son rôle dans la lutte contre la iatrogénie est fondamental grâce notamment au bilan partagé de médication. Dans ce cadre il informe, dialogue, évalue et suit la prise des traitements des patients âgés polymédiqués en coordination avec le médecin traitant. En optimisant le suivi des traitements pris par ces patients, de nombreux événements indésirables peuvent ainsi être évités.

Depuis 2018, les pharmaciens peuvent donc 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 consistant à mettre en place un bilan partagé de médication.

En 2020, la cible éligible est élargie et le bilan partagé de médication s'adresse aux patients âgés de plus de 65 ans et polymédiqués, c'est-à-dire ayant plus de 5 molécules différentes pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois.

Cet accompagnement repose sur

- un entretien de recueil d'information,
- l'analyse des traitements prescrits et la transmission de celle-ci au médecin traitant,
- un entretien de suivi et un entretien d'observance au cours de la première année.

Les années suivantes, le pharmacien actualise l'analyse initiale, effectue un nouvel entretien « conseil » et réalise le suivi de l'observance.

On estime qu'environ 4 millions de patients peuvent être éligibles à un bilan partagé de médication. Ce nombre devrait encore augmenter avec les simplifications apportés aux modalités de facturation et l'élargissement de la cible éligible aux patients âgés de 65 ans et plus.

Enfin, la déprescription (processus planifié et contrôlé de réduction des doses ou de cessation des médicaments qui pourraient nuire ou ne plus être utiles pour le patient) constitue un outil d'avenir très efficace pour lutter contre la polymédication potentiellement inadaptée des personnes âgées. Cette déprescription a été proposée, dès le début de l'année 2020, aux médecins dans le cadre de la campagne d'accompagnement mise en œuvre par l'Assurance Maladie sur les antihypertenseurs d'action centrale chez les personnes âgées qui se poursuivra à partir du mois de septembre 2020. Là encore, les ressources médicales et pharmaceutiques, si elles se coordonnent, pourraient avoir une action synergique au bénéfice du patient.

➔ **L'impact attendu des actions mises en œuvre en 2021 vise à obtenir une économie de 40 millions d'euros.**

1.1.4 La prescription des antidépresseurs

Les données de l'Assurance Maladie montrent qu'en 2019, les 65 ans et plus représentent 40% des consommateurs de médicaments antidépresseurs (2,2 millions de patients) et 41% des montants remboursés (93,3 millions d'€).

La dépression touche tous les âges de la vie mais les changements survenant avec l'âge peuvent parfois accroître ce risque : douleurs chroniques ou tout autre problème de santé, modifications physiologiques (induisant une sensation de moindre énergie) deuils du conjoint, de proches, isolement, problèmes financiers, etc.

Selon les chiffres communiqués par l'OMS, la dépression toucherait 7 % des personnes âgées dans le monde. Maladie multiforme, elle affecte aussi bien la vie sociale que la santé physiologique, ébranlée par les symptômes dépressifs : perte d'intérêt progressive, fatigue, diminution de l'appétit...

Sous-diagnostiquée en raison de la similitude de ces signaux avec de nombreux troubles que l'on pense liés à l'avancée en âge (tristesse, instabilité, hypocondrie, sensation douloureuse de vide intérieur, repli sur soi ou impression d'inutilité), la dépression provoquerait 4 fois plus de suicides chez les seniors que chez le sujet jeune. Enfin, son diagnostic est difficile car la dépression est souvent masquée par des symptômes qui peuvent être parfois trompeurs alors que certains symptômes typiques peuvent manquer.

Ce diagnostic précoce permettrait d'éviter les complications graves de la dépression du sujet plus âgé : amaigrissement, « syndrome de glissement » et entrée dans la dépendance.

Les antidépresseurs ont une place importante dans la prise en charge médicamenteuse de la dépression. Selon la HAS, leur utilisation dépend de l'intensité de l'épisode dépressif²⁹ : recommandée associée à une psychothérapie, en cas d'intensité modérée, à prescrire d'emblée lors des épisodes sévères, elle est exclue en cas d'intensité légère. En pratique, ces recommandations ne sont pas toujours respectées, pas plus que la durée de traitement qui se situe entre 6 mois et un an.

En effet, pour le médecin, ces recommandations se heurtent entre autres :

- à la difficulté d'évaluer l'intensité de l'épisode dépressif,
- à la demande insistante de certains patients d'avoir une prescription d'antidépresseurs,
- au risque de syndrome de sevrage et au risque de récurrence en cas d'arrêt du traitement.

27% des patients de 65 ans et plus, initiés en 2017 par des médicaments antidépresseurs, ont eu seulement 1 ou 2 délivrances en 24 mois et 44% des patients ont eu plus de 12 délivrances en 24 mois³⁰. Un zoom sur les patients appartenant à la tranche d'âge des 65-75 ans, qui représentent près de 18% des consommateurs de médicaments antidépresseurs (1 million de patients en 2019) et 20% des dépenses remboursées (44,4 millions d'euros), a été fait dans la mesure où :

- les formes cliniques de la dépression dans cette population sont plus proches de celles de l'adulte que des formes observées chez les patients plus âgés ;
- le diagnostic de dépression, bien que difficile, est un peu moins délicat à poser que chez les patients plus âgés ;
- il y a un potentiel d'optimisation de la prescription pour éviter des prescriptions inutiles (environ 30% de prescriptions de 1 à 2 boîtes sur 12 mois) ;
- un arrêt du traitement peut éventuellement être envisagé avec sevrage.

Accompagner les médecins dans la prise en charge de cette pathologie par une campagne d'échanges confraternels permettra d'améliorer le diagnostic de dépression et sa prise en charge, dans la mesure où il existe une non-optimisation de la prescription d'antidépresseurs soit par excès (indication, durée, co-prescriptions), soit par défaut (posologie inadaptée, durée de traitement trop courte).

Dans un deuxième temps, une campagne portera chez les plus de 75 ans. Chez ces personnes, la dépression diminue la durée de vie, augmente le recours aux soins, la dépendance et l'institutionnalisation. Là encore, la dépression est difficile à diagnostiquer et le traitement est complexe à interrompre (même s'il n'existe pas de recommandations de traitement différentes entre les personnes âgées). L'objectif de cette campagne sera de sensibiliser les médecins au risque iatrogénique de la prescription au long cours des antidépresseurs chez la personne âgée de plus de 75 ans, afin d'éviter les co-prescriptions néfastes et de réaliser une surveillance rapprochée des paramètres notamment biologiques, si l'antidépresseur doit être poursuivi.

1.1.5 Les autres actions de maîtrise médicalisée

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

Les anti-hypertenseurs

L'hypertension artérielle est la maladie chronique la plus fréquente en France (plus de 15 millions d'hypertendus en France et premier motif de consultation en médecine générale). Elle est responsable de morbidité et de mortalité cardiovasculaire importante. Sa prévalence est augmentée avec l'âge. Les antihypertenseurs d'action centrale, qui n'ont pas démontré leur efficacité sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires, ont des indications très restreintes dans le traitement de l'hypertension artérielle résistante chez les patients de tout âge, de par la place qu'ils occupent dans la stratégie thérapeutique. De plus, ils génèrent des effets indésirables. La campagne d'accompagnement a débuté par des échanges confraternels avec des cardiologues qui suivent des patients sous antihypertenseurs centraux. Un deuxième volet concernera les médecins généralistes visant à les inciter à réévaluer leurs ordonnances comportant des antihypertenseurs centraux.

²⁹ Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours - Recommandations de bonne pratique, - octobre 2017

³⁰ Source CNAM

Les inhibiteurs de la pompe à protons

Une nouvelle évaluation de la HAS sur la classe des inhibiteurs de la pompe à protons devrait être publiée au cours du deuxième semestre 2020 et permettra de lancer une action renouvelée. Des études françaises récentes montrent que les prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans la population générale sont importantes : 17 millions de personnes dont la moitié a plus de 65 ans. Les données de l'Assurance Maladie montrent que 1 500 000 patients âgés de 65 ans et plus ont été traités par IPP durant plus de 6 mois consécutifs en 2018 correspondant à un montant annuel remboursé de 86,2 millions d'euros. Chez la personne âgée, une attention doit être portée à la bonne indication d'un IPP, à sa bonne posologie et à une durée adaptée de traitement car ces médicaments contribuent à la polymédication et au risque iatrogène. Les effets indésirables graves des IPP sont rares mais peuvent être préoccupants en raison du profil des patients auxquels ils sont prescrits notamment en raison de nombreuses interactions avec d'autres médicaments. La prise d'IPP durant plus de 8 semaines est restreinte à très peu d'indications. Une campagne d'accompagnement pourrait concerner les 12 145 médecins généralistes ayant plus de 10 patients, âgés de 65 ans et plus, sous IPP depuis plus de 12 mois consécutifs.

Les antalgiques

Les actions en cours portent notamment sur le bon usage du paracétamol. Son usage tend à se banaliser mais il est la première cause de greffe hépatique d'origine médicamenteuse en cas de surdosage. Près de 200 médicaments contenant du paracétamol, seul ou associé à d'autres substances, sont actuellement disponibles. Des messages d'alerte sur la toxicité du paracétamol pour le foie en cas de surdosage ont été apposés sur demande de l'ANSM sur les boîtes de médicaments contenant du paracétamol. Celui-ci est désormais délivré derrière le comptoir des officines pour permettre un conseil approprié du pharmacien. Une campagne des délégués de l'Assurance Maladie reprendra à l'automne 2020 en accord avec l'ANSM pour rappeler ces messages auprès de médecins généralistes ayant au moins 40% de leur patientèle à laquelle ils prescrivent du paracétamol.

Les benzodiazépines

En 2016, 5% de la population française a initié un traitement par une benzodiazépine. La France reste le 2ème pays le plus consommateur d'Europe. Une campagne de maîtrise médicalisée renouvelée en 2021 concernera les médecins généralistes dans le but de sensibiliser aux risques de ces molécules et aux conseils en faveur de solutions alternatives. Elle pourra relayer des recommandations de la HAS sur le sujet (anxiété et insomnie).

La diffusion des médicaments génériques

Privilégier la prescription de médicaments génériques permet, sans modifier le niveau de recours aux traitements, de dégager des marges financières pour rembourser les nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché. Les efforts des prescripteurs et pharmaciens ont permis d'atteindre un taux moyen de substitution lors de la délivrance de 87,7% en 2019 (vs 88,7% en 2018). Le taux de recours à la mention « Non Substituable » est en baisse et atteint 3,2% en mai 2020 (soit 4,6 points de moins qu'en décembre 2019). Les actions mises en œuvre accompagnent l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Les dispositifs médicaux

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

Des actions sont prévues en 2021 notamment pour accompagner la diffusion de 3 nouveaux modèles de prescription de dispositifs et de prestations de la LPP valant demande d'accord préalable :

- relatif aux sièges coquilles,

- pour un traitement par oxygénothérapie de long terme avec une campagne des délégués de l'Assurance Maladie auprès des pneumologues et des établissements hospitaliers,
- des prothèses mammaires externes.

D'autres actions concernant notamment un usage raisonné des compléments nutritionnels oraux, des pansements ou l'adéquation des modes de perfusion à domicile se poursuivront.

1.2. Les prescriptions

1.2.1 Les indemnités journalières

Les dépenses d'indemnités journalières sont en croissance continue depuis 2013. Elles ont connu entre 2013 et 2017 une croissance annuelle moyenne de 3,2%.

Les volumes d'arrêts de travail pour maladie ont augmenté passant de 204 millions de journées indemnisées en 2013 à 234 millions en 2017. Les montants indemnisés sont quant à eux passés de 6,3 milliards d'euros à 7,3 milliards d'euros sur la même période³¹.

Les évolutions du poste des indemnités journalières sont portées par des effets structurels : la part des personnes de plus de 60 ans dans la population de France métropolitaine a augmenté de 3,1 points entre 2009 et 2017. Parmi les bénéficiaires d'indemnités journalières maladie, la part des 60 ans et plus a augmenté de 3,6 points en termes de montants indemnisés et de 2,7 points en termes de nombre de bénéficiaires. De plus, la population des 55-64 ans affiche une hausse substantielle de leur taux d'activité sur la période, passant de 41% en 2009 à près de 55,6% fin 2017, du fait notamment des réformes ayant reculé l'âge de départ en retraite. On peut attribuer une partie de la hausse des dépenses d'indemnités journalières maladie d'une part à un effet démographique (hausse du nombre de personne de plus de 60 ans) et d'autre part à l'augmentation du taux d'activité chez les personnes de 50 ans et plus. Ainsi, les personnes de plus de 50 ans représentent 41% des montants indemnisés d'arrêts de travail pour maladie mais seulement 29% du nombre d'arrêts indemnisés.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a développé auprès des prescripteurs libéraux ou hospitaliers et des assurés des programmes de juste recours aux arrêts de travail. Elle a fait évoluer l'organisation de son service médical afin de favoriser un accompagnement plus individualisé et envisage à fin 2020 d'expérimenter des plateformes départementales de prévention de la désinsertion professionnelle.

Accompagnement et échanges avec les professionnels de santé sur les arrêts de travail de 2015 à 2019

Le renforcement des actions d'accompagnement et des mesures d'optimisation des dispositifs de contrôle et de suivi des arrêts de travail par le service médical a pour objectif de réduire les écarts constatés entre la prise en charge effective, les référentiels de bonnes pratiques médicales et les textes réglementaires.

L'Assurance Maladie a mis en place une approche graduée intégrant une phase d'entretiens préalables à la conduite possible d'actions plus contraignantes telles que la mise sous objectif ou la mise sous accord préalable des prescriptions d'indemnités journalières.

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

31

Bérard J-L., Oustric S., Seiller S., *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail - Neuf constats, vingt propositions*, Rapport au Premier Ministre, janvier 2019

Campagnes déployées auprès des médecins généralistes :

- Campagne d'échanges confraternels auprès de 9000 médecins généralistes de juin à décembre 2015;
- Campagne d'échanges confraternels auprès de 7818 médecins généralistes de novembre 2016 à fin février 2017 ;
- Expérimentation d'un plan personnalisé d'accompagnement auprès de 5% des médecins généralistes en 2017 portant sur une démarche globale multi-thèmes dont les arrêts de travail
- Campagne d'échanges confraternels et visites de délégués de l'assurance maladie au 2ème semestre 2018 auprès de 16000 médecins généralistes
- Campagne d'échanges confraternels et visites de délégués de l'assurance maladie entre le 2ème semestre 2019 et le 1er trimestre 2020 auprès de 16000 autres médecins.

Campagnes déployées auprès des chirurgiens :

- Campagne d'échanges confraternels de septembre 2017 à décembre 2018 auprès de 1291 chirurgiens libéraux sur la prescription d'arrêts de travail en suite de certaines interventions chirurgicales en écart aux référentiels de durées indicatives d'arrêt de travail;
- Campagne d'échanges confraternels de septembre 2017 à juin 2018 en direction des chirurgiens exerçants en établissements publics.

Campagne déployées auprès des internes en centre hospitalier universitaire :

Une campagne d'information et de sensibilisation a été réalisée auprès des internes durant l'année 2019, retenant de façon prioritaires les services d'urgence, de traumatologie, d'orthopédie, de rhumatologie et de gynécologie obstétrique. Cette action orientée dans un premier temps vers les internes des centres hospitaliers universitaire sera élargie à l'ensemble des centres hospitaliers.

Des messages qui visent à prévenir le risque de chronicité des arrêts de travail et de désinsertion professionnelle

Les messages portés dans les campagnes d'accompagnement lancées en 2018 et en 2019 visent à faire percevoir la reprise d'activité comme un facteur de guérison et à mieux faire connaître les dispositifs associés (aménagement du poste de travail et recours au temps partiel thérapeutique notamment.). L'objectif est de donner au médecin généraliste les clés pour faire évoluer la situation de ses patients en arrêt de travail, afin de fluidifier leur parcours et prévenir la désinsertion professionnelle.

Ces campagnes visent les médecins les plus « contributeurs » à la dépense d'indemnités journalières. L'accompagnement est réalisé par les médecins conseils ou par les délégués de l'Assurance maladie, en fonction notamment du niveau de prescription d'arrêts de travail des médecins. Les thèmes abordés sont adaptés à la demande du médecin ou à son profil de prescription et des exemples concrets sont proposés.

En 2018, les messages se sont appuyés sur des dépliants élaborés par la Cnam, destinés aux patients et aux médecins. Des solutions pour préparer la reprise d'activité et les modalités pratiques des démarches sont présentées (« Arrêt de travail : la reprise d'activité peut faire partie de votre traitement », « préparez votre reprise d'activité avec la visite de pré reprise »). L'accompagnement par les DAM s'est effectué à partir de fiches thématiques présentées aux médecins en fonction des difficultés identifiées (organiser une visite de pré-reprise auprès du Service de santé au travail, un temps partiel thérapeutique, obtenir la RQTH³²...).

L'accompagnement par les médecins conseils s'est fait à partir de cas patients pour lesquels se posent des difficultés à la reprise du travail, afin de présenter les dispositifs existants. Les patients retenus ont été sélectionnés au préalable par le médecin conseil et/ou choisis par le médecin visité.

Il est rappelé que le médecin du travail peut être sollicité pour connaître les contraintes et les possibilités d'adaptation du poste de travail, en référence aux recommandations de 2019 de la HAS sur la prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs³³ qui invitent à:

³² Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

³³ Haute Autorité de Santé - Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs; 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2903507/fr/sante-et-maintien-en-emploi-prevention-de-la-desinsertion-professionnelle-des-travailleurs

- Assurer une prise en charge plus précoce du salarié en risque de désinsertion professionnelle : en effet, un mois c'est la durée à partir de laquelle un arrêt maladie augmente le risque de chômage et d'inactivité, selon une étude de l'IRDES³⁴,
- Améliorer l'articulation entre médecin du travail/médecin traitant/médecin conseil ;
- Formaliser un plan de retour au travail impliquant l'employeur.

L'accompagnement par les médecins conseils se fait par 3 entretiens réalisés par le médecin conseil et un accompagnement au fil de l'eau par les autres acteurs du service médical (conseiller service de l'Assurance Maladie et infirmier du service médical). Les situations des patients en arrêt de travail sont ainsi étudiées conjointement avec le médecin afin de trouver des solutions concrètes. A l'issue d'une période de un an, un bilan est réalisé avec le médecin.

Un impact favorable de l'accompagnement sur les pratiques de prescriptions des arrêts de travail

Chacune des campagnes d'accompagnement fait l'objet d'une évaluation d'une part quantitative, avec la constitution d'un groupe témoin, et d'autre part qualitative sur la base de questionnaires pour recueillir la perception des médecins sur la qualité des outils proposés et le degré d'appropriation dans leur pratique. L'exploitation de ces éléments participe à l'ajustement des campagnes et à la pertinence des offres.

Une évaluation des campagnes menées de 2015 à 2018 auprès des médecins généralistes montre l'impact des échanges confraternels réalisés par les médecins conseils du service médical de l'Assurance Maladie. Comme l'illustre le tableau ci-dessous, on constate pour les médecins ayant fait l'objet d'un entretien confraternel avec un médecin conseil une diminution du nombre de patients auxquels ces médecins prescrivent un arrêt de travail ainsi qu'une baisse du nombre de jours d'arrêts de travail prescrits.

Par exemple, les 3 897 médecins vus en entretien confraternel au deuxième semestre de l'année 2018, avaient diminué de 1,54 % le nombre moyen d'indemnités journalières prescrites par patient au moment de la mesure d'impact au 2^{ème} trimestre 2019, en comparaison avec leur pratique du 2^{ème} trimestre 2018 (soit avant l'entretien). A l'exception de la campagne d'entretiens confraternels menée en 2016, les entretiens menés ont eu un impact positif auprès de l'ensemble des médecins rencontrés en 2015 comme en 2018.

Tableau 15 : Impact des échanges confraternels (EC) de l'Assurance Maladie sur la prescription d'indemnités journalières des médecins accompagnés

Année de l'action	2015		2016	2018	
Type de visites	EC campagne 1	EC campagne 2	EC	EC campagne 1	EC campagne 2
Nb MG visités*	1678	4480	4416	701	3897
Part des patients actifs ayant perçu des IJ					
AVANT	13,50%	15,38%	15,08%	8,76%	9,50%
APRES	13,33%	15,22%	14,82%	8,74%	9,44%
Evolution (point)	-0,17	-0,16	-0,26	-0,02	-0,06
Nombre moyen d'IJ par patient actif avec IJ					
AVANT	34,4	31	29,07	31,35	31,74
APRES	32,9	29,23	30,18	31,08	31,25
Évolution (nombre moyen d'IJ)	-1,5	-1,77	1,11	-0,27	-0,49
Évolution (%)	-4,36%	-5,71%	3,82%	-0,86%	-1,54%

* Nombre de médecins généralistes visités inclus dans l'échantillon d'évaluation

³⁴ « Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles. » Etudes & résultats, n°938, octobre 2015, DREES.

Les enseignements issus de ces évaluations contribuent à identifier les leviers d'actions pour soutenir une évolution durable des pratiques, compatibles avec des objectifs de santé publique et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Dans cette perspective, une démarche accrue de co-construction avec les partenaires de santé sera privilégiée, dans une approche territoriale et avec une logique de parcours de santé incluant la dimension de prévention de la désinsertion professionnelle.

Prévenir la désinsertion professionnelle : l'expérimentation des plateformes de services départementales

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

Le recul de l'âge de départ à la retraite augmente le taux d'activité des seniors, qui lorsqu'ils interrompent leur travail pour des raisons de santé, s'arrêtent pour des durées plus longues. L'objectif de la prévention de la désinsertion professionnelle est de contribuer à réduire la chronicisation des situations complexes et douloureuses car le risque de désinsertion professionnelle augmente avec la durée de l'arrêt de travail.

Afin de participer à la sécurisation des parcours professionnels et prévenir l'exclusion de la sphère travail pour tout travailleur touché par une problématique de santé, il convient d'améliorer la coordination des acteurs intervenants (salariés, employeurs, caisses de sécurité sociale, services de santé au travail...) sur ce champ, caractérisé également par une multitude de dispositifs.

Il s'agit de passer d'une logique de juxtaposition des services (compétences administratives, médicales, sociales, médico-sociales, service public de l'emploi, etc.) à une logique intégrée de parcours de l'assuré.

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie a le projet d'expérimenter une plate-forme départementale de services médico-socio-professionnels associant tous les acteurs internes de l'Assurance maladie (services administratifs, médical et social, coordonnés en amont) et les partenaires institutionnels (services de santé au travail, Pôle emploi, opérateurs de placement spécialisé, etc.). Cette plateforme fonctionnera comme un intégrateur de compétences en coordonnant les actions réalisées par les services de l'Assurance Maladie, en assurant l'articulation entre les professionnels de santé (médecin traitant/médecin-conseil/médecin du travail) et en accompagnant l'assuré.

Elle permettra une approche globale et pluridisciplinaire de la situation de l'assuré. L'objectif est de proposer, en proximité, un repérage plus précoce et mieux ciblé des travailleurs fragilisés, et de sécuriser leurs parcours en proposant une offre de service lisible, diversifiée et adaptée selon le niveau de complexité et de gravité de leur situation.

Les missions de cette plateforme seront les suivantes :

- être une porte d'entrée unique vers les services de l'Assurance maladie, quelle que soit l'origine du signalement (assuré, médecin traitant, médecin du travail, médecin-conseil, employeur) et la situation de l'assuré en arrêt de travail ;
- réaliser un diagnostic précoce de la situation administrative, sociale et médicale de l'assuré et définir le parcours d'accompagnement approprié à sa situation ;
- accompagner les travailleurs en risque de désinsertion professionnelle en ayant, le plus en amont possible, une approche pluridisciplinaire de sa situation ;
- coordonner l'ensemble des acteurs tant internes qu'externes, dans le respect des compétences et des missions de chacun et favoriser le passage de relais entre les acteurs de la santé au travail, de la formation et du maintien en emploi ;
- proposer aux acteurs externes de bénéficier, sous forme d'offres de service, des compétences de l'Assurance maladie ;
- agir de manière concertée auprès de l'employeur et du salarié.

En parallèle de la mise en place de ces plateformes, des acteurs clefs seront sensibilisés et impliqués, notamment :

- les médecins traitants qui pourront recourir à des consultations spécialisées et bilans fonctionnels afin de mesurer les aptitudes restantes (par exemple dans les centres de consultations de pathologies professionnelles dans les CHU ou dans les établissements Ugecam) ;

- les services de santé au travail avec la nouvelle génération des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). La priorité aux sujets touchant la préservation de la santé et le maintien dans ou en emploi et de fixer des objectifs sur ces sujets est affirmée.

Cette plateforme de service sera expérimentée sur 25 territoires d'octobre 2020 à fin 2021. Elle fera l'objet d'une évaluation préalable à une généralisation courant 2022.

- ➔ **Les améliorations apportées au dispositif d'accompagnement des médecins prescripteurs d'indemnités journalières devraient permettre de réaliser une économie de 100 millions d'euros. Cela correspond à la diminution d'une journée de prescription pour la moitié des arrêts de travail pour maladie.**

1.2.2 Les transports

En 2019, les dépenses remboursées de transports de patients ont représenté 4,7 milliards d'euros (tous régimes).

Les dépenses de taxis

Les dépenses de taxis représentent 1,85 milliard d'euros. En 2019, les dépenses de taxis ont représenté 42,7% du total des dépenses de transports alors qu'elles ne représentaient que 35,7% en 2011. L'UNCAM a signé le 18 novembre 2018 un protocole national d'accord avec les six fédérations représentant les taxis.

Dans un contexte de progression des dépenses de taxis difficilement soutenables à long terme, ce protocole a permis de fixer des objectifs communs de régulation et les moyens pour les atteindre, tout en prenant en compte des points importants pour la profession : permettre de concilier un socle tarifaire national et la prise en compte de spécificités locales liées à l'offre de soins ou à la spécificité de certains territoires (agglomération ou zone rurale).

Le protocole national décrit les principes et les orientations qui ont ensuite été déclinés dans des conventions négociées au niveau départemental afin de mettre en œuvre des dispositifs de régulation cohérents sur l'ensemble du territoire tout en prenant en compte les spécificités locales.

Le protocole contient à la fois des mesures de portée nationale et des mesures additionnelles, ces dernières étant déclinées dans les conventions locales, en fonction des spécificités territoriales.

Les mesures de portées nationales sont les suivantes :

- Définition des tarifs de référence : le protocole permet de ne plus prendre en compte systématiquement l'augmentation des tarifs préfectoraux et d'en limiter l'impact par un dispositif de désindexation totale ou partielle en fonction de cette augmentation, défini sur 5 ans.
- Fixation des taux de remise : le protocole prévoit que le taux de remise (article L. 322-5 du CSS), applicable aux tarifs issus de la réglementation des taxis est majoré chaque année et modulé en fonction des résultats annuels d'évolution des dépenses.

Il a également été décidé de suivre annuellement l'évolution des dépenses de manière concertée et de prévoir un mécanisme annuel d'infléchissement des dépenses, en fonction de leur augmentation.

Les mesures complémentaires, définies localement, sont les suivantes : la suppression des frais d'approche, la définition des situations dans lesquelles le recours aux tarifs C ou D (plus onéreux que les tarifs A et B) est autorisé, les mesures visant à renforcer les transports partagés, les transports de patients à mobilité réduite, et enfin l'encadrement des conditions d'accès au conventionnement.

Effets des mesures conventionnelles : un net ralentissement de la croissance des dépenses

On observe fin novembre 2019 un net ralentissement de la croissance : on passe de +7.2 % à fin décembre 2018 à +1,6% à fin novembre 2019. En neutralisant l'effet lié à la mise en œuvre de l'article 80, la croissance des dépenses de taxis est de +3,0% à fin novembre 2019.

Le montant des économies liées au protocole, hors effet désindexation, est estimé à 78,6 millions d'euros. De plus, l'effet de désindexation s'élève à 1,8 point, soit 33,4 millions d'euros en 2019, que l'on ne peut pas constater dans le suivi de la dépense, mais qui représente bien une dépense évitée.

Au total, sur la base des données observées à fin novembre 2019, les économies pour l'Assurance maladie liées au protocole taxi ont représenté en un an un montant de 112,1 millions d'euros.

- ➔ **Le protocole a prévu pour 2021 une désindexation complète des tarifs préfectoraux, qui ont augmenté de 2%, ce qui représente une dépense évitée de 40 millions d'euros. La modulation des taux de remise représentera environ 20 millions d'euros d'économies supplémentaires.**

Les transports partagés

Le nouvel article L. 322-5 du code de la sécurité sociale précise que :

- le transport partagé est prescrit par principe sauf opposition du prescripteur,
- dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.

Les avantages à mieux organiser le transport partagé sont nombreux. Cela doit permettre d'améliorer l'efficacité des dépenses de l'Assurance Maladie mais aussi de renforcer les marges et les taux d'occupation des transporteurs, de réduire le temps d'attente des véhicules pour les patients et enfin de diminuer l'empreinte écologique des transports sanitaires.

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

L'Assurance Maladie vient d'ouvrir une négociation avec les transporteurs sanitaire visant, entre autres, à favoriser le développement du transport partagé.

- ➔ **La montée en charge du transport partagé à 30% des transports réalisés permettrait de réaliser une économie de 77 millions d'euros.**

Les autres leviers de régulation

En matière de transports, les contraintes organisationnelles et logistiques sont souvent la source des pratiques inefficaces. Si le message que porte l'Assurance Maladie régulièrement auprès des prescripteurs est celui de l'adéquation entre le mode de transport prescrit et l'état de santé du patient, la réalité conduit souvent à choisir un transport par ambulance car cette offre est plus simple à mobiliser en raison de l'importance de l'offre dans certains départements. De même, l'organisation de transports partagés nécessite d'avoir une supervision et un volume de patients suffisant qui n'est pas retrouvée au niveau d'un service hospitalier.

Les plateformes, qu'il s'agisse des plateformes de centralisation des commandes de transports ou des plateformes de réponse gérées par des transporteurs, sont des solutions logistiques qui peuvent permettre de progresser significativement pour améliorer la connaissance de l'offre disponible et optimiser l'affectation des trajets. L'ANAP a publié en janvier 2020 un guide mise en œuvre des plateformes de centralisation des commandes de transports. Ce document vient appuyer les travaux en cours dans de nombreuses régions.

- ➔ **25 millions d'euros d'économies peuvent être réalisés en substituant 5% des trajets réalisés en ambulance vers du transport assis professionnalisé grâce à l'optimisation du recours à la commande de transport via les plateformes de centralisation des commandes.**

Le service numérique « Mes remboursements simplifiés » a été développé par la CPAM de la Haute-Garonne, avec le soutien de la CNAM et de la Direction interministérielle du numérique et du système d'information et de communication. Ce service vise à simplifier et accélérer le remboursement des frais d'utilisation du véhicule personnel ou des transports en commun en substitution à des transports assis pour les personnes dont l'état de santé est compatible avec un tel recours.

Le service est en cours d'extension sur l'ensemble du territoire national. Ce déploiement est accompagné par une campagne des délégués de l'Assurance Maladie pour présenter aux médecins généralistes ou spécialistes le service ainsi que les nouveaux formulaires de prescription des transports pour les personnes à mobilité réduite et les transports partagés.

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

1.2.3 Les soins paramédicaux

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

La nouvelle stratégie d'accompagnement de la profession infirmière se poursuit. Elle vise notamment à mieux accompagner l'installation des professionnels pour pouvoir construire un dialogue constructif évitant des difficultés quant à l'application des règles de facturation. Les programmes d'accompagnement des masseurs-kinésithérapeutes seront eux aussi poursuivis en veillant à sensibiliser les professionnels sur les règles de facturation donnant lieu à la constatation d'anomalies.

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

- ➔ **La croissance du poste des paramédicaux en 2021 pourrait être contenue à un niveau inférieur de 80 millions d'euros par rapport à l'évolution tendancielle.**

1.3. Les actes

1.3.1 La pertinence des examens biologiques

L'acte de biologie médicale est un maillon indispensable dans le dépistage, la prévention, le diagnostic et le suivi des pathologies. Son importance va croissant avec le développement de nouvelles techniques de plus en plus performantes (biologie moléculaire, médecine personnalisée, etc.). Afin de préserver la qualité des prestations de biologie médicale dans un contexte économique contraint, un accord de régulation des dépenses de biologie médicale a été conclu dès 2013. Celui-ci a été prolongé successivement depuis et les représentants des biologistes et l'Assurance Maladie ont signé le 11 mars 2020 un nouveau protocole pour les années 2020, 2021 et 2022.

Pour l'année 2020, le montant de l'enveloppe annuelle autorisée est de 3,76 milliards d'euros³⁵.

L'importance portée par l'Assurance Maladie à la maîtrise médicalisée des dépenses de biologie médicale

L'optimisation des ressources allouées au financement des actes de biologie médicale implique en premier lieu une maîtrise des volumes, dont la mise en œuvre devra s'appuyer sur une exigence de pertinence médicale afin de garantir une continuité d'accès à des soins de qualité.

La maîtrise des volumes passe par le développement de référentiels de bonne pratique construits en collaboration avec la Haute Autorité de Santé. Ce développement devrait permettre d'inciter les prescripteurs à une prescription efficiente des examens de biologie et les biologistes médicaux à éviter la réalisation d'examens inutiles et redondants pris en charge par l'assurance maladie. Ces deux leviers permettant de concourir à la maîtrise des volumes.

³⁵ Montant avant prise en compte de la résorption du solde du protocole 2016-2019

Durant les années précédentes, les actions de maîtrise médicalisée lancées conjointement avec la profession ont principalement reposé sur les examens de biologie suivants :

- le dosage de la vitamine D,
- l'exploration et la surveillance biologique thyroïdienne,
- la détermination du groupe sanguin,
- la recherche d'anticorps anti-érythrocytaires.

L'importance de la maîtrise médicalisée pour garantir l'efficacité des dépenses de biologie médicale a été réaffirmée dans le nouveau protocole d'accord entre l'Assurance Maladie et les représentants des biologistes médicaux pour les années 2020 à 2022. Les parties ont convenu de programmer des montants d'économies croissants au titre de la maîtrise des volumes en fonction de l'atteinte chaque année des économies programmées.

La maîtrise médicalisée des actes de biologie médicale doit s'appuyer sur l'expertise médicale du biologiste. Actuellement, le cadre législatif définit les marges de manœuvre des biologistes pour adapter la prescription médicale. Un examen de biologie médicale est réalisé sur le fondement d'une prescription qui contient les éléments cliniques pertinents. Lorsqu'il l'estime approprié, le biologiste médical réalise, dans le respect de la nomenclature des actes de biologie médicale établie en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale, des examens de biologie médicale autres que ceux figurant sur la prescription, ou ne réalise pas tous les examens qui y figurent. Les modifications sont proposées au prescripteur, sauf en cas d'urgence ou d'indisponibilité. Lorsqu'elles sont refusées par le prescripteur, les examens sont réalisés conformément à la prescription. Par ailleurs, lorsqu'il existe des recommandations de bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, le biologiste médical assure la conformité des examens de biologie médicale réalisés à ces recommandations, sauf avis contraire du prescripteur. Ainsi, ces deux dispositions subordonnent leur mise en œuvre à un échange préalable entre le biologiste médical et le prescripteur.

Exemples d'examen de biologie médicale pouvant faire l'objet d'actions de maîtrise médicalisée

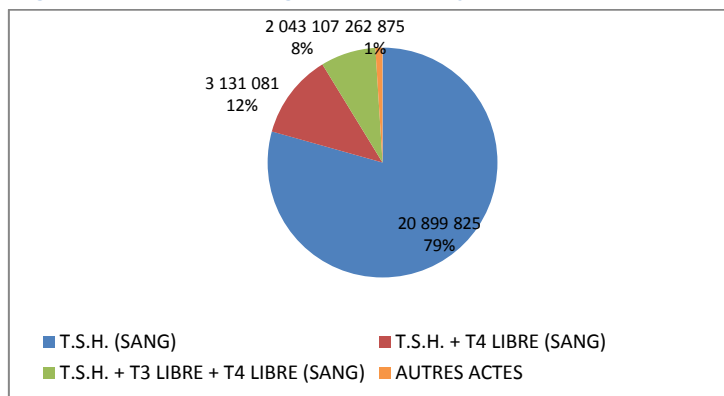
Dosage d'hormones thyroïdiennes

Les prescriptions de dosages d'hormones thyroïdiennes sont très fréquentes : en 2018, 26,4 millions de dosages ont été réalisés pour un montant remboursé de 158,9 millions d'euros (5% des dépenses de biologie).

Les dosages de TSH, de TSH + T4 libre et de TSH + T3 libre + T4 libre représentent la quasi-totalité des dosages d'hormones thyroïdiennes. En 2018, ils représentent respectivement 79%, 12% et 8% des dosages d'hormones thyroïdiennes en nombre d'actes (figure 3) et 65%, 18% et 16% en montant remboursé (figure 4). Les dosages multiples ont un tarif plus élevé. Au 14 avril 2018, le tarif du dosage de TSH était de 6,75€, celui du dosage de TSH + T4 libre était de 12,15€ et celui du dosage de TSH + T3 libre + T4 libre était de 16,20€.

Il convient cependant de noter que les données des années 2017 et 2018 ont été perturbées par la crise du Lévothyrox.

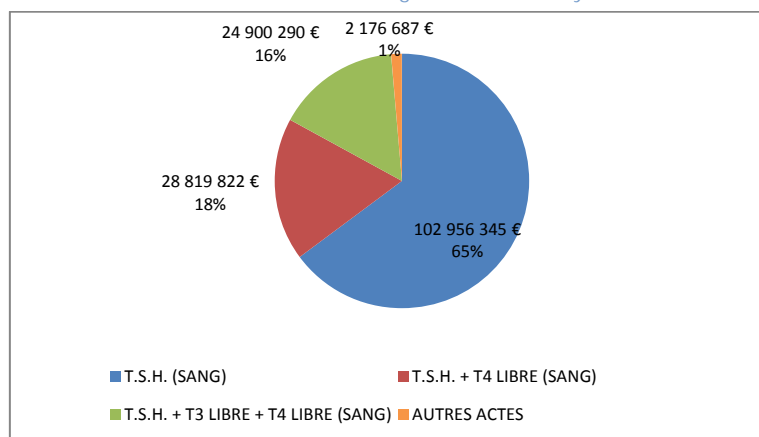
Figure 37 : Nombre de dosages d'hormones thyroïdiennes réalisés en 2018



Source : DCIR, actes réalisés en 2018 et remboursés jusqu'en septembre 2019

Champ : Tous régimes, France entière

Figure 38 : Montant remboursé au titre des dosages d'hormones thyroïdiennes réalisés en 2018

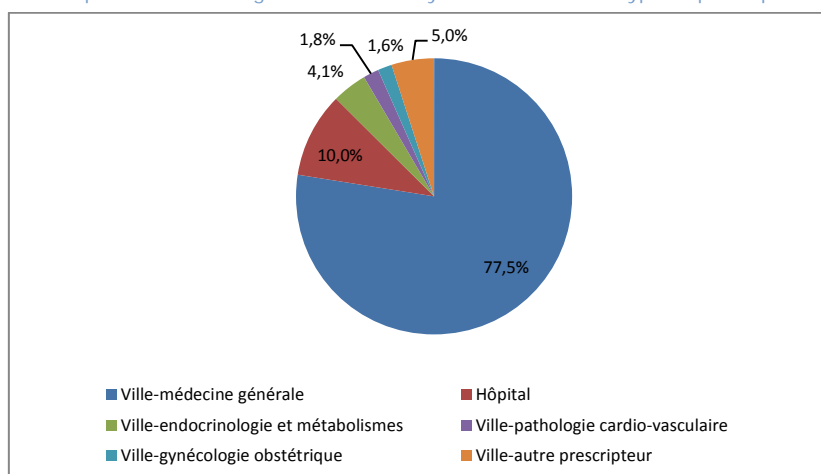


Source : DCIR, actes réalisés en 2018 et remboursés jusqu'en septembre 2019
 Champ : Tous régimes, France entière

Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de dosages d'hormones thyroïdiennes. En 2018, 78% des dosages d'hormones thyroïdiennes réalisés ont été prescrits par des médecins généralistes de ville. Les autres prescripteurs étaient des prescripteurs hospitaliers³⁶ (10%), des endocrinologues de ville (4%), des cardiologues de ville (2%) et des gynécologues obstétriciens de ville (2%) (figure 5). Cette répartition a peu évolué dans le temps : la part des prescripteurs hospitaliers a augmenté de 8% à 9,7% entre 2014 et 2018 (et celle des autres types de prescripteurs a légèrement diminué).

La part des médecins généralistes dans les prescriptions est moins élevée pour les dosages de TSH + T4 libre (63%) et les dosages de TSH + T3 libre + T4 libre (51%) au profit des prescripteurs hospitaliers et des endocrinologues (graphique 4).

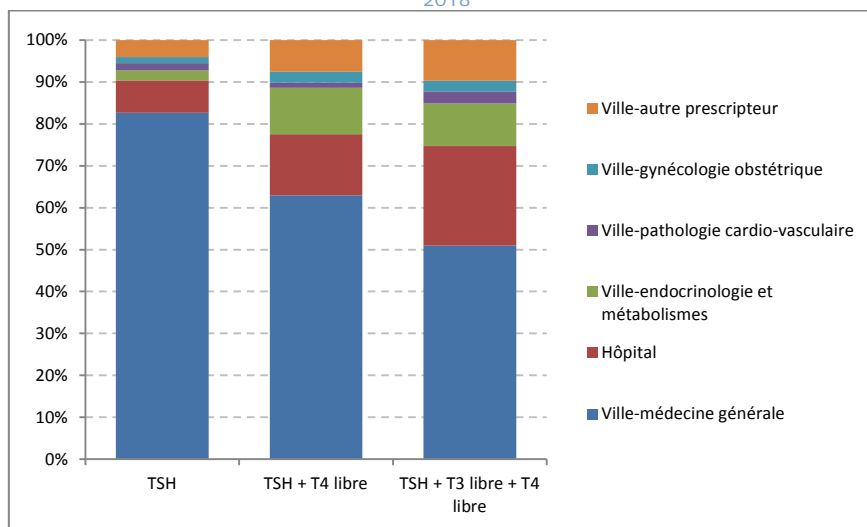
Figure 39 : Répartition des dosages d'hormones thyroïdiennes selon le type de prescripteur en 2018



Source : DCIR, actes réalisés en 2018 et remboursés jusqu'en septembre 2019
 Champ : Tous régimes, France entière

³⁶ Prescripteurs exerçant en établissement de santé public ou en établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC).

Figure 40 : Répartition des dosages de TSH, de TSH + T4 libre et de TSH + T3 libre + T4 libre selon le type de prescripteur en 2018

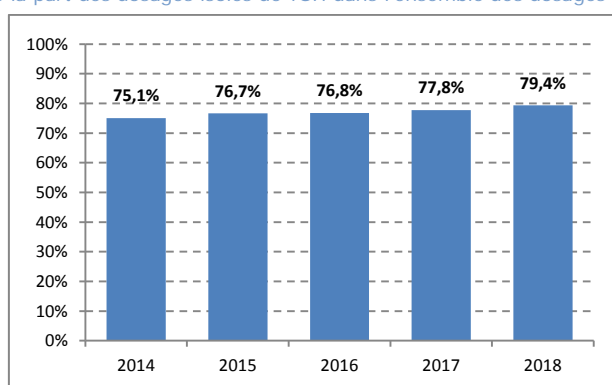


Source : DCIR, actes réalisés en 2018 et remboursés jusqu'en septembre 2019.
Champ : Tous régimes, France entière

Malgré les actions déjà réalisées, le nombre de dosages de T3 libre et de T4 libre semble pouvoir encore être réduit. Depuis 2017, le thème des dosages d'hormones thyroïdiennes fait l'objet d'un indicateur de la ROSP médecin traitant (MT) adulte. L'indicateur retenu est la part des patients du MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH. Cet indicateur est une des mesures possibles du respect du deuxième message clef des actions de maîtrise médicalisée. L'objectif intermédiaire a été fixé à 90% et l'objectif cible à plus de 99%. A fin décembre 2018, la valeur atteinte par l'indicateur était de 90,7%.

Les pratiques de prescription du dosage isolé de TSH en première intention semblent s'être améliorées. En effet, la part de dosages isolés de TSH dans l'ensemble des dosages d'hormones thyroïdiennes considérés dans cette étude augmente entre 2014 et 2018 : elle passe de 75,1% à 79,4% (figure 7).

Figure 41 : Evolution de la part des dosages isolés de TSH dans l'ensemble des dosages d'hormones thyroïdiennes



Source : DCIR, en dates de soins, remboursés jusqu'en septembre de l'année qui suit l'année considérée
Champ : Tous régimes, France entière

Mais le nombre de dosages de T3 libre et de T4 libre semble pouvoir encore être réduit. En 2018, près de 50% des dosages multiples (codes NABM 1209 à 1212) sont prescrits à des patients non traités par un médicament de la thyroïde ou un médicament pouvant influencer le fonctionnement thyroïdien et sans réalisation préalable d'un dosage isolé de TSH. 58% de ces prescriptions sont faites par des médecins généralistes de ville³⁷, 19%

³⁷ Y compris exerçant en établissements de santé privés

par des prescripteurs hospitaliers³⁸, 5% par des endocrinologues de ville, 4% par des gynécologues obstétriciens de ville et 2% par des cardiologues de ville.

Les dosages de TSH + T3 libre + T4 libre semblent en particulier fréquents alors que la prescription du dosage de la T3 libre doit être exceptionnelle. En 2018, les dosages de TSH + T3 libre + T4 libre représentent 8% des trois dosages d'hormones thyroïdiennes les plus fréquents et leur part est relativement stable malgré les actions de maîtrise médicalisée menées. Il existe de plus des différences importantes entre départements : les part respectives des dosages de TSH + T4 libre et de TSH + T3 libre + T4 libre dans l'ensemble des trois dosages d'hormones thyroïdiennes les plus fréquents sont très variables (figures 8 et 9).

Figure 42 : Part des dosages de TSH + T4 libre (code NABM : 1211) dans l'ensemble des trois dosages d'hormones thyroïdiennes les plus fréquents (codes NABM : 1208, 1211 et 1212) selon le département de prescription

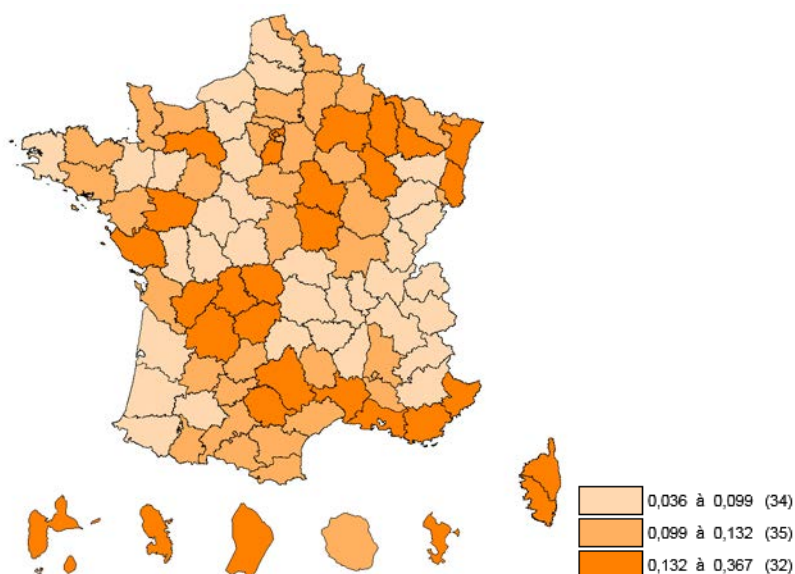
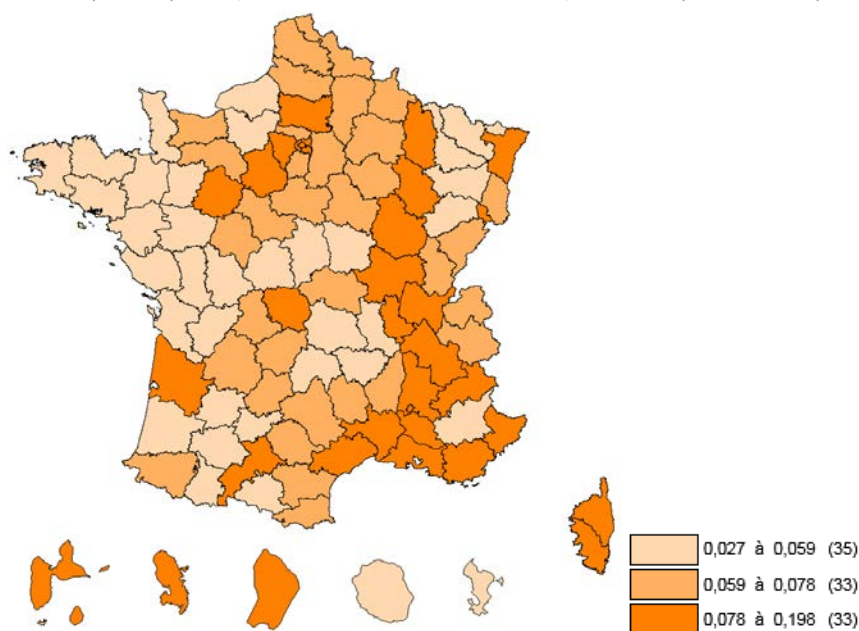


Figure 43 : Part des dosages de TSH + T3 libre + T4 libre (code NABM : 1212) dans l'ensemble des trois dosages d'hormones thyroïdiennes les plus fréquents (codes NABM : 1208, 1211 et 1212) selon le département de prescription



³⁸ Exerçant en établissements de santé publics ou en ESPIC

Les actions de maîtrise médicalisée sur ces examens pourraient générer des économies comprises entre 5 millions d'euros et 13 millions d'euros. En retenant l'hypothèse que les dosages multiples réalisés par des patients non traités par un médicament de la thyroïde ou un médicament pouvant influencer le fonctionnement thyroïdien et sans réalisation préalable d'un dosage isolé de TSH sont remplacés par des dosages isolés de TSH, le montant des économies peut être estimé à 12,7 millions d'euros en année pleine.

Sur les seuls dosages prescrits par des médecins généralistes de ville, l'impact estimé est de 6,8 millions d'euros. Le nombre de médecins généralistes identifiés prescrivant au moins un dosage multiple à un patient non traité par un médicament de la thyroïde ou un médicament pouvant influencer le fonctionnement thyroïdien et sans réalisation préalable d'un dosage isolé de TSH s'élève à près de 60 000. Pour ces médecins, en moyenne, le nombre de dosages multiples prescrits à un patient non traité par un médicament de la thyroïde ou un médicament pouvant influencer le fonctionnement thyroïdien et sans réalisation préalable d'un dosage isolé de TSH est de 24,4 dosages. Si l'on restreint le calcul d'impact aux 25% de médecins qui en prescrivent le plus (>19) (soit environ 14 700 médecins), le montant des économies attendues est de 4,8 millions.

Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer

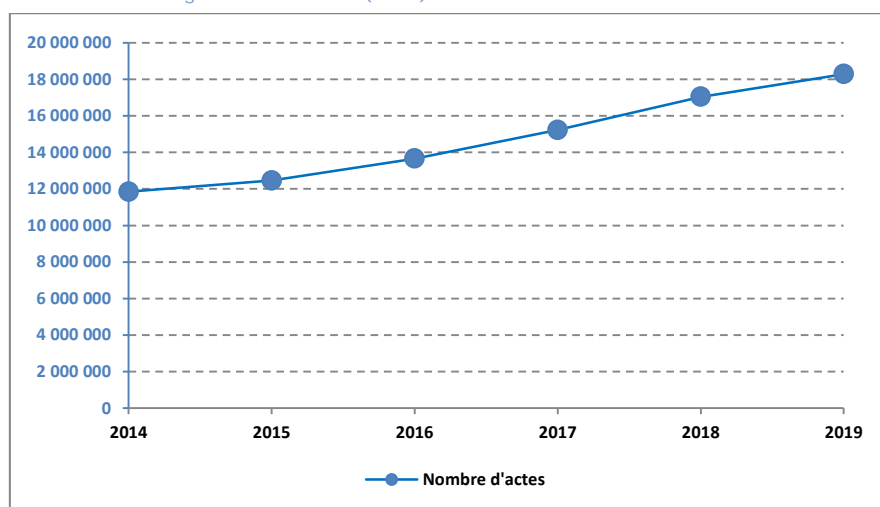
Le fer est principalement utilisé pour la synthèse de l'hémoglobine. Un défaut d'apport ou d'utilisation du fer conduit à une érythropoïèse insuffisante, dont la manifestation ultime est la survenue d'une anémie.

Le déficit en fer est le déficit nutritionnel le plus répandu dans le monde. Il touche en particulier les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer. Chez l'homme ou d'une manière générale chez le sujet âgé, la carence en fer est moins fréquente, plus souvent expliquée par des saignements occultes et peut révéler des lésions digestives (polypes, cancers, etc.).

À côté de ces situations « typiques », l'interprétation du bilan du fer est plus délicate dans les contextes cliniques, qui associent une carence en fer et une modification des marqueurs du fer ayant une autre origine, telle que : l'augmentation de la ferritine indépendamment des réserves en fer dans l'inflammation, la cytolyse hépatique et musculaire, le diabète mal équilibré, l'éthylisme chronique, l'hyperthyroïdie, certains syndromes métaboliques ; la diminution de l'érythropoïèse par défaut d'érythropoïétine et fréquentes pathologies associées dans l'insuffisance rénale chronique ; ou la diminution de la transferrine en cas de dénutrition par exemple.

En 2019, les examens de ferritine, protéine qui régule le stockage de fer dans l'organisme, représentaient 86,5 millions d'euros de montant remboursé par l'Assurance Maladie, soit 2,8% de l'ensemble des dépenses de biologie médicale. Cet acte présente une forte dynamique en volume puisque le nombre d'actes entre 2014 et 2019 a augmenté de +9,1% par an en moyenne. Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs de ferritine représentant 78% des prescriptions.

Figure 44 : Ferritine (1213) : Evolutions entre 2014 et 2019



Source : DCIR 2014 à 2019, en date de remboursement Champ : Tous régimes, France entière

Afin de redéfinir, pour les médecins et les biologistes, la stratégie d'exploration des anémies par carence en fer et des anémies inflammatoires ainsi que des surcharges en fer comme l'hémochromatose, la Cnam a saisi la HAS afin de préciser le choix raisonné des examens de biologie explorant le métabolisme du fer.

La HAS a publié un rapport sur le thème « *Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer* », ainsi qu'une fiche BUTS de bon usage des technologies de santé préconisant de doser uniquement la ferritine lors du diagnostic d'une carence en fer. Dans les cas courants de suspicion de carence en fer, la HAS recommande en premier lieu le dosage de la ferritine sérique. Une ferritine sérique abaissée suffit à affirmer le diagnostic d'une carence en fer ; le recours à d'autres marqueurs du métabolisme du fer n'est alors pas nécessaire. La HAS ne recommande pas le dosage du fer seul ; la combinaison fer plus ferritine ou la recherche des récepteurs solubles de la transferrine en pratique courante. Alors que les recommandations de la HAS précisent que « *la recherche d'une carence en fer comprend avant tout la réalisation d'un hémogramme* », 83% des dosages de ferritine ne sont pas précédés d'un hémogramme (dans les deux mois). L'hémogramme est en fait réalisé concomitamment au dosage de ferritine dans la grande majorité des cas (pour 95% des dosages de ferritine).

Mise en œuvre d'une co-construction prescripteur et biologistes afin de définir les actions de maîtrise médicalisée

Afin de définir le champ des actions de maîtrise médicalisée, un groupe de travail sera mis en place avec les représentants des médecins prescripteurs (syndicats, CMG, CNP) et les médecins biologistes. Ce groupe de travail permettra de définir les thèmes retenus pour les actions de maîtrise mais également de co-construire les modalités d'actions. En effet, une articulation efficace et transparente entre les prescripteurs et les biologistes médicaux doit permettre d'atteindre l'objectif d'une plus grande pertinence des actes de biologie médicale tout en accompagnant le patient pour que celui-ci ne perçoive pas ces actions comme une restriction à l'accès à certains examens. L'Assurance Maladie s'est engagée auprès des biologistes pour les accompagner dans cette co-construction : partage des analyses, mise en œuvre d'actions d'accompagnements avec les praticiens conseils. Cet engagement est présent dans le protocole d'accord entre l'Assurance Maladie et les médecins biologistes pour les années 2020 à 2022. L'objectif de ces groupes de travail sera notamment de documenter les objectifs de maîtrise médicalisée présent dans le protocole.

Par ailleurs, il est proposé de mettre en cohérence les différentes dispositions législatives encadrant la possibilité pour les biologistes médicaux d'ajuster les prescriptions. Cette possibilité d'ajustement doit se faire au regard de la nomenclature des actes de biologie médicale en ouvrant la possibilité de déprescrire sans validation par le prescripteur, tout en laissant la possibilité à ce dernier de demander expressément sur l'ordonnance que la totalité des actes soit effectuée. L'échange préalable entre le biologiste médical et le prescripteur pour adapter la prescription serait alors levé pour ces actes.

Une discussion peut être complexe à établir et la possibilité de modifier les prescriptions est très peu utilisée en pratique, alors même que la nomenclature des actes de biologie médicale prévoit expressément, pour certains actes, l'intervention du biologiste afin d'éviter des actes inutiles et de permettre les examens optimaux pour la stratégie médicale (par exemple en conditionnant un dosage au résultat d'un autre dosage). Pour la ferritine, la nomenclature précise qu'« *en cas de suspicion de carence martiale, cet acte est à réaliser en première intention. Il se substitue, à l'initiative du biologiste médical, au dosage sanguin du fer et du couple fer + ferritine. Le compte rendu fera état de cette substitution. En cas de découverte fortuite d'une hyperferritinémie franche, le biologiste médical peut réaliser et coter l'examen 2002 (CS-Tf), à son initiative et sur justification clinique.* ». Lorsque la nomenclature des actes de biologie médicale ne le prévoit pas expressément, les modalités d'intervention du biologiste seraient conservées à l'identique.

- ➔ **Les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses de biologie ont été fixés à 20 millions d'euros pour 2020, et une progression de 10 millions d'euros par an à la condition que l'objectif de l'année précédente ait été effectivement atteint. En cas de non atteinte de l'objectif pour l'année précédente, l'objectif est maintenu. Par ailleurs, afin de souligner l'effort partagé entre l'Assurance Maladie et les laboratoires de biologie médicale dans l'atteinte de ces objectifs, il a été décidé qu'en cas de non atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée fixés aux biologistes médicaux, l'Assurance Maladie ne récupérera qu'une partie de l'écart à cet objectif.**

1.3.2 Les examens d'imagerie

L'accord conclu en avril 2018 par l'Assurance Maladie avec la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) vise à réguler les dépenses de remboursements en imagerie médicale prioritairement par des actions de pertinence mises en œuvre sur la période 2018-2020.

Cet accord prévoit aussi des mesures d'ajustements tarifaires, notamment sur des actes de radiographie ostéoarticulaire multi-incidences, dans l'esprit de la forfaitisation prévue antérieurement³⁹.

L'objectif total de maîtrise des dépenses par des actions de pertinence sur l'ensemble de la durée de ce protocole triennal est de 120,5 millions € - hors actions sur les actes d'échographie - soit près de 60% de l'objectif global de l'accord.

Les actions de maîtrise médicalisée prévues concernent d'une part, la pertinence des examens d'imagerie pour le diagnostic de la lombalgie commune, et d'autre part, la maîtrise des volumes des produits de contraste radiologiques administrés aux patients⁴⁰.

Concernant la lombalgie commune, les actions mises en œuvre par le réseau de l'Assurance Maladie en partenariat avec le réseau de la FNMR ont permis d'éviter 20 millions d'euros sur la période 2018-2019. L'objectif pour 2018 a été dépassé de +15%, laissant alors espérer la poursuite de cette évolution sur l'année suivante. Cependant, l'année 2019 a été marquée par un regain de la croissance des actes d'imagerie lombaire conduisant à n'atteindre que 11% de l'objectif annuel.

Concernant les produits de contrastes, la mise en œuvre en 2018 des actions d'efficience a été plus difficile. Ainsi, en 2018, près de 6 millions d'euros de moindres dépenses de remboursement ont été réalisées pour un objectif prévisionnel de 14 millions d'euros. Néanmoins, dans la continuité, près de 8 millions d'euros de moindres dépenses ont été réalisées en 2019, atteignant 83% de l'objectif prévisionnel.

L'action de pertinence rappelant les indications et non-indications des radiographies du thorax, de l'abdomen sans préparation et du crâne a permis de réduire de 4,5 millions d'euros les dépenses de remboursement afférentes sur la période 2018-2019, atteignant 45% de l'objectif prévisionnel sur ces deux années.

Au total, 38 millions d'euros de moindres dépenses de remboursement ont été réalisées sur les exercices 2018 et 2019 grâce aux actions de pertinence mises en œuvre sur ces trois thématiques dans le cadre du partenariat avec la FNMR, soit 43% de l'objectif prévisionnel global pour les actions de pertinence sur la même période – hors actes d'échographie.

Les résultats des actions de pertinence pour 2020 seront certainement difficiles à interpréter compte tenu des baisses d'activité liés à la crise. Pour autant, les marges d'efficience mises en évidence dans le protocole d'accord 2018-2020 demeurent bien réelles et persisteront pour une grande partie en 2021.

- ➔ **La poursuite des efforts conjugués de l'assurance maladie et des professionnels de santé en matière de pertinence des actes durant l'année 2021 doit permettre de dégager des économies tout en préservant la qualité des soins. On doit pouvoir ainsi compter sur un rendement de 58 millions d'euros en prolongeant les actions du protocole d'accord sur l'imagerie lombaire, les produits de contraste, les radios du thorax, de l'abdomen et du crâne mais aussi sur les actes d'échographies non nécessairement réalisés par des radiologues : échographies vasculaires et échographies cardiaques notamment.**

³⁹ Cf. § 4.3.1 « Actes en ville » du rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 » – Juillet 2017.

⁴⁰ Cf. Encadré 17 « Pertinence des actes en radiologie » du rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 » – Juillet 2018.

Evaluation de l'accord conclu avec le Syndicat national des médecins vasculaires concernant les actes d'échographie vasculaire et de sclérose des varices

En mars 2018, la CNAM et le Syndicat national des médecins vasculaires (SNMV) concluaient un engagement réciproque concernant les actes de traitement des varices des membres inférieurs et d'échographies vasculaires.

La CNAM acceptait d'inscrire 7 actes de scléroses (4 scléroses mousse et 3 scléroses laser) et de renoncer aux baisses de tarifs de nombreuses échographies vasculaires (par convergence vers le tarif cible). En contrepartie, selon le SNMV, l'inscription des actes de sclérose permettrait de diminuer les actes de chirurgie des varices. Par ailleurs, le SNMV s'engageait à contrôler les actes d'échographie vasculaire notamment grâce à la diffusion de bonnes pratiques.

Sept actes de scléroses des varices ont été inscrits dans la version 58 de la CCAM (4 scléroses mousse et 3 scléroses laser) fin 2018. Parallèlement, le SNMV diffusait ses recommandations de bonnes pratiques à l'automne 2018.

Les actions de pertinence semblent avoir permis d'infléchir légèrement la hausse continue des écho-dopplers vasculaires observée depuis 2014, notamment en diminuant un certain nombre d'associations non pertinentes. En effet, on note une progression lente mais continue des échographies puis une relative stabilisation en 2019, essentiellement en ce qui concerne les échographies veineuses.

Entre 2014 et 2018, la hausse tendancielle était de 2,6% pour les actes portant sur les artères et de 1,1% pour les actes portant sur les veines. La croissance s'est donc stabilisée en 2019, générant une économie de 4 millions d'euros par rapport au tendanciel (sur un montant total remboursé d'environ 335 millions d'euros).

Les actions de pertinence concernant les écho-doppler vasculaires semblent donc avoir permis de commencer à infléchir la hausse continue des écho-dopplers vasculaires observée depuis 2014, suite aux actions de pertinence menées par le SNMV.

Pertinence et qualité de réalisation des échographies cardiaques

L'échocardiographie Doppler transthoracique (ETT) est une technique d'imagerie non invasive et non irradiante utilisant les propriétés physiques des ultrasons. Elle autorise notamment la visualisation dynamique du cœur et de ses cavités et valves, mais permet également, via le Doppler, de caractériser les flux sanguins et les déplacements tissulaires au niveau cardiaque. Par conséquent, l'ETT est d'intérêt primordial dans le diagnostic et le suivi de nombreuses pathologies à retentissement cardiaque comme, les valvulopathies et prothèses valvulaires, l'ischémie myocardique, l'insuffisance cardiaque, les cardiomyopathies, l'embolie pulmonaire, l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), l'hypertension artérielle (HTA) avec retentissement cardiaque ou associée à une cardiopathie, etc.

Compte tenu de la fréquence de ces pathologies dans la population, il apparaît légitime d'observer une réalisation importante de cet acte. En effet, à travers les données de l'Assurance Maladie on observe que l'échographie cardiaque est un examen très fréquent (6,4 millions d'actes en 2018 tous secteurs confondus dont 4,5 millions d'actes en libéral) avec un poids financier important : 455 millions d'euros d'honoraires en 2018, en augmentation de plus de 5% chaque année.

Néanmoins, comme le soulignent les recommandations de la Haute autorité de santé⁴¹, trois axes d'amélioration doivent être développés dans la réalisation des ETT. Le premier point est le respect strict des indications de l'ETT, tout particulièrement dans le cadre de la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA). En effet des ETT, sont encore systématiquement demandées ou effectuées lors du diagnostic et du suivi de l'HTA, alors que la réalisation de l'ETT doit être réservée à des cas bien particuliers. Le deuxième point est le respect de la fréquence de répétition des ETT lors de suivi de pathologies à retentissement cardiaque. De nombreux examens de suivi sont encore systématiquement réalisés une fois par an ou plus, alors que cela n'est pas nécessaire. Le troisième et dernier point critique, le plus important, est l'amélioration de la qualité de la réalisation de l'ETT.

⁴¹ Echocardiographie doppler transthoracique : principales indications et conditions de réalisation, HAS, novembre 2012

Sur le troisième point, le syndicat national des cardiologues travaille actuellement sur la réalisation d'un compte rendu type qui devrait contribuer à améliorer la qualité et la standardisation des examens. Sur les deux premiers points, l'Assurance Maladie a conduit une analyse des pratiques visant à les confronter aux recommandations médicales et à envisager d'éventuelles mesures de régulation, en concertation avec les professionnels de santé et notamment en ce qui concerne la place de l'échographie transthoracique dans le bilan préopératoire.

L'acte d'échographie doppler transthoracique (ETT) du cœur et des vaisseaux intra thoraciques est l'acte d'échographie cardiaque le plus réalisé (5,5 millions d'actes, soit 87,5% du total des échographies cardiaques). 4,6 millions d'assurés ont reçu cet examen en 2018. Ces actes d'échographie sont effectués quasi exclusivement par les cardiologues (98,5%) et la qualité totale des cardiologues réalisent cet examen avec une moyenne de 859 actes effectués à l'année.

Plusieurs facteurs expliquent la forte croissance des échographies cardiaques : l'augmentation de la population bien sûr, le vieillissement de celle-ci ou encore le nombre d'examens par patients. Cependant, au total, 75% de cette croissance s'explique par l'augmentation du taux de recours à âge équivalent. Autrement dit, pour un âge donné, une proportion plus importante de patients bénéficie de cet examen. La médicalisation croissante et le meilleur suivi des patients, le dépistage des pathologies cardiaques et le développement des technologies fait que l'ETT est donc de plus en plus pratiquée chez de plus en plus de patients.

Toutefois les indications de l'échographie en cardiologie sont globalement inchangées depuis plusieurs années (recommandations HAS de 2012⁴²) à part quelques évolutions apportées par la Société européenne de cardiologie.

Chez les patients présentant une pathologie cardiaque ou justifiant une surveillance cardiaque en raison d'une autre pathologie, la périodicité de l'examen varie habituellement entre 6 mois et 2 ou 3 ans, selon la pathologie. Elle est annuelle le plus souvent. Il n'y a pas d'indication à la répétition de l'échographie au-delà de 4 examens annuels. Ces recommandations concernent également la place de l'ETT dans le bilan pré-opératoire réalisé par le cardiologue à la demande du chirurgien ou de l'anesthésiste réanimateur.

On constate d'ailleurs que l'ETT est réalisé une fois par an voire moins souvent encore. On comptait en 2017, 600 000 personnes concernées par la répétition de cet acte dans une période de 12 mois dont 81,4% avec 2 actes, 13,8% avec 3 actes, 3,3% avec 4 actes et 1,5% au-delà de 4 actes.

L'indication de l'échographie dans le bilan préopératoire

La pratique de l'échographie dans le cadre d'un bilan préopératoire pour chirurgie programmée est de plus en plus fréquente notamment en orthopédie, avant une coloscopie ou même pour une intervention de la cataracte.

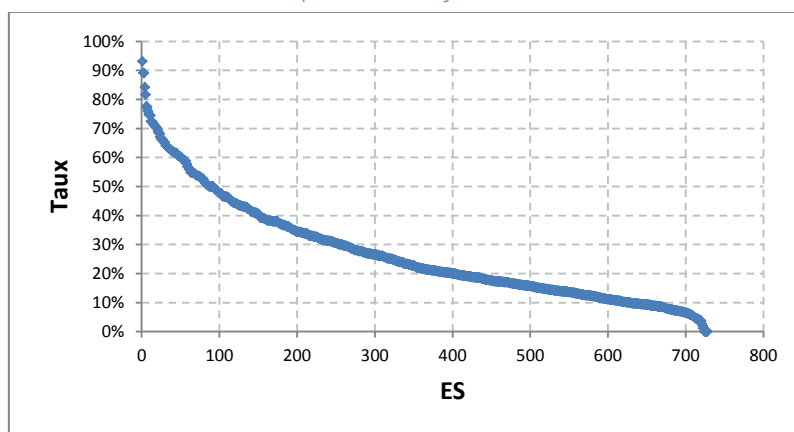
Ainsi, avant une intervention orthopédique de pose d'une prothèse de hanche ou de genou, le ratio par anesthésiste dans le secteur privé des séjours avec ETT dans les 3 mois avant l'intervention est passé de 24% à 28% entre 2014 et 2018. Ce taux est toutefois très variable d'un établissement à l'autre : dans 25% des établissements, ce taux est inférieur à 13,7% alors que pour le quatrième quartile, ce taux excède 36,7% (tableau 6). Un certain nombre d'établissement présente des taux d'ETT avant intervention supérieur même à 60 % (figure 11).

Tableau 16 : Taux d'opérations avec ETT sur le même patient dans les 3 mois précédent le séjour en 2018

Nombre d'établissements concernés par l'activité	Minimum	Q1	Moyenne	Médiane	Q3	Maximum	Ecart-type
728	0,0%	13,7%	26,9%	21,4%	36,7%	93,0%	17,6%

⁴² https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-11/rapport_eval_ett_octobre_2012_vd.pdf

Figure 45 : Taux d'opérations par établissement (pour les séjours en orthopédie) avec échographie du patient dans les 3 mois précédents le séjour en 2018



Note de lecture : un point représente un établissement. En ordonnée, son taux d'opération avec échographie du patient dans les 3 mois.

Ces disparités montrent que les demandes d'examen ne répondent pas nécessairement à une indication validée, en l'absence de facteur de risque cardio-vasculaire identifié. La réalisation de ces échographies, au-delà de l'aspect financier (surcoût induit) diminue l'offre de soins de cardiologies des patients pour lesquels le recours se justifie plus.

On observe des différences similaires de « recours » aux échographies pré-opératoires entre établissements sur l'activité de « chirurgie de l'obésité » et dans une moindre mesure pour les opérations de la cataracte et la coloscopie. En collaboration avec les professionnels de santé concernés (cardiologues, anesthésistes, chirurgiens), l'Assurance Maladie va engager une campagne de sensibilisation sur le bon usage de l'échographie cardiaque en pré-opératoire. Il s'agira notamment de diffuser les recommandations élaborées par les cardiologues eux-mêmes permettant d'aider les professionnels dans leur choix de prescription en fonction de l'état de santé du patient et du contexte opératoire.

La répétition des échographies

La répétition d'actes d'échographies au-delà de 3 en 6 mois doit être justifiée médicalement selon les recommandations. Par ailleurs, il n'y a pas d'indication à la répétition de l'échographie au-delà de 4 examens annuels. On retrouve cependant chez des patients en ALD (5030 patients avec 5 examens et 2541 patients avec 6 examens ou plus sur 1 année glissante) pour les échographies réalisées uniquement dans le privé.

Sur le même périmètre, environ 55 000 patients sans ALD ont eu 2 échographies ou plus en 2017. 68% d'entre eux ont plus de 60 ans.

Si l'échographie est l'examen primordial dans le suivi et le diagnostic des pathologies à retentissement cardio-vasculaires, il est toutefois nécessaire de garantir une utilisation pertinente de ces examens en évitant les répétitions inutiles et les bilans non recommandés. En effet, cette non-pertinence a à la fois un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie mais aussi un retentissement sur l'accès aux soins pour des patients et des pathologies où l'examen est très souvent indispensable.

C'est pourquoi les professionnels de santé (syndicat et société savante) et l'Assurance Maladie se sont engagés à développer des actions conjointes, diffusion de recommandations, publications, interventions, courriers aux professionnels et aux établissements, pour favoriser le bon recours à l'échographie et favoriser la qualité de son compte rendu selon un modèle standardisé, conforme aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

La régulation du recours au Cone beam

La Tomographie Volumique à faisceau Conique (TVFC), également désignée par l'acronyme *CBCT* (pour « *Cone beam computerized tomography* ») est une technique radiographique de tomodensitométrie apparue dans les années 2000.

Cette alternative au scanner est un progrès important pour l'imagerie médicale. Utilisant un faisceau conique de rayons X, elle permet l'acquisition d'un volume et la réalisation de reconstitutions planaires (2D) et de reconstitutions en trois dimensions (3D).

Elle permet un examen approfondi des tissus minéralisés (dents, cartilages, os) mettant en évidence, avec une précision supérieure au scanner (de l'ordre du millimètre) et une irradiation moindre, des lésions osseuses, fractures, infections, kystes.

Cependant, ainsi que le rappelle l'Association européenne de radiologie dento-maxillo-faciale⁴³ :

- Les examens CBCT ne doivent pas être effectués sans qu'un historique du patient et un examen clinique n'aient été réalisés.
- Les examens CBCT doivent être justifiés pour chaque patient, afin de démontrer que les bénéfices l'emportent sur les risques.
- Les examens CBCT doivent potentiellement apporter des informations utiles à la prise en charge du Patient.
- Il n'est pas souhaitable que les examens CBCT soient répétés en routine, sans qu'une nouvelle évaluation bénéfice/risque soit réalisée.
- Les examens CBCT doivent seulement être réalisés quand la question pour laquelle l'imagerie est requise ne peut obtenir de réponse adéquate par une radiographie dentaire conventionnelle (traditionnelle) moins irradiante.

Les doses de rayonnement (et donc les risques) de la TVFC dentaire sont généralement plus élevées que celles de la radiographie dentaire classique (intra-buccale et panoramique), mais largement inférieures au scanner médical. Comme tout acte d'imagerie, les examens de TVFC doivent donc être justifiés.

Défini par la HAS comme un examen de seconde intention réalisé par des praticiens spécifiquement formés⁴⁴, sa justification se doit d'être argumentée dans le dossier médical du patient.

Elle doit donc être prescrite en seconde intention après la radiographie-conventionnelle.

Suite à la validation de sa cotation à la NGAP par équivalence en 2012, l'acte a été inscrit à la CCAM en 2017 sous le code LAQK027 (en précisant les conditions de réalisation formulées par la HAS) :

Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography, CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire

Indication : évaluation diagnostique et/ou préopératoire :

- d'atypie anatomique en endodontie,
- de pathologie maxillo-mandibulaire et/ou dento-alvéolaire
- de pathologie osseuse de l'articulation temporo-mandibulaire

dans les situations où les informations indispensables n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie

Environnement : respect d'un programme d'assurance qualité incluant des procédures de contrôle de l'équipement, de la réalisation et de la qualité des examens

Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale

Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intra-buccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique :

- d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare
- des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

⁴³ <http://www.sedentext.eu/content/basic-principles-use-dental-cone-beam-ct.htm>

⁴⁴ Rapport d'évaluation technologique, Tomographie volumique à faisceau conique de la face (Cone beam computerized tomography), HAS, décembre 2009

Depuis cette date, on assiste à une croissance très forte du nombre d'examens remboursés en corrélation directe avec l'augmentation du nombre d'équipements dans les cabinets dentaires, les cabinets de radiologie et les établissements délivrant des soins dentaires. Le poids économique du poste de dépenses lié à cet acte a presque doublé de 2015 à 2019. La dépense reste élevée en s'accroissant de près de 20% par an.

Ainsi pour l'année 2018, dernière année pleine, 760 000 actes codés LAQK027 ont été facturés à l'Assurance Maladie Obligatoire pour un montant remboursé de 55 millions d'euros dont près de 60 % réalisés par les chirurgiens-dentistes et plus de 35 % par les radiologues. Dans le cadre du protocole imagerie, le cone beam a fait l'objet d'une baisse de tarif de 5% en septembre 2018.

Devant cette forte augmentation de dépenses, il a été décidé d'intégrer à la CCAM le « remboursement sous condition ou RC » afin de rappeler aux chirurgiens-dentistes que la prise en charge de cet examen est soumise à des indications bien définies dans la note liée à cet acte.

Il convient toutefois d'exercer une régulation plus active pour maîtriser le tendanciel de cet acte en rappelant à l'ensemble des exécutants les conditions de prise en charge. Ainsi, l'Assurance Maladie va déployer à partir de la fin de l'année 2020 une campagne d'accompagnement des chirurgiens-dentistes pour les sensibiliser aux conditions de prise en charge de cet acte.

1.3.3 La mise en place de la DAP chirurgie bariatrique

La Cnam avait dressé dans ses rapports de propositions pour les années 2016 et 2018 un état des lieux de la chirurgie bariatrique et de ses impacts pour notre système de santé. En 2017, on comptait encore plus de 56 000 interventions de chirurgie bariatrique réalisées sur le territoire. Cette augmentation du nombre d'intervention apparaissait particulièrement importante au regard du fait que la prévalence de l'obésité n'augmente que de 6 % par an. Par ailleurs, selon la cartographie du risque opératoire publiée par le cabinet Branchet⁴⁵, la chirurgie bariatrique constitue un risque émergent en matière de sinistralité.

Ainsi, dans le but d'améliorer la pertinence et la qualité de ces actes soumis à entente préalable, un télé service a été mis en place par l'Assurance Maladie afin d'améliorer l'efficacité et la productivité des médecins conseils chargés de traiter les demandes. Un algorithme a été discuté entre les représentants de la Société Française et francophone de Chirurgie de l'Obésité et des maladies métaboliques (SOFFCOMM) et les représentants de l'Assurance Maladie, à la lumière des recommandations de la Haute Autorité de Santé afin d'apporter une décision instantanée sur des critères incontestables.

Critères pour délivrer un accord immédiat, un refus immédiat ou orienter vers un avis médical différé :

Refus immédiat :

- Avis RCP défavorable
- Court Circuit bilio-pancréatique
- Traitement de première intention (sans régime préalable)
- Acte non pris en charge CCAM
- IMC inférieur à 35
- IMC compris entre 35 et 40 mais sans comorbidité
- by pass en oméga(depuis avis HAS)

Avis médical différé par l'échelon local du service médical :

- Analyse d'activité
- Age du patient inférieur à 18
- Age du patient supérieur à 60
- IMC inférieur à 35 et IMC max supérieur à 35
- IMC inférieur à 35 et IMC max supérieur à 35
- IMC compris entre 35 et 40 mais sans comorbidité
- IMC compris entre 35 et 40 mais sans comorbidité avec IMC max > 40
- IMC compris entre 35 et 40 mais sans comorbidité avec IMC max > 40
- Age du patient supérieur à 60

⁴⁵ Cartographie des risques opératoires, cabinet Branchet : <https://www.branchet.fr/actualites/cartographie2020>

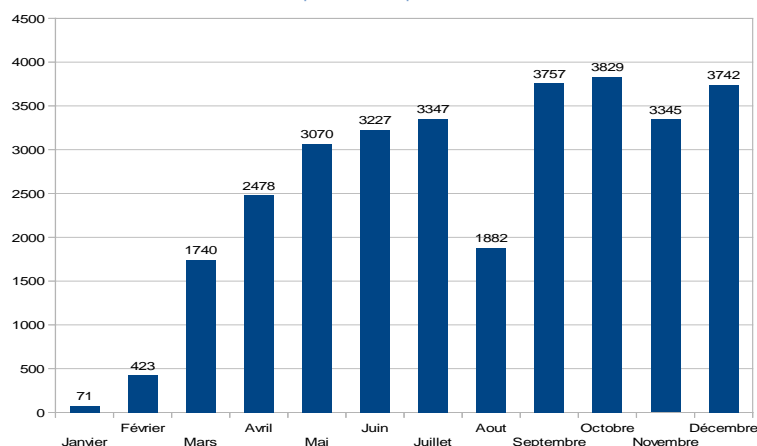
- Seconde intervention
- Programme de recherche ou by-pass Ω
- Cas complexe
- DAP antérieure

Accord immédiat dans tous les autres cas

Les demandes concernant les enfants (âge inférieur à 18 ans) sont traitées directement au niveau national.

Le téléservice a été mis en place le 7 janvier 2019 et rendu obligatoire au mois de juin 2019⁴⁶. 31 443 demandes ont été reçues du 7 janvier au 31 décembre 2019. La montée en charge du téléservice a été progressive en première moitié de l'année pour atteindre 3 500 à 4 000 demandes par mois.

Figure 46 : Evolution du nombre d'ententes préalables par le téléservice traitées au cours de l'année 2019



Le téléservice permet d'avoir une réponse automatique dans trois quart des cas (72 % d'accords immédiats et 2 % de refus immédiats) ; l'examen différé par un médecin conseil étant requis pour seulement un quart des demandes.

Ces taux varient en fonction des types de chirurgies proposées. Pour les Sleeve (qui représentent 61% des opérations), les accords immédiats sont plus fréquents (80%) ; et le médecin conseil ne doit examiner que 20% des avis. Les avis différés rendus par le service médical sont en revanche plus fréquents pour les anneaux (25 %) et plus encore pour les by-pass en Y (38 %). La demande de By Pass en oméga était systématiquement envoyée au médecin conseil jusqu'au 23 septembre puis a généré ensuite un refus automatique après la parution des recommandations de la HAS.

⁴⁶ L'année 2019 a été marquée par l'avis HAS concernant le by pass en oméga. La CNAM avait saisi la HAS conjointement avec la SOFFCOMM et en attendant cet avis, la CNAM avait créé un code d'extension documentaire de manière à assurer la traçabilité. L'avis HAS défavorable a été rendu le 23 septembre et la cnam a donc suspendu le remboursement de cet acte et le processus de dématérialisation a été modifié dans le sens d'un refus automatique à partir de cette date.

Figure 47 : Répartition des actes de chirurgie bariatrique par type d'intervention

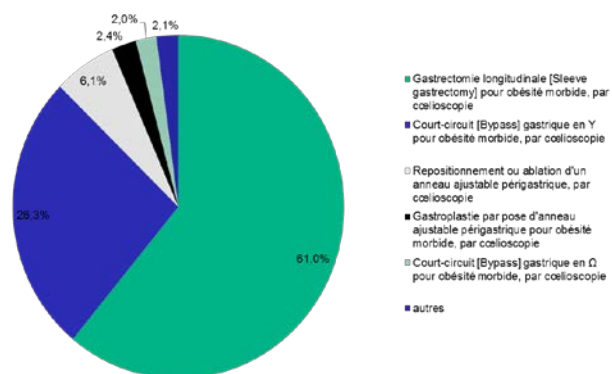
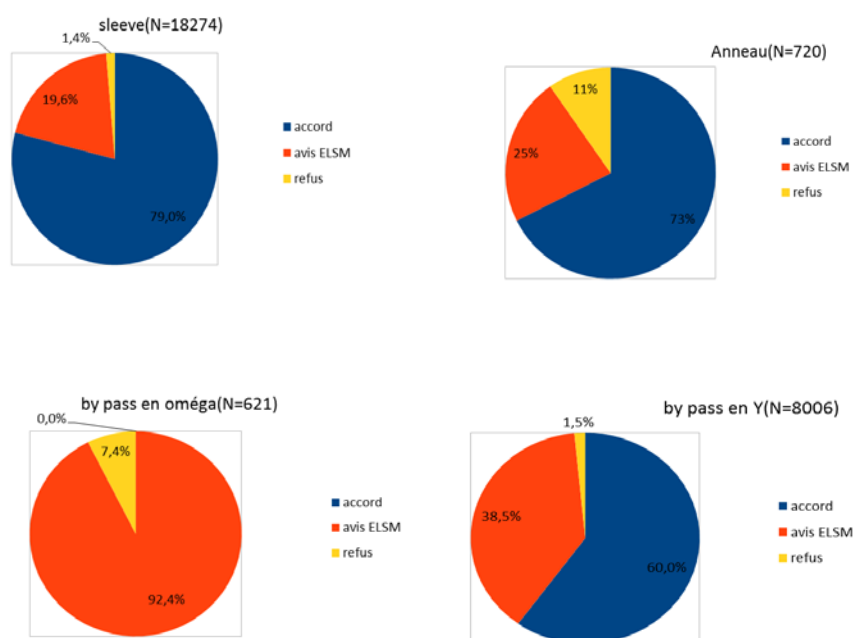
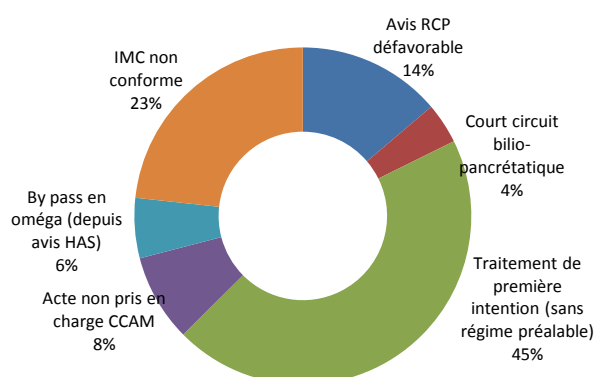


Figure 48 : Répartition des modes de réponse par type d'intervention



Parmi les 537 refus, près de la moitié sont liés au fait que le patient n'a pas suivi de régime au préalable et 23% du fait que l'IMC est non conforme.

Figure 49 : Répartition des critères de refus immédiat



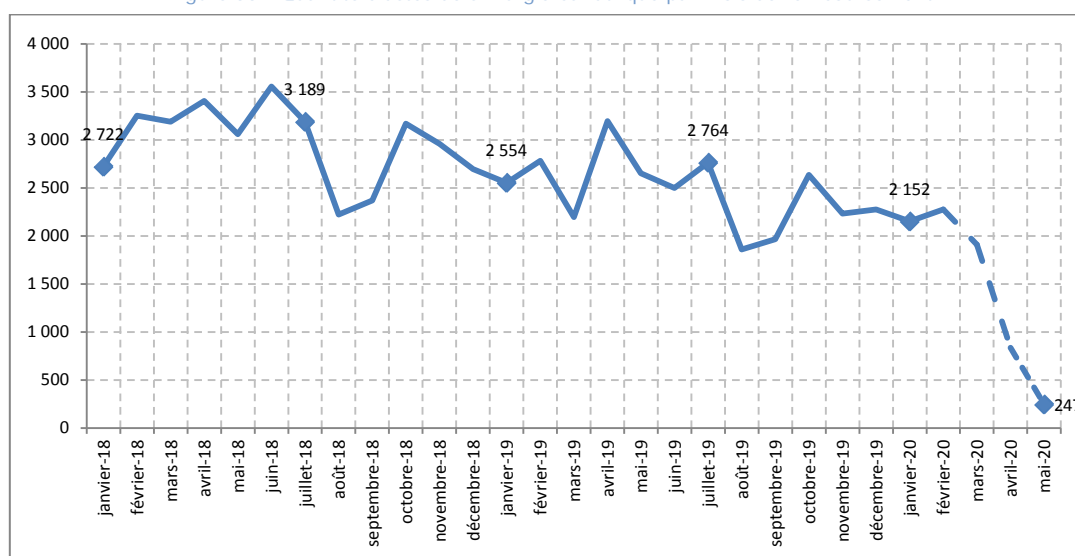
Les avis différés rendus par le service médical représentent 26 % des demandes et aboutissent à un accord dans 80% des cas. Ainsi, au total le nombre d'avis favorable est donc de 93 % pour le régime général et les régimes pour lesquels la CNAM assure la gestion des avis rendus.

La mise en place de cette procédure d'accord préalable dématérialisée a eu un impact sur l'évolution des actes réalisés. En effet, l'activité de chirurgie bariatrique a diminué de 16% entre 2018 et 2019 (17% en ce qui concerne l'activité libérale et 14 % en ce qui concerne l'activité du secteur public et PSPH).

Le téléservice a donc permis d'atteindre les objectifs fixés. Diffusée sur l'ensemble du territoire, la procédure fonctionne bien, répond aux attentes du réseau de l'Assurance Maladie et est conforme aux souhaits des professionnels de santé. Elle constitue un exemple d'outil permettant de confronter les prescripteurs et les opérateurs aux recommandations de bonnes pratiques validés par leurs pairs.

La diminution du nombre d'opérations réalisées en 2019 signe par ailleurs qu'une partie non négligeable des chirurgies bariatriques étaient réalisées en dehors des recommandations de bonnes pratiques. La procédure d'accord préalable dématérialisé, en plus d'être un outil de régulation pour le financeur, permet aux chirurgiens d'engager un dialogue avec leurs patients sur les motifs de refus avec à l'appui un document de l'assurance maladie identique quel que soit le professionnel.

Figure 50 : Quantité d'actes de chirurgie bariatrique par mois de remboursement



Source DCIR - Actes de chirurgie bariatrique exécutés dans le privé. Tous régimes (sauf mai 2020 pour le RG seul) et France entière.

- ➔ **La procédure d'accord préalable dématérialisée devrait permettre d'éviter 5 millions d'euros en 2021, en poursuivant la baisse de réalisation des interventions de chirurgie bariatrique non conformes aux recommandations.**

1.3.4 Analyser les pratiques atypiques de certains centres de santé

Depuis 2015, le nombre de personnes prises en charge dans la filière visuelle en milieu libéral croît de près de 400 000 patients (+2%) chaque année, et représentait en 2019 près de 20 millions de patients ayant eu au moins un contact avec un ophtalmologue ou un orthoptiste. Cette prise en charge s'effectue principalement en cabinet (>90%), en clinique pour des soins plus lourds, et également en centre de santé.

Pour l'Assurance maladie, cette prise en charge correspondait en 2019 à un coût d'environ 1,5 milliard d'euros (HSD), avec une croissance annuelle entre 2015 et 2019 comprise entre 3,5% et 5,0%.

Sur cette période, l'augmentation de la patientèle s'explique notamment par :

- une augmentation de l'efficacité des cabinets libéraux d'ophtalmologie : plus de patients traités pour un nombre d'ophtalmologues relativement constant,
- le renforcement de la collaboration avec les orthoptistes : entre 2015 et 2019, 1 million de patients supplémentaires ont eu des soins orthoptiques facturés par ces cabinets,
- et le développement des centres de santé.

Si le développement de ces centres est positif puisqu'il permet à un plus grand nombre de patients d'être pris en charge, l'analyse de certaines de leurs pratiques tarifaires pose question.

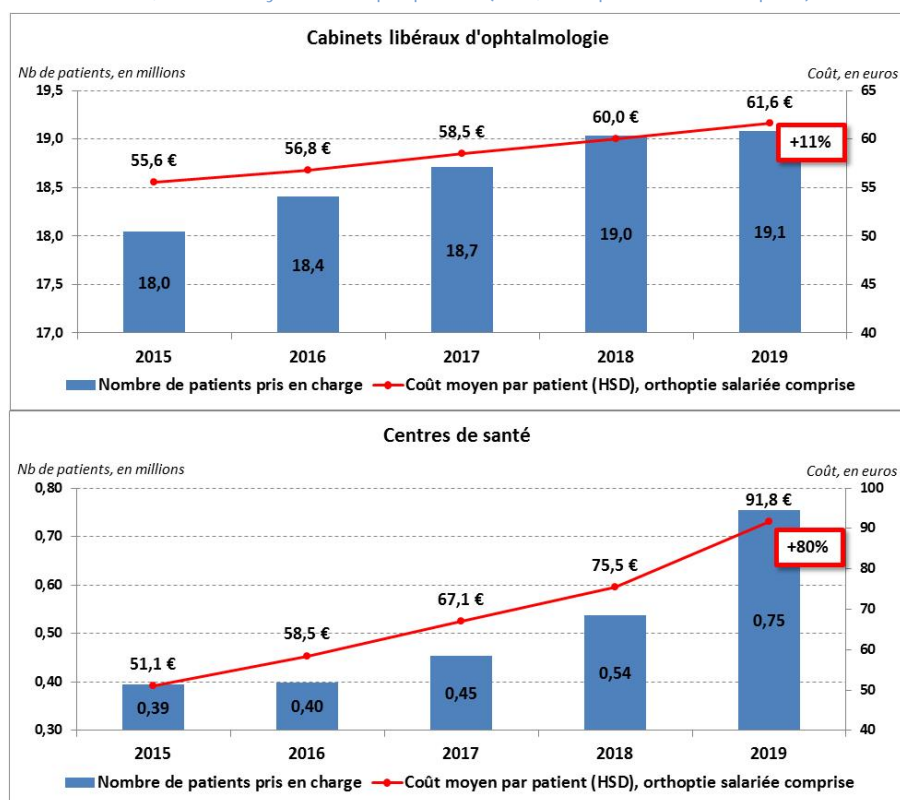
En effet, pour une patientèle passée de moins de 400 000 patients en 2015 à près de 800 000 en 2019 (+100%), on observe un coût (HSD) passant de 20 à 69 millions d'euros (+245%) (cf. Figure 17).

L'analyse détaillée des données de facturation de 2019 de plusieurs centres est même étonnante :

- Sur environ 110 centres de santé ayant facturé des soins ophtalmologiques à au moins 500 patients cette année, 22 centres (20%) facturaient en moyenne pour la prise en charge d'un patient, quel que soit le nombre de contact avec le centre durant l'année, plus de 82 euros (HSD) hors orthoptie, 10 centres plus de 100 euros et 1 centre plus de 200 euros.
En comparaison, un cabinet libéral facturait en moyenne 58 euros, et 90% des cabinets libéraux facturaient en moyenne moins de 82 euros.
- Une quinzaine de ces centres facturaient des soins sur plusieurs jours consécutifs à plus de 10% de leur patientèle ; cinq établissements allant jusqu'à plus de 75% de leur patientèle.
En comparaison, en moyenne, un cabinet libéral facturait des soins ophtalmologiques sur au moins 2 jours consécutifs à 0,5% de leur patientèle.
- Près de 30 centres (25%) facturaient des soins orthoptiques à plus d'un rendez-vous sur deux avec le patient, 17 centres à plus de trois rendez-vous sur quatre, et un centre à 99,5% des rendez-vous.
En comparaison, en moyenne, les cabinets libéraux facturaient des soins orthoptiques à 15% des rendez-vous pris avec leur patientèle.

Si le développement des centres de santé en ophtalmologie devrait s'avérer bénéfique pour les patients en augmentant l'offre de soins ou en réduisant les temps d'attente avant la prise de rendez-vous, cela doit se faire dans le respect de l'éthique médicale et tarifaire en réalisant et facturant les actes ophtalmologiques et orthoptiques adéquats. Pour ces raisons, l'Assurance Maladie sera prochainement amenée à contrôler les pratiques de facturation de certains centres aux pratiques atypiques.

Figure 51 : Nombre de patients pris en charge (au moins 1 rendez-vous) en cabinet libéral d'ophtalmologie ou en centre de santé, et coût moyen annuel par patient (HSD, orthoptie salariée comprise)



Source : SNDS-DCIR

Les constats observés sur les centres de santé ophtalmologiques peuvent se rapprocher de ceux que l'on observe parmi un certain nombre de centres de santé dentaires dont le développement important dans certaines régions soulève d'autant plus d'interrogations que l'offre de soins y est déjà fortement développée.

Si de telles structures peuvent permettre d'améliorer l'accès aux soins de publics précaires ou éloignés du système de soins, il apparaît qu'un certain nombre de centres récemment créés détournent les finalités de la réglementation (détournement du statut d'associations à but non lucratif) pour s'installer sur des territoires où l'offre de soins bucco-dentaires est abondante et se positionner sur une offre de soins essentiellement lucrative, particulièrement sur des activités prothétiques et d'implantologie hors nomenclature, au détriment des actes de soins conservatoires et de prévention. Cette activité fera également l'objet d'un contrôle de l'Assurance Maladie.

1.4. L'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation : les perspectives de déploiement du programme Prado

Le programme d'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation Prado a pour objectif d'organiser la sortie des patients en assurant la prise et le suivi des rendez-vous nécessaires avec les professionnels de santé de ville par un conseiller de l'Assurance Maladie selon des recommandations médicales spécifiques à ce temps de coordination.

Il comprend également un volet social, afin de permettre la mise en place, le cas échéant, des prestations nécessaires au retour à domicile (portage de repas, aides à la vie, etc.).

Démarrés en 2010, par l'accompagnement des sorties de maternités, différents volets ont été mis en place depuis. Les derniers volets concernent certaines pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, accident vasculaire cérébral) et les sorties d'hospitalisation des

personnes de plus de 75 ans. Ces volets présentent une valeur ajoutée importante puisqu'ils contribuent à la mise en place de parcours relativement complexes et pluri-professionnels.

De ce fait, les structures d'exercice coordonné, (CPTS, MSP et équipes de soins primaires) ont un rôle essentiel à jouer dans la mise en œuvre de ce type d'accompagnement qui repose sur la coordination entre l'hôpital et la ville. Un travail d'articulation du programme Prado avec ces structures est donc mis en place pour les appuyer.

Les différents volets du programme Prado font l'objet d'une évaluation externe au fur à mesure de leur montée en charge, lorsqu'ils ont atteint un nombre d'adhésions suffisant.

Ces évaluations ont commencé par les volets chirurgie et insuffisance cardiaque en 2019 et 2020, elles se poursuivront en 2021 par celle des volets maternité et BPCO puis celles des volets AVC et Personnes âgées en 2022 déployés plus récemment.

1.4.1 Les résultats de l'évaluation externe des volets Chirurgie Orthopédique et Insuffisance Cardiaque du service de retour à domicile de l'Assurance maladie (Prado):

Une étude rétrospective, comparative de type ici-ailleurs a été réalisée en 2019 sur les volets Prado chirurgie orthopédique et Prado Insuffisance Cardiaque pour le compte de l'Assurance Maladie.

L'étude s'étend sur les séjours des années 2015 à 2017 (plus les 6 premiers mois de suivi de consommation de soins de l'année 2018). Les données sont issues du PMSI et DCIR ainsi que de l'outil de suivi des adhésions des patients au service d'accompagnement du retour à domicile de l'Assurance maladie, Prado. La méthode d'appariement de la population témoin et de la population Prado utilisée est fondée sur différents critères :

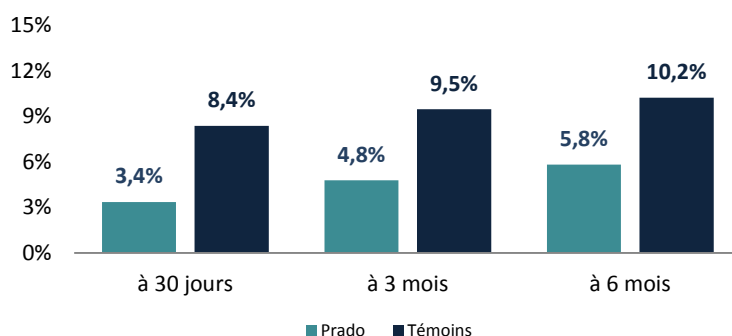
- Pour le volet chirurgie : Classe d'âge (5 ans), Genre, CMU, Faible consommateur (« Bonne santé »), Type d'acte (sur les 4 premiers caractères), Type d'établissement, Passage en soins de réanimation, Score de Charlson.
- Pour le volet Insuffisance Cardiaque : Classe d'âge (5 ans), Genre, CMU, Type de GHM (incluant le niveau de sévérité), Diagnostic principal (sur les 3 premiers caractères), Faible consommateur (« Bonne santé »), Type d'établissement, Passage en soins de réanimation, Score de Charlson, Pathologie coronaire chronique (), Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque.

Le volet chirurgie orthopédique

L'évaluation montre que l'accompagnement permet de recourir au moyen le plus adapté pour prendre en charge le patient après son intervention en améliorant certains indicateurs.

L'accompagnement de la sortie après une chirurgie orthopédique améliore le parcours des patients. En effet, quelle que soit la période étudiée, le taux de recours au SSR est significativement plus faible dans la population Prado.

Figure 52 : Taux de recours au SSR

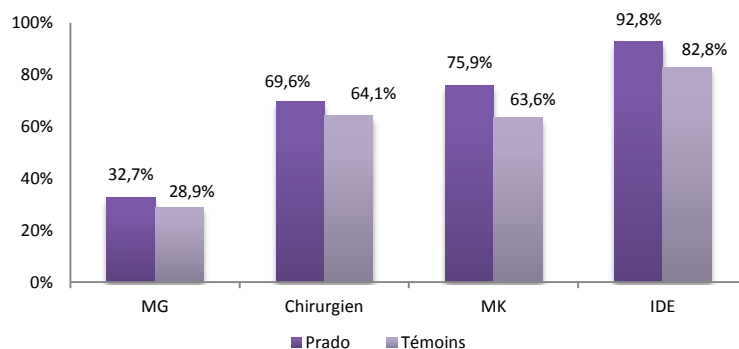


Ce plus faible recours au SSR est obtenu sans dégrader d'autres indicateurs, puisque ce résultat est associé à une baisse significative du taux de ré-hospitalisation pour toutes causes à 30 jours et un taux de recours aux urgences à 30 jours significativement inférieur pour les patients Prado.

En revanche, le taux de réhospitalisation pour l'orthopédie est similaire entre les 2 populations.

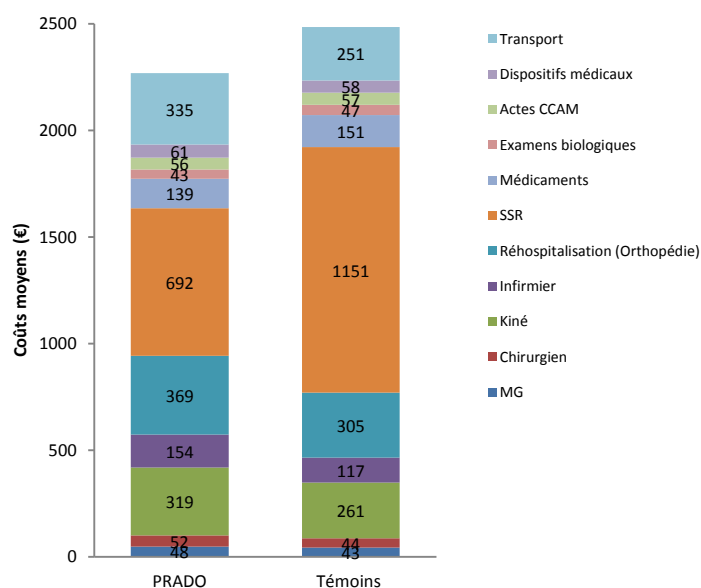
Par ailleurs, on enregistre un taux de recours aux PS recommandés supérieur pour la population Prado avec un délai moyen de recours comparable pour tous les PS :

Figure 53 : Taux de recours aux professionnels de santé recommandés en sortie d'hospitalisation



Enfin sur un plan médico-économique, l'étude montre que le parcours d'un patient Prado coûte 10% de moins, soit 2268 euros, que le parcours d'un patient témoin à 2485 euros.

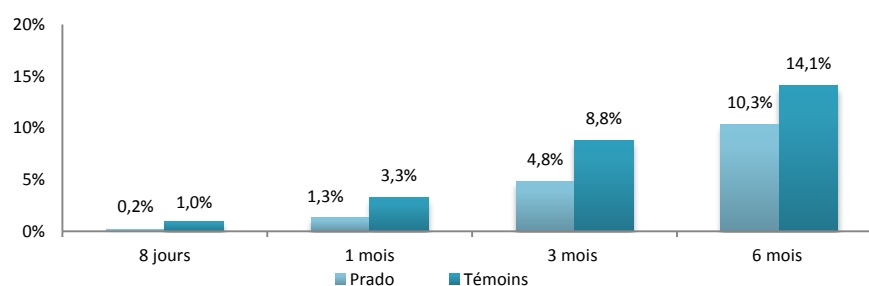
Figure 54 : Coût moyen d'un patient en sortie d'hospitalisation après une chirurgie orthopédique



Le volet insuffisance cardiaque :

L'évaluation du volet Prado insuffisance cardiaque montre que l'accompagnement de la sortie d'hospitalisation avec la prise et le suivi des rendez-vous selon la recommandation de l'HAS a un impact positif sur certains indicateurs importants. En effet quelle que soit la période étudiée après le séjour hospitalier, on enregistre un taux de décès pour toutes causes significativement plus faible dans la population ayant adhéré au programme d'accompagnement.

Figure 55 : Taux de décès pour toutes causes après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque

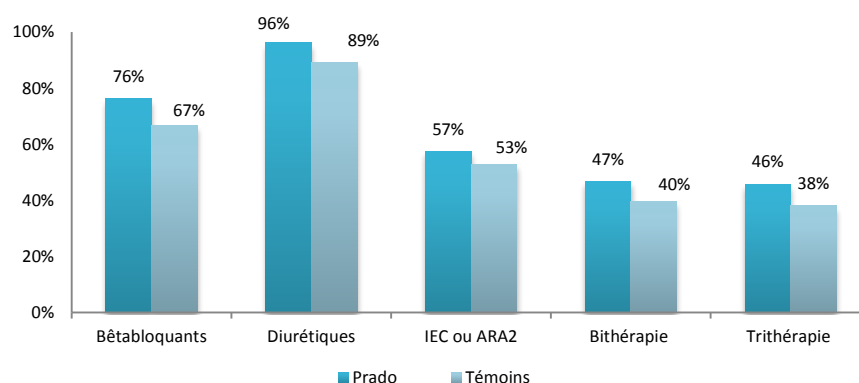


En terme de recours aux soins, on enregistre un meilleur recours aux soins dispensés par les professionnels de santé recommandés à 15 jours, avec un délai de recours au médecin généraliste et à l'infirmier plus rapide dans la population Prado tel que le prévoit la recommandation élaborée par les sociétés savantes et la Haute autorité de santé.

Il en est de même pour le recours au cardiologue à deux mois après la sortie d'hospitalisation pour la population Prado insuffisance cardiaque qui correspond au délai de recours en adéquation avec les recommandations de la HAS.

Les patients Prado enregistrent également un meilleur recours aux traitements médicalement recommandés à 2 mois.

Figure 56 : Recours aux traitements médicamenteux dans les 2 mois suivant une sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque

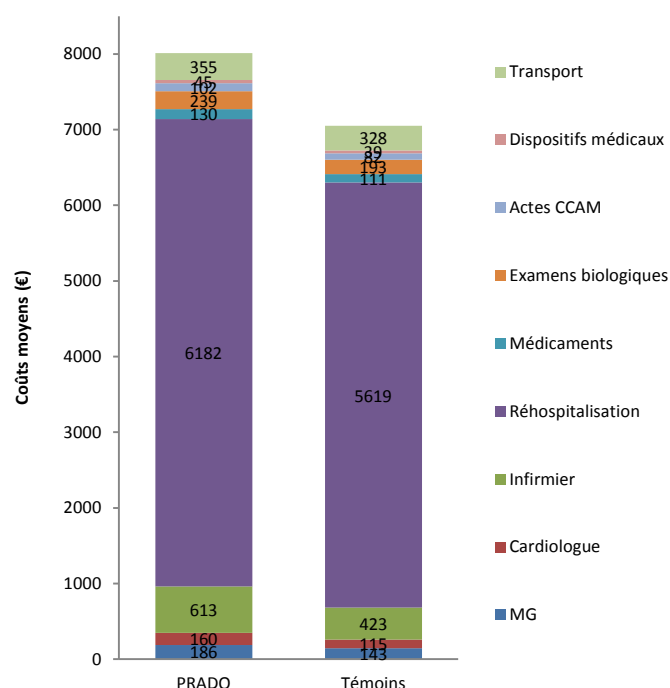


Enfin, les patients Prado sont légèrement plus réhospitalisés. Cette augmentation du taux de réhospitalisation est sans doute liée pour partie à l'augmentation observée de la survie, mais surtout au meilleur suivi par les professionnels de santé qui favorise la détection des décompensations. Cette augmentation pourrait aussi être liée également à des facteurs sociaux auxquels il est répondu médicalement. Cet élément n'a pas été mesuré dans cette évaluation mais est constatée dans la pratique.

Néanmoins, l'évaluation montre une baisse du recours à la réanimation et aux soins intensifs pour les patients Prado ainsi qu'une stabilisation du recours aux urgences.

L'accompagnement du parcours dans le respect de la recommandation entraîne une baisse du taux de décès, une meilleure réalisation des soins et traitements se traduisant par une augmentation des dépenses observées, principalement par un meilleur recours aux soins de ville, en adéquation avec les recommandations de la HAS. Les dépenses en sortie d'hospitalisation pour un patient Prado s'élève à 8012 euros contre 7053 pour un patient témoin sans accompagnement.

Figure 57 : Coût moyen d'un patient en sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque



Enfin, ces résultats d'évaluation qui traduisent l'impact des recommandations médicales sur les parcours de soins permettent de développer une approche dynamique de ces dernières sur la base d'éléments objectifs. Ils sont source d'échanges avec les professions et les sociétés savantes concernées pour faire évoluer les recommandations et les organisations susceptibles d'améliorer leur mise en œuvre.

Forte de ces premières évaluations, l'Assurance Maladie en partenariat avec les établissements, les professionnels de santé de ville, notamment les structures d'exercice coordonnées, et les associations de patients poursuivra :

- le déploiement des volets à forte valeur ajoutée notamment ceux relatifs aux pathologies chroniques (IC/BPCO/AVC),
- la généralisation effective du volet personnes âgées de plus de 75 ans, qui concerne potentiellement un effectif de 700 000 personnes.

Le programme tirera également les enseignements des volets déployés à l'occasion de la crise sanitaire liée à la Covid 19 notamment en sortie du SSR, ce qui permettra de déployer dès 2021 un volet spécifique concernant tous les patients.

Le programme pourra également venir en appui de parcours élaborés dans le cadre des territoires afin de répondre aux besoins identifiés à l'occasion de l'élaboration des projets de santé des CPTS.

1.5. La lutte contre la fraude et les abus

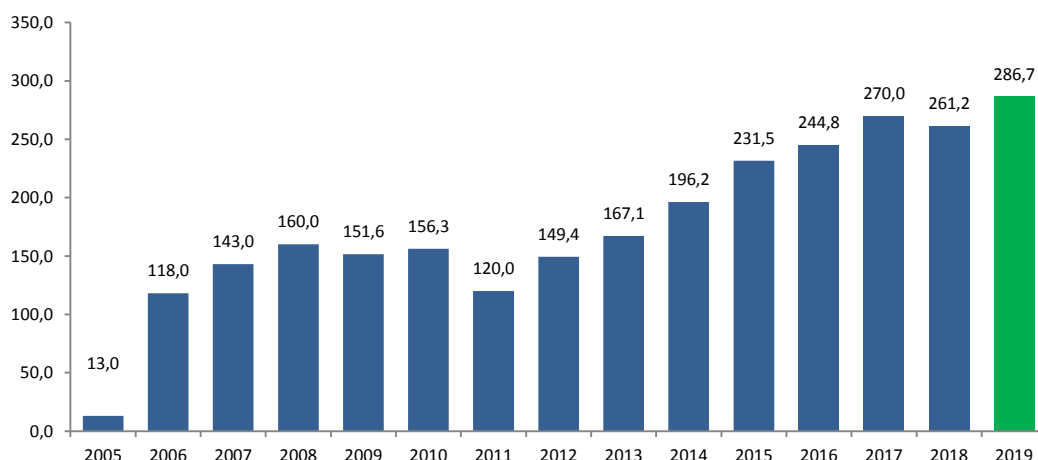
La lutte contre la fraude est un axe d'action prioritaire pour l'Assurance Maladie et ses organismes (caisses primaires et services médicaux). Au regard du poids qu'occupe l'Assurance Maladie dans les dépenses publiques (200 milliards d'euros), le paiement à bon droit des prestations et plus particulièrement la politique de contrôle et de lutte contre la fraude (LCF) constituent en effet un enjeu fondamental.

Depuis 2005, ce sont près de 2,7 milliards d'euros de fraudes détectées, qui ont été stoppées et sanctionnées.

Ces **résultats** connaissent une **progression rapide** : entre 2015 et 2019, 1,3 milliard d'euros de fraudes ont été détectées et stoppées contre 789 millions entre 2010 et 2014, soit une **augmentation de plus de 64%**.

En 2019, ce montant s'élève à **286,7 millions d'euros**, soit une augmentation de + 25,6 millions d'euros par rapport à 2018.

Figure 58 : Montants des fraudes et activités fautives détectées et stoppées par année (en M€)



En 2020, les résultats des actions de lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie seront fortement impactés par la crise sanitaire liée au covid-19. Les activités de lutte contre la fraude ont en effet dû être interrompues le temps du déconfinement, en dehors des cas de fraude portant gravement atteinte à l'Assurance Maladie (préjudice financier important, atteinte grave à l'image, nouveaux modes opératoires de fraudes graves). La reprise des programmes de contrôle-contentieux locaux et nationaux à l'issue de la période juridiquement protégée, mise en place dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, intègre les impacts de cet épisode sur l'activité des professionnels de santé et des établissements qui ont été en première ligne dans la gestion de cette pandémie : le programme de contrôle-contentieux 2020 de la facturation de la T2A est ainsi ajourné. Toutefois, **de nouveaux programmes de contrôle-contentieux de recherche de fraudes seront lancés en 2020, notamment sur la LPP et sur les centres de soins.**

Les actions de lutte contre la fraude à la LPP :

Suite à la détection de fraudes en bande organisée repérées en régions, la Cnam a lancé un programme national de contrôle contentieux dès juillet 2019 portant sur les dispositifs médicaux perfusion et nutriments dispensés à domicile. Ce programme a vocation à rechercher des fraudes en bande organisée impliquant différents acteurs (médecins, infirmiers, pharmaciens, prestataires de santé à domicile). L'analyse des modes opératoires identifiés dans ce programme permettra d'enrichir la cartographie des risques des prestataires de soins à domicile et de contribuer aux réflexions sur la régulation de la profession.

En 2020, un programme national de contrôle contentieux portant sur les délivrances atypiques de pansements est prévu.

Par ailleurs, une démarche d'élaboration d'un datamining LPP est en cours, axée sur les dispositifs destinés au maintien à domicile, dont les dispositifs pour le traitement à domicile de pathologies spécifiques. L'objectif est de disposer d'un modèle de Datamining par « apprentissage supervisé ».

Les plans de contrôle nationaux sur les centres de santé :

Dans le cadre de l'engagement COG de renforcer la prévention de la fraude et compte-tenu d'une affaire de fraude de centres de santé dentaire largement médiatisée, la Cnam a engagé en 2018 un programme national pérenne de contrôle-contentieux des centres de santé dentaire à visée préventive et dissuasive. Le programme concerne les centres de santé dentaire récemment ouverts ou les centres dont les manquements graves persistent malgré des sanctions prononcées lors d'un précédent contrôle. Ce programme permet de repérer deux fois par an les CSD les plus atypiques (22 centres repérés à ce jour) et de lancer les investigations nécessaires auprès des centres et des chirurgiens-dentistes qui y exercent.

A la suite des constats réalisés sur les dépenses remboursées dans la filière visuelle, mettant en exergue d'importantes disparités de facturation entre centres de santé ophtalmologiques et professionnels libéraux, et entre centres eux-mêmes (cf partie 2.1.3), l'Assurance Maladie lancera au deuxième semestre 2020 un nouveau programme national de contrôle contentieux portant sur les centres de santé ophtalmologiques

présentant d'importantes atypies de facturation. Ce programme aura pour objet de rechercher d'éventuelles pratiques frauduleuses (facturation d'actes fictifs ou fausses revoyures) et/ou fautives (non-respect des modes de tarification) des centres de santé,. Ce programme viendra compléter le programme national de contrôle-contentieux des ophtalmologues libéraux mis en place en 2019 reconduit périodiquement par l'Assurance maladie.

En 2021, la crise sanitaire liée au covid-19 continuera à avoir des impacts notamment sur l'activité des professionnels de santé et les établissements et donc sur les résultats des actions de lutte contre la fraude. Cependant, l'Assurance Maladie poursuivra ses actions de lutte contre la fraude, les pratiques fautives et abusives **en adaptant et en renforçant ses programmes de contrôle pour faire face au développement de risques nouveaux** apparus ces dernières années : recours aux outils internet ou aux réseaux sociaux, fraudes impliquant des acteurs au niveau inter-régional, voire entre la métropole et l'outre-mer, et fraudes de plus en plus complexes en bande organisée. En amont des programmes de contrôle, l'amélioration continue des méthodes de détection sera poursuivie avec le recours aux nouvelles techniques de datamining de plus en plus puissantes et au big data : un partenariat avec l'Ecole polytechnique est en cours pour des travaux sur un big data concernant les médicaments. L'Assurance Maladie poursuivra la réactualisation de ses cartographies des risques de fraudes (EHPAD, SSIAD et rentes AT/MP) afin de mieux cibler nos actions. Le renforcement de l'articulation avec les services de police et de justice et des échanges de données entre administrations sera recherché pour accroître l'efficacité des plans de contrôles.

Tout en veillant à l'équité de traitement des acteurs contrôlés et à couvrir l'ensemble du périmètre des dépenses (soins de ville comme hôpital), la lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie aura aussi pour objectif de développer les programmes de contrôles-contentieux à visée dissuasive afin de mieux prévenir la fraude.

2. Accélérer les évolutions nécessaires à la transformation du système de santé

Au-delà de la poursuite de nos actions pour l'année 2021 telle que décrite précédemment, l'Assurance Maladie souhaite accompagner la transformation du système de santé et rénover ses modalités d'intervention. Si l'ambition au cœur du chantier de la qualité et de la pertinence des soins est celle d'une mutation profonde des prises en charge au service des professionnels de santé et des patients, nos modes d'actions doivent aussi évoluer en miroir pour s'intégrer dans cette logique des parcours de soins.

Cela ne sera possible qu'en plaçant le dialogue et la co-construction comme principes dans la conception des actions et dans les relations qui unissent l'Assurance Maladie et les professionnels de santé. Si les possibilités offertes par le numérique viennent favoriser ces échanges et le partage des informations, ces mutations ne pourront cependant se concrétiser que si les modes de rémunération des professionnels de santé évoluent également pour soutenir et encourager les démarches vertueuses.

2.1. Travailler sur les parcours et la mesure de la qualité

2.1.1 Les parcours de soins : une approche renouvelée de la pertinence

La pertinence des soins apparaît pour les politiques de santé comme un levier particulièrement intéressant pour répondre aux défis qui pèsent sur les différents systèmes de santé.

Elle vise à améliorer la qualité et la sécurité de chaque soin et de chaque acte. Elle concerne aussi les parcours de soins et de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et de plus en plus âgés.

Si la définition précise de l'état de l'art d'une pratique professionnelle individuelle concernant un acte est indispensable pour en apprécier la pertinence, la prise en compte d'une vision plus globale autour des parcours de soins des patients apparaît tout aussi indispensable tant la qualité de ceux-ci résulte finalement de l'action de plusieurs professionnels en interaction entre eux et avec le patient.

Faire de la pertinence des parcours un levier de transformation des pratiques a conduit l'Assurance Maladie à positionner ses actions dans une perspective nouvelle qui ne s'intéresse pas uniquement aux sujets de sur-consommation des soins, mais aussi de sous-consommation de soins, d'organisation et de coordination entre professionnels et entre secteurs de prise en charge (ville, hôpital, médicosocial).

Faire de chaque partie prenante au parcours de soins un acteur de la pertinence peut paraître un objectif ambitieux. A la vérité, par l'implication personnelle qu'il comporte, par sa dimension participative et responsabilisante, il constitue sans doute un des moyens les plus stimulants pour arriver à améliorer notre système de soins et modifier durablement le comportement des professionnels (en les conduisant d'abord à s'interroger et ensuite à s'évaluer).

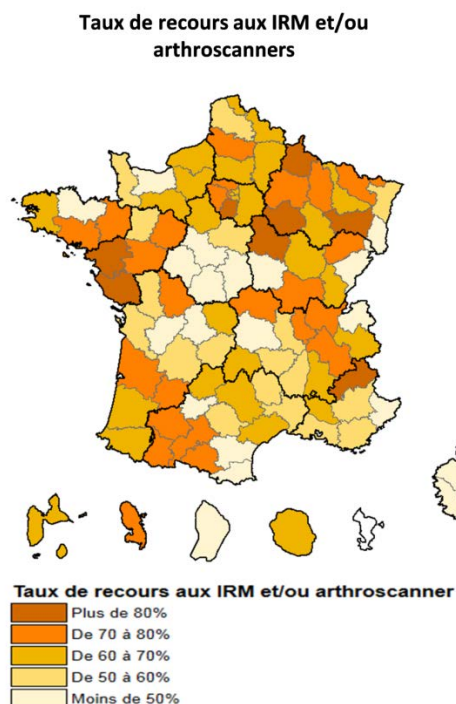
2.1.2 Les résultats attendus de la mise en place de parcours de soins

Réduire des risques de non pertinence au cours d'un parcours de soins permet de se rapprocher d'un parcours conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Il s'agit que chaque patient puisse bénéficier à chaque étape de sa prise en charge du geste, des examens et des thérapeutiques justes, dispensés au bon moment, par les bons professionnels et dans les environnements adaptés. La non pertinence peut ainsi se traduire par exemple par la prescription d'une thérapeutique inadaptée ou contre indiquée, d'une imagerie ou la répétition d'examens biologiques redondants ou inutiles. Un défaut de pertinence peut aussi concerner plusieurs éléments d'une prise en charge, au sein d'un même parcours.

Nous avons illustré une telle situation par une étude sur la chirurgie de l'épaule qui montrait que la sous consommation d'un examen diagnostique ou l'insuffisance d'une prise en charge rééducative ou thérapeutique

locale pouvait conduire à un éventuel sur recours à la chirurgie. L'étude réalisée en 2018 par l'Assurance Maladie dans son rapport annuel de propositions pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses sur le parcours de soins des patients opérés d'une affection des tendons de l'épaule en témoigne. Elle montrait, 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 pas réalisé avant l'intervention au moins de l'un des trois examens recommandés par la HAS. De plus, 11 % des patients des patients opérés n'avaient eu avant l'intervention ni kinésithérapie ou infiltrations, ni IRM, arthroscanner ou arthro-IRM.

Figure 59 : Taux de recours aux IRM et arthroscanner



Un impact économique précis de la non pertinence est difficile à chiffrer précisément mais selon l'étude menée par l'OCDE en 2017 le coût de la non qualité pouvait pour certaines prises en charge représenter de 20 jusqu' à 30 % des dépenses.

A titre d'exemple, comme nous l'avions précisé dans notre dernier rapport, la prise en charge de l'insuffisance cardiaque représente la moitié des séjours potentiellement évitables. La population concernée par l'insuffisance cardiaque représentait selon la cartographie médicalisée des dépenses pour l'année 2017 plus de 670 000 cas dont 152 000 épisodes aigus. Les effectifs pour les épisodes aigus étant en augmentation de 3.75 à 4% par an depuis 2012. Or, en l'absence d'épisode aigu, la dépense moyenne par patient est de 2 180 € annuels, à 85% consacrés à des dépenses de soins de ville, tandis qu'elle atteint 7800€ annuels en cas d'épisode aigu (au trois quarts destinés aux soins hospitaliers).

On peut concevoir ainsi tout l'intérêt économique que peut revêtir la réduction de survenue d'épisodes aigus lorsqu'un suivi pertinent de ces patients est mis en place. Concernant l'insuffisance cardiaque plusieurs retours d'expériences ont montré l'intérêt de la mise en place de programmes d'intervention pluri disciplinaires et pluri professionnelles s'attachant à assurer dans de bonnes conditions la transition entre l'hospitalisation pour un épisode de décompensation aiguë et le retour puis le suivi à domicile. Une évaluation médico-économique de ces expériences si elles étaient reproduites à plus grande échelle montre un gain financier potentiel important.

2.1.3 Une nouvelle approche de construction des parcours avec les professionnels

Le respect de la pertinence et de la qualité passe par la continuité des soins, c'est-à-dire par l'absence de rupture au sein du parcours. Or, particulièrement chez le sujet âgé, comme en cas de maladie chronique, les intervenants sont multiples : professionnels de ville, hôpital, établissement médico-social. A la jonction des étapes qui jalonnent les parcours d'un patient souffrant d'une maladie chronique, se situent autant de points de rupture, sources de dysfonctionnements.

Tout l'enjeu consiste donc à mieux organiser la prise en charge des patients, en particulier lorsqu'ils sont atteints de maladie chronique ou complexe, et ce afin de :

- éviter les situations de ruptures de soins ; limiter les recours aux soins en situation d'urgence, transformer le non programmé en programmé
- accompagner le patient dans sa prise en charge pour faciliter son recours aux soins dans de bonnes conditions (favoriser et s'assurer de la réalisation du suivi préconisé)
- mettre fin aux actes ou examens inutiles par la promotion et l'adoption de recommandations partagées pragmatiques accessibles.

Si une organisation améliorée est susceptible de permettre la mobilisation de gains d'efficience en réduisant les insuffisances de coordination en particulier entre les praticiens de ville et hospitaliers il est dès lors indispensable de s'intéresser, et ce dès la conception puis dans la mise en œuvre des parcours, à l'ensemble des professionnels concernés pour être plus efficace et s'inscrire dans la durée.

C'est cette démarche qui a inspiré un changement de paradigme pour l'élaboration des parcours de soins, à savoir leur co-construction avec les représentants de professionnels de santé et les associations de patients.

Quatre principes ont ainsi guidé les premiers travaux de parcours, initiés dans le cadre du plan Ma santé 2022 :

- Impliquer l'ensemble des professionnels concernés et les patients,
- Etablir un parcours fondé à la fois sur les données de la science et l'expérience des professionnels, et qui soit pratique, pragmatique et accessible à tous,
- Evaluer son application : à partir d'indicateurs simples, acceptés par les professionnels et permettant à chacun d'entre eux de se situer et de se suivre dans le temps,
- Tenir compte des variations inter et intra régionales et des expériences de terrain déjà existantes.

La démarche s'attache donc à décrire en s'appuyant sur l'état de l'art et les analyses de pratiques disponibles, des parcours simples et complets, aisément lisibles dans ses différentes étapes, de la prévention au suivi, en passant par les traitements à envisager. Les phases ambulatoires et hospitalières sont présentées de manière à identifier les points de rupture, préjudiciables à la qualité de la prise en charge et à identifier les mesures susceptibles de les éviter. A titre d'exemple, comment s'assurer de la prise des bons médicaments aux doses optimales après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque ?

Disposer d'indicateurs est essentiel pour la démarche d'amélioration de la pertinence et de la qualité. Ils visent à permettre chaque fois que possible une évaluation des prises en charge dans leur ensemble, et à mesurer le résultat des évolutions des pratiques engagées par les différents professionnels pour en apprécier in fine les conséquences.

Ces indicateurs peuvent se focaliser notamment sur les améliorations suivantes :

- La simplification de l'accès aux acteurs du second recours (libéraux et hospitaliers) via l'essor de nouvelles pratiques comme les consultations avancées ou le recours à la télémedecine,
- Des hospitalisations sans passage par les urgences, témoins d'une anticipation permettant de transformer le non programmé en programmé,
- La réduction du délai de rendez-vous du patient auprès d'un professionnel de santé en sortie d'hospitalisation,
- L'organisation de la réalisation et de l'interprétation d'examens complémentaires indispensables à la bonne qualité d'un traitement et de son suivi,
- La satisfaction du patient.

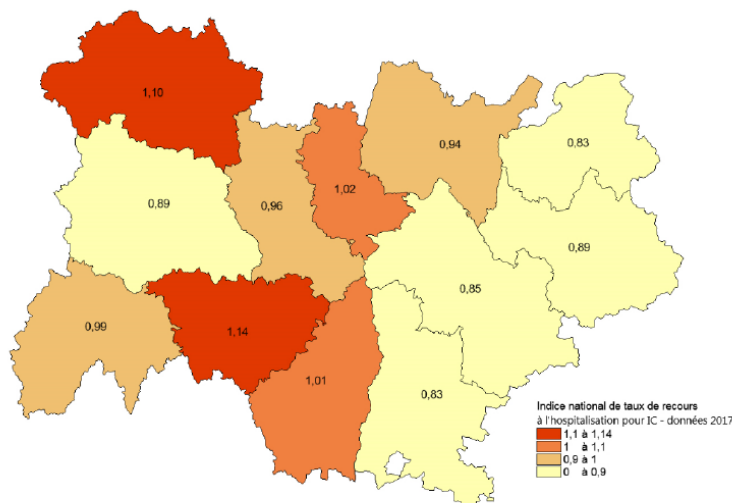
Pour être efficaces, ces indicateurs doivent être aisément mesurables, permettant ainsi d'objectiver à la fois les points de rupture comme le résultat des évolutions de pratique engagées par les différents professionnels de santé

Ces indicateurs doivent par ailleurs être pertinents à la fois pour les professionnels et les patients comme pour les acteurs institutionnels (ministère, agences sanitaires, payeur). Ils contribuent ainsi à un pilotage de la démarche plus efficace.

Dans ce cadre, l'étude des variations géographiques des indicateurs est particulièrement intéressante. La constatation des écarts de valeur pour un même indicateur entre différents territoires au-delà des chiffres eux-mêmes permet aux acteurs de se questionner sur les variations de pratiques et d'organisation. Ils contribuent ainsi à l'amélioration des pratiques.

Ces écarts ont aussi le mérite de faire porter les regards sur les réalités locales en termes d'offre de soins et leur diversité qui ne sauraient être ignorées pour la déclinaison des parcours sur le terrain. Les recommandations de bonnes pratiques butent en effet à la fois sur leur appropriation par les médecins et sur leur déclinaison dans les territoires au regard de leurs spécificités et de leurs moyens.

Figure 60 : Disparités territoriales dans le recours à l'hospitalisation IC en région AURA



Sources : ATIH – Population âgée de 40 ans et + - Données 2017

Pour une déclinaison opérationnelle réussie des parcours de soins, il est indispensable de prendre en compte les capacités humaines et hospitalières de prise en charge qu'autorise le contexte territorial envisagé. Il s'agit de s'appuyer sur l'offre de soins existante mais aussi sur les organisations ou programmes, tels que les réseaux de prise en charge le programme de retour à domicile (PRADO) ou la mise en place de la télésurveillance de patients souffrant par exemple d'insuffisance cardiaque.

Or il existe au sein des régions une grande diversité de situation entre les départements, que l'on retrouve au sein d'un même département. Cette diversité concerne les caractéristiques sociales des populations, l'offre de soins médicale ou paramédicale ainsi que la démographie des patients et des professionnels. De ce fait c'est au plus près du terrain que peut se décliner un parcours de soins.

Les différents acteurs professionnels, organisés notamment en CPTS, ont une perception immédiate et réaliste des enjeux pour ce qui concerne aussi bien l'organisation des prises en charge que la qualité des soins. Ils sont en mesure de dresser, à partir des parcours de soins élaborés, un état des lieux de la prise en charge sur leur territoire qu'ils confrontent aux spécificités de l'offre de soins disponible et de la population concernée. De plus ils peuvent au moment d'élaborer leur projet de santé étudier les déterminants infra-territoriaux (âge, indice de défavorisation, accès aux soins...) qui leur permettent d'envisager rapidement de façon fine et adaptée les actions à mettre en œuvre en les priorisant. La démarche de déploiement qui relève du volontariat des acteurs, va pouvoir ainsi s'appuyer sur ces nouvelles organisations qui se mettent en place dans le cadre de Ma santé 2022. Outre les plus de 500 CPTS créées ou en cours de création) dont l'objectif est d'encourager l'exercice coordonné entre les professionnels de santé, le recrutement d'assistants médicaux⁴⁷, permettra de libérer du temps pour les médecins qui se consacrent à cette démarche partenariale nouvelle.

2.1.4 Une nouvelle impulsion pour le déploiement des parcours pertinents

La stratégie de déploiement des parcours élaborés dans le cadre du chantier pertinence du plan Ma santé 2022 mobilisant fortement les professionnels de santé a, dans le contexte sanitaire récent, été retardée. Il a fallu suspendre les présentations régionales qui initient au sein des régions pilotes l'appropriation par les acteurs de leur mise en œuvre. De même la disponibilité réduite des professionnels n'a pas permis d'avancer dans l'élaboration de nouveaux parcours dans les temps du calendrier initialement retenu.

⁴⁷ L'avenant 7 à la convention médicale en juin 2019 permet aux médecins qui recrutent un assistant médical de disposer d'une aide financière pouvant aller jusqu'à 36 000 euros.

Cependant, alors même que les suivis « classiques » reprennent leur cours, certains professionnels constatent une dégradation de l'état de santé de certains de leurs patients atteints d'une maladie chronique souhaitent reprendre la mise en place de parcours de soins pertinents que les événements ont interrompue.

Tableau 17 : Programmation des travaux du chantier Qualité et Pertinence pour l'année 2020

2020
Syndrome coronaire chronique
Épilepsie
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
Insuffisance cardiaque (extension de la diffusion régionale)

2.2. Revoir nos modes d'accompagnement des professionnels de santé

Depuis 2005, l'Assurance Maladie accompagne de façon individuelle et collective les acteurs du système de santé français, par ses actions de maîtrise médicalisée qui visent à promouvoir des changements de pratiques, en s'appuyant sur un corpus de recommandations de bonnes pratiques.

La stratégie de gestion du risque mise en œuvre par l'Assurance Maladie comporte plusieurs niveaux d'actions :

- **Les actions d'informations** : vis-à-vis des professionnels de santé, mais également des patients (exemple des campagnes portant sur les médicaments génériques ou les antibiotiques)
- **Les actions d'accompagnement** : visites au cabinet du professionnel de santé par un délégué de l'Assurance Maladie ou par un praticien conseil de l'Assurance Maladie dans le cadre d'un entretien confraternel,
- **Les courriers aux prescripteurs** : courriers informant les prescripteurs sur leur positionnement vis-à-vis de leurs prescriptions par rapport aux autres professionnels concernant leurs prestations ou leurs prescriptions,
- **Les incitations financières** : il s'agit par exemple de la ROSP qui vient rémunérer la qualité,
- **Les actions de prévention** : elles ont vocation à éviter certaines dépenses futures ou à limiter leur ampleur,
- **Les actions d'aide à la prescription** : il peut s'agir des modèles d'ordonnances (pour les perfusions par exemple), ou des téléservices qui permettent de faire des prescriptions en ligne,
- **La contractualisation avec les offreurs de soins** comme les contrats incitant à une meilleure répartition géographique avec les professionnels de santé libéraux
- **Les demandes d'accord préalable** : procédures soumettant à l'accord préalable de l'assurance maladie la prescription ou la réalisation d'une prestation, pour l'ensemble des prescripteurs,
- **Les mises sous objectif et mises sous accord préalable** : procédures permettant de fixer avec un prescripteur une enveloppe de prescriptions (mise sous objectif) ou soumettant à l'accord préalable de l'assurance maladie la prescription d'une prestation en cas de non-respect des référentiels ou d'écart significatif par rapport à une moyenne (mise sous accord préalable),
- **Les actions de contrôle et de lutte contre la fraude** : elles complètent cette stratégie en visant à éviter les abus, fautes et fraudes et comportent également un volet consacré aux pratiques dangereuses.

L'Assurance Maladie souhaite poursuivre les évolutions qui ont déjà été initiées sur les programmes d'actions de maîtrise médicalisée pour accroître l'impact des actions et mieux répondre aux attentes des professionnels de santé.

La démarche de rénovation de la gestion du risque et de la maîtrise médicalisée vise notamment à atteindre davantage de cibles orientées vers la prise en charge de pathologies, et de parcours de soins. Il s'agit de développer des méthodologies pour la construction d'actions intégrant la dimension pluri-professionnelle et

l'approche territorialisée dans l'accompagnement, en vue d'adapter les modalités d'accompagnement aux formes multiples que revêtent les exercices des professionnels de santé.

Enfin, la co-construction des actions de maîtrise médicalisée sera étendue pour travailler dès la réflexion sur les thèmes et les modalités des actions avec les sociétés savantes mais aussi avec les représentants des associations de patients.

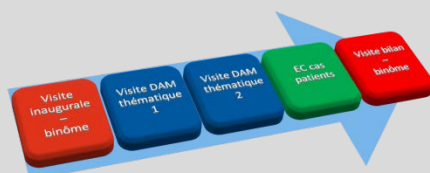
Encadré 7 : Déploiement des plans personnalisés d'accompagnement (PPA)

Afin d'améliorer leurs conditions d'exercice, l'Assurance Maladie propose aux médecins généralistes depuis 2017 un nouveau mode d'accompagnement qui vise à répondre à leurs préoccupations.

Cet accompagnement est laissé au libre choix du médecin. Ce dernier choisit parmi plusieurs thèmes de santé celui sur lequel il sera accompagné durant une année. Un point de situation est réalisé en début et en fin de période afin de mesurer l'évolution obtenue de plusieurs indicateurs définis conjointement.

Depuis son lancement, le Plan Personnalisé d'Accompagnement (PPA) a fait l'objet de plusieurs adaptations concernant ses modalités. Les thèmes sont renouvelés chaque année afin d'être adaptés à l'actualité.

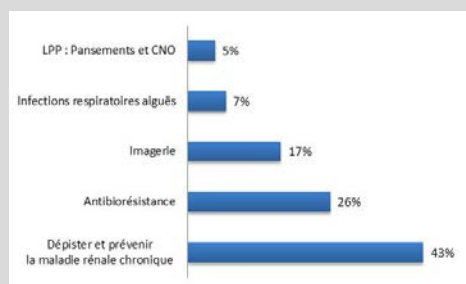
En pratique, un binôme composé d'un Délégué de l'Assurance maladie (DAM) et d'un médecin conseil réalise plusieurs rencontres avec le médecin. Il est important d'instaurer une relation de confiance. Le PPA n'est donc pas obligatoire. Le refus du médecin ou l'abandon en cours de période n'emporte aucune conséquence ni pénalité pour ce dernier. La pratique n'est pas jugée, mais analysée conjointement avec le médecin conseil, au regard des recommandations, à partir de situations réelles issues de sa patientèle ou de cas fictifs dans le respect du secret médical. Des informations pratiques sont délivrées et le médecin accompagné dispose des coordonnées de ses interlocuteurs qu'il peut joindre autant que de besoin.



Choix des thèmes

Cinq thèmes ont été proposés dans la cadre du PPA en 2019. Le choix s'est majoritairement porté sur des « thèmes pathologies »

Figure 61 : répartition des thèmes PPA choisis par les médecins en 2019



En 2019, 3 240 médecins généralistes ont été accompagnés sur l'ensemble du territoire

Contenu

L'ensemble de cet accompagnement PPA repose sur des documents (mémos, remis patients) construits avec les professionnels de santé (Collège de Médecine Générale, CNP des spécialités) sur la base de recommandation des sociétés savantes et validés par la Haute Autorité en Santé. Pour chaque thème, des indicateurs de suivi des pratiques sont présentés sous forme de profil individuel de prescriptions. Un point est fait avant le lancement de l'accompagnement et en fin de période.

Cette nouvelle modalité d'accompagnement est globalement bien accueillie par les médecins qui apprécient de pouvoir choisir entre plusieurs thèmes. Le PPA est jugé susceptible de faire évoluer positivement la pertinence des pratiques.

2.3. Développer les outils d'information et d'aide à la décision

La mise en œuvre de la rénovation de la gestion du risque et de la maîtrise médicalisée requiert la mobilisation des systèmes d'information à plusieurs niveaux. Il s'agit de donner les moyens aux professionnels de santé de prendre davantage en compte dans leur pratique quotidienne des informations utiles à leur exercice.

L'Assurance Maladie soutient ainsi l'élaboration de dispositifs visant à faciliter la mise à disposition des recommandations médicales aux professionnels de santé. C'est l'objet de la démarche EBM Practice faisant l'objet d'une convention entre l'Assurance Maladie et le Collège de la Médecine Générale pour le développement d'une plateforme d'Evidence Based Medicine en France (sur le modèle mis en place par plusieurs pays européens) pour les médecins généralistes. L'enjeu de cette convention est de permettre la mise à disposition des médecins de ces connaissances soit en accès direct, soit de manière interopérable avec les données structurées du dossier patient pour faciliter l'aide à la décision en consultation.

Il est par ailleurs nécessaire de rénover les modalités de diffusion des informations statistiques aux professionnels de santé en concevant des tableaux de bords utiles et dynamiques. C'est le sens de l'outil VISUCHIR qui facilite les retours d'information aux professionnels de santé.

Encadré 8 : Faire évoluer les pratiques professionnelles et organisationnelles avec la data-visualisation

VISUCHIR, premier outil médicalisé basé sur la data-visualisation, a été mis en ligne en accès libre en décembre 2018 sur la plate-forme ScanSanté de l'ATIH. Il analyse et compare les pratiques chirurgicales françaises et donne des perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire.

Capitaliser sur le retour d'expérience de VISUCHIR, en tant que vecteur de l'évolution des pratiques professionnelles et organisationnelles, incite à mettre en perspective d'autres projets de data-visualisation. Cette démarche d'offres de service de l'Assurance Maladie vers les professionnels de santé repose sur une approche médicalisée renouvelée et sur la mise à disposition d'outils, de formation et d'accompagnement. Elle rééquilibre le dialogue en assurant une symétrie d'information entre tous les acteurs (professionnels de santé, établissements sanitaires, Assurance Maladie, Ministère des solidarités et de la santé, Agences Régionales de Santé, etc.).

Son approche innovante permet d'analyser, d'expliquer et de partager des données complexes en les transformant en objets visuels, constituant ainsi un gain de temps pour les professionnels de santé et permettant d'analyser et de suivre leurs pratiques professionnelles et organisationnelles.

Première année d'utilisation de VISUCHIR avec 30 000 connexions

On dénombre 30 000 connexions la première année de sa mise en service, avec une répartition équilibrée entre les établissements de santé, les professionnels de santé et les institutions nationales et régionales, puisque 71% des connexions sont le fait d'établissements de santé publics et privés ou de professionnels de santé et 29% relèvent d'institutions (Etat, Assurance Maladie, ARS, URPS...). VISUCHIR a eu en 2019 le nombre de connexions le plus élevé parmi les 40 applicatifs disponibles sur ScanSanté de l'ATIH.

La réussite de VISUCHIR s'explique par la combinaison de plusieurs facteurs :

- **une approche médicalisée renouvelée**, avec la sortie d'une logique administrative, trop souvent perçues par les professionnels de terrain comme inopérantes par rapport à leurs pratiques,
- **une logique de services pour les professionnels**, avec un traitement des informations remontées du terrain, leur restitution sous forme d'outils d'aide à la décision dégageant une plus-value par rapport à des données brutes. Le producteur d'informations (médecin) redevient le premier utilisateur de cette information, améliorant aussi en retour la qualité de l'information produite,
- **une transparence des données**, avec l'ouverture des bases de données de l'Assurance Maladie et leur diffusion en toute transparence,
- **une comparaison des pratiques**, avec l'apport de benchmarks objectifs et pertinents constituant des vecteurs d'amélioration des pratiques professionnelles et organisationnelles,
- **une approche plus communicante**, avec le pouvoir de l'image apportée par la data-visualisation facilitant l'appropriation des contenus par les acteurs médicaux.

La première année de VISUCHIR amène à engager de nouveaux chantiers de data-visualisation

Premier chantier : une extension de VISUCHIR avec la fourniture de panoramas par spécialités chirurgicales et d'indicateurs de résultats

L'extension de VISUCHIR répond à une demande de professionnels de santé, de terrain (chirurgiens, anesthésistes, infirmières, etc.) et de représentants de sociétés savantes, mais aussi de représentants administratifs (directeurs d'établissements) et institutionnels (Agences Régionales de Santé, réseau d'Assurance Maladie, Unions Régionales des Professionnels de Santé) désireux d'avoir à leur disposition en presse bouton des panoramas chirurgicaux nationaux et régionaux. Cette extension constitue un complément de la version actuelle de VISUCHIR (orientée spécifiquement vers les établissements de santé avec une approche d'un seul établissement à la fois). Cette extension traite les mêmes données que l'actuel VISUCHIR, mais les présente de manière différente, pour de nouveaux usages.

Cette extension fournira des panoramas selon trois types d'entrée :

- **panoramas régionaux** : l'approche inter-régionale et infra-régionale permettra d'analyser et de comparer facilement les établissements d'une même région ou les régions entre elles,
- **panorama national** : l'approche nationale par spécialité, acte ou regroupement d'actes, permettra d'analyser les pratiques par spécialités, d'identifier les bonnes pratiques dont l'innovation ambulatoire et de faciliter les échanges entre pairs chirurgiens ou anesthésistes,
- **panorama de groupes** : un regroupement libre d'établissements permettra de bénéficier d'une vision globale de regroupements déjà constitués ou de construire des simulations pour des regroupements en devenir.

Ce chantier, copiloté par la CNAM et l'Agence Technique de l'Information Hospitalière, a mis en place en juillet 2019 un groupe de travail national rassemblant une trentaine de personnes avec la participation de cinq sociétés savantes (SFAR, SOFCOT, SFORL, AFCA, AFU), deux groupes d'établissements (AP-HP et Elsan), ainsi que les réseaux AM et ARS de plusieurs régions, la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère des Solidarités et de la Santé et la Haute Autorité de Santé. La mise en production est prévue d'ici la fin de l'année 2020.

L'extension de VISUCHIR concernera aussi la mise à disposition d'indicateurs de résultats, en réponse à la demande de plusieurs sociétés savantes souhaitant compléter les indicateurs d'activité chirurgicale disponibles dans VISUCHIR avec des indicateurs de résultats de prise en charge.

Le groupe de travail VISUCHIR NATIONAL a identifié trois premiers indicateurs de résultats, à la fois sur la chirurgie conventionnelle et la chirurgie ambulatoire. Il s'agit du taux de ré-hospitalisation à 3 jours, qui signe une ré-hospitalisation précoce, des taux de ré-hospitalisation à 30 jours et de ré-intervention à 30 jours, signant des complications tardives.

Ce chantier sur les indicateurs de résultats a un objectif de publication à moyen terme (1^{er} semestre 2021).

Le développement ci-dessous illustre un exemple de rendu qui sera disponible en presse bouton sur les prothèses articulaires du genou.

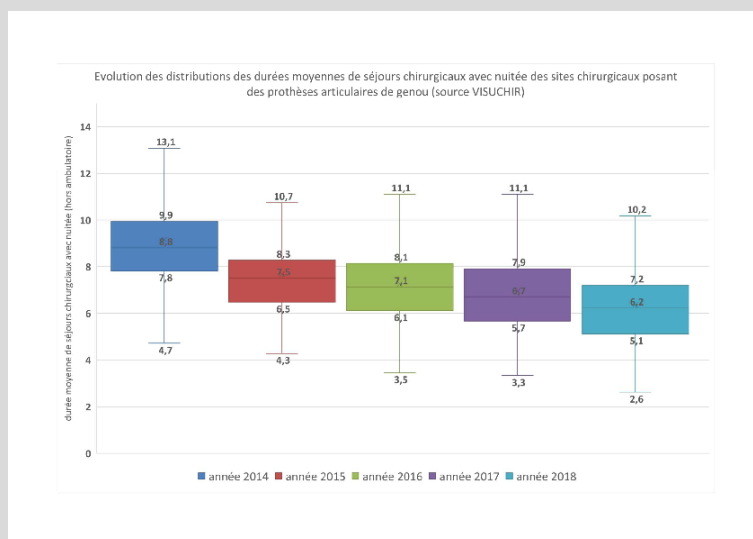
Focus sur l'organisation chirurgicale de pose de prothèses de genou : les pratiques de chirurgie conventionnelle (avec nuitée) de la pose de prothèses de genou évoluent vers une réduction rapide des durées de séjour

Les près de 800 sites chirurgicaux posant des prothèses de genou voient leurs durées moyennes de séjour (DMS) des patients avec hébergement (hors ambulatoire) évoluer rapidement vers une baisse importante et régulière entre 2014 et 2018, comme le montre la figure 28 avec une médiane des DMS chutant de 8,8 jours en 2014 à 6,2 jours en 2018.

Cette diminution impacte toutes les catégories de durées moyennes de séjour :

- les 25% de sites chirurgicaux ayant la plus faible DMS en 2014 (entre 4,7 j et 7,8 j) voient leurs DMS en 2018 se situer entre 2,6 j et 5,1 j.
- les 25% de sites chirurgicaux avec une DMS entre 7,8 et 8,8 jours en 2014 se situent entre 5,1j et 6,2 j en 2018
- les 25% de sites chirurgicaux avec une DMS entre 8,8 et 9,9 jours en 2014 se situent entre 6,2 et 7,2 en 2018
- les 25% de sites chirurgicaux ayant la plus forte DMS en 2014 (entre 9,9 j et 13,1 j) voient leurs DMS en 2018 se situer entre 7,2 j et 10,2 j.

Figure 62 : évolution des distributions des durées moyennes de séjour avec nuitée (hors ambulatoire) des sites chirurgicaux posant des prothèses de genou entre 2014 et 2018



Cette baisse importante et régulière de la DMS sur la chirurgie prothétique du genou se produit alors même que la chirurgie ambulatoire se développe (cf. infra). Cela va à l'encontre de croyances souvent partagées, laissant entendre qu'un

développement de la chirurgie ambulatoire sur des pathologies lourdes entraînerait de fait une concentration de cas plus complexes dans les lits d'hospitalisation traditionnelle avec un rallongement des durées de séjour et donc une mobilisation plus importante de lits et de personnels.

En fait, la cause de cette réduction des DMS est plurifactorielle : l'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques, l'évolution des pratiques professionnelles avec le développement de la Récupération Améliorée Après Chirurgie, la mobilisation et la réhabilitation plus précoce des articulations, le développement de la prise en charge des suites post-opératoires en ville avec le programme PRADO, etc.

La chirurgie ambulatoire des prothèses du genou se développe rapidement dans des centres de référence et signe des prises en charge de meilleure qualité.

Alors que la pratique ambulatoire de la pose de prothèse du genou était émergente en 2014 (avec seulement 109 poses de prothèses pratiquées dans 22 sites chirurgicaux), elle s'est développée rapidement puisqu'en 2018, 148 sites chirurgicaux ont posé 1834 prothèses de genou ambulatoire.

Cette activité ambulatoire innovante se concentre sur des centres de référence, les 11 premiers sites posant plus de la moitié des prothèses ambulatoires de genou en France (7,5% des sites chirurgicaux posent 50% des prothèses de genou ambulatoire). Ces centres de référence ont étendu leurs pratiques chirurgicales ambulatoires vers de la chirurgie lourde. Leurs taux ambulatoires sur les prothèses de genou se situent entre 20% et 60%, deux centres atteignant même 100% d'ambulatoire sur des volumes conséquents (170 poses de prothèse de genou annuelles).

Second chantier : un développement de VISUMED sur la médecine hospitalière

Cette thématique traite de la médecine hospitalière ambulatoire et a été initiée en lien avec un groupe de travail ad hoc mis en place par le Haut Conseil en Santé Publique (HCSP), en réponse à une saisine ministérielle du 14 mars 2019.

Des premiers travaux engagés par la CNAM et repris dans le précédent rapport au titre de 2020 avaient souligné la difficile description du contenu médical des soins hospitaliers et avaient proposé de construire des univers médicaux pour appréhender la substitution en médecine ambulatoire.

En effet, la médecine hospitalière ambulatoire est un ensemble englobant des prises en charge de nature très diverse, car, à la différence de la chirurgie ambulatoire définie par des textes, des algorithmes d'identification et un seul lieu de production (bloc opératoire), la médecine (et donc la médecine ambulatoire) est peu caractérisée : pas de lieu de production dédié, définition par défaut, GHM imprécis...

L'objectif de ces travaux, en lien avec le HCSP et avec l'appui de la DRSM Bourgogne Franche Comté, est donc de mieux caractériser, à partir de l'exploitation de la base PMSI et à l'aide de référentiels médicaux et organisationnels, le périmètre de la médecine ambulatoire en créant des marqueurs ambulatoires pour la médecine.

130 000 référentiels ont ainsi été constitués par croisement de quatre éléments (lieu de production, racines de GHM, diagnostic principal du séjour et diagnostic relié), et de trois tests statistiques de validité. Ces référentiels ont été ensuite rapportés à quatre modes d'organisation différents correspondant à des durées de séjours différentes : séjours sans nuitée, séjours de très courte durée moins de 48h, séjour de courte durée de 72h, séjours longs de 3 nuitées ou plus.

Au total, 6.7 millions de séjours sont traités et répartis en 11 univers de soins recouvrant des soins « généralistes » (médecine adulte, médecine pédiatrique...), des soins « spécialisés » (gynécologie, addictologie...) et des soins « non programmés » (urgence adultes...).

Chaque univers de soins ainsi constitué est en cours d'analyse en vue de constituer un état des lieux précis sur la médecine hospitalière, dont l'ambulatoire. Ces travaux contribueront au contenu du rapport de préconisations du HCSP au Ministre et constitueront un substrat pour la construction de l'outil de data-visualisation VISUMED sur le volet médecine hospitalière.

Le chantier VISUMED, avec la construction d'un prototype, puis sa mise en production, a un objectif de moyen terme (1^{er} semestre 2021).

Des réflexions ont démarré entre l'Assurance Maladie et le SYNMAF (Syndicat National des Médecins Français Spécialistes de l'Appareil Digestif) pour accompagner une démarche d'amélioration de la qualité des endoscopies. Comme cela a été réalisé dans divers pays européens ou au Canada, l'objectif est de mettre en place base une nationale de recueil des données dans le domaine de l'endoscopie digestive qui permettrait l'amélioration des pratiques individuelles.

En pratique, les hépato-gastroentérologues rempliraient un compte rendu d'endoscopie standardisé, dont les données alimenteraient la base. Cette dernière après analyse estimerait en retour la qualité des endoscopies de ces derniers.

L'informatisation des données en endoscopie est un levier majeur d'amélioration de la qualité au service des patients. Elle permet :

- L'aide potentiel au diagnostic (outils couplés à l'intelligence artificielle pour la reconnaissance des lésions, classifications, liens vers bases de données),
- La réalisation de comptes-rendus standardisés,
- Le suivi des indicateurs de qualités en temps réel,

- L'amélioration de la recherche (cohortes prospectives en temps réel),
- La transformation du modèle de centres de gestion, en générant un traitement automatisé des données, lettres de rappel et de suivi automatisés à date anniversaire.

Consciente de ces enjeux, la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) sous l'égide du CNP-HGE a lancé en 2016 un vaste travail d'amélioration de la qualité. L'informatisation des compte-rendus en est à ce titre une étape essentielle.

Ce projet pourrait aboutir à moyen terme d'ici 2 à 3 ans. L'Assurance Maladie pourrait accompagner cette démarche sur le plan conventionnel en encourageant les gastroentérologues à adhérer au dispositif et en valorisant la démarche d'amélioration de la qualité des endoscopies.

2.4. Intégrer davantage dans les modes de rémunération des professionnels de santé des éléments d'incitations favorisant la pertinence, valorisant la qualité des pratiques et réduisant les dépenses inutiles

2.4.1 Mettre en œuvre la dispensation adaptée

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

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

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

Ce dispositif concerne uniquement les traitements dont la posologie est à ajuster en fonction des symptômes perçus par le patient et pouvant être soumise à sa libre appréciation dans le respect de l'objectif thérapeutique. Lors de la dispensation, le pharmacien conforte le message donné par le prescripteur sur les précautions d'emploi et la posologie juste nécessaire qui peut être adaptée en fonction de la situation du patient.

Les classes thérapeutiques éligibles à la dispensation adaptée sont :

- Les laxatifs
- Les anti-diarrhéiques
- Les antispasmodiques et les antiémétiques
- Les antiseptiques
- Les émollients
- Les traitements de l'œil sec
- Les antidouleurs et les AINS
- Les bains de bouche
- Les médicaments contre l'acidité gastrique

Entre octobre 2018 et septembre 2019, ce sont 774 millions de boîtes de médicaments appartenant aux classes thérapeutiques citées ci-dessus qui ont été délivrées à la suite d'une prescription médicale. La dépense générée pour l'ensemble de l'Assurance Maladie est de 2,24 milliards d'euros⁴⁸ dont 62 % sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (soit 1,39 milliard d'euros).

⁴⁸ Les montants intègrent les honoraires de dispensation à la boîte (1,021€ pour un conditionnement mensuel et 2,7 € pour un conditionnement trimestriel)

Les antidouleurs et les AINS représentent 70% du volume total des classes ciblées. En France, le produit le plus vendu reste le Doliprane® et c'est aussi le produit le plus remboursé en quantité avec 270 millions de boîtes prises en charge par l'Assurance Maladie en 2019.

Depuis le 15 janvier 2020, les médicaments à base de Paracétamol et certains AINS ne sont plus en libre accès dans les officines. Cette mesure portée par l'Agence Nationale de la Santé et du Médicament (ANSM) a pour objectif de débanaliser ces produits et de réduire le risque de surdosage du Paracétamol qui est toxique pour le foie. La dispensation adaptée du pharmacien vient compléter cette mesure en permettant de réduire le stock de médicaments du patient et ainsi tous les risques associés (surdosage, mésusage, etc.).

Lorsque le pharmacien, après échange avec le patient sur les stocks de médicaments qui lui restent, adapte sa dispensation en ne délivrant qu'une partie ou aucune des boîtes prescrites pour les médicaments éligibles, il permet de générer une économie à l'Assurance Maladie. Si la dispensation adaptée permet une baisse de 5% des volumes des classes thérapeutiques ciblées, elle pourrait générer 112 millions d'euros (estimations effectuées sur les données à fin septembre 2019) à l'Assurance Maladie.

Les syndicats des pharmaciens d'officine et l'Assurance Maladie se sont mis d'accord sur un modèle de partage de l'économie générée par la dispensation adaptée avec pour objectif principal la compensation de la perte de rémunération subie par le pharmacien du fait de la non délivrance d'une ou plusieurs boîtes de médicaments prescrits.

Le modèle économique

Le modèle économique consiste à reverser une partie des économies réalisées aux pharmaciens au prorata du nombre d'interventions pharmaceutiques facturées et enregistrées par officine. Ce dispositif est mis en place pour deux ans. A l'issue de cette période, un bilan sera réalisé pour en évaluer l'impact et l'efficacité.

Le déclenchement du reversement est évalué par rapport à un tendanciel des cinq dernières années qui détermine l'évolution prévisionnelle des volumes dispensés pour les classes sélectionnées. Le déclenchement du reversement des économies au titre de la 1^{ère} année du dispositif (entre le 1^{er} juillet 2020 et le 30 juin 2021) aura lieu si l'évolution constatée du nombre de boîtes délivrées à champ constant et corrigée des jours ouvrés est inférieure à l'évolution du tendanciel diminuée d'une marge de 0,5 point.

Le versement au titre de l'année de la 2^{ème} année (1^{er} juillet 2021-30 juin 2022) se déclenche dès lors que l'évolution constatée du nombre de boîtes délivrées à champ constant et corrigée des jours ouvrés est inférieure à cette évolution de référence diminuée de 1 point.

La rémunération se fait sous la forme d'une rémunération sur objectifs de santé publique ; le montant total de l'enveloppe de la ROSP dispensation adaptée pour la 1^{ère} année est fixé à **45% de l'estimation de l'économie générée** par la dispensation adaptée pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. L'économie générée est définie par le différentiel entre l'évolution de référence et l'évolution réelle constatée des volumes de boîtes délivrées, valorisé au prix moyen des classes thérapeutiques concernées par la dispensation adaptée.

L'intervention pharmaceutique est valorisée en divisant le montant global de l'enveloppe ROSP dispensation adaptée par **le nombre total d'interventions pharmaceutiques mesuré au titre de l'année de versement de la ROSP**, soit entre le 1^{er} juillet 2020 et le 30 juin 2021. La valeur de l'intervention pharmaceutique ne peut pas dépasser 3,6€.

La ROSP pour la dispensation adaptée versée à chaque pharmacie est égale au nombre d'interventions pharmaceutiques réalisées au cours de l'année par cette pharmacie et multiplié par la valeur de l'intervention pharmaceutique nationale, diminuée du montant du code traceur déjà versé à l'officine.

- ➔ **Si une baisse de plus de 1,5% des volumes est observée sur l'année, 45% des économies réalisées au-delà du 1% de baisse prévue au tendanciel sont reversées aux officines au prorata des interventions pharmaceutiques facturées**

Alors que les pharmaciens étaient principalement rémunérés sur la marge des médicaments, les négociations récentes avec l'Assurance Maladie ont permis d'affirmer leur rôle majeur dans la prévention, et le dépistage. La mise en œuvre de ces nouvelles missions ont fait évoluer les modalités de rémunérations des pharmaciens qui peuvent, depuis la mise en place de la vaccination antigrippale en officine, facturer des actes à l'Assurance Maladie. La création de cet acte a été suivie par celui relatif à la réalisation des TROD angine en officine. Fort de ce constat, l'Assurance Maladie a souhaité également que les accompagnements pharmaceutiques, initialement facturés sous forme de ROSP, suivent cette évolution. L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a modifié les modalités de rémunération des dispositifs d'accompagnement pharmaceutique prévues à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale. Ces dispositifs jusqu'à présent rémunérés sous forme de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), sont désormais rémunérés par des honoraires avec la mise en place d'une facturation à l'acte à partir de juin 2020.

Les accompagnements de patients sous traitements chroniques

Les pharmaciens d'officine se sont engagés dans le suivi et l'accompagnement des patients sous traitements chroniques par anticoagulants oraux (AOD/AVK) et, par corticoïdes inhalés pour les patients asthmatiques. Les personnes âgées de 65 ans et plus polymédiquées peuvent aussi être accompagnées dans le cadre d'un bilan partagé de médication pour prévenir les risques iatrogéniques.

Les accompagnements des patients sous AOD/AVK et corticoïdes inhalés

Plus d'un million de patients sont traités chaque année par des anticoagulants oraux. Le suivi des patients, dont l'âge moyen est de 73 ans fidèles à 75 % à une seule pharmacie, constitue un véritable enjeu de santé publique. En effet, ces médicaments à marge thérapeutique étroite nécessitent une surveillance renforcée en raison du risque hémorragique élevé qu'ils peuvent induire. On estime que chaque année les accidents iatrogéniques liés à la consommation d'anticoagulants oraux sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès. Ils constituent à ce titre la première cause de iatrogénie en France.

L'asthme concerne 6,8 % de la population générale, soit environ 4,5 millions de patients. Parmi ceux-ci, on compte 50 % de patients atteints d'un asthme dit « intermittent », ne nécessitant qu'un traitement des crises, et 50 % de patients atteints d'un asthme dit « persistant », nécessitant un traitement de fond au long cours. Il est possible d'estimer qu'un patient asthmatique sur 4 est insuffisamment contrôlé. Un asthme insuffisamment contrôlé se caractérise par des crises fréquentes, une altération de la qualité de vie et parfois des hospitalisations voire même des décès. On compte annuellement environ 15 000 hospitalisations liées à l'asthme (chez les 5-44 ans) et 1 000 décès dans la population générale.

Pour les accompagnements des patients sous traitements par AVK, AOD ou par corticoïdes inhalés, les patients éligibles sont des adultes (+18 ans) traités de manière chronique c'est-à-dire pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois. Le pharmacien accompagne le patient par la mise en place d'un entretien d'évaluation et au moins deux entretiens thématiques au cours de la première année, et d'au moins deux entretiens thématiques chaque année suivante.

En 2019 environ 900 000 patients ont bénéficié de ces accompagnements (650 000 accompagnements de patients sous traitements par anticoagulants oraux et 250 000 pour les patients asthmatiques).

Les tarifs de ces accompagnements sont les suivants :

Actes	Tarifs* accompagnement première année		Tarifs* accompagnement années suivantes	
	Métropole	DOM	Métropole	DOM
Adhésion	0,01€			
Accompagnement AOD/AVK /asthme	50 €	52,50€	30 €	31,50€
Accompagnement Bilan partagé de médication	60 €	63€	30 € avec changement de traitement	31,50€ avec changement de traitement
			20€ sans changement de traitement	21€ sans changement de traitement

*ces tarifs ne sont pas soumis à la TVA

Les accompagnements des patients sous traitements anticancéreux oraux (avenant en cours de signature)

Ces dernières années, l'avancée de la recherche dans la connaissance des cancers a permis le développement de molécules ciblant les mécanismes de fonctionnement des cellules cancéreuses : les thérapies ciblées, véritable changement de paradigme dans la prise en charge des patients cancéreux. En effet, ces traitements sont généralement pris au long cours et par voie orale. En 2015, 25 % des traitements du cancer sont des thérapies ciblées et entre 2012 et 2015, 60% des autorisations de mise sur le marché pour des traitements du cancer ont été octroyées à des thérapies ciblées. Cependant, de nouvelles problématiques ont été soulevées avec l'apparition de nombreux effets indésirables au domicile des patients et la

modification de la biodisponibilité en fonction des patients, avec la nécessité d'adapter la dose administrée, mais aussi la sensibilité très forte aux conditions de prise de ces médicaments (inobservance, erreurs de dosage, modulation des horaires de prise et non application des recommandations en cas d'oubli). Tout cela limite l'effet de ces traitements et par voie de conséquence, leur impact sur la survie des patients.

De nombreux centres spécialisés en cancérologie rappellent le rôle central du pharmacien d'officine dans le bon usage de ces traitements avec une collaboration nécessaire entre les professionnels hospitaliers, le médecin traitant, le pharmacien d'officine et les infirmières pour favoriser l'adhésion du patient à son traitement et optimiser ainsi ses chances de guérison.

L'accompagnement du patient sous anticancéreux oraux par le pharmacien d'officine débute par l'analyse des interactions des traitements pris par le patient et comprend trois entretiens :

- un entretien initial au cours duquel il recueille les informations générales relatives au patient, et l'informe des modalités de prise de son traitement ;
- lors d'un deuxième entretien, le pharmacien évoque avec le patient les difficultés qu'il rencontre dans sa vie quotidienne en lien avec son traitement, ainsi que les éventuels effets indésirables auxquels il est confronté ;
- un troisième entretien vise à apprécier l'observance du patient.

Considérant les différents profils d'anticancéreux oraux et leurs enjeux respectifs, deux rémunérations ont été définies en fonction de la molécule prise par le patient accompagné :

- 1) **Les traitements anticancéreux au long cours ou hormonothérapie**
 - 1^{ère} Année : 60 € pour les 3 entretiens. Pour les départements d'outre-mer, ce montant est fixé à 63 € ;
 - Années suivantes : 20 € pour un entretien d'observance. Pour les départements d'outre-mer, ce montant est fixé à 21 €.
- 2) **Les autres anticancéreux administrés par voie orale :**
 - 1^{ère} Année : 80 € pour les trois entretiens. Pour les départements d'outre-mer, ce montant est fixé à 84 € ;
 - Années suivantes : 30 € pour 2 entretiens thématiques (vie quotidienne - effets indésirables et observance). Pour les départements d'outre-mer, ce montant est fixé à 31,50 €.

2.4.2 Le dispositif d'intéressement en ville

Le rapport de l'an dernier contenait une proposition visant à renforcer les dispositifs d'intéressement des prescripteurs libéraux pour la prescription de différentes classes de médicaments. Depuis la publication du rapport, les travaux se sont concentrés sur le champ des médicaments biosimilaires.

En effet, les médicaments biosimilaires sont générateurs d'économies quand ils sont prescrits à la place des médicaments bioréférents car leurs prix sont inférieurs à ceux des médicaments de marque. Développer les biosimilaires stimule la performance et tend à faire baisser les prix, un enjeu toujours plus important pour garantir un large accès à l'innovation pour tous les patients. En outre, les mécanismes singuliers de production des médicaments issus de la biotechnologie peuvent entraîner des difficultés d'approvisionnement. Aussi, la diversification de l'offre de biosimilaires permet de rendre le marché moins sensible aux tensions, aux accidents de production ou aux éventuelles ruptures de stock qui peuvent exister comme la crise sanitaire vient de l'illustrer. Enfin, favoriser la prescription de médicaments biosimilaires constitue un levier de la stratégie nationale de santé qui vise un taux de pénétration des biosimilaires de 80% à l'horizon 2022.

Les négociations pour la mise en place de ce dispositif devraient commencer en septembre 2020 pour une mise en œuvre au début de l'année 2021. Deux groupes techniques avec les partenaires conventionnels se sont déjà réunis afin de co-construire le contenu.

A ce stade, le dispositif prévoit l'adhésion de tous les médecins conventionnés avec possibilité de refus individuel. Le champ des prescripteurs éligibles est tout de même réduit pour certains médicaments :

- **Etanercept** : médicament des pathologies inflammatoires chroniques rhumatismales. Les seuls médecins habilités à prescrire ce type de médicaments sont les rhumatologues, internistes, dermatologues, pédiatres.
- **Adalimumab** : il s'agit également d'un médicament des pathologies inflammatoires chroniques plutôt gastro-intestinales. Seuls les gastro-entérologues, rhumatologues, internistes, dermatologues, pédiatres et les ophtalmologistes sont concernés.
- **Follitropine alfa** : hormone utilisée dans la stimulation ovarienne. Seuls les endocrinologues, les gynécologues, les spécialistes des maladies métaboliques, les obstétriciens et les urologues peuvent le prescrire.

- ➔ **L'intéressement des médecins serait basé sur un partage des économies générées par la prescription des médicaments biosimilaires à la place des médicaments référents. Le dispositif d'intéressement à la prescription de biosimilaires pour les libéraux aurait un potentiel de 42 millions d'euros d'économies.**

2.4.3 La révision des nomenclatures

La recherche des gains d'efficience et des leviers d'efficience sur les actes des professionnels de santé qu'il s'agisse des médecins, des dentistes, des sages-femmes ou des professionnels paramédicaux passe avant tout par un examen attentif de la dynamique des différents postes de dépenses au regard des recommandations et de l'état de l'art en matière de pratique médicale ou paramédicale.

Néanmoins, un poste dynamique ne signifie pas nécessairement qu'il y a des mauvaises pratiques tout comme un poste à faible volume peut tout à fait être le résultat de pratiques obsolètes dont il convient d'accélérer la substitution pour des actes plus conformes à l'état de l'art.

Différents signaux doivent alerter le régulateur que ce soit dans l'analyse de la dépense, la disparité des pratiques, les modalités de facturations différentes, la concentration d'acteurs spéculatifs sur certains domaines afin d'identifier les marges d'amélioration et proposer des mesures de régulation.

La mise à jour des nomenclatures ne se fait pas nécessairement au même rythme que l'état de l'art ou de l'évolution des technologies. Dès lors, il est inévitable d'adapter les outils de facturation et les nomenclatures à l'état de l'art et aux nouvelles technologies. Ce travail doit être fait en concertation continue avec les professionnels de santé en co-construisant avec eux les référentiels.

La révision générale de la nomenclature des actes médicaux

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 pose le principe de révision de la nomenclature des actes pour les cinq prochaines années.

La classification commune des actes médicaux (CCAM) doit refléter l'état de l'art et les dernières recommandations. Cette mise à jour qui sera réalisée avec et pour les professionnels de santé constitue un des chantiers primordiaux de rénovation pour actualiser la nomenclature, la simplifier, lever les ambiguïtés ou encore limiter les marges d'optimisation tarifaire (liées à des associations non justifiées par exemple). C'est également un outil de pertinence des actes en écartant les actes obsolètes qui ne doivent plus être réalisés et en favorisant le cas échéant l'inscription d'actes largement pratiqués mais jamais réellement évalués.

En termes de régulation des actes médicaux ou paramédicaux, l'Assurance Maladie a d'ores et déjà initié avec succès depuis 2014 un certain nombre d'actions et de modifications des nomenclatures. Les associations d'actes non justifiées sont de plus en plus, et en concertation avec les professionnels de santé, soit directement bloquées sur les logiciels de facturation des professionnels de santé, soit clairement non autorisées dans la CCAM.

D'autres chantiers doivent être ouverts en lien avec les professionnels de santé visant à permettre une lecture non équivoque des règles de facturation, ce qui permettra d'éviter les contentieux inutiles d'une part et/ou les comportements opportunistes d'autre part.

2.5. Vers des actions d'accompagnement global conjuguant tous les leviers : l'exemple du parcours de soins des patients lombalgiques

Le retentissement important sur la qualité de vie et les risques de désinsertion sociale et professionnelle provoqués par la lombalgie sont les premiers facteurs de mise en œuvre d'une action à destination des assurés atteints, dont les objectifs sont d'améliorer le parcours de soins des patients lombalgiques, de limiter le risque de chronicisation dans la lombalgie commune et prévenir la désinsertion socio-professionnelle.

Le programme national sur la lombalgie a été lancé à l'automne 2017 avec pour dessein de véhiculer des messages visant à lutter contre les fausses croyances et ainsi limiter les arrêts de travail et la consommation de soins en rapport avec la lombalgie.

Ce programme a été conçu en partenariat avec un groupe de travail pluridisciplinaire constitué de représentants du Collège de la médecine générale, de la Société française de rhumatologie, de la Société française de médecine physique et de réadaptation, de la Société française de médecine du travail et du Collège national de la masso-kinésithérapie.

2.5.1 Un accompagnement d'ampleur

La campagne sur la lombalgie repose sur un plan media grand public et un accompagnement des médecins traitants par des visites de délégués de l'Assurance Maladie prenant en compte les spécificités de leur patientèle (défavorisée, affections de longue durée, etc.)

Les actions à destination de la population générale

L'action est construite principalement sur une campagne d'information large des patients en fournissant des explications simples sur la lombalgie.

La campagne média à destination du grand public a été axée sur la répétition de messages clés destinés à dissiper les peurs et les fausses croyances sur la lombalgie, via la diffusion de films courts à la télévision, des affichages dans les transports et des annonces dans la presse magazine.

Un document d'informations et de conseils destiné aux patients a été délivré par l'intermédiaire du médecin généraliste afin de répondre aux principales questions qu'ils se posent sur le mal de dos. Il insiste sur le bénéfice du maintien ou de la reprise de toute activité y compris professionnelle.

Activ'Dos est une application mobile gratuite élaborée pour accompagner les patients souffrant de mal de dos et ceux qui souhaitent prévenir l'apparition des douleurs grâce à plus de soixante exercices. L'application mobile, par son accessibilité, participe à l'appropriation des messages clés de la campagne par la population générale en la faisant participer activement au maintien ou à la récupération de leurs capacités physiques.

Elle permet d'accompagner le patient dans les exercices d'autoapprentissage au quotidien pour maintenir une activité physique adaptée, et peut ainsi être réalisé en première intention ou en complément d'une prise en charge antalgique et/ou kinésithérapique.

Préconisée par certains médecins généralistes, l'application rencontre un vif succès auprès des patients, dépassant durant la période de confinement le chiffre symbolique des 500.000 téléchargements.

Les actions à destination des professionnels de santé

L'ensemble des actions envisagées par l'Assurance Maladie, sont construites et portées de concert avec les représentants des sociétés savantes.

La prise de parole de l'Assurance Maladie se manifeste par la réalisation d'éléments de communication destinés aux professionnels de santé et co-construits avec les représentants du Groupe de travail pluridisciplinaire. Ces éléments constituent des moyens d'appropriation des messages par les professionnels de santé.

Un livret relatif à la prise en charge pluridisciplinaire de la lombalgie a été mis en œuvre par le groupe de travail Assurance Maladie – Sociétés savantes à l'initiative de la campagne grand public. Ce livret décrit la prise en charge non invasive de patients lombalgiques afin d'éviter le passage à la chronicité et la récurrence. Le document s'appuie sur une documentation scientifique avec l'analyse des dernières publications disponibles au niveau international en matière de lombalgie.

Ce travail est complémentaire de la fiche mémo élaborée par la Haute Autorité de Santé sur la « Prise en charge du patient présentant une lombalgie commune » de mars 2019 remise aussi au médecin généraliste dans le cadre de leur accompagnement.

Les actions à destination des entreprises

En 2018 et 2019, l'action sur la lombalgie consistait en un renforcement de la communication à destination des actifs et des employeurs, d'abord par la sensibilisation de tous les employeurs et notamment ceux des secteurs les plus touchés, sur l'enjeu que représentent les lombalgies liées au travail.

Ensuite en encourageant les employeurs à mettre en place une démarche de prévention à partir des solutions existantes (programme TMS Pros de l'Assurance Maladie - Risques professionnels).

Puis en donnant à l'ensemble des acteurs (employeurs, salariés, professionnels de santé...) les clés pour favoriser le maintien de l'activité professionnelle, dans des conditions adaptées si nécessaire.

Les dispositifs du volet entreprises résultent d'une collaboration étroite avec l'INRS, en concertation avec la Société française de médecine du travail et les organisations professionnelles des secteurs d'activité les plus touchés par la lombalgie : bâtiment, transport et logistique, aide & soins à la personne, gestion des déchets et commerce

L'accompagnement des entreprises s'est également manifesté par une implication inédite des services de santé au travail, qui ont bénéficié de visites de délégués de l'Assurance Maladie ou d'échanges confraternels. Lors de ces rencontres, la campagne globale et les dispositifs accessibles à ces services étaient présentés, en particulier le conseiller service de l'Assurance Maladie, destiné à faciliter les relations entre le patient, le médecin traitant, le médecin conseil et le médecin du travail.

2.5.2 Une action efficace sur l'opinion publique et des marges d'amélioration

Une enquête effectuée en 2019 auprès d'un échantillon représentatif de 2 000 français de 18 ans et plus, 271 actifs issus de secteurs sinistrogènes, 116 employeurs et 300 médecins généralistes, permet une comparaison avec les données recueillies en 2017.

La campagne sur la lombalgie aura été bénéfique en termes d'évolution des représentations sur la lombalgie par la population générale puisque 77% du grand public sait désormais que « *lorsque l'on a mal au dos, une activité physique doit être maintenue* ». Ceci représente une augmentation de 21 points par rapport à la mesure effectuée en 2017.

Par ailleurs, une population plus nombreuse estime que le retour rapide au travail aide à mieux prévenir le mal de dos (59%) et en guérir plus vite (57%). Soit une augmentation de 7 points par rapport à la mesure effectuée 2017.

De plus, la campagne de communication aura permis de faire évoluer la perception de la lombalgie par les médecins généralistes et leur pratique. En effet, les médecins privilégient de plus en plus les conseils en première consultation et repoussent la prescription d'arrêts de travail en deuxième consultation. Et ils déclarent mieux savoir prévenir la chronicisation de la lombalgie puisque 39% d'entre eux estiment qu'il est facile de prévenir cette chronicisation. Soit une augmentation de 8 points par rapport au baromètre de 2017.

Ces éléments sont à relativiser au regard des zones de fragilité de l'opinion du grand public sur des idées reçues, l'assertion « la lombalgie ne permet pas de pratiquer d'activité physique » recueillant 36% d'approbation, soit autant que lors du baromètre 2017.

Les médecins restent également sensibles aux idées reçues, 42% des médecins généralistes pensent encore qu'en cas de mal de dos « il vaut mieux arrêter ses activités quotidiennes ».

L'enjeu pour l'Assurance Maladie les prochaines années, est de continuer à prendre la parole sur la thématique. Il est ainsi toujours nécessaire d'informer les médecins sur les différentes phases d'évolution de la lombalgie depuis sa phase aiguë (évolution inférieure à 4 semaines) jusqu'au passage à la chronicité (évolution supérieure à 3 mois), de sensibiliser le médecin sur les 3 périodes clés pour le patient lombalgique : J0 (1ère consultation pour lombalgie aiguë), S4 (à 4 semaines d'évolution persistante) et M3 (à 3 mois d'évolution persistante) et de persister dans la répétition des messages relatifs aux bienfaits de l'activité physique quelle qu'elle soit (activité de la vie quotidienne, travail), sur le mal de dos, pour installer durablement la thématique dans l'opinion.

Il sera également important d'attirer l'attention des médecins sur la place de l'imagerie qui ne doit pas être réalisée systématiquement, et ne relève pas de la radiographie simple lorsqu'elle est indiquée, de soins de

masso-kinésithérapie active à partir de la phase subaiguë et d'une concertation avec le médecin du travail et le médecin conseil dès la 4^{ème} semaine afin de prévenir la désinsertion socio-professionnelle.

2.5.3 Une évaluation de l'impact de l'action sur la lombalgie à venir

L'action sur la lombalgie menée par l'Assurance Maladie est inspirée d'une campagne grand public australienne, menée il y a près de 20 ans sur les fausses croyances de la population, qui a montré une amélioration significative. Cette tendance était encore perceptible 3 ans après l'arrêt de la campagne. L'action aurait notamment conduit à une diminution :

- de 15% des consultations dédiées aux lombalgies par rapport aux consultations pour d'autres motifs,
- une réduction des coûts médicaux globaux de 20%.

La campagne lombalgie française étant en cours, une évaluation précise de son impact ne sera disponible qu'à moyen terme.

L'évaluation à venir repose essentiellement sur l'analyse de la consommation de soins et le versement d'indemnités journalières aux assurés présentant des durées d'arrêts de travail courtes (inférieures à 6 mois) et longues (supérieures à 6 mois).

Cependant, ces assurés sont considérés comme les plus graves. La campagne cible davantage des assurés aux durées d'arrêt de travail potentiellement plus courtes, se situant dans la phase aiguë ou subaiguë de leur lombalgie. La méthodologie d'évaluation employée permet néanmoins une première analyse du parcours de soins pour les patients arrêtés plus de 6 mois en 2018.

Le Rapport Charges et Produits pour l'année 2017 présentait le parcours de soins des patients ayant eu un arrêt long en 2014. Certaines données ont été actualisées pour l'année 2018 :

- les arrêts de plus de six mois montraient un recours important à certains chirurgiens (neurochirurgiens et/ou chirurgiens orthopédiques), alors que le recours au spécialiste médical est à privilégier. En 2018, les assurés en arrêt de plus de 6 mois sont encore plus de 70% à n'avoir pas consulté de spécialiste médical. En revanche, dans le même temps, le recours aux chirurgiens est moindre. Ce dernier point est cohérent avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé.
- les soins de masso-kinésithérapie étaient présents en 2014, sans doute réalisés précocement, à un stade aigu de la lombalgie, de manière trop systématique. Les données de 2018 sont similaires à celles de 2014.
- le recours à l'imagerie du rachis lombaire (radiographie) semblait trop fréquent malgré les recommandations à l'encontre de cette pratique. Les actes d'imagerie effectués suite à l'arrêt de travail initial en 2018 restent, relativement au nombre de patients, dans les mêmes proportions qu'en 2014. Il est néanmoins constaté globalement une réduction globale du nombre d'imageries de l'ordre de 20% (5,8 millions d'imageries lombaires en 2014 contre 4,6 millions en 2018), ce qui témoigne d'une validation du message de la campagne relatif à la non-prescription en première intention d'imagerie du rachis.

Propositions pour maîtriser la croissance des dépenses en 2021 et garantir la pérennité du système de santé

Proposition 1 : Promouvoir la prescription de metformine par une nouvelle action d'accompagnement auprès des médecins généralistes

Le recours à la metformine reste aujourd'hui trop faible par rapport aux recommandations car il existe en pratique des freins à sa prescription et à son utilisation. L'Assurance Maladie propose donc de mener une action d'accompagnement des médecins généraliste visant à favoriser la juste prescription de metformine et à améliorer l'efficacité des soins. Cette campagne sera portée auprès de médecins identifiés comme moindres prescripteurs et visera à réaffirmer la place de la metformine en rappelant son efficacité et en rassurant sur sa tolérance, ainsi qu'à aider le médecin dans sa prescription en lui apportant des informations pratiques.

Proposition 2 : Accompagner de manière ciblée les prescripteurs d'hypolipémiants sur la thématique du mésusage

Face aux mésusages constatés dans la prescription d'hypolipémiants, certains prescripteurs ciblés feront l'objet en 2020/2021 d'une action de sensibilisation de l'Assurance Maladie centrée sur le mésusage. L'objectif est d'accompagner ces prescripteurs dont les taux de prescriptions ne respectent pas la stratégie thérapeutique des traitements hypolipémiants, les principaux messages portant sur le rappel de la stratégie thérapeutique et des recommandations européennes de prise en charge de l'hypercholestérolémie.

Proposition 3 : Déployer la mise sous demande d'accord préalable des anti-PCSK9 afin de favoriser leur juste prescription

Les anti-PCSK9 représentent une innovation dans la prise en charge des désordres lipidiques, mais le respect des lignes de traitement et de la stratégie thérapeutique définies par les recommandations représentent un enjeu majeur de santé publique (respect du bon usage), ainsi que financier. Afin de limiter le mésusage constaté et d'accompagner les prescripteurs dans le respect des recommandations, l'Assurance Maladie a décidé de placer Repatha® et Praluent® sous demande d'accord préalable. La mise en œuvre de la demande d'accord préalable vise à permettre de répondre à ce double objectif. Ce déploiement de la DAP par l'Assurance Maladie fera l'objet d'un accompagnement auprès des prescripteurs concernés et des pharmaciens.

Proposition 4 : Améliorer le diagnostic de la dépression et sa prise en charge par un accompagnement des médecins sur la prescription d'antidépresseurs

Le sous-diagnostic de la dépression chez les personnes de plus de 65 ans entraîne des complications graves chez les personnes plus âgées (amaigrissement, « syndrome de glissement » et entrée dans la dépendance). Les antidépresseurs ont une place importante dans la prise en charge médicamenteuse de la dépression mais se heurtent aux difficultés d'application des recommandations par les médecins. L'Assurance Maladie déploiera une campagne d'échanges confraternels visant à accompagner les médecins dans la prise en charge de cette pathologie, permettant d'améliorer le diagnostic de dépression et sa prise en charge, dans la mesure où il existe une non-optimisation de la prescription d'antidépresseurs soit par excès, soit par défaut. Dans un deuxième temps, une campagne portera sur la sensibilisation des médecins au risque iatrogénique de la prescription au long cours des antidépresseurs chez la personne âgée de plus de 75 ans.

Proposition 5 : Prévenir la désinsertion professionnelle par l'expérimentation des plateformes de services départementales

Chaque année, plus d'un million de salariés se voient notifier des avis de médecins du travail comportant des restrictions d'aptitude ou des demandes d'aménagement de poste de travail, plusieurs dizaines de milliers d'entre eux étant déclarés inaptes à tout poste de travail dans l'entreprise et licenciés. Afin de participer à la sécurisation des parcours professionnels et prévenir l'exclusion de la sphère travail, il convient d'améliorer la coordination des acteurs intervenants sur ce champ, caractérisé également par une multitude de dispositifs. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie va expérimenter une plate-forme départementale de services médico-socio-professionnels associant les acteurs de l'Assurance Maladie et les partenaires institutionnels (services de santé au travail, Pôle emploi, opérateurs de placement spécialisé, etc.). dans 25 territoires à partir d'octobre 2020. Cette plateforme fonctionnera comme un intégrateur de compétences en coordonnant les actions réalisées par les services de l'Assurance Maladie, en assurant l'articulation entre les professionnels de santé (médecin traitant/médecin-conseil/médecin du travail) et en accompagnant l'assuré.

Proposition 6 : Développer des actions de maîtrise médicalisée sur des examens de biologie ciblés, dans un cadre concerté avec les médecins prescripteurs et les médecins biologistes

La maîtrise médicalisée des examens de biologie médicale vise à favoriser une plus grande pertinence des actes tout en accompagnant le patient pour que celui-ci ne perçoive pas ces actions comme une restriction à l'accès à certains examens. Afin de définir le champ des actions de maîtrise médicalisée déployées par l'Assurance Maladie, un groupe de travail sera mis en place avec les représentants des médecins prescripteurs et les médecins biologistes, permettant de définir les thèmes retenus pour ces actions mais également de co-construire les modalités d'actions.

Par ailleurs, il est proposé de mettre en cohérence les différentes dispositions législatives encadrant la possibilité pour les biologistes médicaux d'ajuster les prescriptions. Cette possibilité d'ajustement doit se faire au regard de la nomenclature des actes de biologie médicale en ouvrant la possibilité de déprescrire sans validation par le prescripteur, tout en laissant la possibilité à ce dernier de demander expressément sur l'ordonnance que la totalité des actes soit effectuée.

Proposition 7 : Engager une campagne de sensibilisation sur le bon usage de l'échographie cardiaque en pré-opératoire, permettant d'aider les professionnels dans leur choix de prescription

La pratique de l'échographie dans le cadre d'un bilan préopératoire pour chirurgie programmée connaît une forte croissance mais est réalisée avec une très grande variabilité d'un établissement à l'autre. Ces disparités montrent que les demandes d'examen ne répondent pas nécessairement à une indication validée, en l'absence de facteur de risque cardio-vasculaire identifié. La réalisation de ces échographies, au-delà de l'aspect financier, diminue l'offre de soins de cardiologies des patients pour lesquels le recours se justifie plus. En collaboration avec les professionnels de santé concernés, l'Assurance Maladie va engager une campagne de sensibilisation sur le bon usage de l'échographie cardiaque en pré-opératoire. L'objectif sera notamment de diffuser les recommandations élaborées par les cardiologues, permettant d'aider les professionnels dans leur choix de prescription en fonction de l'état de santé du patient et du contexte opératoire.

Proposition 8 : Reprendre dès 2020 la démarche de déploiement régional des parcours de soins élaborés dans le cadre de « Ma santé 2022 »

La mobilisation des professionnels de santé dans le contexte sanitaire récent a retardé le déploiement envisagé des différents parcours de soins. Le suivi des patients atteints de maladie chronique a été interrompu. Alors que celui-ci reprend, les professionnels de santé observent les conséquences négatives de cette interruption. Il convient donc de reprendre rapidement le déploiement de parcours qui soient à la fois simples, centrés sur l'organisation afin d'améliorer la pertinence et la qualité des prises en charge au plus près des territoires. Car décliner la pertinence c'est aussi l'adapter à la réalité territoriale.

Il sera proposée aux différents conseils nationaux professionnels concernés en accord avec la HAS d'une part d'étendre la déclinaison territoriale du parcours « Insuffisance cardiaque » au-delà des premières régions expérimentatrices (AuRA et Grand Est) vers 3 régions supplémentaires (Normandie, Ile de France et Nouvelle Aquitaine) et d'autre part de décliner rapidement trois autres pathologies : Syndrome coronaire chronique, épilepsie et DMLA.

Proposition 9 : Modéliser l'impact en santé et le potentiel économique de la mise en place des parcours pertinence (sur l'insuffisance cardiaque)

La mesure fine et complète d'un impact économique lié au déploiement des parcours peut s'avérer complexe. Les améliorations d'organisation de la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque visent en particulier une réduction des hospitalisations évitables très fréquentes pour des épisodes aigus de décompensation. Une approche à partir de la cartographie médicalisée des dépenses s'attachant au suivi de l'évolution des prises en charges comportant des épisodes aigus peut constituer une première étape d'appréciation des gains financiers potentiels dus à leur réduction

Proposition 10 : Poursuivre le déploiement des volets du programme d'accompagnement au retour à domicile, Prado, pour les pathologies chroniques et les personnes âgées, et déployer un volet en sortie de SSR

L'Assurance Maladie en partenariat avec les établissements, les professionnels de santé de ville, notamment les structures d'exercice coordonnées, et les associations de patients poursuivra :

- le déploiement des volets à forte valeur ajoutée notamment ceux relatifs aux pathologies chroniques (IC/BPCO/AVC),
- la généralisation effective du volet personnes âgées de plus de 75 ans, qui concerne potentiellement un effectif de 700 000 personnes.

Le programme tirera également les enseignements des volets déployés à l'occasion de la crise sanitaire liée à la Covid 19 notamment en sortie du SSR, ce qui permettra de déployer dès 2021 un volet spécifique concernant tous les patients.

Le programme pourra également venir en appui de parcours élaborés dans le cadre des territoires afin de répondre aux besoins identifiés à l'occasion de l'élaboration des projets de santé des CPTS.

Proposition 11 : Construire avec les représentants des gastro-entérologues une démarche d'amélioration de la qualité des endoscopies

Des réflexions ont démarré entre l'Assurance Maladie et le SYNMAF (Syndicat National des Médecins Français Spécialistes de l'Appareil Digestif) pour accompagner une démarche d'amélioration de la qualité des endoscopies. Comme cela a été réalisé dans divers pays européens ou au Canada, l'objectif est de mettre en place une base nationale de recueil des données dans le domaine de l'endoscopie digestive qui permettrait l'amélioration des pratiques individuelles. Ce projet pourrait aboutir à moyen terme d'ici 2 à 3 ans. L'Assurance Maladie pourrait accompagner cette démarche sur le plan conventionnel en encourageant les gastroentérologues à adhérer au dispositif et en valorisant la démarche d'amélioration de la qualité des endoscopies.

Proposition 12 : Relancer une campagne de communication sur la lombalgie ainsi qu'une campagne d'accompagnement des professionnels de santé

L'Assurance Maladie souhaite relancer une campagne de communication grand public dès septembre 2020 afin de reprendre la parole sur l'importance de l'activité physique lorsque l'on a mal au dos dans un contexte marqué par les séquelles du confinement.

Une campagne d'accompagnement des professionnels de santé sera également enclenchée fin 2020 qui se poursuivra en 2021. Elle reviendra sur les points clefs de la prise en charge notamment en apportant un éclairage sur la prescription d'examen complémentaires, qui demeurent un sujet de questionnement et les bons réflexes en matière de kinésithérapie .

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

1. L'épidémie de COVID-19 a eu un impact majeur et durable sur la consommation de soins et sur la santé de la population

1.1. Une épidémie d'une ampleur inédite

Rarement dans son histoire, notre système de santé aura été confronté à un défi d'une telle ampleur. L'épidémie de COVID-19, dont les premiers cas rapportés en France remontent au début de l'année 2020 a connu une progression très rapide, amenant au déclenchement de la phase 3 du plan pandémie le 14 mars 2020, et à l'instauration d'un état d'urgence sanitaire dont la mesure la plus emblématique a été la mise en place d'un confinement généralisé de la population pendant près de deux mois.

Cette mesure visait à réduire la circulation du virus et le nombre de contaminations par la réduction des contacts interpersonnels. L'un des effets principaux attendus était la réduction du nombre de cas cliniques graves, comme les détresses respiratoires aiguës. L'augmentation très importante de l'incidence de cas graves dans les premières semaines du mois de mars a fait craindre une saturation des capacités des services de réanimation, confrontés à des patients aux tableaux cliniques particulièrement lourds dont le besoin de soins intensifs pouvait nécessiter plusieurs semaines d'hospitalisation.

Le confinement s'est donc notamment accompagné, dans le cadre du plan blanc, de mobilisation des services, établissements et professionnels de santé, d'un effort sans précédent d'augmentation des capacités d'accueil des réanimations, dont le nombre de lits a presque été doublé en quelques semaines, grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé. Cet effort s'est accompagné de mesures d'annulation des séjours et procédures chirurgicales et interventionnelles programmées, afin de préserver la capacité à accueillir un nombre encore plus important de patients, éviter les contaminations croisées lors de ces séjours et préserver les stocks de médicaments indispensables à la prise en charge de patients appelant des soins de réanimation.

Moins de 6 mois après le diagnostic des premiers cas en France, il serait prématuré de vouloir apprécier le bilan sanitaire complet d'une épidémie certes « sous contrôle » mais dont le virus continue de circuler dans la population, exposant au risque potentiel d'une reprise de l'épidémie, sous forme de foyers circonscrits ou de « seconde vague ». Ce n'est d'ailleurs ni l'objet ni la vocation de ce rapport que de le faire. Il serait en revanche difficilement compréhensible que ce rapport formule des analyses et propositions sur l'évolution du système de santé français pour l'année 2021 et au-delà, sans prendre en compte, même imparfaitement, les conséquences, potentielles ou avérées, d'une crise dont l'impact sanitaire et économique apparaît d'ores et déjà comme majeur et par bien des aspects, durable.

Encadré 1. Les critères définissant la population vulnérable à risque de développer une forme grave de Covid-19 selon de Haut Conseil de Santé publique (avis du 20 avril 2020)

Définition

Dans son avis rendu le 14 mars 2020, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a proposé des critères définissant les catégories de la population à risque vis-à-vis de la Covid-19, c'est-à-dire à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV2. Ces critères ont été ensuite actualisés dans l'avis du 20 avril 2020.

Les personnes à risque de forme grave de Covid-19 sont :

- les personnes âgées de 65 ans et plus (même si les personnes âgées de 50 ans à 65 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée) ;
- les personnes avec des antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée (avec des complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, d'insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques, non équilibrés ou présentant des complications ;
- les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment) ;
- les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les personnes atteintes d'un cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m²) ;

- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
 - médicamenteuse : chimiothérapie anticancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
 - infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 <200/mm³ ;
 - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
 - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;
- les personnes atteintes de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie ;
- les femmes enceintes, au troisième trimestre de la grossesse, compte tenu des données disponibles et considérant qu'elles sont très limitées.

Il s'agit d'une actualisation des critères antérieurement définis dans l'avis du 14 mars 2020. L'actualisation a notamment diminué le critère d'âge de la population de 5 ans et le critère relatif à l'indice de masse corporelle (antérieurement défini à > 40 kg/m²). Un critère relatif au syndrome drépanocytaire majeur ou à un antécédent de splénectomie a également été ajouté.

Méthodologie

Les critères de vulnérabilité définis par le HCSP reposent pour certains d'entre eux sur des données qui ne peuvent pas toutes être précisément repérées par la Cartographie :

- soit parce qu'aucun algorithme de la Cartographie ne s'en approche, c'est par exemple le cas de l'obésité morbide (même si certaines personnes sont repérées via le diabète) ;

- soit parce que l'indicateur défini dans la Cartographie, bien que portant sur la même pathologie, ne porte pas sur le même stade de gravité de la maladie. Par exemple, le stade NYHA d'insuffisance cardiaque et le score de gravité de la cirrhose ne sont pas pris en compte dans la Cartographie car ils ne sont pas disponibles dans le SNDS.

Afin de tenir compte de cette incertitude, deux populations d'étude ont été utilisées, l'une sélectionnée à partir de critères plus larges, quitte à surestimer sa taille (sélection dite inclusive) et l'autre en utilisant des critères plus strictes (dite restrictive). Les critères ayant présidé à cette sélection sont présentés dans le Tableau 1.

L'analyse porte dans un premier temps sur la comparaison des deux sélections de population, ensuite sur la comparaison entre les populations vulnérable et non vulnérable, et enfin, sur la description de la polypathologie (telle que définie dans le rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 », avec la même sélection de pathologies parmi celles de la Cartographie), chez les personnes ayant une vulnérabilité non liée à l'âge.

1.2. Près d'un Français sur trois présente un ou plusieurs critères de vulnérabilité à la COVID-19, d'après les données de la Cartographie en 2018, le plus souvent du fait de l'âge ou de l'hypertension artérielle.

Suivant la sélection réalisée, après extrapolation à la population tous régimes, le nombre de personnes vulnérables est estimé entre 22,5 millions de personnes (34% de la population) pour la sélection inclusive et 21,5 millions (32%) pour la sélection restrictive (Tableau 18).

La vulnérabilité liée à l'âge (personne âgée de 65 ans ou plus) concerne 19% de la population (12,9 millions de personnes en tous régimes) et la vulnérabilité non liée à l'âge, 28,5% (19,0 millions). Parmi les personnes d'au moins 65 ans, 72,5% présentent également une vulnérabilité non liée à l'âge selon la sélection inclusive (66,4% selon la sélection restrictive).

Après le critère d'âge, le second plus fréquent est le traitement antihypertenseur chronique (approximant le critère « hypertension artérielle » du HCSP), qui concerne 11,7 millions de personnes après extrapolation à la population tous régimes (18% de la population), quelle que soit la sélection. Enfin, dans la population de moins de 65 ans, 17,8 % ont une vulnérabilité non liée à l'âge, (8,0 % un traitement antihypertenseur chronique).

Pour la sélection inclusive comme pour la sélection restrictive, la prévalence de la vulnérabilité est plus élevée chez les femmes (37 % et 35 % respectivement) que chez les hommes (31 % et 29 % respectivement). Les

répartitions par âge et sexe des deux populations sélectionnées sont très proches (Figure 63). Les personnes de 25-65 ans représentent 37% de la population dans la sélection inclusive, 35% dans la sélection restrictive. Les personnes de 65 ans et plus représentent 58% de la population dans la sélection inclusive, 60% dans la sélection restrictive.

Par la suite, dans un souci de simplification, seule la sélection inclusive est prise en compte.

Tableau 18 : Effectifs et prévalences des critères de vulnérabilité à partir des données de la Cartographie pour l'année 2018 (régime général et extrapolés tous régimes)

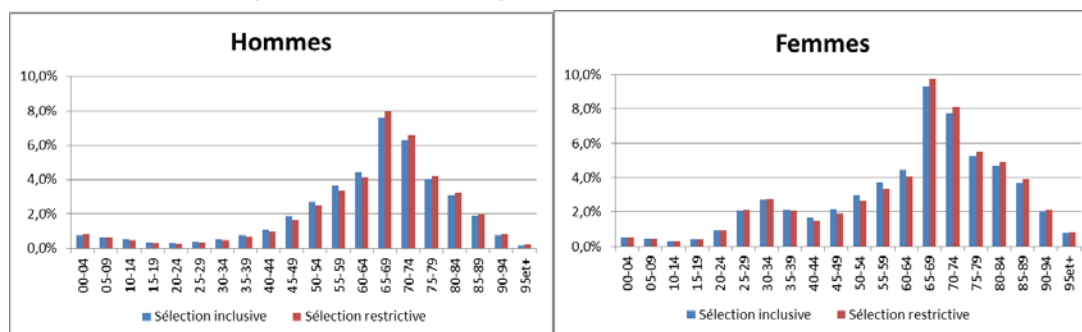
Critère de vulnérabilité vis-à-vis de la Covid-19 (HCSP)	Sélection inclusive				Sélection restrictive			
	Définition	Effectifs RG	Effectifs TR*	%	Définition	Effectifs RG	Effectifs TR*	%
	Population de la Cartographie 2018	57 929 000	66 618 000	100%	Population de la Cartographie 2018	57 929 000	66 618 000	100%
	total sélection inclusive	19 576 000	22 512 000	34%	total sélection restrictive	18 659 000	21 457 000	32%
âge ≥ 65 ans	âge ≥ 65 ans	11 253 000	12 941 000	19%	âge ≥ 65 ans	11 253 000	12 941 000	19%
insuffisance rénale chronique dialysée	insuffisance rénale chronique terminale (dialyse ou transplant)	84 000	96 000	0,1%	insuffisance rénale chronique dialysée	46 000	53 000	0,1%
insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV	insuffisance cardiaque	678 000	780 000	1%	insuffisance cardiaque aiguë	153 000	176 000	0,3%
cirrhose stade B au moins	« maladies du foie » de la Cartographie	394 000	453 000	0,7%	ALD n°6	180 000	207 000	0,3%
antécédents cardiovasculaires								
antécédent d'AVC					AVC	772 000	888 000	1%
coronaropathie	maladies cardiovasculaires	4 114 000	4 731 000	7%	maladie coronaire	1 679 000	1 931 000	3%
chirurgie cardiaque					NEANT			
hypertension artérielle	traitement antihypertenseur chronique (au moins 3 délivrances dans l'année)	10 177 000	11 704 000	18%	traitement antihypertenseur chronique (au moins 3 délivrances dans l'année)	10 177 000	11 704 000	18%
Diabétiques insulinodépendants ou présentant des complications secondaires à leur pathologie (micro/macroangiopathie)	diabète	3 304 000	3 800 000	6%	diabète insulino-traité	746 000	858 000	1%
Insuffisants respiratoires chroniques sous oxygénothérapie ou asthme ou mucoviscidose ou toute pathologie respiratoire susceptible de décompenser avec une infection virale	maladie respiratoire chronique (incluant mucoviscidose)	3 166 000	3 641 000	6%	maladie respiratoire chronique (incluant mucoviscidose)	3 166 000	3 641 000	6%
Immunodépression								
médicamenteuse (immunosuppresseur)	NEANT				NEANT			
médicamenteuse (biothérapie)	NEANT				NEANT			
médicamenteuse (corticothérapie à dose immunosuppressive)	corticothérapie avec 6 délivrances dans l'année (pas de notion de dose)	439 000	505 000	0,8%	corticothérapie avec 6 délivrances dans l'année (pas de notion de dose)	439 000	505 000	0,8%
consécutives à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques	NEANT				NEANT			
médicamenteuse (chimiothérapie)								
atteint d'hémopathie maligne en cours de traitement	cancer (en phase active de traitement ou en surveillance)	2 724 000	3 132 000	5%	cancer en phase active de traitement	1 214 400	1 397 000	3%
présentant un cancer métastaté								
Infection VIH non contrôlée ou CD4<200/m ³	infection à VIH	134 000	154 000	0,2%	infection à VIH	134 000	154 000	0,2%
femmes enceintes	maternité	1 200 000	1 381 000	2%	maternité	1 200 000	1 381 000	2%
obésité morbide (IMC >30 kg/m ²)	NEANT				NEANT			
syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie	ALD n°10	19 000	22 100	0,0%	ALD n°10	19 000	22 000	0,0%

Champ : Régime général – France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020)

* Extrapolation des effectifs "Tous Régimes" (multiplicateur approximatif et appliqué sans distinction à l'ensemble des groupes, faisant l'hypothèse que la population non couverte par le RG a les mêmes pathologies et la même distribution d'âge que le RG)
effectifs Cartographie * 1,15 (1/0,87) (les affiliés au RG correspondant en 2018 à approximativement 87% de la population totale des affiliés)

Figure 63. Répartition par âge des deux populations sélectionnées, selon le sexe



Champ : Régime général – France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020)

1.2.1 La vulnérabilité est plus fréquente chez les femmes de 20-44 ans que chez les hommes aux mêmes âges.

Comme attendu, au vu des connaissances épidémiologiques sur les pathologies prises en compte dans la définition du HCSP, la prévalence de la vulnérabilité augmente avec l'âge : 6% chez les moins de 20 ans, 14% chez les 20-44 ans, 35% chez les 45-64 ans et 100% à partir de 65 ans (Tableau 19). Elle est plus élevée chez les femmes (37%) que chez les hommes (31%), en raison de la surreprésentation des femmes dans la population âgée de plus de 65 ans et du critère lié à la maternité.

Tableau 19. Prévalence de la vulnérabilité vis-à-vis de la Covid-19, par sexe et classe d'âge, d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive)

	Hommes		Femmes		Total	
	N=26,8 millions		N=31,1 millions		N=57,9 millions	
	n (millions)	Prévalence	n (millions)	Prévalence	n (millions)	Prévalence
Tous âges	8,2	31%	11,3	37%	19,6	34%
0-19 ans	0,4	6%	0,3	5%	0,8	6%
20-44 ans	0,6	7%	1,8	19%	2,5	14%
45-64 ans	2,5	37%	2,6	33%	5,1	35%
65 ans et plus	4,7	100%	6,6	100%	11,2	100%

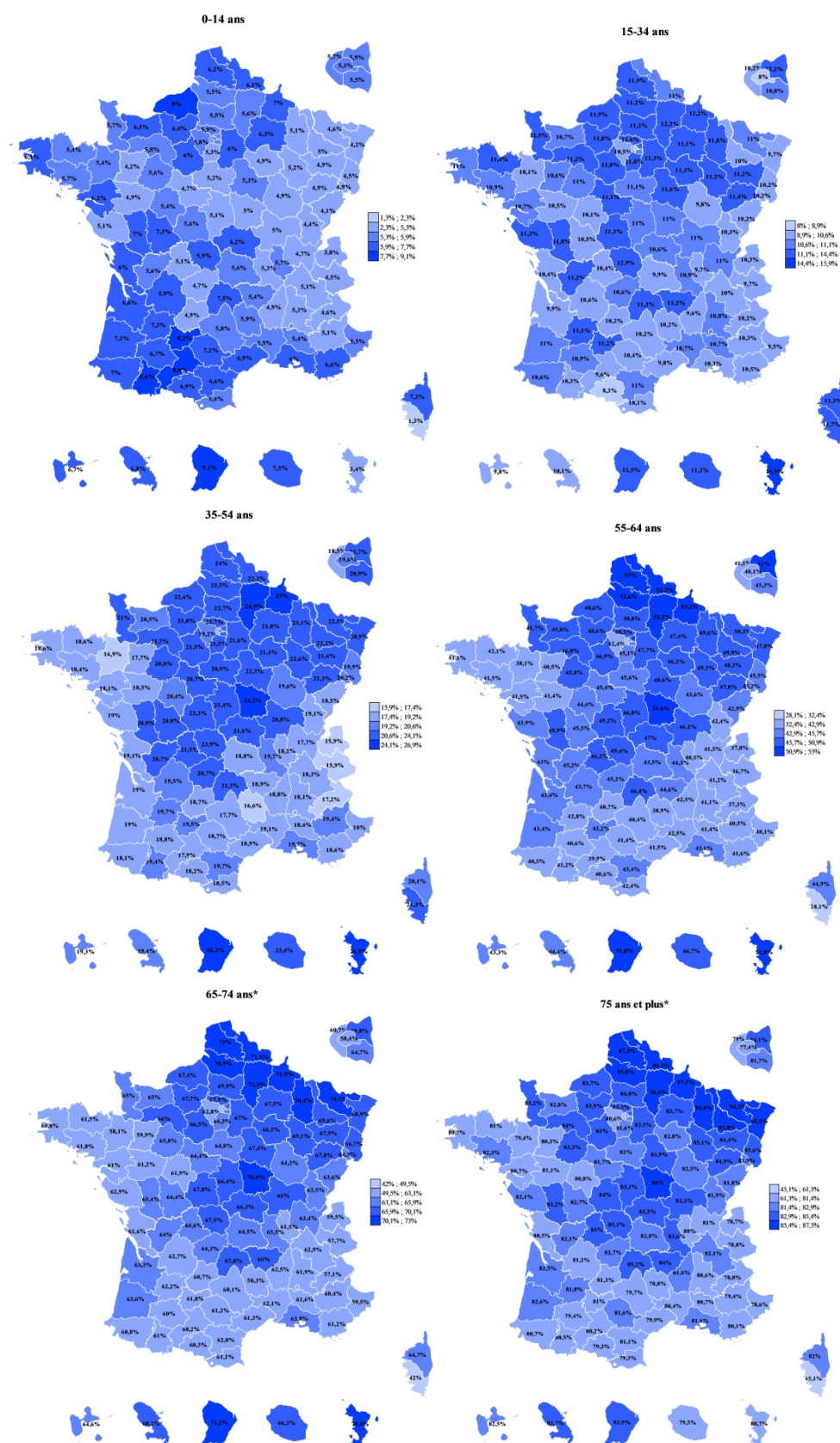
Champ : Régime général – France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020)

1.2.2 La vulnérabilité est globalement plus fréquente dans le Nord, l'Est et le Centre de la France, et dans l'Ouest chez les plus jeunes.

Quel que soit l'âge considéré, la prévalence de la vulnérabilité non liée à l'âge est plus élevée dans le Nord et l'Est de la France (Figure 64). Il s'agit en outre de zones particulièrement touchées par l'épidémie de Covid-19. La vulnérabilité est plus fréquente dans l'Ouest de la France pour les tranches d'âge 0-14 ans et 15-19 ans.

Figure 64. Prévalence de la vulnérabilité vis-à-vis de la Covid-19 par département, selon la classe d'âge, d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive)



Champ : Régime général – France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020)

*pour les classes d'âges au-delà de 65 ans, la prévalence de la vulnérabilité non liée à l'âge est représentée.

1.2.3 Une population vulnérable marquée par une plus grande précarité sociale et un profil de pathologie plus important

Pour toutes les tranches d'âge (avant 65 ans), on retrouve une fréquence plus importante de bénéficiaire de la CMUc et de l'AAH dans la population vulnérable vis-à-vis de la Covid-19 que dans la population non vulnérable (Tableau 20). Toutes deux sont délivrées suivant une condition de plafond de ressources, et l'AAH également sur un critère d'incapacité. Cette incapacité peut être directement liée aux pathologies chroniques définissant la vulnérabilité. La répartition par indice de désavantage social diffère peu entre les personnes vulnérables et non vulnérables, mais les quelques différences suggèrent que la population vulnérable réside dans des zones plus désavantagées socialement que la population non vulnérable.

Les personnes vulnérables, outre les pathologies définissant en propre la vulnérabilité, semblent également davantage atteintes d'autres pathologies sans lien avec les facteurs de risque liés à la Covid. Ainsi, parmi la population vulnérable, 5% sont pris en charge par ailleurs pour une maladie neurologique ou dégénérative contre 1% dans la population non vulnérable, de même pour les maladies psychiatriques (6% et 3%, respectivement) et les « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA » (4% et 1%, respectivement), cet écart est variable selon les tranches d'âge mais va toujours dans le sens d'une plus forte prévalence dans la population vulnérable.

Tableau 20. Caractéristiques sociodémographiques et catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins selon la vulnérabilité vis-à-vis de la Covid-19, d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive – par définition les patients âgés de 65 ans et plus sont tous inclus dans la population vulnérable)

	Population vulnérable							Population non vulnérable				
	0-14 ans	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et plus	Tous âges	0-14 ans	15-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	Tous âges
	N=0,6 million	N=1,5 million	N=3,0 millions	N=3,2 millions	N=6,0 millions	N= 5,1 millions	N=19,6 millions	N=10,1 millions	N=12,5 millions	N=11,8 millions	N=3,9 millions	N=38,3 millions
femmes	39%	80%	58%	50%	55%	62%	58%	49%	50%	53%	58%	51%
CMUc	21%	17%	12%	7,5%	2,0%	0,8%	5,9%	17%	11%	8,2%	5,2%	11%
CMUc ou ACS	24.3%	20.8%	16.4%	11.6%	5.7%	3.6%	9.5%	20.7%	14.5%	10.7%	7.5%	14.2%
allocation pour adultes handicapés*	0,0%	2,0%	5,0%	4,3%	0,5%	0,2%	1,8%	0,0%	0,9%	1,9%	2,1%	1,1%
ALD en cours	17%	18%	43%	55%	42%	62%	47%	2,0%	3,3%	5,7%	7,5%	4,1%
indice de désavantage social												
1er quintile	20%	18%	19%	18%	19%	20%	19%	20%	21%	22%	22%	21%
2e quintile	21%	21%	20%	19%	20%	19%	20%	20%	21%	21%	21%	21%
3e quintile	20%	21%	20%	20%	21%	21%	21%	20%	21%	20%	21%	20%
4e quintile	19%	20%	20%	21%	21%	21%	20%	19%	19%	19%	19%	19%
5e quintile	21%	20%	21%	22%	20%	21%	21%	20%	19%	17%	17%	19%
Maladies cardiovasculaires	5%	5%	13%	21%	18%	37%	21%	0%	0%	0%	0%	0%
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	1%	6%	36%	47%	35%	38%	35%	0%	0%	1%	6%	1%
Diabète	2%	5%	15%	23%	17%	19%	17%	0%	0%	0%	0%	0%
Cancers	2%	4%	12%	16%	13%	19%	14%	0%	0%	0%	0%	0%
Maladies psychiatriques	2%	3%	8%	8%	5%	7%	6%	1%	2%	4%	5%	3%
Maladies neurologiques ou dégénératives	1%	1%	2%	2%	3%	14%	5%	0%	1%	1%	2%	1%
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscid	88%	22%	20%	16%	9%	12%	16%	0%	0%	0%	0%	0%
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1%	3%	5%	4%	3%	4%	4%	0%	1%	1%	2%	1%
Insuffisance rénale chronique terminale	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscido	1%	2%	4%	4%	2%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	5%	4%	4%	5%	4%	9%	5%	1%	1%	1%	2%	1%
Maternité (avec ou sans pathologies)	0%	58%	11%	0%	0%	0%	6%	0%	0%	0%	0%	0%

Champ : Régime général – France entière

Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020)

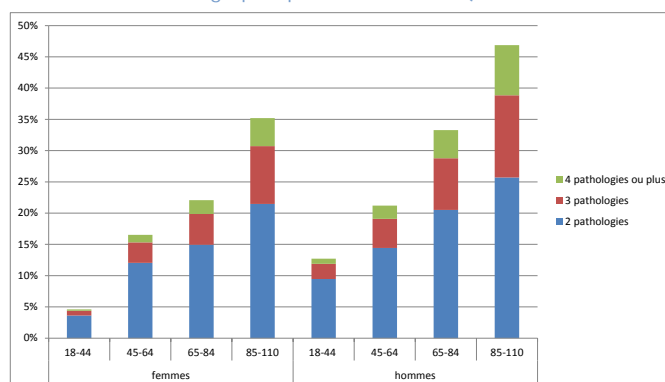
*Seules les personnes sans activité professionnelle sont repérées.

1.2.4 La polypathologie concerne 22% des adultes présentant une vulnérabilité non liée à l'âge.

La polypathologie est définie comme la présence simultanée de plusieurs pathologies chez le même individu. Dans un précédent rapport⁴⁹, nous avons décrit la polypathologie à partir d'une sélection de pathologies de la Cartographie. Nous décrivons ci-dessous la fréquence de la polypathologie et les associations de pathologies chez les adultes (≥ 18 ans)⁵⁰ présentant une polypathologie, parmi les personnes ayant une vulnérabilité non liée à l'âge vis-à-vis de la Covid-19 (selon la sélection inclusive). On notera que les critères de vulnérabilité utilisés dans la Cartographie, même ceux non liés à l'âge, ne correspondent pas tous à une pathologie : traitement antihypertenseur chronique, corticothérapie, maternité. Inversement, de nombreuses pathologies prises en compte dans la définition de la polypathologie ne font pas partie des critères de vulnérabilité, en particulier les pathologies psychiatriques et neurologiques.

Parmi les 15,4 millions d'adultes ayant une vulnérabilité non liée à l'âge, la polypathologie en concerne 6,9 millions (22%). La prévalence de la polypathologie augmente fortement avec l'âge et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, avec une différence particulièrement marquée entre 18 et 44 ans puisque la prévalence chez les hommes est environ le double de celle chez les femmes (Figure 65).

Figure 65. Prévalence de la polypathologie par classe d'âge et par sexe chez les personnes ayant une vulnérabilité non liée à l'âge d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive hors critère d'âge)



Champ : Régime général – France entière
Source : Cnam (Cartographie version de juillet 2020)

Le profil des combinaisons de pathologies chez les personnes vulnérables évolue en fonction de l'âge : avant 45 ans, les principales pathologies identifiées sont les maladies respiratoires chroniques, pathologie plus spécifique à la population vulnérable, ainsi que les pathologies liées à la santé mentale et le diabète, comme en population générale (voir le rapport pour 2019).

Entre 45 et 85 ans, le diabète et la maladie coronaire représentent une part importante de la polypathologie de la population vulnérable comme dans la population non vulnérable ; comme chez les plus jeunes, la polypathologie est aussi très liée aux maladies respiratoires chroniques. Dans cette tranche d'âge, les associations de pathologies les plus fréquentes chez les femmes sont le diabète et les maladies respiratoires chroniques, alors que chez les hommes, il s'agit des maladies coronaires et du diabète. Au-delà de 85 ans, dans de nombreuses combinaisons, on retrouve des maladies cardiaques ; à partir de cet âge, on voit apparaître chez les personnes vulnérables présentant une polypathologie, des maladies neurologiques ou dégénératives, de manière plus importante chez les femmes.

Ces résultats illustrent la grande diversité des profils de vulnérabilité vis-à-vis de la Covid-19, avec probablement des niveaux de vulnérabilité qui augmentent avec le nombre de critères de vulnérabilité. Ils montrent également les autres pathologies que peuvent présenter ces personnes en plus des critères de

⁴⁹ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2019, page 43

⁵⁰ La polypathologie est plus complexe à repérer chez les enfants du fait de syndromes polymalformatifs et de pathologies psychiatriques souvent associées ou dont le diagnostic évolue au cours du temps.

vulnérabilité, comme les pathologies psychiatriques et neurodégénératives, notamment les démences chez les personnes âgées.

Ainsi, au-delà des conséquences directes de l'épidémie de COVID-19 sur ces populations, leur profil de plus grande vulnérabilité sociale et les profils de polypathologie plus complexes les exposent dans les suites de l'épidémie à des complications plus sévères sur le long terme et par ailleurs au risque de non recours aux soins hors-COVID comme le reste de la population. Une attention particulière devra être portée à cette population et à son suivi au long cours.

Tableau 21. Associations de pathologies les plus fréquentes chez les personnes polypathologiques ayant une vulnérabilité non liée à l'âge d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive hors critère d'âge), quel que soit le sexe

Classes d'âge	Effectifs	%*	Associations les plus fréquentes parmi les personnes avec 2 pathologies ou 3 pathologies, en 2018		
18 à 44 ans	66 892	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	9 608	7.5	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques	
	7 805	6.1	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	4 286	3.3	Autres cancers	Maladies respiratoires chroniques	
	3 684	2.9	Diabète	Maladies du foie ou du pancréas**	
	3 234	2.5	Troubles psychotiques	Maladies respiratoires chroniques	
	7 467	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	1 680	5.7	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies respiratoires chroniques
	1 406	4.8	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies du foie ou du pancréas**
	1 177	4.0	Troubles psychotiques	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques
	756	2.6	Diabète	Troubles psychotiques	Troubles névrotiques et de l'humeur
	499	1.7	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques
45 à 64 ans	368 219	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	61 606	9.3	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	56 828	8.5	Maladie coronaire	Diabète	
	26 068	3.9	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques	
	24 870	3.7	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	
	18 851	2.8	Diabète	Autres cancers	
	54 884	100	ensemble des combinaisons de 3 pathologies		
	7 670	3.9	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	5 521	2.8	Maladie coronaire	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	Diabète
	5 010	2.5	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques
	4 522	2.3	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies respiratoires chroniques
	3 696	1.9	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Diabète
65 à 84 ans	704 708	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	122 117	10.8	Maladie coronaire	Diabète	
	89 494	7.9	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	52 367	4.6	Diabète	Autres cancers	
	37 798	3.3	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	
	29 903	2.6	Accident vasculaire cérébral	Diabète	
	99 904	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	18 500	4.4	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	14 240	3.4	Maladie coronaire	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	Diabète
	12 750	3.1	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Diabète
	10 201	2.4	Maladie coronaire	Diabète	Autres cancers
	7 180	1.7	Insuffisance cardiaque	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
85 ans et plus	206 547	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	16 740	5.1	Maladie coronaire	Diabète	
	14 152	4.3	Diabète	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	
	13 681	4.2	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
	11 169	3.4	Accident vasculaire cérébral	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	
	10 841	3.3	Insuffisance cardiaque	Maladies respiratoires chroniques	
	37 781	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	4 470	3.0	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Diabète
	4 239	2.8	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Maladies respiratoires chroniques
	2 942	2.0	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Démences (dont maladie d'Alzheimer)
	2 716	1.8	Insuffisance cardiaque	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	2 457	1.6	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques

* Les pourcentages sont calculés parmi les personnes avec 2 pathologies ou plus et parmi les personnes avec 3 pathologies ou plus, respectivement

**seules les maladies du foie sont utilisées pour identifier les personnes vulnérables vis-à-vis de la Covid-19

	Maladies psychiatriques
	Maladies respiratoires chroniques
	Maladies neurologiques ou dégénératives
	Diabète
	Maladies cardiovasculaires
	Cancers
	Maladies du foie ou du pancréas

☐ Critère définissant la vulnérabilité vis-à-vis de la Covid-19

Tableau 22. Associations de pathologies les plus fréquentes chez les femmes polypathologiques ayant une vulnérabilité non liée à l'âge d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive hors critère d'âge)

Classes d'âge	Effectifs	%*	Associations les plus fréquentes parmi les femmes avec 2 pathologies et parmi les femmes avec 3 pathologies, en 2018		
18 à 44 ans	37 686	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	6 936	10.1	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques	
	4 670	6.8	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	2 803	4.1	Autres cancers	Maladies respiratoires chroniques	
	1 993	2.9	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	
	1 630	2.4	Maladies respiratoires chroniques	Maladies inflammatoires chroniques intestinales	
	3 390	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	857	6.0	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles additifs	Maladies respiratoires chroniques
	684	4.8	Troubles psychotiques	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques
	426	3.0	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles additifs	Maladies du foie ou du pancréas**
	393	2.7	Diabète	Troubles psychotiques	Troubles névrotiques et de l'humeur
	380	2.7	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques
45 à 64 ans	176 245	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	33 114	10.6	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	19 814	6.4	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques	
	15 744	5.1	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	
	11 845	3.8	Maladie coronaire	Diabète	
	9 165	2.9	Diabète	Cancer du sein de la femme	
	17 154	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	3 593	4.3	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques
	2 612	3.1	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles additifs	Maladies respiratoires chroniques
	2 256	2.7	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	1 951	2.3	Diabète	Troubles psychotiques	Troubles névrotiques et de l'humeur
	1 518	1.8	Troubles psychotiques	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques
65 à 84 ans	308 668	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	46 008	9.0	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	32 617	6.4	Maladie coronaire	Diabète	
	23 423	4.6	Diabète	Cancer du sein de la femme	
	23 059	4.5	Diabète	Autres cancers	
	16 681	3.3	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	
	34 355	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	5 362	3.2	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	4 216	2.5	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Diabète
	3 581	2.1	Insuffisance cardiaque	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	3 141	1.9	Diabète	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques
	2 757	1.6	Diabète	Autres cancers	Maladies respiratoires chroniques
85 ans et plus	151 321	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	11 120	5.3	Diabète	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	
	8 749	4.1	Insuffisance cardiaque	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	
	8 710	4.1	Accident vasculaire cérébral	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	
	8 365	4.0	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
	8 222	3.9	Maladie coronaire	Diabète	
	27 184	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	2 511	2.8	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Diabète
	2 421	2.7	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Maladies respiratoires chroniques
	2 098	2.3	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Démences (dont maladie d'Alzheimer)
	1 859	2.0	Insuffisance cardiaque	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	1 858	2.0	Insuffisance cardiaque	Démences (dont maladie d'Alzheimer)	Maladies respiratoires chroniques

* Les pourcentages sont calculés parmi les personnes avec 2 pathologies ou plus et parmi les personnes avec 3 pathologies ou plus, respectivement

**seules les maladies du foie sont utilisées pour identifier les personnes vulnérables vis-à-vis de la Covid-19

Tableau 23. Associations de pathologies les plus fréquentes chez les hommes polypathologiques ayant une vulnérabilité non liée à l'âge d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive hors critère d'âge)

Classes d'âge	Effectifs	%*	Associations les plus fréquentes parmi les hommes avec 2 pathologies et parmi les hommes avec 3 pathologies, en 2018		
18 à 44 ans	33 810	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	3 135	5.3	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	2 672	4.5	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques	
	2 310	3.9	Troubles addictifs	Maladies du foie ou du pancréas**	
	2 242	3.8	Diabète	Maladies du foie ou du pancréas**	
	2 067	3.5	Troubles psychotiques	Maladies respiratoires chroniques	
	4 924	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	980	6.4	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies du foie ou du pancréas**
	823	5.4	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies respiratoires chroniques
	493	3.2	Troubles psychotiques	Troubles névrotiques et de l'humeur	Maladies respiratoires chroniques
	363	2.4	Diabète	Troubles psychotiques	Troubles névrotiques et de l'humeur
	339	2.2	Troubles psychotiques	Troubles addictifs	Maladies respiratoires chroniques
45 à 64 ans	215 410	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	44 983	12.7	Maladie coronaire	Diabète	
	28 492	8.1	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	12 893	3.6	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	
	11 583	3.3	Diabète	Maladies du foie ou du pancréas**	
	9 868	2.8	Diabète	Autres cancers	
	35 690	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	5 414	4.7	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	4 696	4.1	Maladie coronaire	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	Diabète
	2 938	2.6	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Diabète
	1 976	1.7	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies du foie ou du pancréas**
	1 910	1.7	Troubles névrotiques et de l'humeur	Troubles addictifs	Maladies respiratoires chroniques
65 à 84 ans	408 538	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	89 500	14.5	Maladie coronaire	Diabète	
	43 486	7.1	Diabète	Maladies respiratoires chroniques	
	29 308	4.8	Diabète	Autres cancers	
	25 809	4.2	Diabète	Cancer de la prostate	
	25 389	4.1	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	
	84 979	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	13 138	5.3	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	11 875	4.8	Maladie coronaire	Artériopathie oblitérante du membre inférieur	Diabète
	8 534	3.4	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Diabète
	8 104	3.3	Maladie coronaire	Diabète	Autres cancers
	5 907	2.4	Maladie coronaire	Diabète	Cancer de la prostate
85 ans et plus	84 958	100	ensemble des personnes avec 2 pathologies ou plus		
	8 518	7.4	Maladie coronaire	Diabète	
	5 316	4.6	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	
	4 867	4.2	Maladie coronaire	Autres cancers	
	4 382	3.8	Maladie coronaire	Maladies respiratoires chroniques	
	4 080	3.5	Diabète	Autres cancers	
	18 834	100	ensemble des personnes avec 3 pathologies ou plus		
	1 959	3.3	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Diabète
	1 818	3.1	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Maladies respiratoires chroniques
	1 362	2.3	Maladie coronaire	Diabète	Autres cancers
	1 296	2.2	Maladie coronaire	Diabète	Maladies respiratoires chroniques
	1 064	1.8	Maladie coronaire	Insuffisance cardiaque	Autres cancers

* Les pourcentages sont calculés parmi les personnes avec 2 pathologies ou plus et parmi les personnes avec 3 pathologies ou plus, respectivement

**seules les maladies du foie sont utilisées pour identifier les personnes vulnérables vis-à-vis de la Covid-19

1.3. Un impact sanitaire direct et indirect très important, dont les conséquences seront durables

1.3.1 L'impact sanitaire direct est très lourd

Le bilan humain direct de l'épidémie de COVID-19, tel qu'on peut l'apprécier à la fin du premier semestre 2020 est très lourd, avec près de 30 000 décès attribués, dont une part importante de personnes âgées et près de 100 000 patients hospitalisés dont un grand nombre en soins intensifs. L'effectif de patients atteints de formes modérées, et plus encore asymptomatiques, reste à ce jour difficilement évaluable, même si les études de séroprévalence qui sont en cours de réalisation permettront d'éclairer cette question.

A moyen et long terme, il est à craindre qu'un nombre important de patients ayant été hospitalisés en soins intensifs pour des formes graves conjuguent les complications et suite de l'infection elle-même, encore mal connues et documentées, avec les conséquences difficilement évitables de séjours très longs en réanimation, très éprouvants pour les patients comme les infections associées aux soins, les escarres, les complications thromboemboliques, la fonte musculaire, les troubles neurocognitifs ou psychologiques ou encore la perte d'autonomie pour les patients les plus fragiles. L'accompagnement de ces patients au long cours va nécessiter des actions spécifiques, comme un parcours de soins adapté ou des actions de prévention, ainsi qu'un suivi particulièrement attentionné de la part de leur médecin traitant.

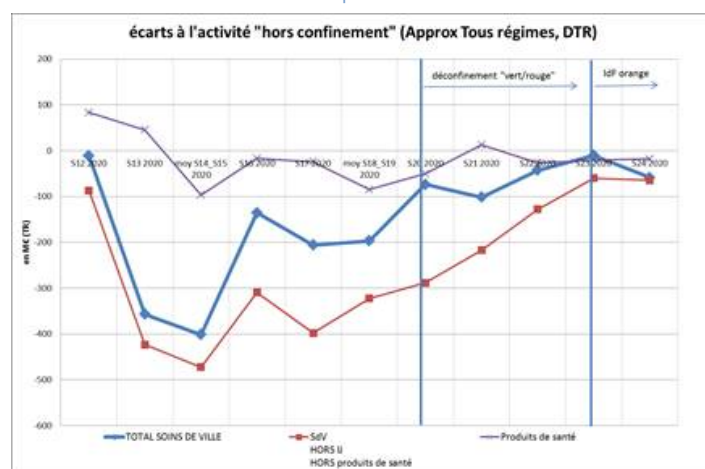
Depuis le début de l'épidémie, les connaissances concernant le virus et ses modes de transmission se sont améliorées de manière spectaculaire. De même, la connaissance des facteurs de risque de développer une forme grave de la maladie et les mécanismes physiopathologiques qui conduisent à de telles formes, a fortement progressé. En dépit de ces progrès, beaucoup d'incertitudes demeurent sur de nombreux aspects de cette épidémie, ce qui n'est pas surprenant au regard de la relative nouveauté de ce virus et du caractère inédit d'un tel épisode.

1.3.2 Une baisse spectaculaire du recours aux soins hors COVID-19 sur l'ensemble du territoire pendant l'ensemble de la durée du confinement

Le recours aux soins a diminué de manière très forte dès le début du confinement

Dès la mise en place du confinement à la mi-mars 2020, a été observée une chute majeure, très rapide et durable du recours aux soins sur l'ensemble du territoire, pour la quasi-totalité des compartiments de l'offre de soins, hospitalière et de ville, avec cependant une intensité variable selon les professions de santé (Figure 66).

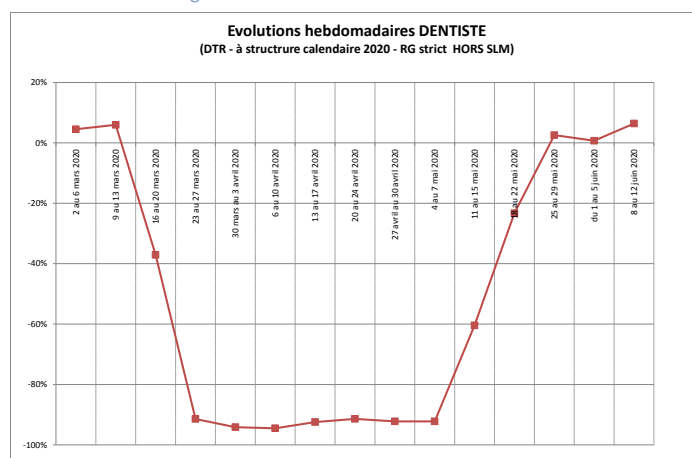
Figure 66 : Evolution de l'activité et des dépenses des soins de ville pendant la période de confinement et les premières semaines de post-confinement



Champ : France entière, tous régimes, date de remboursement
Source : SNDS

Ainsi, certains professionnels, comme les ophtalmologues et les orthoptistes ou encore les chirurgiens-dentistes (Figure 67), ont eu une activité quasi-nulle pendant la période de confinement en diminution de 80 à 90 % par rapport aux années précédentes.

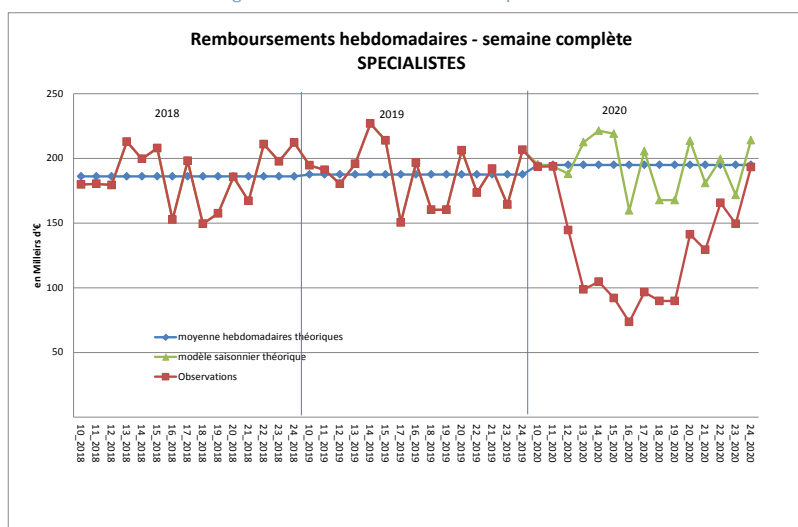
Figure 67 : Remboursements dentistes



Champ : France entière, RG-hors SLM, date de remboursement
Source : SNDS

D'autres professions, comme les médecins spécialistes -hors médecine générale- (- 60 %), (Figure 68) ou les masseurs kinésithérapeutes et les pédicures (-70 %) ont également été très fortement impactées.

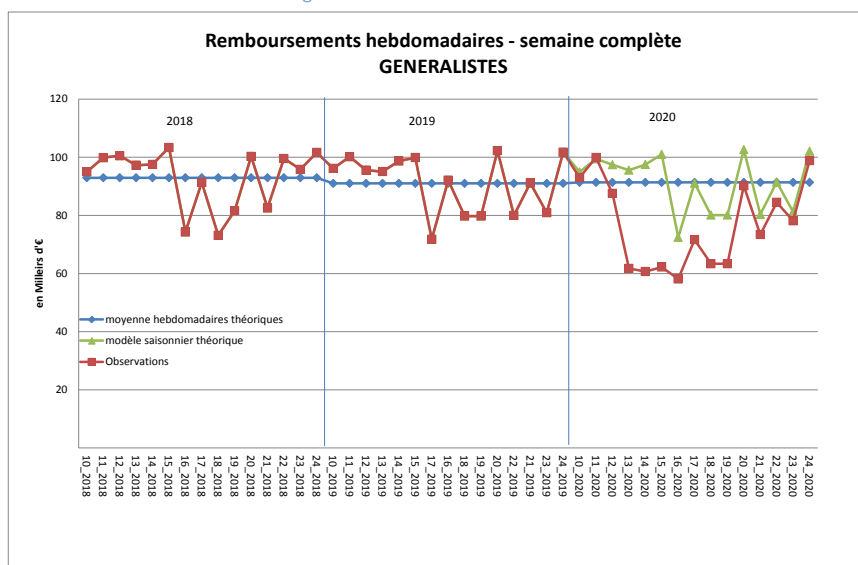
Figure 68 : Remboursements spécialistes



Champ : France entière, , RG-hors SLM, date de remboursement
Source : SNDS

Les médecins généralistes (Figure 69) et les sages-femmes ont vu leur activité diminuer, mais dans des proportions moins importantes, de l'ordre de 30 %.

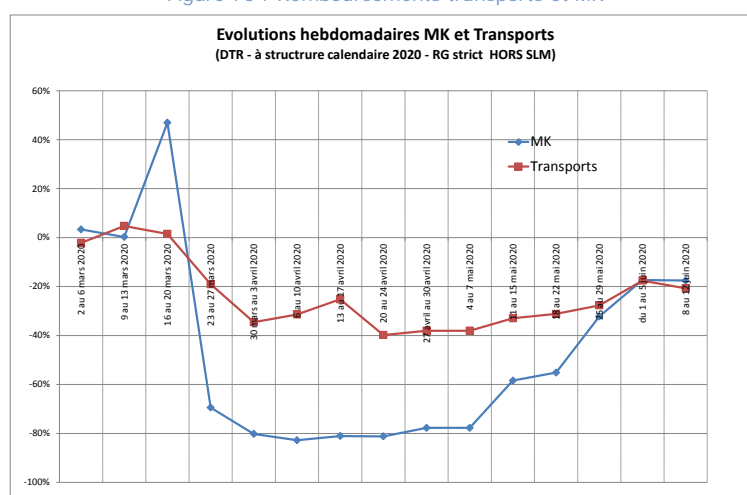
Figure 69 : Remboursements MG



Champ : France entière, , RG-hors SLM, date de remboursement

Source : SNDS

Figure 70 : Remboursements transports et MK



Champ : France entière, , RG-hors SLM, date de remboursement

Source : SNDS

Les IDE libérales ont été les professionnels dont l'activité a subi la baisse la moins importante, restée très proche du niveau des années précédentes. Derrière cette apparente stabilité on retrouve une grande variabilité de situations individuelles d'une IDEL à l'autre, tant en volume d'activité que de nature des actes réalisés.

Cette chute massive de l'activité des professionnels est la traduction de deux phénomènes distincts. Le premier est l'annulation de la plus grande partie de l'activité programmée et non urgente dans le cadre des mesures de confinement. On voit ainsi que l'activité en cabinet (consultations, actes techniques et cliniques) des médecins spécialistes a été plus fortement impactée que leur activité en établissement (actes techniques et hospitalisation) – - 60 % contre - 51 %. Le second phénomène est un non-recours « choisi » ou subi par les patients, soit par crainte d'une contamination à l'occasion de ce recours aux soins, soit par volonté de ne pas perturber le travail des professionnels de santé confrontés à la gestion de l'épidémie, pour des motifs en apparence moins importants.

On retrouve une baisse d'une intensité comparable pour l'ensemble de l'activité programmée des établissements de santé publics et privés, dont les ressources ont été dédiées ou préservées pour la gestion des cas de COVID et urgences vitales.

A partir du 13 avril, la baisse d'activité a été légèrement moins marquée pour les médecins généralistes, l'activité de consultations des spécialistes et celle des infirmiers. Cette légère croissance par rapport au début du confinement traduit sans doute la nécessité pour des raisons de santé de refaire appel au système de soins, confortée par les messages publics diffusés pour inciter les personnes malades à prendre contact ou aller voir leur médecin traitant.

Une reprise des soins progressive à partir du 11 mai

A partir du 11 mai, les règles de confinement ont été allégées, et l'activité de soins est progressivement remontée sans retrouver à mi-juin les niveaux d'évolution 2019/2020 de la période pré-confinement. Les remboursements de soins de généralistes comparés à ceux de la même période de 2019 ne baissent plus que d'environ -25% à -10% selon les semaines en intégrant les téléconsultations dont le recours a significativement baissé dans l'immédiat déconfinement tout en restant à un niveau très important indiquant que cette pratique de consultation peut s'inscrire de plus en plus dans l'activité des médecins généralistes. De même la baisse de l'activité de consultation des spécialistes passe d'environ [-60% à -40%] pendant le confinement à [-30%, 0%]. Les remboursements de soins de masso-kinésithérapie et des transports progressent depuis le début du déconfinement mais n'ont pas encore retrouvé leur niveau antérieur. Enfin les dentistes ont retrouvé leur niveau d'activité.

1.3.3 Un moindre recours aux soins dont les conséquences sanitaires varient selon les publics et le type de soins

La baisse du recours aux soins ne se traduit pas systématiquement et immédiatement par une dégradation de l'état de santé des populations concernées. Dans certains cas, le report une consultation d'un examen ou d'un acte thérapeutique n'a que des conséquences très limitées sur l'état de santé de la personne concernée, du moins à court terme. Dans d'autres cas, les conséquences peuvent en être beaucoup plus sérieuses. Par ailleurs, les conséquences peuvent se manifester très rapidement comme elles peuvent s'exprimer plus tardivement.

L'impact sur le recours aux soins des urgences vitales

Ainsi, en France, comme dans de nombreux pays, on a pu observer une diminution importante, voire une quasi-« disparition » de cas de certaines urgences vitales graves, arrivant dans les établissements de santé ou les services d'urgence. La diminution très forte des infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux arrivant aux urgences ou en régulation directe a par exemple été décrite en Italie ou en Chine dès le début de l'épidémie (1). Si une partie de cette baisse peut s'expliquer par le fait que de nombreux patients à risque de ces épisodes ont pu également être atteints de COVID-19 ou par une moindre incidence des épisodes eux-mêmes, de nombreux signaux indiquent qu'une partie importante de cette baisse s'explique par une sollicitation plus tardive, voire un non-recours des patients au moment de cet épisode.

Ainsi une étude publiée par une équipe de l'HEGP, basée sur l'analyse des registres d'appel des Sapeur-pompiers couplée aux données hospitalières, a retrouvé un doublement des arrêts cardiaques extrahospitaliers constaté en région Ile de France, contemporain à la période de confinement, dont les auteurs estiment qu'un tiers seulement pouvait directement être attribué à des cas de COVID-19 (2). La létalité des cas s'est avérée plus importante avec un taux de patient arrivés vivant à l'hôpital diminuant de 22,8 % à 12,8%, témoignant ainsi de cas plus graves. Une autre étude, menée par le SAMU 93 indique cependant que la réponse des services d'urgences pré-hospitalières et la prise en charge communautaire ne semblent pas s'être significativement dégradées pendant cette période, suggérant donc fortement le rôle d'un recours plus tardif aux soins en cas d'évènement cardio-vasculaire aigu dans ces résultats (3).

L'Ile de France ayant été particulièrement touchée par l'épidémie, il convient de ne pas tirer de conclusion générale sur l'ensemble du territoire français, mais ces résultats laissent supposer cependant que, pour d'autres types d'urgences vitales, on puisse s'attendre à retrouver des phénomènes comparables aboutissant, soit à une surmortalité extrahospitalière, au domicile par exemple, soit à des cas significativement plus graves, nécessitant des traitements plus lourds avec des conséquences à long terme plus grave pour les patients concernés.

L'analyse des parcours de soins de patients pris en charge et en particulier des certificats de décès des patients décédés à domicile apportera sur ces questions des éclairages très importants.

Un recul très fort des activités de prévention avec des conséquences de long terme potentiellement graves

En dépit du très fort développement de la télémédecine, en particulier de la téléconsultation, dont les règles de réalisation et de facturation ont été très largement assouplies pendant l'épisode épidémique (et dont l'essor est analysée plus loin dans ce rapport), le recours aux soins de médecine générale a très fortement diminué pendant la période de confinement.

De manière mécanique, les études menées par Epi-PHARE⁵¹ ont montré un impact très significatif et particulièrement préoccupant sur le recours aux actes et activités de prévention (4).

Ainsi, le nombre de vaccinations a diminué pendant le confinement pour rester durablement bas, jusqu'à la fin du confinement. Si la vaccination des nouveaux-nés semble avoir été moins impactée, l'ensemble des vaccins a connu une baisse très importante, -43 % pour la vaccination HPV, ou -16 % pour le ROR, par exemple.

Epi-PHARE estime ainsi que « le nombre de vaccins non réalisés sur l'ensemble des 8 semaines de confinement et à rattraper atteignait respectivement pour ces 4 produits 44 000 nourrissons pour les vaccins penta/hexavalents des 3 à 18 mois, 90 000 personnes tous âges pour les vaccins anti-HPV, 123 000 pour le ROR et 450 000 pour les vaccins antitétaniques destinés aux rappels des enfants, adolescents et adultes. »

Ces chiffres s'expliquent en grande partie par la diminution des consultations présentes, puisque l'administration d'un vaccin ne peut se faire par téléconsultation. Si ce moindre recours n'expose pas les personnes concernées à un risque accru à court terme, il est particulièrement important de mener des actions spécifiques à destination des populations concernées pour rattraper ce retard et éviter des conséquences négatives à plus long terme, en particulier pour les vaccination ROR ou HPV.

Le cas particulier du dépistage organisé du cancer colorectal

L'exemple du cancer colorectal (CCR) illustre tout particulièrement la complexité de l'appréciation de l'impact de la crise et des actions à mener pour accompagner un retour à une situation « normale ».

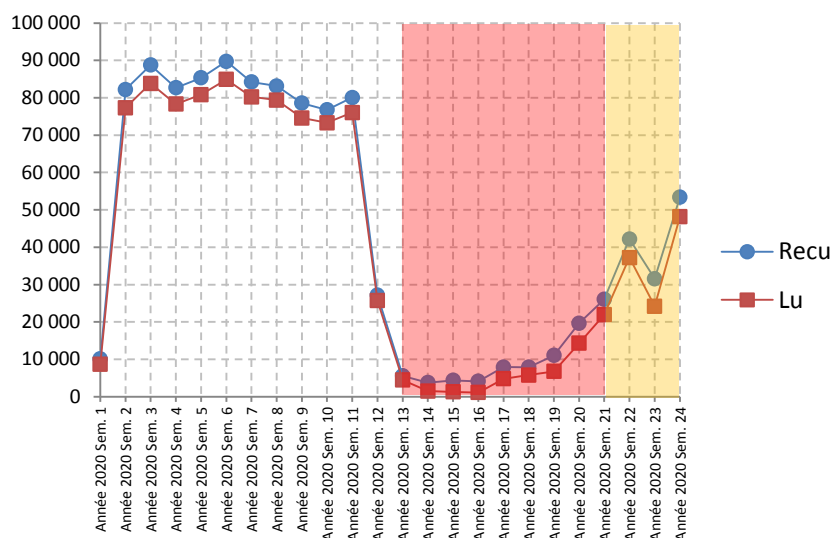
Dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, des courriers sont adressés aux assurés éligibles pour qu'ils se rendent chez leur médecin généraliste pour recevoir un kit contenant un test de dépistage. Ce dernier doit être ensuite adressé par le patient par courrier au laboratoire chargé de procéder à son analyse, consistant à rechercher par un marqueur immunologique des traces de sang dans les selles, évocateurs de saignement occulte et donc de potentiels polypes digestifs. En cas de positivité, le patient est invité à réaliser une endoscopie digestive basse à la recherche d'anomalies (polypes ou autres lésions suspectes, qui lorsqu'elles sont présentes font l'objet d'une exérèse et d'une analyse anatomo-pathologique recherchant le caractère malin des lésions, qui s'il est confirmé entraîne la réalisation d'un bilan d'extension locale et générale. En fonction du résultat, une chirurgie du cancer colique peut être programmée associée pour les cas sévères d'une chimiothérapie dite adjuvante.

L'activité de dépistage implique donc l'ensemble de la chaîne des acteurs du soin.

L'analyse des données du dépistage organisé du cancer colorectal montre une baisse très significative des tests lus par le laboratoire chargé de l'analyse des tests, ce dès le début du confinement et de manière durable. Cela s'explique en partie par la suspension de l'envoi des courriers d'invitation au début du confinement, mais résulte sans doute surtout de la très forte diminution des contacts présents avec les médecins généralistes couplée à une attention sans doute moins importante des patients dans un contexte de pandémie particulièrement anxiogène. Par ailleurs, l'augmentation des délais postaux résultant des mesures de confinement fait qu'un nombre plus important qu'à l'accoutumée de tests sont arrivés au-delà de 6 jours après leur envoi, les rendant non interprétables du fait de la dégradation de l'échantillon de selles.

⁵¹ Le groupement d'intérêt scientifique Epi-PHARE a été créé fin 2018 par l'ANSM et la Cnam, EPI-PHARE. Il réalise, pilote et coordonne des études de pharmaco-épidémiologie à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS), pour éclairer les pouvoirs publics dans leur prise de décision. (<https://www.epi-phare.fr/>)

Figure 71 : Evolution du nombre de test de dépistage CCR reçus et interprétés par semaine sur l'année 2020 avant, pendant (rouge) et en immédiat post-confinement (orange)



Source : Cerba ®

On observe ainsi une cassure très nette de la courbe de tests reçus et lus à partir du début du confinement (Figure 71). Les campagnes de dépistage organisées étant construites sur des périodes de deux ans, les patients n'ayant pas répondu initialement sont par la suite relancés par courrier pour maximiser leur participation. Le nombre de tests analysés oscillait entre 75 000 et 80 000 par semaine au début de l'année 2020. Il est passé très rapidement en dessous 5 000 tests par semaine. Ainsi, en tenant compte de la dynamique initiale du dépistage organisé en début 2020, ce sont plusieurs centaines de milliers de tests qui n'ont pas été reçus ou interprétés sur la période.

Devant cette situation, dès la fin du confinement généralisé des mesures d'information en population générale ont été réalisées pour inciter à un retour vers les soins et une consultation longue dite de bilan post-confinement a été proposée, par l'intermédiaire des médecins libéraux, aux patients âgés et atteints d'une pathologie chronique. Les premiers résultats partiels semblent montrer une augmentation du nombre de tests interprétés et une reprise de cette activité de dépistage, qui demeure cependant encore très en-deçà de la tendance pré-confinement. Parallèlement, les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers ont mis en place des plans de rattrapage des dépistages non effectués, avec une priorisation et un lissage des invitations. Les efforts sur ces points, à destination de l'ensemble des acteurs doivent être maintenus pour assurer un rattrapage le plus rapide possible de ce « stock » de tests non réalisés.

La seconde partie de la chaîne consiste en la réalisation d'une endoscopie digestive basse, réalisée au cours d'un séjour d'hospitalisation de jour. Les données d'activité PMSI n'étant pas disponibles sur l'ensemble de la période, il est cependant possible d'apprécier la baisse du recours à travers le remboursement des solutés de préparation coliques, systématiquement prescrits avant l'intervention et remboursés en ambulatoire. Les travaux d'Epi-PHARE montrent une diminution très importante (-82 %) de la délivrance de ces produits au milieu du confinement avec une légère augmentation sur les dernières semaines (-70 %) puis une reprise plus nette, la première semaine du déconfinement, tout de même inférieure de plus de 50 % à l'activité des années précédentes. Au total, ce sont près de 182 000 endoscopies digestives basses qui n'auraient pas eu lieu pendant cette période et qui devront être réalisées par la suite. L'ensemble de ces coloscopies ne correspond pas à des patients issus du dépistage organisé, certaines étant réalisées chez des patients ayant des facteurs de risque, d'autres correspondant à des suivis de patient déjà connus.

L'activité des blocs opératoires a été également très fortement impactée par le confinement. Les données disponibles à date ne permettent pas d'estimer précisément l'impact sur les chirurgies pour cancer du colorectal. Ainsi, les travaux d'un collectif international « covidsurg » ont estimé que pour la France, plus de 700 000 interventions programmées auraient été déprogrammées pendant la période épidémique (estimée sur 12 semaines), soit près de 60 000 interventions pas semaine (5). S'il est certain que les interventions carcinologiques ont fait l'objet d'une priorisation pendant la période de confinement, leur volume a néanmoins très certainement été impacté de manière significative. Selon l'étude « covidsurg », le taux d'annulation sur 12 semaines estimé en France était de 32,4 % [20,4 % - 45,5 %] pour les interventions carcinologiques et de 83 % [70,8 % - 98 %] pour les interventions dites bénignes, ainsi les interventions carcinologiques ne

représenteraient que 7,7 % de l'ensemble des interventions annulées., soit pour la chirurgie carcinologique colorectale près de 15 000 interventions annulées.

Le délai nécessaire au rattrapage de ce retard accumulé a été estimé par les auteurs entre 30 et 89 semaines, soit entre 6 et 22 mois, en se basant sur des hypothèses d'une activité chirurgicale variant entre 10 et 30 % supérieure à l'activité avant le confinement. Ces hypothèses ne tiennent pas compte du retard accumulé lors des étapes précédentes du processus.

Alors que les contraintes sanitaires liés à l'épidémie réduisent nettement la capacité actuelle des blocs opératoires, et plus largement de activités interventionnelles, dont les endoscopies digestives basses, la perspective d'un retour à un niveau d'activité « normal » semble peu envisageable avant l'automne 2020, si la situation épidémiologique continue d'évoluer favorablement. Les conditions d'une augmentation de la capacité d'intervention par rapport à la situation antérieure apparaissent à ce stade difficiles à réunir avant au mieux le début 2021, au regard notamment des contraintes pesant sur la disponibilité de certains produits anesthésiques couramment utilisés.

Ces contraintes impliquent une réflexion large, déjà engagée en ce qui concerne la chirurgie carcinologique par l'INCa et le Ministère de la Santé, à laquelle la CNAM s'associe sur la manière de répondre à ce défi, qui ne se limite pas à la seule chirurgie carcinologique, la chirurgie orthopédique et l'ophtalmologie étant par exemple particulièrement touchée par les déprogrammations.

Les traitements chroniques – continuité et initiation

L'initiation, l'observance et l'adaptation d'un traitement de fond et de ses potentiels effets indésirables constitue un élément fondamental de la prise en charge de nombreuses maladies chroniques. En dehors de certaines formes galéniques particulières, les traitements sont prescrits pour des durées allant de 3 à 6 mois, qui doivent pouvoir être renouvelés par une nouvelle ordonnance faite par un médecin à défaut de quoi le pharmacien ne peut délivrer le traitement prescrit. Du fait des mesures de confinement et de la diminution très importante de l'activité de médecine générale, et pour éviter des phénomènes de rupture de continuité des traitements potentiellement délétères, certaines règles ont été assouplies. En premier lieu, les règles de délivrance des traitements au long cours ont été temporairement assouplies de telle sorte que le renouvellement d'un traitement puisse être possible, même en l'absence d'une nouvelle prescription, par ailleurs, le recours facilité à des prescriptions électroniques au cours d'une téléconsultation devait également faciliter le renouvellement des ordonnances.

Ces mesures, couplées à des anticipations de délivrance de la part des patients dans un contexte d'incertitude ont conduit à un phénomène de « stockage » dans les premières semaines du confinement, qui s'est traduit par une très forte augmentation de délivrance des traitements chroniques suivi d'une sous-consommation et d'un retour à la normale vers la mi-avril (4). On observe une grande variabilité selon les classes thérapeutiques ou des molécules, que l'on peut attribuer pour certains d'entre elles à des incertitudes sur leurs effets en lien avec la COVID-19. Ces évolutions sont relativement rassurantes quant à l'accès aux traitements au long cours pour les patients souffrant d'affections chroniques. Il convient bien entendu d'entendre cette conclusion de manière générale, sans préjudice de certaines molécules ou situations particulières.

Si l'accès au traitement pour les patients connus et déjà traités semble avoir été globalement maintenu, la dernière analyse du rapport d'Epi-PHARE fait état d'un constat plus inquiétant, mettant en évidence un nombre d'initiations de traitements chroniques en très forte baisse par rapport aux années précédentes, que ce soit pour les traitements antihypertenseurs, les antidiabétiques oraux ou les statines, ce déficit d'instauration de traitement respectivement de 39 %, 48,5 % et 49 %. Cela correspondrait à un écart de 100 000 patients hypertendus, 36 500 diabétiques, et 70 000 traitements par statine.

Les causes d'une telle situation sont multiples et certainement partagées avec les phénomènes discutés plus haut (moindre accès au médecin généraliste, non recours aux soins, patients atteints de COVID-19, baisse des épisodes cardiovasculaires aigus...) et appellent là aussi des actions et des messages à destination de la population et des professionnels de santé pour rattraper le retard d'initiation, en ciblant prioritairement les patients les plus en écart aux soins, ou les plus fragiles pour limiter l'aggravation de leur état clinique et la survenue de complications évitables.

Enfin, certains traitements chroniques nécessitant un contact avec un professionnel de santé ont vu leur consommation diminuer de manière forte sans pour autant reprendre significativement dans les premières

semaines. C'est le cas du traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et de l'œdème maculaire diabétique par anti-VEGF, dont les délivrances ont très rapidement chuté en début de confinement (- 40 % par rapport aux années précédentes), remontant pendant la seconde partie du confinement, tout en demeurant en dessous des consommations attendues (- 25 %). Aucune reprise n'était observée dans le post-déconfinement immédiat (- 22 %). Au total, Epi-PHARE estimait le déficit de délivrance à 60 000 sur la période analysée.

1.3.4 Les personnes âgées particulièrement touchées

Les personnes âgées étaient, dans le cadre de la crise, particulièrement vulnérables. Elles étaient du fait de leur profil (âge, polyopathologies) plus à risque de développer une forme grave de la COVID-19 avec un risque de mortalité accru par rapport à la population générale. D'autre part, du fait de besoins de soins plus élevés, le report des soins était susceptible d'avoir un retentissement plus important chez ces personnes, en particulier, les plus fragiles résidant en EHPAD ou bénéficiant d'un accompagnement médico-social à domicile.

Il est à ce jour impossible d'établir avec précision l'impact sur le recours aux soins de ces populations, mais les chiffres de mortalité publiés par l'Insee laissent présager un impact assez sévère, et durable sur la santé de cette population fragile et durement touchée par la pandémie. En effet, entre le 2 mars et le 19 avril, les patients âgés de 65 et plus ont eu un excès de décès de 30 % par rapport à la normale, le taux étant de près de 40 % au-delà de 85 ans - Tableau 24- (6). Une partie de cet excès de mortalité est certainement lié à la COVID-19, que la personne vive à son domicile ou réside en EHPAD, mais un tel excès de mortalité, surtout sur les patients les moins âgés est probablement dû à d'autres causes et notamment au non-recours, les populations concernées étant par ailleurs plus représentées dans les personnes atteintes de pathologies ou traitement pour lesquelles un moindre recours a été constaté.

Tableau 24 : surmortalité selon l'Insee par âge et par sexe,

	Excédent de décès	
	Femmes	Hommes
0-24 ans	0,86	0,74
25-44 ans	1,06	0,95
45-64 ans	1,06	1,03
65-74 ans	1,29	1,30
75-84 ans	1,21	1,30
85 ans ou plus	1,31	1,39

Lecture : entre le 2 mars et le 19 avril 2020 par rapport à la période de comparaison, il y a 1,39 fois plus de décès d'hommes de 85 ans ou plus et 1,31 fois plus de décès de femmes du même âge.

Champ : France, décès répertoriés à la commune de résidence.

Source : Insee, statistiques de l'état civil, fichier du 5 mai 2020.

1.3.5 Les particularités des personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap sont, elles aussi, particulièrement vulnérables en matière d'accès aux soins, comme les travaux présentés dans le précédent rapport charges et produits l'ont montré. Là aussi, pour beaucoup d'entre elles, l'épidémie de COVID-19 a pu renforcer cette fragilité : d'une part en exposant ces personnes au risque de formes sévères de COVID-19, et d'autre part en termes d'impact du report de soins. Il s'agit d'une population aux profils divers, dont les problématiques varient fortement selon la nature du handicap et le lieu de vie de la personne.

Peu de données sont à ce jour disponibles pour analyser la situation de ces publics. Les résultats du baromètre handifaction montrent cependant une évolution du profil de consommation de soins, avec un recours accru au médecin référent (de 35,1 % avant le confinement à 53,9 %) et à l'inverse une diminution du recours aux soins hospitaliers (de 40,9 % à 26,7 %). Le recours à la télémedecine a connu une augmentation très importante, puisque le taux de recours déclaré dans l'enquête a augmenté d'un facteur 20, signe de l'importance de ce mode de recours aux soins pour maintenir un lien avec ces publics.

Malgré cela, le taux de refus de soin semble avoir doublé, passant de 19,8 % à plus de 40 % de situations déclarées et le taux de personne déclarant avoir pu effectuer leurs soins diminuaient de 7 points, passant de

56,9 % à 50,8 %. Ces résultats semblaient particulièrement marqués pour les patients les plus lourds, hospitalisés ou bénéficiant d'un accompagnement en milieu ordinaire.

Si les données disponibles suite au confinement montrent le rôle important des médecins généralistes dans le suivi de ces patients, d'importantes questions subsistent sur l'impact de cette situation sur ces populations et le retour à une situation habituelle.

1.3.6 La santé mentale

La consommation de médicaments psychotropes a connu une évolution variable selon la classe considérée. Les analyses d'Epi-PHARE montrent que pour les antidépresseurs et les antipsychotiques, on retrouve, comme pour d'autres classes thérapeutiques un phénomène d'augmentation du nombre de délivrance (respectivement 182 000 et 50 000 patients supplémentaires la première semaine du confinement), quoique moins marquée que pour les médicaments cardio-vasculaires, par exemple (4). Par la suite, les délivrances sont revenues à un niveau plus conforme à la normale, sans effet rebond à la fin du confinement. Pour les antidépresseurs, on observe même un déficit d'instauration en fin de confinement et dans ses suites immédiates particulièrement marqué pour les moins de 20 ans.

Il existe une abondante littérature qui traite des conséquences de ce type d'épisode de confinement sur la santé mentale de la population, notamment en ce qui concerne les troubles anxieux et dépressifs.

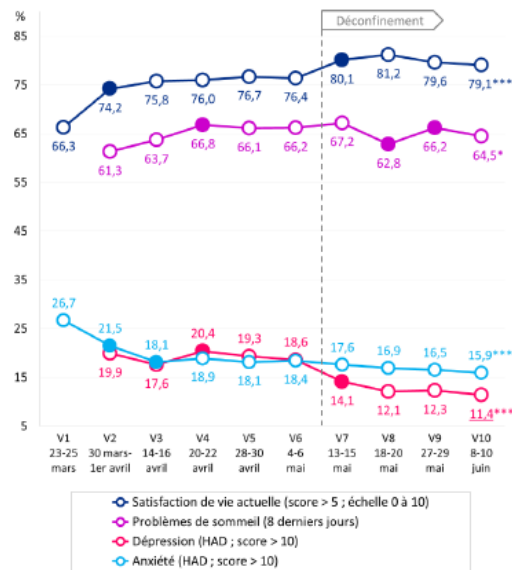
L'enquête COVIPREV lancée en mars 2020 par Santé publique France permet de suivre l'évolution de la santé mentale de la population à travers un questionnaire en ligne administré par vague successives. Les données recueillies montrent une prévalence importante des troubles du sommeil (entre 60 et 65 % des répondants) pendant le confinement, qui perdure dans ses suites immédiates (Figure 72). Le taux de personnes présentant des symptômes d'anxiété et de dépression dans cette enquête était très élevé pendant le confinement, oscillant entre 18 et 20 % des répondants, pour ensuite diminuer à 10 % pour la dépression, tandis que l'anxiété reste à des niveaux de prévalence élevée, autour de 15 %.

S'agissant d'une enquête déclarative, les résultats sont à interpréter avec prudence. Ces observations sont tout de même assez cohérentes avec les analyses d'Epi-PHARE qui retrouvent une consommation supérieure à l'attendu des traitements hypnotiques pendant la fin du confinement avec une augmentation de près de 7 % pour la première semaine de déconfinement (4).

La surveillance syndromique Oscour publiée par Santé publique France retrouve des résultats corroborant ces analyses, puisqu'on retrouve une augmentation des passages aux urgences pour troubles anxieux chez les enfants et les adultes pendant toute la durée du confinement, avec une légère baisse en sortie de confinement (7).

La prévalence de ces troubles dans l'enquête COVIPREV était d'autant plus élevée que les personnes déclaraient souffrir d'une situation financière difficile ou déclaraient des antécédents de troubles psychiatriques. Le suivi des patients souffrant de troubles psychiatriques est un point d'attention en temps normal. Ces résultats laissent à penser que le confinement pourrait avoir eu un impact particulier dans cette population et pourrait nécessiter un suivi plus attentif pour en évaluer le retentissement dans une population particulièrement fragile.

Figure 72 : Evolution des troubles de santé mentale en population



Source : SPF, enquête COVIPREV

1.4. Enseignements et propositions

S'agissant d'analyses réalisées à chaud dans le cadre d'un épisode inédit et sur la base de données partielles, il convient de conserver la plus grande prudence dans les conclusions qui peuvent en être tirées.

Il n'est pas impossible que pour certains des retards mis en évidence et discutés plus haut, la situation revienne plus rapidement et plus spontanément à la normale. Il n'est à l'inverse pas exclu qu'une reprise de l'activité épidémique conduise à un creusement des retards identifiés plus haut.

Le tableau qui se dégage est cependant celui d'un report massif du recours aux soins et partant d'un report massif du fardeau de la maladie. L'un des éléments notables de ce report est qu'il concerne l'ensemble du territoire, sans corrélation apparente avec l'activité de l'épidémie en fonction des territoires.

Si les conséquences de ce retard sont très difficiles à déterminer, il apparaît très clairement qu'elles s'inscrivent dans la durée et qu'un retour à la normale a très peu de chances de survenir rapidement et sans un accompagnement et des actions spécifiques.

Ainsi, un nombre important d'actions ont déjà été initiées avant même la fin du confinement pour informer et accompagner les patients et les professionnels de santé sur la situation et les actions à mener pour y faire face. Ces actions devront s'inscrire dans la durée et mobiliser un ensemble de leviers complémentaires.

1.5. Références

1. Perkins GD, Couper K. COVID-19: long-term effects on the community response to cardiac arrest? Lancet Public Health. mai 2020;S2468266720301341.
2. Marijon E, Karam N, Jost D, Perrot D, Frattini B, Derkenne C, et al. Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic in Paris, France: a population-based, observational study. Lancet Public Health. mai 2020;S2468266720301171.
3. Lapostolle F, Agostinucci JM, Alhériitière A, Petrovic T, Adnet F. Collateral consequences of COVID-19 epidemic in Greater Paris. Resuscitation. juin 2020;151:6-7.
4. Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation après les 8 semaines de confinement et une semaine de post-confinement (jusqu'au 17 mai 2020). Saint-Denis: GIS Epi-PHARE; 2020 juin. Report No.: 3.

5. CovidSurg Collaborative, Nepogodiev D, Bhangu A. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans: Elective surgery during the SARS-CoV-2 pandemic. Br J Surg [Internet]. 12 mai 2020 [cité 17 mai 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/bjs.11746>
6. Gascard N. Insee focus 191.
7. bulletin_national_oscour_793_160620.pdf.

Propositions pour contribuer à l'analyse et à la gestion des conséquences sanitaires de la pandémie de COVID-19

Proposition 13 : Contribuer au suivi et à la connaissance des impacts sanitaires de la crise et de ses conséquences en partenariat avec les acteurs institutionnels et académiques

L'Assurance Maladie propose de travailler en partenariat étroit avec le monde académique et les institutions sanitaires afin de poursuivre les travaux d'analyse de l'épisode de COVID-19. En particulier, la Cnam s'est inscrit dans plusieurs travaux de recherche ou d'analyse mobilisant les données du SNDS seules ou appariées à d'autres sources de données. En particulier :

- Dans le cadre d'un partenariat scientifique avec l'AP-HP, constitution de deux cohortes appariant la cohorte COVIDOM, d'une part et la cohorte EDSCOVID avec les données du SNDS ;
- Soutien à des projets de recherche et d'études sur l'étude de la mortalité en EHPAD en partenariat avec SPF et des équipes universitaires ;
- Participation à des travaux de recherche sur les particularités de la prise en charge des populations fragiles, en particulier en situation de handicap, dans le cadre du projet handicoVID avec l'AP-HP et l'UVSQ ;
- Exploitation des données de SIDEP et du fast-track PMSI conformément aux autorisations en vigueur et aux missions de la CNAM ;
- Participer à la constitution d'une étude de cohorte, avec SPF et l'INCa pour évaluer les conséquences du report de soins et leur impact sur les missions de l'Assurance Maladie.

Proposition 14 : Contribuer aux efforts de reprise d'activité pour rattraper le retard généré par le report des soins

L'activité de dépistage organisé du cancer colorectal implique l'ensemble de la chaîne des acteurs du soin dont tous les maillons ont été impactés par la baisse d'activité liée à la période de confinement, depuis l'envoi de courriers adressés aux assurés éligibles jusqu'à la chirurgie du cancer colique pour les patients concernés. Il importe dès lors d'assurer un rattrapage le plus rapide possible du retard pris, en commençant par le « stock » de tests de dépistage non réalisés. L'Assurance Maladie contribue et contribuera à cet effort de rattrapage, en premier lieu dans le cadre des actions de communication et d'invitation des dépistages non effectuées dans le cadre des plans de rattrapage mis en place par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers.

Dans le cas particulier du dépistage du cancer colorectal :

- Appuyer les plans de reprise d'activité des centres régionaux de dépistage des cancers en avançant la relance des patients n'ayant pas répondu au premier courrier, en envoyant directement le kit de dépistage par courrier au patient et en informant le médecin traitant de l'importance de relancer les patients au moment des consultations ;
- Appuyer les travaux de plans de reprise d'activité pilotés par l'INCa et le Ministère de la santé en lien avec les sociétés savantes et les fédérations, pour favoriser le retour à la normale et favoriser les modes d'organisation permettant des prises en charge alternatives en cas de déprogrammation (chimiothérapie d'attente ou hormonothérapie) en s'appuyant sur les modalités organisationnelles permettant de combler le retard en co-construction avec les PS (chirurgie ambulatoire, RAAC, épisode de soins) ;
- Anticiper les conséquences organisationnelles et financières d'une priorisation des activités de chirurgie pour accompagner les spécialités ou activités particulièrement touchées par les déprogrammations, au-delà des mesures liées à la période du confinement.

2. L'évolution des modes d'organisation et de financement du système de santé, une nécessité au long cours, confortée par l'impact de la pandémie

2.1. Tirer les leçons de la pandémie, un exercice délicat mais nécessaire

L'épidémie de COVID et la période de confinement ont constitué à bien des égards un test de robustesse et de pertinence des choix et des orientations qui président au fonctionnement de notre système de santé et de ses évolutions récentes ou passées.

L'analyse, nécessairement incomplète et partielle d'un tel épisode dresse un tableau contrasté d'un système de santé qui a su tout à la fois réagir avec beaucoup d'agilité et de réactivité face à une menace inédite, en s'appuyant fortement sur les acteurs de terrain, mais qui a également montré ou fait l'expérience de ses limites, qu'il s'agisse de sa régulation ou encore de sa capacité d'anticipation.

L'engagement et l'agilité de beaucoup d'acteurs leur ont permis de trouver et mettre en œuvre des solutions innovantes parfois en rupture avec une situation antérieure enfermée dans des carcans administratifs ou méthodologiques inadaptés à une situation de crise. Si cette agilité s'est faite en apparence « contre » la régulation, il ne faut cependant pas oublier que les acteurs de la régulation ont très rapidement mis en place des mesures dérogatoires (comme par exemple pour la télémedecine), des services ou des dispositifs pour accompagner les acteurs, et ainsi s'appuyer sur cette agilité, plutôt que de la contrecarrer.

Pour autant, les conséquences de l'épidémie de COVID-19 ont mis en évidence certaines failles et difficultés dans l'organisation de notre système de santé. Si les unes sont propres à la gestion de la crise, d'autres ne sont en réalité que l'expression de problématiques de fond, connues de longue date, ou de points de rupture entre les acteurs du système : entre la ville et l'hôpital, entre le sanitaire et le médico-social – qu'il s'agisse des personnes âgées ou du secteur du handicap, entre les acteurs de la régulation et les acteurs de terrain.

Il convient de s'interroger sur les raisons qui font qu'en dépit du consensus sur le constat et les efforts engagés depuis parfois longtemps, les points de blocage ou de tensions restent si difficiles à faire reculer.

Pour faire évoluer ces contraintes, qui s'exercent au cœur de notre système de santé, il n'existe pas de solution miraculeuse. Seule une approche construite dans la durée est susceptible de porter ses fruits, ce d'autant que la construction d'un cadre de régulation et de financement des soins ne peut s'envisager qu'avec l'ensemble des acteurs du système de santé concernés, de façon pragmatique en prenant le temps de tester et d'assumer le risque de parfois se tromper.

Le motif premier de ces évolutions repose donc sur une vision claire de l'organisation du système et fondée sur une analyse partagée des pratiques.

2.2. L'essor de la télémedecine, une bascule soudaine rendue possible par un investissement préalable sur la durée

2.2.1 La construction progressive d'une réponse aux défis proposés au système de soins

La e-santé et plus particulièrement la télémedecine constitue un centre d'intérêt ancien pour l'assurance maladie. Depuis l'inscription de la télémedecine dans la loi, puis sa définition et ses modalités de mise en œuvre réglementaires^{52 53} en 2009 et 2010 son utilisation face aux enjeux d'accès aux soins ou de coordination des

⁵² Article 78 de la loi HPST Article L 6316-1 du Code de santé publique

pratiques que posent notre système de santé est restée une préoccupation constante partagée avec ses partenaires conventionnels.

La convention médicale de 2011 précise ainsi que les parties signataires en ce qui concerne le développement de nouveaux modes de prise en charge des patients conviennent de s'appuyer sur « *les nouveaux outils disponibles dans le cadre du déploiement de la télémedecine* ».

Après une phase de déploiement essentiellement expérimentale au sein de programmes régionaux pilotés par le ministère de la santé et financés par le fonds d'intervention régional (FIR) ou encore de programmes pilotés par l'Assurance maladie, tels les programmes PRADO « insuffisance cardiaque » ou « suivi des plaies chroniques » c'est lors de la convention de 2016 que sont précisés les engagements en matière de développement du recours à la télémedecine.

A défaut de disposer d'un cadre juridique autorisant une prise en charge en droit commun large, pour l'ensemble des actes de télémedecine un avenant 2 à cette convention intervenu en février 2017 a créé un acte de téléconsultation et un acte de téléexpertise pour les patients résidents ou entrants en EHPAD. Fort du constat d'un déploiement trop lent au travers des expérimentations issues de l'article 36 de la LFSS pour 2014, l'assurance maladie avait souhaité dans son rapport Charges et Produits en 2017 que la télémedecine puisse s'inscrire dans un cadre tarifaire de droit commun selon des modalités à définir avec les partenaires conventionnels concernés. La reprise de cette proposition dans la LFSS pour 2018 a permis la signature en juin 2018 d'un avenant 6.

C'est véritablement cet avenant 6 qui a posé le cadre pérenne et ambitieux d'un remboursement généralisé dans le droit commun des actes de téléconsultation à partir de septembre 2018 puis de télé-expertise en février 2019.

Ce cadre repose sur deux principes forts : (1) l'inscription de la télémedecine au sein d'un parcours de soins coordonné avec une orientation initiale par le médecin traitant quand la téléconsultation n'est pas réalisée par ce dernier et (2) la connaissance préalable du patient par le professionnel de santé médecin traitant ou autre spécialiste qui réalise l'acte à distance. Ces deux principes répondent à une exigence de qualité de suivi de la prise en charge.

Les exceptions au respect de ce cadre, motivées par l'absence ou l'indisponibilité d'un médecin traitant d'une part ou, les situations d'urgences d'autre part devant s'inscrire dans le respect d'une réponse organisée sur un territoire portée par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les équipes de soins primaires (ESP), les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou encore les centres de santé. A défaut de portage par l'une ou l'autre de ces structures d'autres organisations doivent faire l'objet d'une validation par les instances paritaires locales ou régionales.

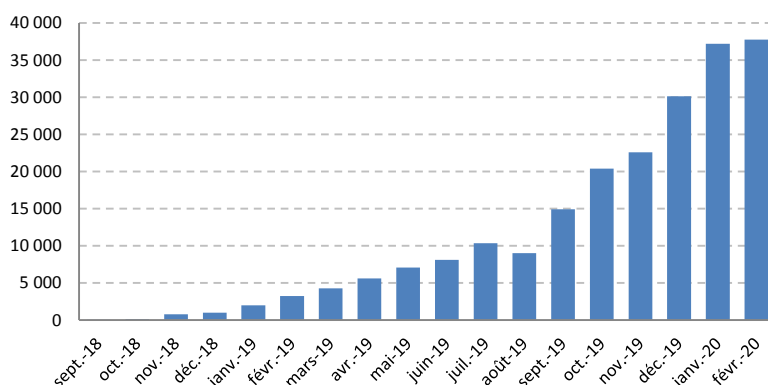
Les conditions de rémunérations des acteurs pour le déploiement de la pratique de télémedecine comportaient le versement d'une partie forfaitaire (aide à l'équipement pour une vidéotransmission sécurisée et aide à l'acquisition d'équipements médicaux connectés) et une rémunération à l'acte à hauteur des tarifs des consultations en présentiel pour les téléconsultations.

L'ambition de l'assurance maladie et de ses partenaires conventionnels vis à vis du déploiement de ces actes de télémedecine est de contribuer à une meilleure organisation du système de santé en :

- limitant les renoncements aux avis spécialisés ou les délais excessifs de prises en charge
- simplifiant le suivi des patients dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des pathologies chroniques (12 millions de patients en affections de longue durée (ALD) en 2016) ;
- facilitant l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire ;
- améliorant la qualité de vie des patients, en évitant par exemple le déplacement de personnes âgées fragiles ou atteintes de maladies chroniques.

Depuis septembre 2018 la téléconsultation s'installait progressivement comme une modalité nouvelle de prise en charge des patients avec une augmentation constante mais qui plafonnait, avant la crise autour de quelques milliers par semaine. On dénombrait en février 2020 un volume d'environ 40 000 téléconsultations remboursées pour plus de 3000 médecins téléconsultants ;

Figure 73 : Avant la crise sanitaire : évolution du nombre de téléconsultations par mois



2.2.2 Faire de la téléconsultation un mode de pratique privilégié pendant la période de confinement

Les circonstances sanitaires exceptionnelles de l'épidémie à Covid-19 ont naturellement fait considérer la pratique de la télémedecine avec un intérêt certain. Les médecins de ville en particulier ont ainsi pu grâce à la téléconsultation décider de l'orientation et du cadre de suivi d'un patient concerné par l'infection à Covid-19 mais aussi maintenir une prise en charge pour des motifs de téléconsultations non directement liés au Covid-19. La téléconsultation permettait ainsi de conserver un accès aux soins tout en protégeant des risques de contamination les patients et les médecins.

Pour renforcer encore les possibilités de réponse à l'urgence sanitaire via la télémedecine, les conditions de réalisation et de facturation des actes de télémedecine ont été rapidement adaptées en lien avec le ministère de la santé par la publication de textes dès le début du mois de mars :

- Les mesures prises par décrets pour la gestion de crise du Covid-19 ont ainsi permis de déroger aux deux principes nécessaires à la prise en charge des téléconsultations dans des conditions habituelles : celui du respect du parcours de soins et celui de la connaissance préalable du patient concernés par le Covid par le médecin qui effectue la téléconsultation. Cela autorisait ainsi les personnes atteintes ou potentiellement infectées par le Covid à bénéficier d'une téléconsultation par un médecin qu'elles ne connaissaient pas et sans avoir été orientées par leur médecin traitant soit parce qu'elles n'en avaient pas ou que celui-ci n'était pas disponible. Ces téléconsultations devaient toutefois, comme le prévoit la convention, prioritairement être réalisées au sein d'une organisation territoriale coordonnée.
- Une dérogation à la condition de vidéotransmission a ouvert la possibilité de réaliser une téléconsultation par téléphone sous conditions : pour les patients résidant dans les zones blanches ou n'ayant pas accès à un outil permettant une vidéo, pour les patients en affection de longue durée, pour les patients âgés de 70 ans et plus ou pour les femmes enceintes. En outre l'usage de l'ensemble des moyens technologiques disponibles pour réaliser une vidéotransmission (y compris grand public : Skype, Whatsapp, Facetime... par exemple) a été autorisé en dehors des solutions dédiées à la téléconsultation.
- L'ensemble des téléconsultations ont été prises en charge à 100% par l'AM obligatoire.
- Les actes d'accompagnement à la téléconsultation pour les infirmiers ont été pris en charge à 100 %
- Les facturations de consultations complexes et d'avis ponctuels de consultant ont été rendues éligibles à la téléconsultation et toutes les majorations applicables pour les consultations présentes (nuit, férié, permanence des soins) ont été rendues possibles également pour les téléconsultations
- Les téléconsultations ont été autorisées dans le cadre du parcours de l'IVG médicamenteuses, ouvertes aux sages-femmes pour l'entretien prénatal et les séances de préparation à l'accouchement
- Les limitations du nombre annuel de téléexpertise de niveau I ou II ont été levées

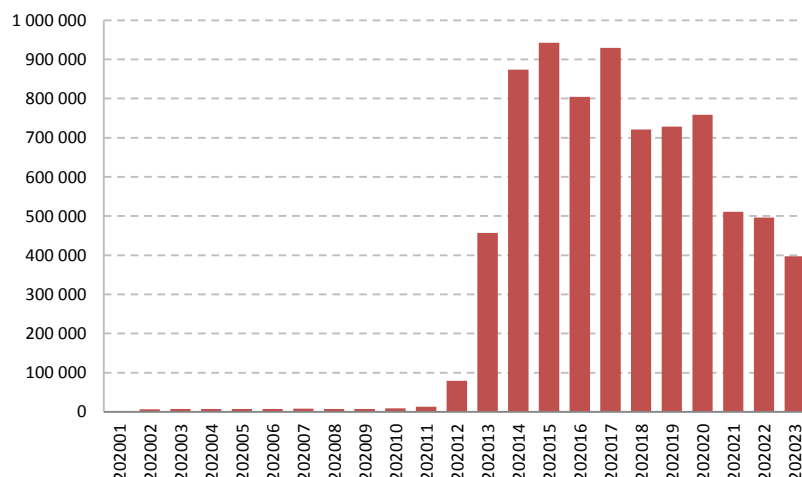
Outre ces mesures concernant la télémedecine d'autres mesures dérogatoires ont été prises :

- Déploiement en avance de phase (décrets non encore parus) d'actes de télésoins pour les sages-femmes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les masseurs kinésithérapeutes
- Autorisation de réalisation d'un acte de télésoin par les infirmiers pris en charge à 100 %

2.2.3 L'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire s'est révélé très significatif avec une part prépondérante réalisée par les médecins généralistes.

Il a été comptabilisé entre mars et avril 2020 5,5 millions de téléconsultations soit une progression d'un facteur 30 entre février et mars 2020 et encore une progression d'un facteur 4 entre mars et avril 2020 pour respectivement 36 000 en mars et jusqu'à 56 000 médecins téléconsultants en avril.

Figure 74 : Nombre de téléconsultations en 2020

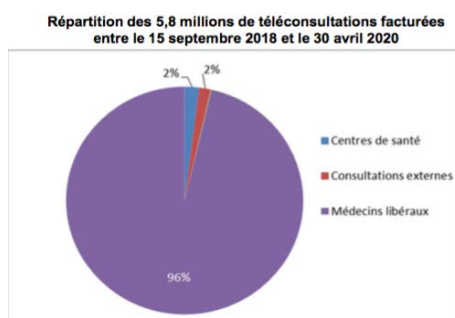


De quelques milliers par semaine avant les mesures de confinement le nombre de téléconsultations remboursées a rapidement atteint environ 1 million par semaine.

A leur niveau le plus haut entre le début et la fin avril les téléconsultations ont ainsi représenté jusqu'à 27 % en moyenne de l'ensemble des consultations (physiques et à distance).

Les téléconsultations émanent très majoritairement des médecins libéraux et les facturations provenant de centres de santé ou d'établissement apparaissent résiduelles.

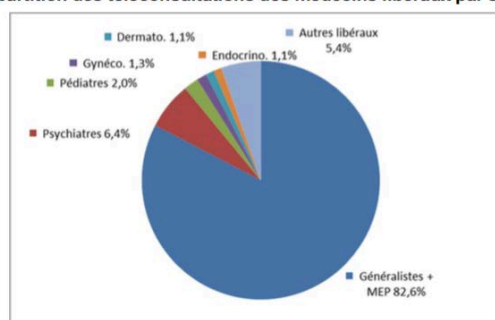
Figure 75 : Répartition des 5,8 millions de téléconsultations facturées entre le 15 septembre 2018 et le 30 avril 2020



Parmi les médecins libéraux les médecins généralistes facturent plus des 4/5 ème de l'ensemble des téléconsultations les principales autres spécialités représentées sont les psychiatres, les pédiatres, les gynécologues les dermatologues et les endocrinologues.

Figure 76 : Répartition des téléconsultations des médecins libéraux par spécialité

Répartition des téléconsultations des médecins libéraux par spécialité

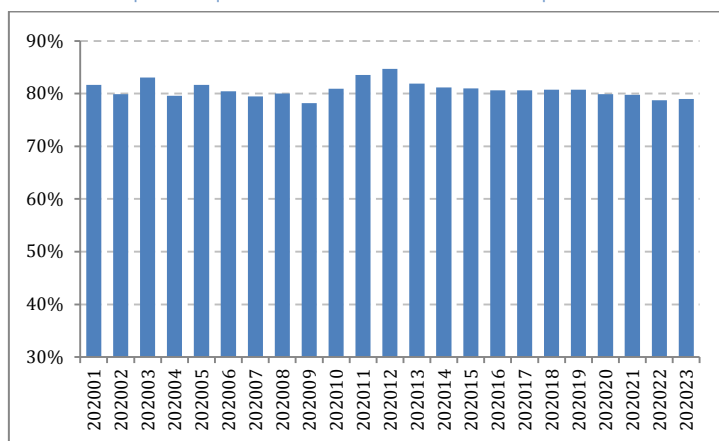


Données de septembre 2018 à fin avril 2020

2.2.4 Les conditions de réalisation des téléconsultations pendant la crise sont très majoritairement restées dans le respect des principes posés par l'avenant 6

Les téléconsultations ont été ainsi réalisées en moyenne à 80 % entre des patients et des médecins qui avaient eu une consultation en présentiel dans l'année précédente

Figure 77 : Part de téléconsultations pour lesquelles au moins 1 consultation en présentiel a été facturée l'année précédente



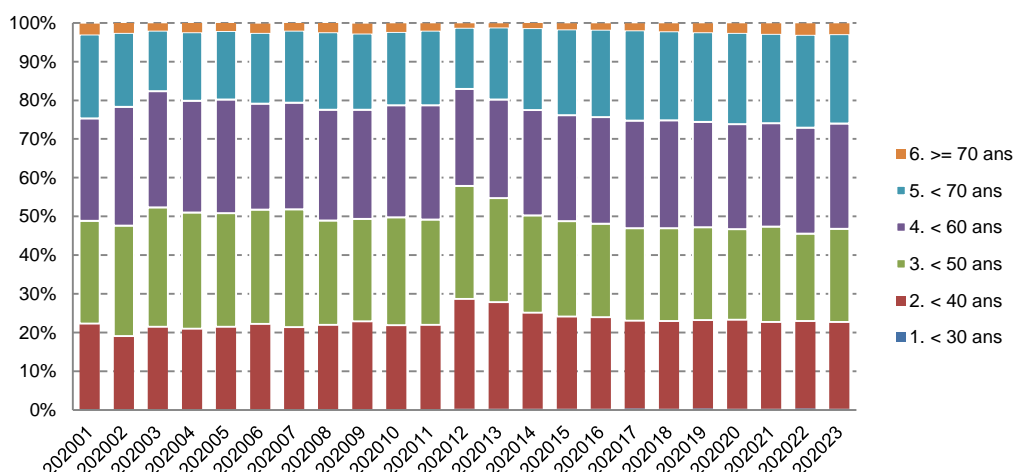
La part de téléconsultation est très majoritairement à 90 % facturée en tiers payant alors que cette part était de 42 % avant le confinement.

Le taux de remboursement à 100 % des téléconsultations est globalement de l'ordre de 83% à 85% depuis le confinement alors qu'il était de 24% auparavant. Si on se limite aux cas non implicites (hors ALD, C2S, ATMP, maternité,...), on est selon les semaines, entre 75% et 80% des TC prises en charge à 100%.

2.2.5 La période de confinement a modifié le profil des patients et des médecins ayant recours aux téléconsultations

Les médecins libéraux facturant des téléconsultations restent plus jeunes que la moyenne mais l'écart tend à se réduire. Ainsi près de la moitié d'entre eux a moins de 50 ans alors que cette classe d'âge ne constitue que 37% de l'ensemble des effectifs de généralistes libéraux. A l'opposé, les médecins de plus de 60 ans facturent proportionnellement moins de téléconsultations que leurs confrères, alors que plus d'1 médecin libéral sur 3 a plus de 60 ans ils ne prescrivent que 27% des téléconsultations.

Figure 78 : Répartition des téléconsultations en fonction de l'âge du PS



Avant le confinement, les patients les plus jeunes (les moins de 50 ans) sont proportionnellement plus nombreux à avoir recours à la téléconsultation, en particulier les 30-40 ans. Après 50 ans, le recours à la téléconsultation diminue fortement et régulièrement avec l'âge.

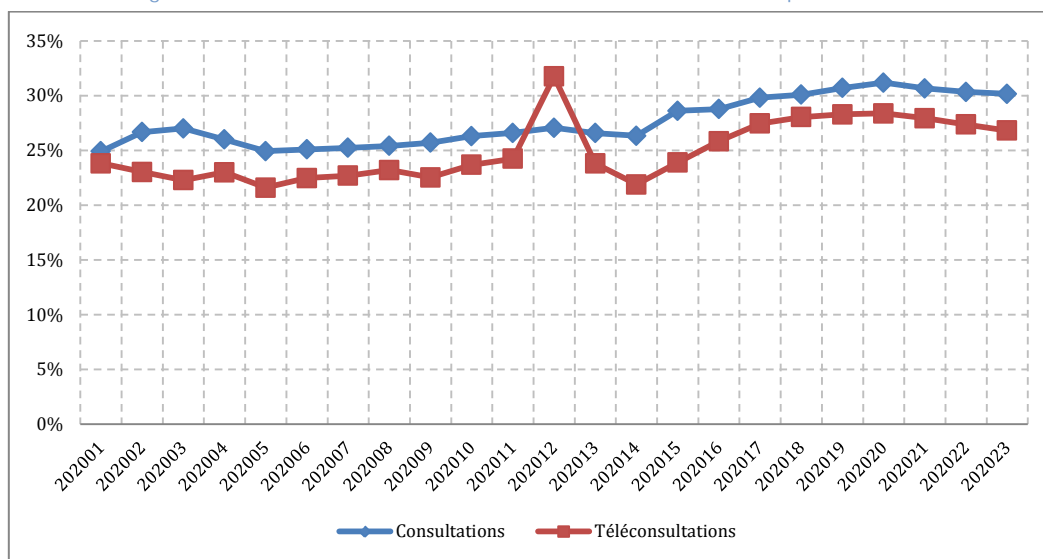
A partir du confinement, cette structure est fortement modifiée, les patients de moins de 30 ans ont proportionnellement moins souvent recours à la TC : ils constituaient 32% des effectifs avant le confinement, ils ne constituent plus que 19% des effectifs pendant le confinement (vs 28% avant et 21% pendant, pour les consultations). A l'opposé, les plus de 70 ans qui étaient beaucoup moins nombreux à recourir à la TC avant le confinement (18% des consultations et seulement 8% des TC, soit -10 points), ont eu davantage recours à la TC pendant le confinement (20% des TC facturées à des plus de 70 ans). Cette tendance semble s'installer puisque à partir de la semaine 20, les patients les plus âgés, même s'ils sont toujours proportionnellement moins nombreux que les plus jeunes, constituent 19% des patients ayant recours à la TC (21% pour les C), soit un écart qui n'est plus que de -2 points, contre -10 points avant le confinement.

Sur l'ensemble de la période, les patients en ALD sont proportionnellement moins nombreux à avoir recours à la téléconsultation (26% des consultations présentielles sont facturées à des patients ALD, vs 23% pour les téléconsultations avant le confinement). La part des patients en ALD augmente régulièrement chaque semaine depuis le confinement, dans une même proportion pour les consultations et les téléconsultations :

- En moyenne, 28% des consultations sont facturées à des patients en ALD pendant le confinement, cette part augmente pour atteindre 31% après le confinement ;
- 23% des téléconsultations sont facturées à des patients en ALD avant le confinement, cette part augmente pour atteindre 28 % après le confinement

En dehors de la semaine de la mise en place du confinement (S12) ou la part des patients en ALD a été plus importante au sein des téléconsultations qu'au sein des consultations un écart de 3 points entre les consultations et les téléconsultations est demeuré pendant la période analysée.

Figure 79 : Part de consultations et téléconsultations facturées à des patients en ALD

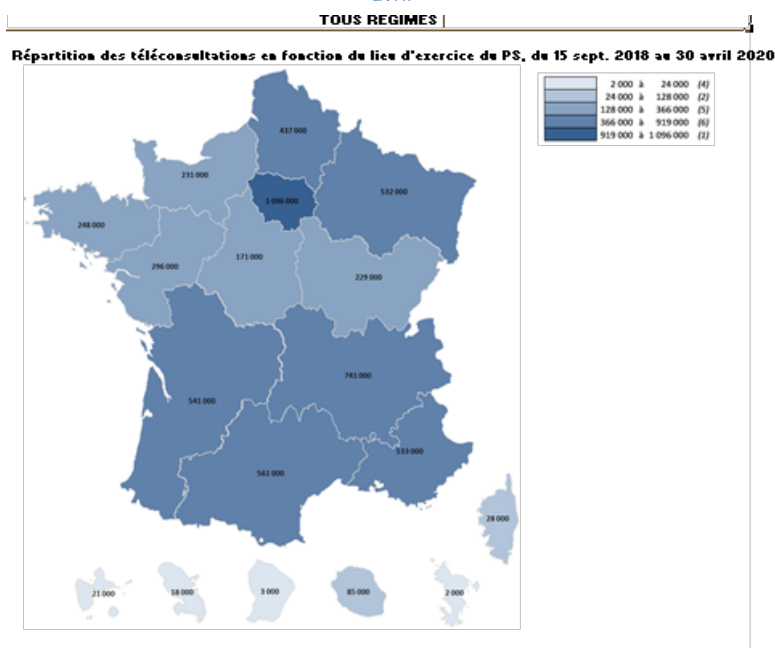


Les patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) sont proportionnellement moins nombreux à avoir recours aux téléconsultations, avant et pendant le confinement. Les structures sont très stables dans le temps, pour les consultations comme pour les téléconsultations

2.2.6 Des utilisations contrastées de la téléconsultation selon les régions et certaines caractéristiques de zonage

Le recours à la téléconsultation depuis sa prise en charge dans le droit commun est contrasté selon les régions. La région Ile de France totalise ainsi 1/ 5^{ème} des facturations dont plus de 320 000 pour la seule ville de Paris. A titre de comparaison environ 225 000 facturations émanent des départements du Nord, du Rhône et des Bouches du Rhône.

Figure 80 : répartition des téléconsultations selon le lieu d'exercice du professionnel de santé période du 15 septembre au 30 avril 2020



Champ : France entière, tous régimes
Source : SNDS

En considérant, selon l'INSEE, la densité de population des communes selon 4 catégories allant de très peu dense à densément peuplée, on constate que les TC sont sous représentées dans les zones intermédiaires et les zones peu denses avant le confinement, mais cette sous-représentation tend à diminuer en période de confinement. A l'inverse, pour les zones denses, les TC sont très largement sur représentées avant le confinement mais cette sur représentation va diminuer pendant le confinement.

Au total la sur représentation des TC en zone dense demeure pendant le confinement mais l'augmentation du recours à la TC dans les zones intermédiaires et peu denses pendant cette même période réduit significativement cette tendance de 19 points à 6 points.

Figure 81 : Répartition des téléconsultations / typologie de densité

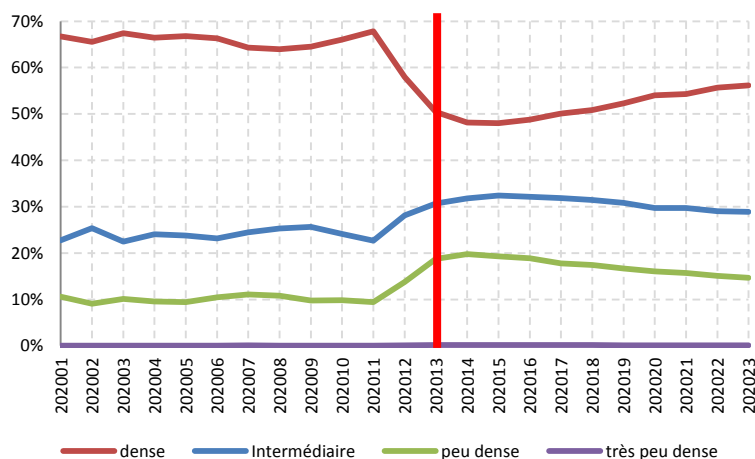
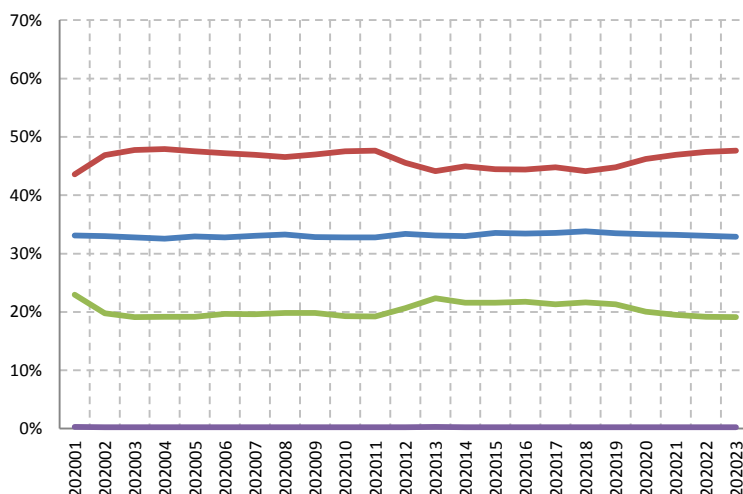


Figure 82 : Répartition des consultations / typologie de densité



Si l'on considère l'indice de défavorisation de la commune du médecin téléconsultant on constate qu'avant le confinement, plus la commune d'exercice du médecin est favorisée, plus les téléconsultations y sont surreprésentées. Les consultations facturées dans les communes les plus favorisées représentent environ 20% de l'ensemble des consultations ; les téléconsultations y représentent 42% de l'ensemble des téléconsultations. A l'inverse, les consultations facturées dans les communes les plus défavorisées représentent 21% de l'ensemble des consultations; les téléconsultations n'y représentent que 13% de l'ensemble des téléconsultations. Pendant le confinement, les écarts subsistent mais diminuent fortement. Les téléconsultations facturées dans les communes les plus favorisées constituent 25% de l'ensemble des téléconsultations (écart entre les consultations et les téléconsultations est donc passé de 22 points à 7 points). Les téléconsultations facturées dans les communes les plus défavorisées constituent 16% de l'ensemble des téléconsultations (écart entre les consultations et les téléconsultations est donc passé de -8 points à -6 points).

2.2.7 Le recours élargi à la TLC renforcé : une tendance dans de nombreux pays

La plupart des pays européens ont assoupli pour la période épidémique les conditions de réalisation et de prise en charge des téléconsultations. Ces ouvertures sont, selon les pays considérés, le fait d'assureurs publics et ou privés tandis que des sociétés de services ou plateformes privées ont pu proposer aux professionnels de santé une mise à disposition gratuite de leur solution.

Ces dispositions prises ont eu pour objectif :

- la possibilité d'effectuer des téléconsultations par téléphone
- la possibilité d'utilisation de moyens de vidéotransmission application grand public
- l'élargissement de la prise en charge de téléconsultations réalisées par des médecins spécialistes ou autres professionnels de santé, dentistes, sages-femmes, IDE, aide-soignant, psychothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes
- une prise en charge intégrale pour le patient lorsque les téléconsultations sont effectuées par les médecins traitants
- une prise en charge de téléconsultations pour des patients non connus du médecin téléconsultant
- financement inédit de formation des professionnels et d'aides à l'équipement
- alignement des tarifs pour les pratiques à distance sur ceux des pratiques en cabinet

Les contraintes sanitaires imposées par la crise du Covid -19 ont, de façon générale, abouti à une forte augmentation des pratiques de téléconsultation dans les pays européens. Ceux qui disposaient déjà d'un cadre de déploiement large et mature (conditions de financement, éléments réglementaires) au sein de leur système de santé ont été le mieux à mêmes de venir en appui de cette augmentation. De ce point de vue l'inscription progressive du financement des actes de télé médecine dans le droit commun en France depuis septembre 2018 (seul pays d'Europe) et la rapidité d'adaptation de ce cadre dès le début du confinement semblent avoir été propices à une adoption forte par les professionnels et les patients.

2.2.8 Perspectives

La pratique de la télé médecine et tout particulièrement de l'acte de téléconsultation a connu un essor spectaculaire depuis le début de la période de Covid -19. Cet essor concerne aussi bien le nombre des patients en ayant bénéficié que les professionnels pratiquants.

Le nombre de téléconsultations est ainsi passé de quelques milliers par semaine avant le début du confinement en mars pour atteindre 1 million au plus fort de la crise, en avril, et revenir vers un niveau moyen de 650 000 à la fin mai.

Un tel déploiement des téléconsultations a été rendu possible par un assouplissement réactif du cadre de déploiement prévu par l'avenant 6 de la convention et une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Les premiers constats qui ont été dressés permettent de vérifier que les principes de l'avenant ont majoritairement été respectés témoignant d'une pratique intégrée au parcours de soins, aussi bien par les médecins que surtout par les patients, comme l'avaient souhaité les partenaires conventionnels au moment de la rédaction de l'avenant 6.

Ce principe du respect du parcours s'appuie en effet sur une double conviction.

La première conviction est que le développement de la téléconsultation doit répondre à une exigence de qualité des prises en charge et des suivis, et s'inscrire ainsi de manière privilégiée dans une relation de soins établie entre un patient et un professionnel qui se connaissent ou sont susceptibles de se voir en présentiel, en alternant ainsi consultations présentielles ou téléconsultations en fonction de la situation et de l'état de santé du patient.

La seconde conviction est que si la télé médecine constitue certainement une réponse possible aux difficultés d'accès aux soins dans des territoires où les patients ont de vraies difficultés à trouver un médecin, notamment en médecine générale, elle ne saurait être la seule réponse. Le choix ne peut être laissé au patient entre une téléconsultation avec un médecin trop éloigné pour assurer une prise en charge globale et dans la durée ou se rendre aux urgences hospitalières.

A ce titre, les demandes répétées de suppression pure et simple de la règle du « déjà vu », dans toutes les configurations de soins, sont généralement portées par des acteurs industriels dont les modèles de fonctionnement ne répondent pas aux exigences d'une prise en charge respectueuse de la place du médecin

traitant et de l'importance d'un vrai suivi thérapeutique. C'est pourquoi l'accès à une offre de téléconsultations doit se développer dans le cadre d'une organisation plus large de l'accès aux soins, urgents ou non programmés.

C'est le rôle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) que de l'organiser dans le cadre d'une articulation indispensable, en cours de définition, avec la régulation médicale par les Samu. C'est ainsi que les patients en recherche d'une réponse rapide à un besoin de santé pourront être pris en charge de manière simple et sécurisée, et orientés vers la bonne prise en charge (conseil médical à distance, téléconsultation avec des médecins proches ou plus lointains connus de la CPTS, consultation présentielle ou orientation vers les urgences).

La téléconsultation doit ainsi devenir une modalité d'accès aux soins choisie et non subie, répondant à la situation du malade et adapté à son état de santé, et venant conforter des organisations territoriales de soins qu'il s'agit de favoriser et non pas déstabiliser par une forme de nomadisme médical déréglé.

Tel est l'enjeu des temps à venir. Même si le nombre de téléconsultations devrait se réduire encore un peu dans cette phase de reprise d'activité dans les cabinets médicaux et les établissements sanitaires, il s'agit maintenant de s'interroger sur les mesures utiles pour que cette appropriation de la téléconsultation par les professionnels de santé et les patients s'inscrive dans la durée.

Trois séries de mesures pourraient y contribuer :

- **La prolongation pour une durée limitée de la prise en charge à 100 % des téléconsultations** : une telle mesure ne saurait s'envisager durablement sauf à pouvoir démontrer qu'une téléconsultation justifierait d'une meilleure prise en charge par la sécurité sociale qu'une consultation présentielle, ce qui ne semble pas avéré d'un point de vue médical. Pour autant, le maintien pendant au moins une année de ce dispositif faciliterait, à travers la facilitation du recours au tiers payant intégral, l'exercice de la téléconsultation par certains professionnels qui ne se sont pas déjà abonnés à des plateformes de service leur mettant à disposition des outils de paiement en ligne.
- **L'assouplissement maîtrisé de certaines règles posées par l'avenant 6 sur la règle du « déjà vu »** : s'il ne s'agit pas de revenir sur les principes de ce dispositif, il pourrait être envisagé que des téléconsultations puissent être prises en charge quand bien même aucune consultation présentielle ne serait intervenue dans les 12 derniers mois entre le médecin et le patient. Ces dérogations devraient cependant s'inscrire dans une approche médicale respectueuse des objectifs de bonne prise en charge. Le cadre expérimental récemment posé par l'avenant 8 signé le 12 mars dernier constitue une première étape dans cette direction, sous la forme d'expérimentations soumises à la commission paritaire nationale des médecins. Il appartiendra aux partenaires conventionnels d'examiner dans les prochains mois s'il est possible d'aller plus loin, s'agissant notamment de certaines prises en charge spécialisées et dans certaines situations cliniques (ex psychiatrie, ophtalmologie, consultations pré-anesthésiques, etc.).
- **Le maintien transitoire des actes de télésoins créés de manière dérogatoire dans le cadre de la crise épidémique**, pour des professions telles que les orthophonistes, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes ou les pharmaciens : le fondement juridique de ces dérogations tombant avec la fin de l'état d'urgence sanitaire, il serait dommageable que la réalisation de ces actes soit interrompu faute qu'ils aient pu être créés selon les procédures habituelles (évaluation HAS et négociation conventionnelle). La mise en place d'un dispositif transitoire permettant d'assurer une forme de continuité d'ici la fin de l'année, le temps de mener à leur terme ces procédures d'inscription pérenne serait justifiée.

2.3. Développer l'exercice coordonné

2.3.1 Le défi organisationnel du virage ambulatoire

La transition épidémiologique fait peser des contraintes considérables sur les systèmes de santé de la plupart des pays du monde. Le nombre croissant de patients vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques force ainsi les systèmes de santé à évoluer pour assurer un accompagnement et une prise en charge adaptés à ces personnes.

Un précédent rapport charges et produits⁵⁴ en 2017 avait insisté sur ce défi organisationnel majeur qui devait conduire à une restructuration profonde des soins. La réponse à l'accroissement de modes de prise en charge devenus de plus en plus complexes, mobilisant de nombreux professionnels dans la durée de façon coordonnée exige en effet, outre des actions de prévention visant à en limiter le poids, une évolution de la façon dont les soins sont produits par les organisations visant à favoriser les interventions auprès du patient autant que possible sans recourir à l'hospitalisation : le virage ambulatoire.

Pour être en mesure de réussir ce virage ambulatoire, la structuration de l'organisation et le renforcement des capacités des différents acteurs des soins de ville sont indispensables. Il s'agit de pouvoir proposer en ville des soins de qualité au moins équivalents à ceux proposés lors de prises en charge hospitalières.

Alors que l'on pouvait constater les effets de cette politique de virage ambulatoire dans le domaine de la chirurgie sous l'effet combiné de la restructuration de l'activité d'hospitalisation complète traditionnelle à celui de l'essor des pratiques de chirurgie ambulatoire (durée du séjour inférieure à 24h), il n'en était pas de même pour la problématique des pathologies chroniques. En effet, la mise en place d'hospitalisations partielles ou de jour si elle permettait de diminuer les durées de séjour aboutissait finalement à une activité d'hospitalisation complète en hausse.

L'enjeu d'un déploiement de la capacité des acteurs des soins de ville à assurer une prise en charge coordonnée des patients aux pathologies lourdes et complexes apparaissait fondamental et le rapport de 2017 portait plusieurs propositions pour la restructuration d'une offre de soins coordonnée en ville. Il s'agissait notamment d'activer de façons complémentaires les leviers de négociations mono ou pluri-professionnelles :

- Poursuivre et développer les mesures valorisant la coordination
- Soutenir et accompagner le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé CDS
- Favoriser et encourager la coordination au travers du travail en équipe pluriprofessionnelles pour l'ensemble des professionnels libéraux

Plusieurs avenants sont venus depuis traduire ces propositions dans différents dispositifs conventionnels monoprofessionnels concernant les médecins, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes les orthoptistes, les sages-femmes ou encore les pharmaciens. Le cadre des accords interprofessionnels ACI ou celui de l'accord cadre interprofessionnel ACIP a été mobilisé.

En outre le rapport de 2017 pointait la nécessité de généraliser l'utilisation d'outils et de système d'information au service de la coordination des soins, le développement de la télémédecine, l'assouplissement du cadre réglementaire permettant le transfert de compétences et les pratiques avancées entre professionnels de santé et l'expérimentation de nouveaux modèles d'organisation et de financement en s'appuyant sur les MSP et les futures communautés professionnelles de territoire de santé CPTS.

2.3.2 Une construction progressive sur le long terme en laissant beaucoup d'autonomie aux acteurs

Déploiement des CPTS : un accompagnement adapté à la maturité des projets

La signature de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins et du développement de l'exercice coordonné permettant d'apporter un soutien financier au CPTS est intervenue le 20 juin 2019 pour une entrée en vigueur dès le 25 août 2019.

Cet accord conventionnel a fixé aux CPTS 3 missions prioritaires.

- La première est de faciliter l'accès aux soins des patients à travers deux leviers : l'accès facilité à un médecin traitant d'une part et, d'autre part l'amélioration de la prise en charge des soins non programmés.
- La deuxième mission vise spécifiquement une gestion renforcée et coordonnée entre les acteurs pour organiser les parcours de soins des patients favorisant leur maintien à domicile.

⁵⁴ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses propositions de l'Assurance Maladie pour 2017 ; 7 juillet 2017

- La troisième mission principale concerne le champ de la prévention : risques iatrogènes, perte d'autonomie, obésité, désinsertion professionnelle, violences intrafamiliales. Les CPTS peuvent se mobiliser au service de la promotion de la vaccination, des mesures barrières (ex. port de masques...) et des recommandations délivrées par les autorités sanitaires en cas de risque particulier.

L'assurance maladie s'est dotée d'une organisation spécifique d'acteurs pour l'accompagnement, en articulation avec les ARS, des structures d'exercice coordonné souhaitant adhérer à ce nouveau cadre conventionnel. Des référents spécialement formés ont pu accompagner les professionnels de santé dans la construction de leur projet de façon proportionnée allant du soutien proche à la gestion de projet à la fourniture de supports de communication ou de données pour les plus autonomes. L'utilisation de l'outil Rézone co-construit avec les professionnels pouvait contribuer à l'avancée des projets de constitutions de structure d'exercice pluriprofessionnelle en permettant de visualiser les caractéristiques d'un territoire et d'apprécier le développement d'une activité et d'une patientèle.

On comptait en février 2020, 533 projets de CPTS dont 60 en fonctionnement, 158 en phase d'amorçage et 315 dont le projet de santé identifié n'était pas encore formalisé. Le nombre de CPTS en cours de signature ou ayant adhéré ou à un contrat dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel ACI était de 42 au 5 juin 2020.

Éléments de bilan des premiers contrats ACI CPTS

La composition de ces premières CPTS adhérentes à l'ACI reflète le caractère pluriprofessionnel avec pour les principales professions représentées parmi l'ensemble : les médecins généraliste 36 %, les infirmiers 15%, les pharmaciens 13%, les masseurs kinésithérapeutes 7%, les chirurgiens-dentistes 4%, les sages-femmes 3 %, les orthophonistes 3%, les radiologues 2% et les pédicures podologues 2%. Les autres professionnels concernés ne représentant chacun que moins de 1% de l'ensemble.

Figure 83 : Composition des CPTS adhérentes à l'ACI

Spécialité	Part de la spécialité dans l'ensemble		
MEDECIN GENERALISTE	36,17%	MEDECINE VASCULAIRE	0,46%
INFIRMIER	15,50%	ORTHOPTISTE	0,46%
PHARMACIEN	13,37%	BIOLOGISTE	0,46%
MASSEUR – KINESITHERAPEUTE	6,69%	PEDIATRIE	0,46%
CHIRURGIE DENTAIRE	4,10%	ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION	
SAGE-FEMME	3,19%	CHIRURGICALE	0,30%
ORTHOPHONISTE	2,58%	Associations de santé	0,30%
RADIOLOGIQUE ET IMAGERIE MEDICALE	2,28%	MEDECINE INTERNE	0,30%
PEDICURE PODOLOGUE	2,13%	DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	0,30%
DIETETICIEN	0,91%	ERGOTHERAPEUTE	0,30%
CHIRURGIE UROLOGIQUE	0,76%	OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	0,30%
MSP	0,76%	PNEUMOLOGIE	0,30%
OPHTALMOLOGIE	0,76%	RHUMATOLOGIE	0,30%
PSYCHIATRIE GENERALE	0,76%	AMBULANCIER	0,15%
PSYCHOLOGUE	0,76%	ANATOMIE-CYTOLOGIE-PATHOLOGIQUE	0,15%
GYNECOLOGIE	0,76%	ART-THERAPEUTE	0,15%
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	0,61%	Centres de santé	0,15%
GERIATRIE	0,61%	CHR (centre hospitalier régional)	0,15%
Psychomotricien	0,61%	CMP (centre médico-psychologique)	0,15%
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	0,61%	CSAPA (centre soins accompagnement prévention addictologie)	0,15%
CH (Centre hospitalier)	0,46%	NEUROPSYCHIATRIE	0,15%
		OPTICIEN	0,15%

Pour ce qui est des thèmes retenus par ces CPTS s'inscrivant dans la deuxième mission en faveur de l'organisation des parcours pluriprofessionnels on constate qu'ils s'adressent bien à des problématiques de prise en charge de patients souvent lourde et complexe à commencer par celle des personnes âgées.

Figure 84 : Liste des thèmes retenus pour la mission en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient

Liste des thèmes retenus pour la mission en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour des patients :

Thèmes	Part
Prise en charge des personnes âgées (PA)	24%
Articulation entre 1er et 2ème recours	18%
Organisation des entrées / sorties en établissement de santé (y compris RAC)	12%
Coopérations et délégations d'activités médecins – autres professionnels de santé	12%
Psychiatrie – santé mentale (adulte)	12%
Prise en charge des personnes handicapées (PH)	6%
Hypertension artérielle / maladies cardio-vasculaires	6%
Diabète (adulte)	6%
BPCO / maladies respiratoires chroniques /asthme (adulte)	6%

2.3.3 Eléments de bilan des contrats ACI MSP

L'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles MSP est plus ancien et date de 2017.

En juin 2020 on comptait 1007 MSP ayant signé un contrat d'adhésion ACI MSP.

Les principaux professionnels qui composent les MSP ayant bénéficié d'une rémunération sont les médecins généralistes et les infirmiers pour plus de la moitié des professionnels présents. Si l'on y ajoute les masseurs kinésithérapeutes, les pharmaciens, les orthophonistes et les pédicures podologues on atteint une proportion de plus des ¾ des professionnels constituant les MSP

Figure 85 : Composition des MSP ayant bénéficié d'une rémunération de l'ACI

Profession	Effectifs	%
INFIRMIER	5310	29%
MEDECIN GENERALISTE	4621	25%
MASSEUR - KINESITHERAPEUTE	2060	11%
PHARMACIEN	1042	6%
ORTHOPHONISTE	805	4%
PEDICURE	732	4%
SAGE-FEMME	623	3%
PSYCHOLOGUE	541	3%
DIETETICIEN	516	3%
CHIRURGIE DENTAIRE	494	3%
OSTEOPATHE	229	1%

Toutes les MSP disposent d'au moins 1 médecin généraliste (prérequis), 96% d'entre elles ont au moins un infirmier et les autres professions paramédicales sont très représentées, puisque 72% des MSP ont au moins un masseur kinésithérapeute, 56% au moins un pédicure podologue, et 46% un orthophoniste.

L'évaluation de l'ACI sur les structures de santé pluriprofessionnelles de proximité a été confiée à l'Irdes par l'Assurance maladie. Les travaux d'évaluation réalisés, dans le cadre d'une collaboration entre des chercheurs de l'Irdes et de l'équipe S-PRI du Cesp-Inserm, visent à analyser les pratiques et dynamiques professionnelles et pluriprofessionnelles et à estimer l'impact des MSP et du cadre contractuel de l'ACI sur un ensemble de dimensions, dont l'accessibilité spatiale, l'activité et enfin la pertinence et l'efficacité des soins et des parcours pour les patients.

Les premiers résultats montrent que les médecins généralistes en MSP suivent plus de patients que leurs homologues n'y exerçant pas, pour un nombre de consultations et visites relativement stable. Aussi, les médecins généralistes exerçant dans une MSP signataire de l'ACI ont reçu en moyenne 9% de rémunération supplémentaire au titre de la ROSP comparativement à leurs pairs n'exerçant pas en MSP, suggérant une relation positive entre le travail d'équipe pluriprofessionnel et la qualité des soins (Cassou et al., à paraître 2020⁵⁵). Il n'est pas possible d'estimer plus précisément, avec les données disponibles dans cet appariement les différentes composantes de ce supplément pour isoler l'effet propre à la taille de la patientèle. D'autres

⁵⁵ Cassou M., Mousquès J., Franc C. (2020). General Practitioners' Income and Activity: the Impact of Multi-Professional Group Practice in France. EJHE, soumission acceptée en révision, à paraître 2020

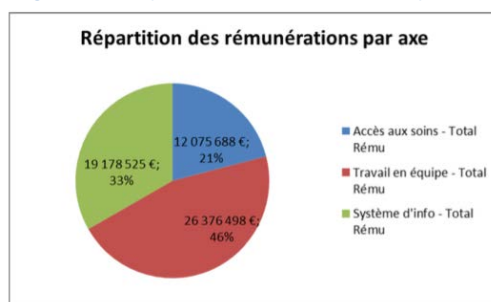
travaux, à partir de données plus récentes issues du SNDS et en cours de constitution devraient permettre de compléter ces premiers résultats.

Figure 86 : Composition des MSP adhérentes à l'ACI

Profession	Fréquence dans les MSP
MEDECIN GENERALISTE	100%
INFIRMIER	96%
MASSEUR - KINESITHERAPEUTE	72%
PEDICURE	56%
DIETETICIEN	48%
ORTHOPHONISTE	46%
SAGE-FEMME	45%
PHARMACIEN	44%
PSYCHOLOGUE	41%
CHIRURGIE DENTAIRE	32%
OSTEOPATHE	19%
PSYCHOMOTRICIEN	12%
ORTHOPTISTE	11%
ERGOTHERAPEUTE	9%
PSYCHIATRIE GENERALE	6%
AUTRE	5%
SOPHROLOGUE	5%
BIOLOGISTE	5%
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	5%
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	4%

Enfin la part de la rémunération 2019 des MSP signataires du contrat ACI MSP la plus importante concerne le travail en équipe et la coordination des soins.

Figure 87 : Répartition des rémunérations par axe



2.3.4 Renforcer les structures d'exercice coordonné avec les assistants médicaux

Libérer du temps médical constitue un autre levier pour permettre d'améliorer la prise en charge coordonnée des parcours des patients en particulier ceux présentant des pathologies lourdes et complexes et leur accès aux soins.

C'est l'objectif de l'avenant 3 à l'accord national des centres de santé signé début février 2020 qui, en transposant certaines dispositions conventionnelles applicables aux médecins libéraux, offre la possibilité aux 1621 centres de santé de bénéficier d'une aide financière à l'embauche d'un ou plusieurs assistants médicaux, recrutés au bénéfice de leurs médecins salariés.

Ce dispositif pourrait aussi bénéficier à des structures d'exercice coordonné telles les MSP en libérant du temps médical non plus à l'échelle individuelle de chaque professionnel partie prenante mais bien à l'échelle de la structure. L'ensemble de la patientèle fréquentant la structure devrait ainsi tirer parti de ce temps médical libéré en particulier les patients présentant les pathologies les plus lourdes et complexes. Ce sera l'un des objectifs des prochaines négociations qui devraient s'ouvrir avec les représentants syndicaux des structures de santé pluri-professionnelles (MSP) au second semestre 2020 en favorisant un investissement supplémentaire des différents professionnels impliqués dans la structure.

2.3.5 Les enjeux de demain

L'enjeu autour des équipes de soins primaires ESP et spécialisés ESS

Les CPTS, les MSP et les centres de santé ne résument pas l'ensemble des organisations de soins coordonnés. Les équipes de soins primaires (ESP) et les équipes de soins spécialisées (ESS), définies par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et qui se constituent, visent aussi une coordination organisée autour d'un projet de santé co-construit.

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. L'équipe de soins primaire contribue à la structuration des parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours. Elle vise notamment, par son projet, l'amélioration de la coordination des soins et de la prise en charge de soins non programmés ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Une équipe de soins spécialisée est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités, hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

En considérant ces définitions, il apparaît que les équipes de soins ont des besoins propres, non assimilables aux besoins des structures d'exercice coordonné (CPTS MSP CDS) puisque ces équipes ont un mode d'organisation moins intégré et moins formalisé. Ces besoins concernent essentiellement la mise à disposition d'outils de coordination et de partage d'informations au sein de l'équipe d'une part et d'autre part la libération d'un temps nécessaire à la concertation et à la coordination au profit des patients suivis.

Des premiers travaux avec les représentants syndicaux des différentes professions de santé concernées ont débuté avant la crise sanitaire afin d'aborder la question d'un éventuel financement conventionnel des ESP et des ESS. Ces équipes apparaissent comme un premier degré de coordination souple, flexible correspondant aux besoins des professionnels de santé exerçant de manière « isolée » récemment renforcés par la crise sanitaire. Leur articulation avec les autres formes d'exercice coordonné devra cependant être clarifiée.

Perspectives

Des partages d'expériences post-crise Covid entre CPTS pourront être organisés. Les retours d'expériences des MSP, ESP et Centres de santé fourniront des éléments de nature à enrichir les projets des CPTS.

Pour les CPTS, il ressort des premiers éléments qu'il y a eu selon les contextes une émergence ou une consolidation d'une dynamique territoriale. La période a également fourni un terreau pour la fédération des équipes, via par exemple la mise en place de centres COVID, la mobilisation conjointe des médecins, des pharmaciens et des paramédicaux, une coopération avec les collectivités territoriales mais aussi une gestion commune de la crise avec les établissements de santé de leur territoire, ou des collaborations inédites avec les EHPAD, etc. Ces retours d'expérience devraient illustrer la capacité des CPTS à organiser des réponses de proximité, adaptées à chaque territoire, sans qu'il soit nécessaire d'imposer un modèle unique venu d'en haut.

Il est maintenant nécessaire d'avancer sur plusieurs sujets pour favoriser l'essor de l'exercice coordonné au sein d'un cadre consolidé. Il convient en premier lieu de clarifier les questions relatives au statut juridique des CPTS qui peuvent inquiéter les acteurs souhaitant s'y engager et revêtir un aspect de complexité. La publication attendue dans les prochains mois d'un nouveau texte, pris par voie d'ordonnance dans le cadre de la loi du 27 juillet 2019, devrait y répondre.

Il importe ensuite de mieux préciser l'articulation entre les différents échelons des dispositifs d'appui à la coordination pour définir les rôles et services de chaque niveau d'intervention. Enfin, la mise en place du service d'accès aux soins SAS, en cours de définition, devrait représenter un défi majeur mais permettre aussi un progrès très important pour les patients et la capacité du système de santé à prendre en charge leur demande et les orienter vers le bon lieu ou le bon mode de prise en charge en adéquation avec la nature et le degré de leurs besoins.

Pour assurer la bonne mise en œuvre de ces évolutions, il convient de trouver le juste équilibre entre le temps nécessaire à l'appropriation de la démarche par les acteurs locaux, condition nécessaire à la pérennité de leur engagement et la définition d'un calendrier raisonnable qui veille à encadrer chaque phase de construction. Plusieurs démarches ont pu s'étirer par la difficulté à établir un diagnostic ou à formaliser un projet. Le pragmatisme doit s'imposer face aux nécessités d'apporter des réponses opérationnelles et des services à la population. Pour favoriser l'adhésion des professionnels de santé comme des patients, ces mutations ont vocation à privilégier des démarches concrètes et progressives. Les premiers services ouverts étant autant d'éléments démontrant la réalité des services rendus par ces structures.

La crise offre paradoxalement une occasion propice qu'il convient de savoir saisir. En miroir à la réactivité dont les professionnels de santé ont fait preuve dans les circonstances liées à la crise sanitaire, l'accompagnement des démarches favorisant la structuration de l'exercice coordonné est à accélérer. Le Ségur de la Santé fournit l'espace pour fixer les contours d'une nouvelle dynamique.

2.4. Perspectives : accompagner le développement et la diffusion de nouvelles modalités de paiement et d'organisation

A plus d'un titre, le chemin de la transformation du système de santé est un chemin tortueux et complexe. Alors que les discussions du Ségur de la santé portent très largement sur l'organisation et le financement des soins, et sur des transformations que certains acteurs souhaitent radicales, les deux exemples de la télémedecine et de l'exercice pluriprofessionnel (CPTS et MSP) constituent deux exemples intéressants pour éclairer certains aspects des débats. L'une comme l'autre ont été mis en œuvre pendant plusieurs années dans divers cadres expérimentaux et trouvent progressivement leur place dans le droit commun et dans la pratique collective. L'une comme l'autre sont, à l'occasion de l'épidémie de COVID-19, entrées en résonance avec les problématiques posées par cette situation et ont offert aux acteurs la possibilité de faire évoluer leurs pratiques afin de mieux répondre aux besoins nouveaux que la crise faisait émerger.

Inscrite dans le droit commun, depuis 2018, la téléconsultation, pourtant attendue avec impatience par les professionnels et les établissements, peinait à trouver un niveau de progression satisfaisant. L'épidémie de COVID-19 et le confinement ont changé la donne, juridiquement avec un assouplissement des règles de réalisation et de remboursement pendant la période d'état d'urgence sanitaire, et opérationnellement, le contexte de la crise et du confinement généralisé ont défini une situation à laquelle la télémedecine était parfaitement construite pour répondre, ce que les acteurs ont parfaitement compris et ont su mettre en œuvre. La comparaison avec nos voisins européens montre que la France était l'un des pays qui était le plus avancé dans la prise en compte de la télémedecine dans le droit commun, ce qui a indéniablement favorisé son essor au moment de la crise.

La réflexion sur les organisations territoriales pluri-professionnelles étaient à la fois plus diverses et plus complexe. Le choix d'un cadre clair pour en assurer la diffusion avec le cadre conventionnel, la définition de la place de la ville comme un acteur indispensable à l'accompagnement des transformations du système de santé pour peu que ces acteurs puissent trouver des modes d'organisation mieux coordonnés, selon des lignes stratégiques claires rappelées plus haut, ont permis à de nouveaux acteurs de s'inscrire dans des démarches innovantes, la crise étant pour certains l'occasion de hâter certaines transformations ou de murir des projets jusque-là moins avancés.

Dans ces deux cas, la gestion de l'épidémie et ses conséquences ne constitue qu'une étape dans le développement de ces sujets. Si des seuils importants ont été franchis, notamment en matière de télémedecine, beaucoup reste à faire pour aller plus loin.

En particulier, la capacité à développer des organisations mieux articulées entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social constitue un enjeu fort pour notre système de santé, qu'il faudra aborder de manière pragmatique. Les exemples d'initiatives de ce genre en France, testées notamment dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 ainsi que les retours d'expérience d'autres pays montrent que le sujet est loin d'être simple. Qu'il s'agisse, de cultures organisationnelles et professionnelles et de connaissance mutuelle, de référentiels communs ou de systèmes d'information, la liste des freins potentiels est longue. Seules des approches construites à partir des projets concrets des acteurs de terrain, accompagnées dans un cadre expérimental souple sont susceptibles de conduire à de réelles transformations.

Propositions pour appuyer les acteurs et leurs organisations dans les suites de la pandémie

Proposition 15 : Accélérer le déploiement des structures de l'exercice coordonné pluri-professionnel en favorisant l'essor des initiatives

Les organisations pluri-professionnelles, en dépit parfois de dynamiques relativement récentes, on fait preuve d'une grande d'une capacité d'adaptation face aux conséquences de la crise, afin de capitaliser et de conforter cette dynamique, plusieurs actions peuvent être initiées par l'Assurance Maladie et ses partenaires conventionnels :

- Extension du mandat des CPTS pour leur permettre de conclure des partenariats avec des établissements de santé et des ESMS ;
- Adaptation du financement des CPTS déjà créées ou qui se créeraient dans les 18 prochains mois ;
- Valorisation de l'engagement des médecins libéraux dans les futurs dispositifs de prise en charge des soins non programmés : service d'accès aux soins, télé médecine, etc.

Proposition 16 : Poursuivre le déploiement de la télé médecine dans un cadre respectueux de la qualité de la prise en charge

Prolongation pour une durée limitée de la prise en charge à 100 % des téléconsultations : une telle mesure ne saurait s'envisager durablement sauf à pouvoir démontrer qu'une téléconsultation justifierait d'une meilleure prise en charge par la sécurité sociale qu'une consultation présenteielle, ce qui ne semble pas avéré d'un point de vue médical. Pour autant, le maintien pendant au moins une année de ce dispositif faciliterait, à travers la facilitation du recours au tiers payant intégral, l'exercice de la téléconsultation par certains professionnels qui ne se sont pas déjà abonnés à des plateformes de service leur mettant à disposition des outils de paiement en ligne.

Assouplissement maîtrisé de certaines règles posées par l'avenant 6 sur la règle du « déjà vu » : s'il ne s'agit pas de revenir sur les principes de ce dispositif, il pourrait être envisagé que des téléconsultations puissent être prises en charge quand bien même aucune consultation présenteielle ne serait intervenue dans les 12 derniers mois entre le médecin et le patient. Ces dérogations devraient cependant s'inscrire dans une approche médicale respectueuse des objectifs de bonne prise en charge. Le cadre expérimental récemment posé par l'avenant 8 signé le 12 mars dernier constitue une première étape dans cette direction, sous la forme d'expérimentations soumises à la commission paritaire nationale des médecins. Il appartiendra aux partenaires conventionnels d'examiner dans les prochains mois s'il est possible d'aller plus loin, s'agissant notamment de certaines prises en charge spécialisées et dans certaines situations cliniques (ex psychiatrie, ophtalmologie, consultations pré-anesthésiques, etc.).

Maintien transitoire des actes de télésoins créés de manière dérogatoire dans le cadre de la crise épidémique, pour des professions telles que les orthophonistes, les sages-femmes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes ou les pharmaciens : le fondement juridique de ces dérogations tombant avec la fin de l'état d'urgence sanitaire, il serait dommageable que la réalisation de ces actes soit interrompu faute qu'ils aient pu être créés selon les procédures habituelles (évaluation HAS et négociation conventionnelle). La mise en place d'un dispositif transitoire permettant d'assurer une forme de continuité d'ici la fin de l'année, le temps de mener à leur terme ces procédures d'inscription pérenne serait justifiée.

3. Renforcer la place de la prévention dans l'action de l'Assurance Maladie

3.1. Renforcer la place de la prévention en développant les outillages d'analyses médico-économiques

3.1.1 Le paradoxe de la prévention : une approche coût-efficace qui peine à trouver toute sa place dans le système de santé

La prévention désigne « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ».

S'il est largement reconnu, notamment grâce aux nombreux travaux de l'Organisation mondiale de la santé, que la prévention peut s'exercer selon un continuum, tout au long de la vie des personnes, avant la maladie, pendant et après les soins curatifs, on la définit souvent –par opposition au soin, ou à l'approche curative qui vise à traiter une maladie ou ses conséquences.

Les actions de prévention reposent sur une grande diversité de mesures et d'interventions : universelles et collectives, comme le dépistage organisé de certaines maladies ou les campagnes de vaccination, mais également individuelles et plus sélectives, comme les « conseils » que peuvent donner les professionnels de santé à leur patient dans une situation donnée. Dans son acception la plus large de promotion de la santé, elle peut mobiliser des leviers réglementaires ou économiques.

L'intérêt de la prévention est en théorie évident tant pour la personne qui par l'adoption de ces mesures va éviter la survenue d'un événement de santé aux conséquences potentiellement néfastes, que pour le payeur qui a logiquement intérêt à investir dans ces actions qui sont souvent moins coûteuses que les événements de santé qu'elles permettent d'éviter.

La prévention est ainsi souvent présentée comme une approche coût-efficace dans laquelle il est pertinent d'investir pour un système de santé. Pourtant en France, comme dans de nombreux autres pays, la place de la prévention semble très en retrait par rapport à ce constat (1,2). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet apparent paradoxe (3).

Tout d'abord, des facteurs d'acceptabilité, modérant l'adhésion des personnes aux comportements attendus. En effet, si la prévention vise à prévenir la survenue d'événements dits évitables avant qu'ils ne se produisent, elle s'adresse à des personnes qui n'ont pas le sentiment d'être malade ou à risque de l'être et qui ne perçoivent pas forcément l'utilité de ces actions et sont donc moins enclines à y adhérer. Par ailleurs, les actions de prévention collectives visent à réduire un niveau de risque estimé statistiquement et n'ont pas nécessairement d'effet sensible chez tous les individus qui seront amenés à les mettre en œuvre. Et de fait, les nombreuses théories et modèles de changement de comportements en sciences sociales pouvant servir à la fois de modèles explicatifs à ces non-adhésions aux offres de prévention ou de leviers d'interventions restent peu connus et peu utilisés en France.

Ensuite, la prévention est souvent perçue comme une logique de long terme, susceptible de ne porter ses fruits que dans une perspective très lointaine, incompatible avec les cycles courts de la décision politique. S'il est vrai que certaines actions de prévention s'inscrivent dans la durée, d'autres sont susceptibles de produire des effets mesurables très rapidement en population. La vaccination grippale en est un exemple parmi d'autres.

Par ailleurs, l'outillage de ces mesures nécessite une connaissance des facteurs de risque et du caractère évitable de la pathologie considérée pour construire les modèles qui permettent d'identifier les interventions les plus pertinentes ou coût-efficaces. Ces modèles reposent sur un travail méthodologique de fond pour être efficaces, fiables et acceptables.

Enfin, les frontières entre les soins curatifs et la prévention est bien souvent artificielle : le même traitement médicamenteux peut être curatif ou préventif ou les deux selon le contexte clinique considéré. Par exemple, la prescription d'anticoagulants chez des patients alités suite à une intervention chirurgicale vise à prévenir la survenue de complications thromboemboliques, là où le même traitement peut être utilisé à des fins curatives

dans le cas de survenue d'une complication. Par ailleurs, les interventions considérées comme efficaces mobilisent souvent plusieurs leviers simultanément et de concert, comme par exemple dans le cas de la lutte contre le tabac.

3.1.2 L'importance d'outils d'analyse du fardeau épidémiologique et économique pour objectiver et analyser les forces et faiblesses des systèmes de santé en matière de prévention

Evaluer la place de la prévention dans un système de santé nécessite de s'appuyer sur un certain nombre d'outils de mesure explorant différentes dimensions.

Les analyses sur la faiblesse de la prévention en France s'appuient souvent sur le montant des dépenses de santé consacrées à la prévention. Ainsi, les comparaisons internationales situent la France à un niveau médiocre en termes de dépense de prévention en 2015, autour de 2 % des dépenses de santé (moins de \$ 200 par habitant par année), en-dessous de la moyenne de l'OCDE, en 18^{ème} position entre la Corée et la Belgique (Figure 88). Si le fait que d'autres pays consacrent des montants plus élevés que la France à la prévention est un constat intéressant à formuler, il ne dit cependant rien de la pertinence de ces choix, ni du montant optimal à y consacrer.

Figure 88 : Dépenses de prévention en montant par tête et en % de la dépense courante de santé pour les pays de l'OCDE (\$US, parité de pouvoir d'achat, 2015)

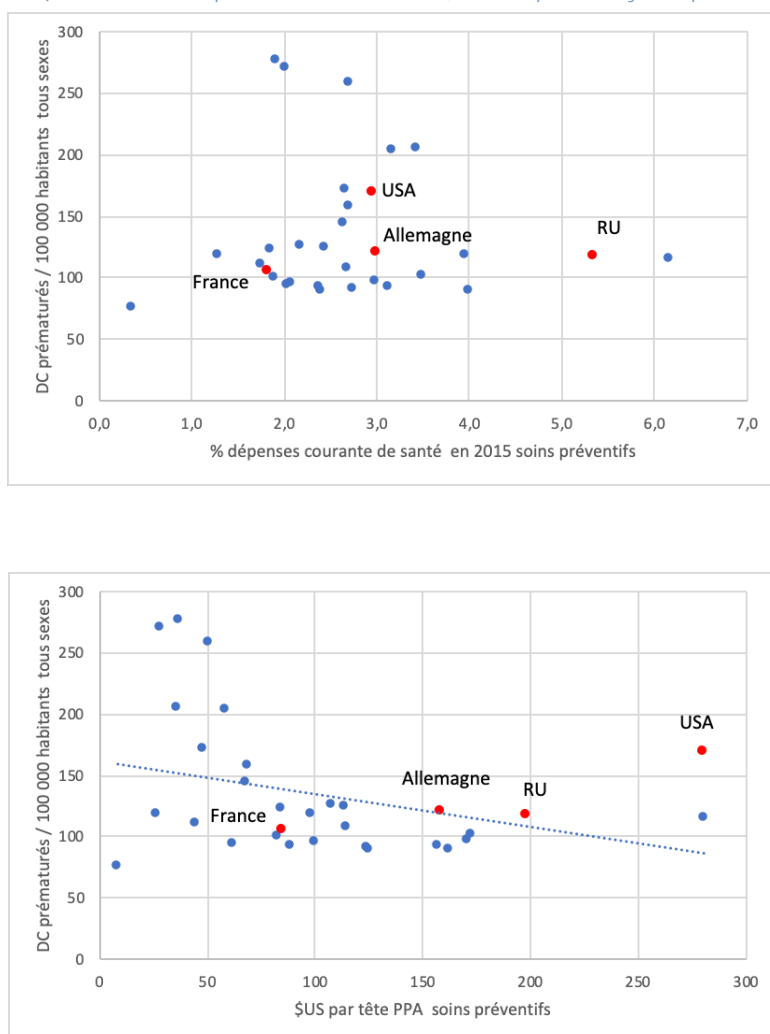
alth expenditure

Source : OCDE, statistiques de la santé

Il faut en effet se garder d'établir un lien causal trop direct entre le niveau des dépenses de prévention et les résultats d'un système de santé en la matière. Ainsi, par exemple, en 2015, la dépense moyenne de soins de prévention par habitant était 3,3 fois plus élevée aux USA qu'en France, pour une mortalité prématurée 1,5 fois plus élevée (Figure 89).

Les dépenses comptabilisées pour la prévention ne concernent par ailleurs que les actions de prévention collectives et de recherche, et ne permettent pas, par exemple, d'apprécier la contribution des professionnels de santé ou des autres professionnels de la prévention dans les champs de l'éducation et du social notamment en matière de prévention. Il s'agit donc d'une estimation conservatrice qui minore l'effort réel dans ce domaine.

Figure 89 : Mortalité prématurée (décès pour 100 000 habitants) en fonction des dépenses de prévention en 2015 pour les pays de l'OCDE (haut : % de la dépense courante de santé, bas : dépense moyenne par tête en \$US)



Source : OCDE stats

La mesure des résultats en matière de prévention, ou plus précisément d'une absence de prévention, est ici un outil précieux. Par exemple le dénombrement des décès en lien avec des pathologies qui ne seraient pas survenues si des mesures préventives avaient été mises en place. Cette approche, en tenant compte de l'âge de décès des personnes concernées permet également de chiffrer les années de vie « perdues » résultant de cette absence de prévention, voire de chiffrer une perte d'espérance de vie attribuable. Cette mortalité évitable et sa variation entre les pays ou le groupes de population au sein d'un même pays permet de situer les résultats d'un système de santé, tant en termes de performance globale que d'équité.

La prise en compte de la perte d'autonomie et du handicap permet d'aller plus loin dans ces analyses en évaluant non seulement les années de vie perdues, mais également en tenant compte de la perte de qualité de vie et d'autonomie d'une personne (années de vie vécues en incapacité - YLD). Ces indicateurs sont beaucoup plus délicats à calculer qu'une mortalité « brute », mais ils permettent d'enrichir fortement la comparaison entre différentes maladies ou situations qui ne conduisent pas nécessairement au décès des personnes qui en sont atteints mais qui, à travers une limitation fonctionnelle ou un handicap, peuvent durablement altérer la qualité de vie des personnes concernées.

L'efficacité des interventions de prévention repose non pas sur un effet direct sur les pathologies, mais plutôt sur les facteurs de risque évitables de ces pathologies, comme le tabac ou l'alcool, en se focalisant sur leur répartition entre différents groupes de population de manière soit à en réduire l'exposition d'une manière générale, soit en limitant les écarts d'exposition entre les différents groupes de population. Les outils d'analyse centrés sur les facteurs de risque sont très précieux, non seulement pour apprécier les besoins, mais aussi pour orienter les priorités d'action vers les thématiques les plus problématiques.

En croisant ces différents outils, on peut commencer à analyser les causes des écarts entre population : le poids des pathologies ou des facteurs de risque n'est pas le même d'un pays à l'autre et peut justifier un investissement plus important dans certains pays ; l'efficacité du système de prévention varie d'un pays à l'autre et derrière les moyennes se cachent des valeurs disparates au sein d'un même pays témoins d'inégalités de santé que les systèmes arrivent plus ou moins bien à identifier et corriger.

Pour autant, il est difficile d'interpréter ces écarts et d'en tirer des enseignements sur la manière de les corriger, sans disposer d'un outillage d'analyse plus fourni. Les actions de prévention ne doivent pas viser l'atteinte d'un objectif mécanique de dépense, mais bien permettre d'atteindre un niveau d'impact sanitaire souhaité qui se doit par ailleurs de prendre en compte les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'analyse du fardeau de la maladie permet de constater et d'analyser l'efficacité et l'efficience des composantes d'un système de santé, de poser un diagnostic et de cibler celles qui seraient perfectibles.

Ces outils ne suffisent cependant pas à sélectionner les interventions pertinentes pour réduire ou atténuer les problématiques constatées. La réduction de la consommation d'alcool chez les jeunes, ou l'amélioration de la couverture d'une campagne de vaccination pour une maladie infectieuse peuvent résulter d'un grand nombre d'actions différentes. Il ne suffit pas de poser la prévention pour objectif d'une intervention pour qu'elle en devienne immédiatement et totalement efficace.

L'apport de l'analyse médico-économique est ici potentiellement très important en permettant d'apprécier l'efficacité potentielle d'une mesure rapportée au coût qu'elle requiert pour fonctionner. En sélectionnant des actions non pas seulement sur leur intérêt intellectuel potentiel, mais aussi sur leur impact attendu, notamment en termes d'équité et sur leur espérance de réussite, on maximise les chances de succès et on renforce ainsi la légitimité de ces démarches.

Plusieurs démarches de construction d'outils de mesure de retour sur investissement (ROI) existent et illustrent tant l'intérêt potentiel que les difficultés d'une telle démarche. Ces outils reposent sur une grande diversité de mécanismes, allant de modèles de micro-simulation très développés, comme les outils de « outcomes vs expenditure » de public health england (4), à des catalogues d'intervention évaluées préalablement et comparées de manière systématique comme l'approche développée en Australie (5). Sans forcément se lancer dans des démarches économétriques très structurées, l'intérêt de sélectionner des actions dans un catalogue d'action ayant fait la preuve de leur efficacité, dites données probantes, permet ainsi d'asseoir les décisions de programmes pluriannuels sur des éléments démontrés et donc de renforcer la confiance des décideurs dans la pertinence de ces actions et des choix budgétaires qui en découlent.

Il est cependant important de garder à l'esprit que ces outils restent utiles tant qu'ils ne constituent pas à eux seuls la décision, mais qu'ils l'éclairent. Il importe également de rappeler que l'évaluation économique ne se résume pas à des méthodes quantitatives, les approches qualitatives étant également très précieuses.

3.1.3 Développer une culture et des outils d'évaluation médico-économiques

La pratique de l'évaluation médico-économique des actions de prévention est souvent plus présente dans les discours que dans les faits. Au-delà des effets de mode et des postures adoptées par les acteurs, cet état de fait résulte très souvent d'une approche incomplète de cette problématique.

On réduit volontiers l'évaluation médico-économique à une question de choix d'indicateurs, là où la question centrale repose surtout sur le choix de l'objet à évaluer et de l'objectif réellement poursuivi mais aussi de la faisabilité de la méthode retenue.

Beaucoup d'actions de prévention n'ont isolément qu'un effet très limité, mais agencées de manière coordonnée dans un cadre pertinent, elles contribuent à un effet d'ensemble. Cela conduit à construire des évaluations de plus grande ampleur bâties sur des bases méthodologiques partagées permettant d'apporter des éléments suffisants pour juger de l'efficacité ou de la robustesse de telle ou telle décision.

Depuis 2012, avec la cartographie médicalisée des dépenses de santé, l'Assurance maladie CNAM a développé un outil d'analyse systématique des dépenses de santé qui permet d'apprécier le poids de certaines pathologies en termes d'état de santé, mais aussi dans la structure des dépenses de santé. Elle constitue également une base pour analyser les parcours et identifier les points de rupture au sein de ces parcours. Plusieurs évolutions pourraient permettre d'enrichir cet outil et d'en élargir et diversifier les usages.

La première évolution est de pouvoir apprécier le poids des principaux facteurs de risque évitables, comme le tabac ou l'alcool ou de certains déterminants de santé. Avec la cartographie, il n'est pas à ce jour, pas possible d'apprécier de manière fiable le poids du tabagisme dans les dépenses de santé.

Par ailleurs, comme cela a été discuté plus haut, l'analyse économique pourrait être enrichie de la construction d'indicateurs comme les années de vie perdues ou les DALYs qui permettent de pouvoir comparer différentes situations sanitaires avec des indicateurs communs voire même de pouvoir comparer différentes aires géographiques ou différentes population sur ces indicateurs. Cela permettrait de développer une approche fondée sur les preuves avec des évaluations plus systématiques, gage de qualité et d'acceptabilité des actions qui en découlent.

3.2. Un exemple concret : les actions contre le tabagisme et leur efficacité

3.2.1 La tabac : un facteur de risque et un fardeau majeur pour la santé humaine

La consommation de tabac active ou passive, sous toutes ses formes est un facteur de risque de nombreuses pathologies cardiovasculaires, d'insuffisance respiratoire chronique et de BPCO et de nombreux cancers (poumons, ORL, des voies aérodigestives supérieures et de la vessie).

Consommé au long cours et en grande quantité par de nombreuses personnes, son impact sur la santé humaine est majeur. En 2015, ce sont ainsi près de 75 000 décès (6) et 250 000 hospitalisations pour maladies cardiovasculaires attribuables au tabac qui seraient survenus en France (7). Les estimations du poids économique des pathologies induites par la consommation de tabac est difficile à estimer, mais se compte en milliards d'euros chaque année, dont une partie significative pourrait être évitée.

La répartition de ce fardeau touche inégalement les groupes de population. Ainsi, l'importance du tabagisme décroît avec le niveau d'éducation, et les conditions socio-économiques, pourvoyeur d'inégalités sociales de santé. Plus récemment, le tabagisme longtemps plus fréquent chez les hommes a augmenté de manière continue chez les femmes, causant une augmentation importante de l'incidence des pathologies induites par rapport aux hommes, comme en atteste l'évolution de l'incidence, et des dépenses du cancer du poumon chez les femmes.

S'il est classiquement considéré que l'exposition au tabagisme doit être chronique pour produire des effets néfastes à la santé, de nombreux travaux pointent à l'inverse que l'arrêt du tabac est susceptible de produire des effets bénéfiques assez rapidement. L'arrêt du tabac constitue donc, un objectif majeur de la réduction du fardeau lié au tabagisme.

3.2.2 Un plan d'action global

Fort de ces constats, l'Assurance maladie a identifié et proposé en 2016 quatre actions complémentaires s'inscrivant dans les objectifs du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 visant à aider au sevrage tabagique et réduire les inégalités en résultant en mobilisant différents leviers d'action (8):

- Une mesure économique : la prise en charge directe et intégrale par l'AM des traitements nicotiniques de substitution, reposant sur la conviction que cela en faciliterait l'accès auprès des fumeurs et une prise en charge plus adaptée ;
- Un second levier d'incitation des professionnels de santé visant à les mobiliser et à les conforter dans leur rôle en prévention dans l'accompagnement au sevrage tabagique, via l'inscription d'indicateurs dans la ROSP
- La mise à disposition du public d'une nouvelle application d'aide au sevrage tabagique, l'appli tabac info services
- La volonté de soutenir et développer la recherche sur le tabac permettant d'identifier des actions efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé existant sur ce facteur de risque

3.2.3 Des premiers résultats qui s'inscrivent dans un contexte de baisse globale du tabagisme

Depuis 2016, une diminution de la prévalence du tabagisme est observée en France, vraisemblablement grâce à l'ensemble des mesures réglementaires et de prévention mises en place depuis l'instauration du plan national de réduction du tabagisme (PNRT). Les dernières données publiées (9) confirment que cette baisse se poursuit : entre 2014 et 2019, la prévalence du tabagisme a diminué de presque 4 points, passant de 34,3% à 30,4%. Une baisse de 4,5 points (-16%) est observée pour la prévalence du tabagisme quotidien, passant en 5 ans de 28,5% à 24,0%.

Les données récentes de Santé publique France publiées à l'occasion du 31 mai 2020 (BEH 14 du 26 mai 2020) confirment la tendance à la baisse de la consommation de tabac, dans la lignée des deux années précédentes. La prévalence de la consommation estimée de tabac en France en 2019 diminue, même si la différence entre les deux dernières années n'est pas significative (diminution de 1,4 points avec 30,4 % de fumeurs (24,0 % de fumeurs quotidiens)). La baisse observée en 2018 chez les personnes plus socialement défavorisées (non diplômés, chômeurs) ne se retrouve cependant pas cette année.

Cette diminution de prévalence du tabagisme quotidien était observée pour les deux sexes. Par ailleurs, les inégalités sociales ne s'accroissent plus, pour la première fois depuis 2016, néanmoins elles restent très marquées : avec pour le tabagisme quotidien en 2019 un écart de 17 points entre personnes au chômage (42 %) et actifs occupés (25 %), et de 12 points entre les plus bas et les plus hauts revenus (30 % versus 18 %).

3.2.4 Le remboursement des substituts nicotiniques par l'Assurance Maladie : une forte augmentation du recours depuis l'extension de leur prise en charge

Efficacité des substituts nicotiniques

La littérature scientifique a montré l'efficacité des traitements nicotiniques de substitution (TNS) pour aider les fumeurs à arrêter le tabac : ils augmentent de plus de moitié les chances de sevrage tabagique à 6 mois ou plus (10). C'est pourquoi ils constituent le traitement médicamenteux de 1^{ère} intention dans le sevrage tabagique (recommandation HAS grade A⁵⁶). Il en existe plusieurs formes : transdermiques (patches), à diffusion lente, et orales (gommes, pastilles, etc.), d'action rapide. Pour ajuster le dosage et augmenter les chances de réussite, il est recommandé de combiner les deux.

Une prise en charge progressivement élargie depuis 2007 afin de permettre un accès large à ces traitements efficaces

Entre 2007 et 2018, les substituts nicotiniques étaient pris en charge dans le cadre d'un forfait annuel (« forfait TNS »), sur prescription, initialement à hauteur de 50 euros par bénéficiaire et par an. Ce dispositif permettant de prendre en charge des médicaments qui n'étaient pas inscrits sur la liste des médicaments remboursables, avait été progressivement étendue à 150 euros par bénéficiaire et par an, d'abord pour les publics prioritaires (femmes enceintes en 2011, jeunes en 2014, CMU-c et ALD cancer en 2015), puis pour tous les fumeurs en 2016.

A partir de 2018, comme cela avait été proposé par l'Assurance Maladie dans le rapport charges et produits 2017, plusieurs de ces traitements ont été progressivement inscrits sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux, ce qui a contribué à améliorer leur accessibilité pour tous les fumeurs, notamment les plus défavorisés. En effet, cette inscription au remboursement a permis de supprimer l'avance de frais systématique chez le pharmacien qui était requise dans le cadre du forfait, et de diminuer les prix en officine en ayant pour les produits remboursables un tarif prix unique sur tout le territoire, grâce au tarif administré.

En 2019, le dispositif dérogatoire de prise en charge (forfait TNS) a entièrement disparu au profit d'une prise en charge de droit commun : plus de 80 spécialités de substituts nicotiniques sont désormais remboursables à 65 % par l'Assurance Maladie, sur prescription, couvrant une gamme très large de ces produits, le ticket

⁵⁶ Recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours (octobre 2014)

modérateur étant pris en charge par les complémentaires santé. Ces traitements sont en outre pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, et pour la majorité des affections de longue durée (ALD).

Depuis 2016, le droit de prescription a été étendu à de nouvelles catégories de professionnels : médecins du travail, infirmiers, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes. Les sages-femmes ont vu leur droit de prescription élargi à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

3.2.5 L'augmentation du recours aux substituts nicotiniques

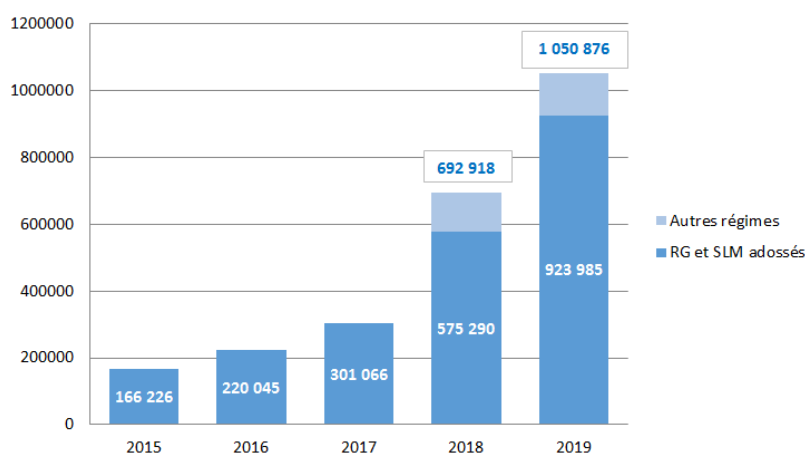
Recours annuel : une hausse qui se poursuit et s'amplifie

En 2019, 1,05 millions d'assurés ont eu au moins un remboursement de substituts nicotiniques dans l'année, dont plus de 920 000 assurés du régime général (Figure 90). Cela représente une **augmentation de 52 % du nombre de bénéficiaires par rapport à 2018**, année qui avait déjà connu une forte hausse du recours à ces traitements en raison de leur inscription au remboursement. Depuis 2015, le nombre de bénéficiaires annuel parmi les assurés a été multiplié par 5,6.⁵⁷

Ces remboursements ont représenté un coût de plus de 55 millions d'euros pour l'Assurance Maladie en 2019.

Cette forte hausse du recours aux traitements nicotiniques de substitution en 2019 accompagne une augmentation du nombre de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt cette année : selon les données du baromètre santé, 33,3 % des fumeurs quotidiens ont fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois en 2019, proportion en hausse significative par rapport à 2018 (24,9 %, $p < 0,001$).

Figure 90 : effectif annuel de bénéficiaires d'un ou plusieurs remboursements de substituts nicotiniques depuis 2016



Champs : Régime général (+ tous régimes pour 2018-2019). France entière.
Source : CNAM (SNDIS)

Saisonnalité du recours aux TNS et effet Moï(s) sans tabac

Dès 2018, on observe une forte montée en charge du recours dès l'inscription des premiers TNS sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux. Le recours aux TNS se maintient tout au long de l'année 2019 à un niveau très élevé par rapport à 2018, malgré une baisse saisonnière estivale habituelle (qui n'était pas observée en 2018, en raison de la montée en charge du recours liée à l'inscription au remboursement de ces traitements).

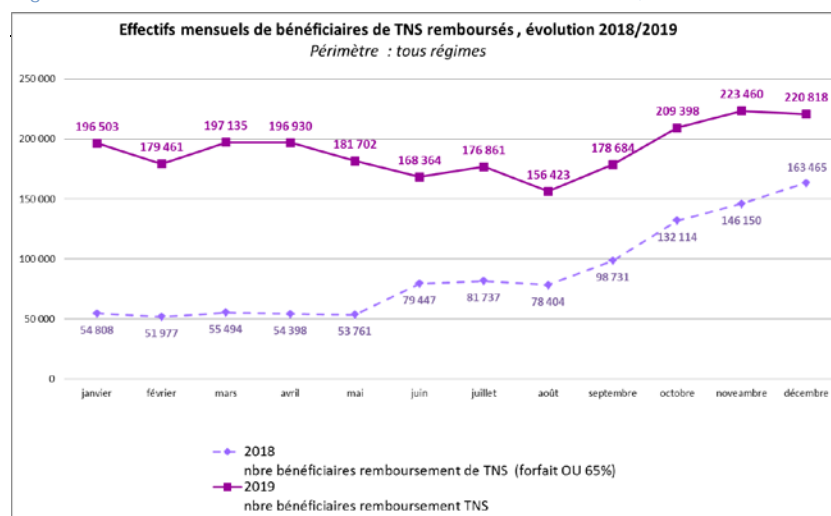
Le recours augmente en particulier lors des trois derniers mois de l'année, de manière concomitante à l'opération nationale Mois sans tabac. Ce phénomène de hausse du recours lors du dernier trimestre de l'année

⁵⁷

NB : parmi les assurés du régime général, pour qui l'on dispose d'une profondeur historique de données plus importante.

est observé depuis 2016, année de la première édition de Moi(s) sans tabac, et laisse supposer un effet direct de cette grande opération de marketing social sur l'augmentation des tentatives d'arrêt parmi les fumeurs.

Figure 91 : effectifs mensuels de bénéficiaires de TNS remboursés, évolution 2018-2019



Champs : Tous régimes. France entière.

Source : CNAM (SNDS)

Note de lecture : les effectifs mensuels présentés ne sont pas cumulables : un même assuré peut bénéficier de remboursements pendant plusieurs mois et sera donc compté plusieurs fois

3.2.6 Qui sont les personnes ayant un recours au remboursement de substituts nicotiniques ?

Une population plus âgée

En 2019, la population bénéficiaire est plus âgée que la population générale (46,8 ans en moyenne 40,6 (RG, données 2018)). Comme les années précédentes, les 26-50 ans représentent la moitié des bénéficiaires, et les 51-65 ans plus d'un tiers. Les jeunes (15-25 ans) représentent 6,5 % des bénéficiaires.

Les hommes et les femmes sont autant bénéficiaires de ces traitements (50,2% versus 49,8%). En revanche, les femmes sont majoritaires parmi les bénéficiaires les plus jeunes (58,5% chez les 15-25 ans), et les hommes légèrement majoritaires parmi les plus âgés (52,7% chez les plus de 65 ans)

Le montant moyen des remboursements de TNS au cours de l'année est de 53€ par bénéficiaire et augmente avec l'âge, reflétant probablement une durée de traitement plus longue chez les seniors : de 27€ (montant moyen remboursé en 2019 parmi les 15-25 ans) à 69€ (chez les plus de 65 ans).

Une population en moins bonne santé que la population générale

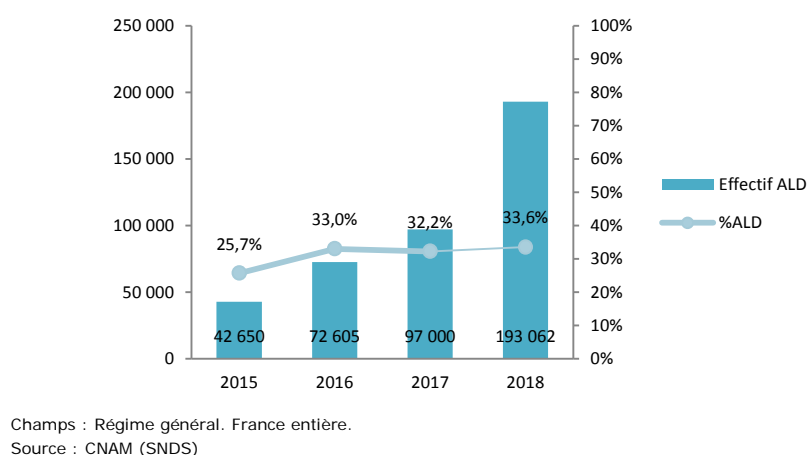
Comparés à la population générale, les consommateurs de TNS affichent un état de santé plus dégradé. e appréciée avec les données de la cartographie médicalisée des pathologies 2018) : plus de la moitié ont au moins une pathologie contre un tiers de la population générale Certains groupes de pathologies ou de traitements sont particulièrement surreprésentés :

- Maladie psychiatrique (14,5% versus 4,0%), et traitements psychotropes (sans pathologie psychiatriques) (29,0% versus 11,4%) ;
- Maladies respiratoires chroniques 13,6% versus 5,6%) ;
- Traitement du risque vasculaire (25% versus 20,5%) ;
- Maladies cardiovasculaires (10,5% versus 7,2%)

Par ailleurs, les bénéficiaires de l'allocation adultes handicapées sont également surreprésentés par rapport à la population générale : 5,2 % versus 1,5%.

Concernant les personnes en ALD : en 2018, un tiers des bénéficiaires d'un ou plusieurs remboursement de TNS était en affection de longue durée (tous régimes : 32,7%, plus de 225 000 personnes). Parmi les bénéficiaires du régime général (figure 3), la part de personne en ALD est passée de un quart à un tiers entre 2015 et 2016, coïncidant avec l'extension du forfait TNS à 150€ pour les personnes en ALD. Cette proportion est stable depuis 2016, en revanche, les effectifs des bénéficiaires en ALD ont doublé entre 2017 et 2018.

Figure 92 : Effectifs et % de personnes en ALD parmi les bénéficiaires d'une prise en charge de TNS au cours de l'année (2015-2018)



Parmi les 226 625 patients en ALD consommateurs de substituts nicotiniques en 2018 :

- Près d'1 personnes sur 3 est en ALD pour affections psychiatriques de longue durée (ALD 23, 28,2% des bénéficiaires)
- 1 personnes sur 5 est en ALD pour diabète (ALD 8 : 18,6% des bénéficiaires), de même pour les pour ALD cancer (ALD 30 : 18,2% des bénéficiaires)
- et 15% d'entre eux sont en ALD pour maladie coronaire

Tableau 25 : Effectifs de bénéficiaires d'un remboursement de TNS en 2018 parmi les ALD listes

Libellé	Effectifs
TOTAL bénéficiaires remboursement TNS	692 984
NON ALD	466 459
ALD 23 - Affections psychiatriques de longue durée	63 926
ALD 8 - Diabète de type 1 et diabète de type 2	42 074
ALD 30 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	41 214
ALD 13 - Maladie coronaire	34 931
ALD 3 - Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	24 955
ALD 14 - Insuffisance respiratoire chronique grave	16 611
ALD 5 - Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves	11 218
ALD 1 - Accident vasculaire cérébral invalidant	10 514

Champs : Tous régimes. France entière.

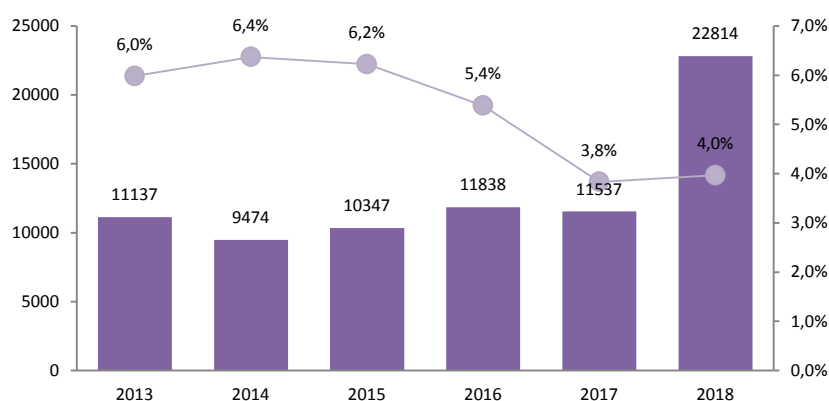
Source : CNAM (SNDS)

Note de lecture : Certains patients peuvent avoir plusieurs ALD et se retrouver dans différentes catégories, la somme de ces effectifs est donc supérieure à l'effectif des patients en ALD.

Recours aux substituts nicotiniques chez les femmes enceintes

Les femmes enceintes représentaient 4 % des bénéficiaires en 2018 : leur part parmi l'ensemble des consommateurs de TNS a baissé depuis 2015, mais leur effectif a doublé entre 2017 et 2018 (Figure 93). Si l'on estime que 30 % des femmes enceintes étaient fumeuses avant leur grossesse (11), cela signifie que dans cette sous-population environ 1 femme sur 10 a eu recours aux TNS pendant sa grossesse.

Figure 93 : Effectifs et % de femmes enceintes parmi les bénéficiaires, 2013-2018



Champs : Régime général. France entière.

Source : CNAM (SNDIS)

Note de lecture : femmes enceintes = ayant bénéficié de remboursement au titre du risque maternité dans la même année

Remboursement des TNS : une mesure qui touche efficacement les publics les plus précaires face au tabagisme

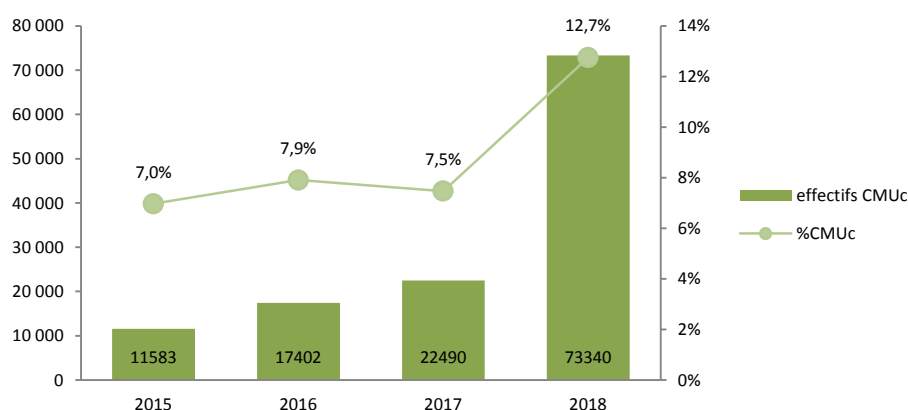
Les populations les plus précaires, parmi lesquels la prévalence du tabagisme est plus élevée, sont surreprésentées parmi les bénéficiaires d'au moins un remboursement de TNS dans l'année 2019 :

- 14,0 % d'entre eux étaient bénéficiaires de la CMU-complémentaire en 2018 versus 10,6 % de la population générale,
- 7,8 % étaient bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2018 versus 4,7 % en population générale ;

Entre 2017 et 2018, année de l'inscription au remboursement des substituts nicotiniques, la part de personnes bénéficiaires de la CMU-c a quasiment doublé et leur effectif a triplé (Figure 94).

Cette évolution traduit une amélioration de l'accessibilité financière des substituts nicotiniques grâce à l'inscription au remboursement de ces traitements, **permettant le recours des plus précaires et évitant le creusement des inégalités sociales face au tabagisme** : l'avance de frais qui était nécessaire dans le cadre du forfait TNS n'est plus obligatoire, et le plafond de remboursement annuel a disparu.

Figure 94 : Effectifs et % de CMU-c parmi les bénéficiaires (2015-2018)



Champs : Régime général. France entière.
Source : CNAM (SNDS)

3.2.7 Le rôle des prescripteurs dans l'augmentation du recours aux substituts nicotiques⁵⁸

L'augmentation du recours aux substituts nicotiques s'explique également par une forte augmentation du nombre de prescripteurs de ces traitements : **en 2019, près de 100 000 professionnels de santé différents ont prescrits des substituts nicotiques à leurs patients, ce qui représente plus de 17 000 nouveaux prescripteurs** par rapport à 2018, et plus de 37 000 par rapport à 2017.

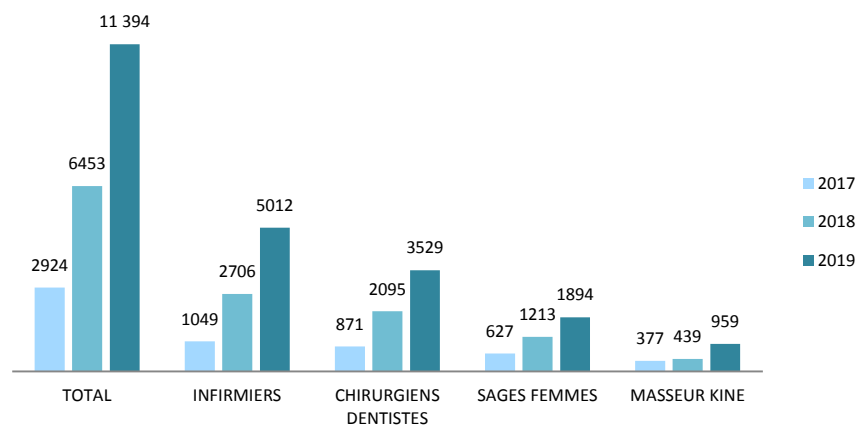
Les effectifs de prescripteurs sont en augmentation dans chaque catégorie de professionnels, en particuliers chez les non-médecins : les « nouveaux » prescripteurs depuis 2016 (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes), ainsi que et les sages-femmes. En effet, leurs effectifs ont quasiment doublé en 2019 (+5000 environ, augmentation de 77%), et ils représentent désormais 12% des prescripteurs de TNS (contre 8% en 2018).

Les infirmiers deviennent ainsi la catégorie de professionnels la plus prescriptrice de TNS après les médecins généralistes, représentant désormais 5% des prescripteurs.

Les médecins généralistes sont les plus gros prescripteurs de TNS (64 % des prescripteurs en 2019), illustrant leur rôle central dans la lutte contre le tabagisme. D'autres spécialités médicales contribuent fortement à cet objectif.

⁵⁸ les données de prescriptions par les infirmier.e.s et médecins du travail, les infirmier.e.s et médecins scolaires et les infirmier.e.s Asalée ne sont pas disponibles car non traçables dans les bases, et ne sont donc pas comptées dans les effectifs présentés.

Figure 95 : Evolutions 2017 à 2019 des effectifs des "nouveaux" prescripteurs de TNS et sages-femmes



Les médecins généralistes représentent 65% des prescripteurs de TNS , en 2019 et prescrivent en moyenne des TNS à 17 patients par an (contre 12 en 2018)., Tableau 25.

Hors généralistes, les cardiologues, psychiatres, gynécologues et pneumologues sont les spécialités médicales les plus prescriptrices de TNS.

Tableau 26. Nombre et % de prescripteurs de substituts nicotiniques par catégorie de professionnel, et nombre moyen de patients ayant bénéficié d'un remboursement par type de prescripteur. Evolutions 2018-2019

	Nb de prescripteurs		%		Nb moyen patients/PS	
	2019	2018	2019	2018	2019	2018
MEDECINS	86 667	74 028	88%	92%	13,9	10,2
MG	62 940	58 281	64%	72%	16,9	11,8
CARDIOLOGUES	3 196	2 398	3%	3%	5,9	4,0
PSYCHIATRES	3 554	2 374	4%	3%	7,0	4,2
GYNECOLOGUES	2 337	2 110	2%	3%	3,8	2,8
PNEUMOLOGUES	1 515	1 307	2%	2%	21,4	13,4
AUTRES SPECIALITES	13 125	7 558	13%	9%	4,2	5,4
AUTRES	11 394	6 453	12%	8%	2,8	2,2
INFIRMIERS	5 012	2 706	5%	3%	3,6	2,7
CHIRURGIENS DENTISTES	3 529	2 095	4%	3%	1,5	1,4
<i>SAGES FEMMES</i>	<i>1 894</i>	<i>1 213</i>	<i>2%</i>	<i>1%</i>	<i>4,1</i>	<i>3,0</i>
MASSEUR KINE	959	439	1%	2%	1,3	1,2

3.2.8 Zoom sur les remboursements : nombre de délivrance et détail des formes

Une augmentation du nombre de boîtes remboursées et du nombre de délivrances dans l'année

En 2019 un nombre croissant de personnes a eu recours aux substituts nicotiniques, **avec une consommation moyenne par personne plus importante : on compte en moyenne, 4,2 boîtes de TNS remboursées par personne sur l'année 2019 (contre 2,5 boîtes en 2018)**, avec une moyenne de 2,3 boîtes remboursées par personne pour les dispositifs transdermiques (patchs), et de 3,5 à 4 boîtes par personne pour les formes orales (gommes, pastilles, comprimés).

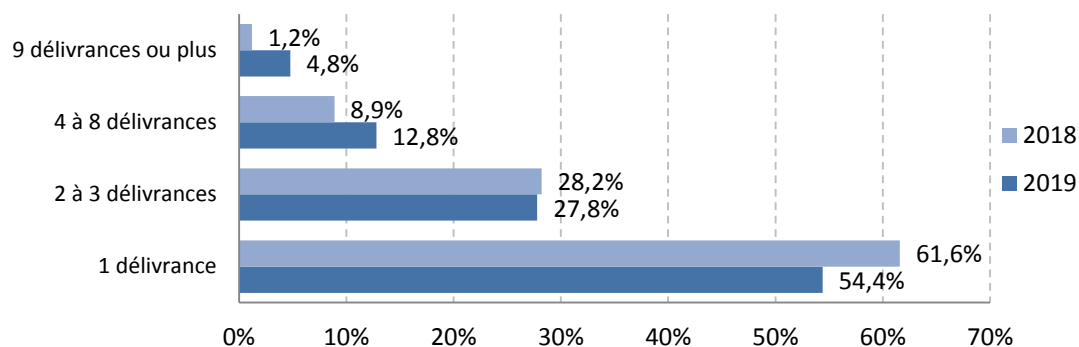
Ces produits étant mis sur le marché avec une grande diversité de conditionnement rendant assez difficile d'analyser finement la durée de traitement par bénéficiaire. Le nombre de délivrances en officine de ces traitements au cours de l'année permet cependant de s'en approcher.

En 2019, plus de la moitié des bénéficiaires a eu une unique délivrance dans l'année, signant très probablement un échec de sevrage. Plus d'un quart a eu 2 à 3 délivrances de TNS dans l'année, et environ 1 sur 6 plus de 4 délivrances dans l'année.

Le taux d'échecs de sevrage tabagique est élevé, notamment chez les fumeurs les plus dépendants qui ont le plus besoin de ces traitements. Si la plupart des fumeurs qui s'arrêtent le font seul, l'essentiel des plus fortement dépendants est en échec répétés lors de leurs tentatives d'arrêt. Un traitement de substitution nicotinique renforce les chances de réussite de sevrage, mais le taux de rechute reste élevé (le taux de sevrage spontané à 6-12 mois est de 3 à 5% en l'absence de prise en charge (12)).

Par ailleurs, on observe (Figure 96) que la proportion de bénéficiaires d'un remboursement de TNS ayant eu une délivrance unique au cours de l'année a diminué entre 2019 et 2018 (respectivement 54,4 % versus 61,6%). A l'inverse, la part de personnes ayant eu 9 délivrances ou plus est en augmentation : 4,8 % versus 1,2 %.

Figure 96 : Nombre de délivrances de substituts nicotiniques dans l'année parmi les bénéficiaires d'au moins un remboursement de ces traitements



Champs : Tous régimes. France entière.
Source : CNAM (SNDIS)

Encadré 10 : L'application Tabac info service : un dispositif de sevrage efficace, autonome ou complémentaire des autres méthodes d'arrêt du tabac

L'application Tabac info service, portée par l'Assurance Maladie et Santé publique France, permet d'accompagner de manière personnalisée les fumeurs dans leur processus d'abandon du tabac. Cette application, disponible depuis la fin de l'année 2016, connaît un succès important et a fait l'objet de plus d'un million de téléchargements depuis son lancement. Son contenu a été élaboré en partenariat avec la Société Francophone de Tabacologie et s'appuie sur les critères d'efficacité des programmes en ligne identifiés dans les publications scientifiques, sur des théories et modèles de changement de comportement tels que le modèle transthéorique de Prochaska, ainsi que sur les recommandations de la HAS en matière de sevrage tabagique.

L'évaluation de ce dispositif a été prévue dès la conception de l'application, dans l'objectif de disposer d'éléments de preuve solide concernant l'efficacité de ce nouveau mode d'accompagnement à l'arrêt du tabac. Cette évaluation a été coordonnée par la chaire de recherche en prévention des cancer de l'EHESP, avec pour objectif de démontrer l'efficacité et les conditions d'efficacité de l'application Tabac info service, qui a été pour cela comparée à l'efficacité des informations disponibles sur le site ameli.fr sur les modalités d'accompagnement au sevrage tabagique recommandées dans le cadre de la pratique courante.

Cette étude, réalisée sous forme d'essai contrôlé randomisé, s'est appuyée sur la participation de 2806 personnes volontaires, réparties aléatoirement entre utilisateurs de l'application et un groupe contrôle orienté vers les conseils d'ameli.fr. Les participants à l'étude ont été questionnés à intervalle régulier durant 1 an, le critère principal de l'analyse étant l'abstinence ponctuelle déclarée de plus de 7 jours à 6 mois (c'est-à-dire la proportion de personnes se déclarant non-fumeurs depuis au moins 7 jours 6 mois après leur entrée dans l'étude). Le protocole de cette étude a été publié dans en janvier 2017 (13), tandis que les résultats complets sont actuellement en cours de publication dans le cadre d'un nouvel article. Les principaux résultats font apparaître des taux d'arrêt du tabac importants dans les deux groupes de l'étude (intervention et contrôle), bien supérieurs au taux de sevrage spontané, traduisant le fait que si l'application Tabac info service est efficace, le groupe témoin exposé aux conseils disponibles sur ameli.fr a bénéficié également d'une intervention efficace et ne constitue donc pas un comparateur idéal.

Ainsi sur le critère de jugement principal, le taux de sevrage à 6 mois était de 12,6% pour les utilisateurs de l'application et 13,7% pour le groupe témoin orienté vers ameli.fr, à comparer au taux de sevrage en l'absence de toute aide qui est de l'ordre de 3 à 5% à 6-12 mois. L'étude révèle cependant un impact fort de l'application pour les personnes exposées de manière régulière, objectif par un taux de sevrage à 6 mois de 17,6% pour les personnes ayant utilisé au moins huit fonctionnalités ou activités proposées par l'application Tabac info service (tests, questionnaires, lectures de conseils) durant cette période. Cet élément encourageant incite à intégrer d'avantage cette application dans la palette des dispositifs de sevrage, ainsi qu'à renforcer les messages favorisant son utilisation régulière.

3.3. La lutte contre les inégalités sociales de santé, aux premiers âges de la vie : les 1000 premiers jours

Les « 1 000 premiers jours » -qui désignent selon l'OMS l'ensemble de la période allant de l'environnement périconceptionnel jusqu'à la fin de la première enfance, il s'agit d'une période cruciale dans le dépistage et la réduction des inégalités sociales de santé

Les conditions de vie à cette période ont en effet un impact immédiat sur la santé des enfants et sur leur développement émotionnel, relationnel et cognitifs mais également des conséquences de long terme sur de nombreux aspects : capacité d'apprentissage, difficultés comportementales, etc. ainsi que globalement sur un avenir en bonne santé et les risques futurs de maladie à l'âge adulte. Les inégalités sociales à ces âges de la vie, jouent un rôle majeur dans la détermination des inégalités de santé. Elles se doublent de disparités géographiques parfois importantes tant en termes de conditions de vie que d'accès aux services de prévention (par exemple, le nombre de consultation prénatale inférieur à 8 significativement plus élevé dans le Nord et les départements d'outre-mer).

Les différences sociales du foyer à la naissance sont sources d'inégalités de santé à plus long terme. Le tabagisme était ainsi plus fréquent parmi les femmes les plus jeunes, les moins diplômées et les ménages sans emploi⁵⁹. Ces conditions s'accompagnent d'une prévalence du tabagisme plus élevée : dans un ménage sans aucun emploi, le pourcentage de femmes fumeuses, au 3ème trimestre de grossesse, atteint près de 30% contre 16.6% en moyenne. De même, ces femmes enceintes sans aucun emploi dans le ménage présentaient davantage un surpoids ou une obésité et des difficultés psychologiques ; chez ces femmes l'entretien prénatal précoce était moins souvent réalisé et le nombre de consultations prénatales inférieures aux recommandations, enfin elles étaient davantage hospitalisées avant l'accouchement.

⁵⁹ Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Inserm/Drees. Octobre 2017

Les inégalités continuent ensuite de se creuser durant l'enfance, à l'âge de 6 ans, les enfants de cadres ont de meilleurs indicateurs de santé : 7 % sont en surcharge pondérale et 1 % sont obèses, contre respectivement 16 % et 6 % chez les ouvriers. La proportion d'enfants de cadres ayant au moins une dent cariée s'élève à 8 % contre 30 % chez les ouvriers.⁶⁰

Ces inégalités de santé sont évidemment très souvent liées aux inégalités économiques notamment celles relatives aux conditions de vie et à la précarité.

Les actions ou offres de prévention sur cette période de la vie des « 1000 premiers jours » ou de la petite enfance sont tout à la fois universelles, c'est-à-dire bénéficiant à tous, tout en veillant à avoir une attention particulière, plus intensives auprès de ceux et celles qui en ont le plus besoin. Les travaux de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, insistent particulièrement dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, sur la nécessité de s'attacher prioritairement à cette période de la vie, de travailler avec la participation des usagers ainsi que de développer des actions en intersectorialité – dépassant le champ du sanitaire.

Les travaux engagés par l'Assurance maladie sont déjà nombreux et s'inscrivent dans les orientations définies par la Stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, le Plan priorité prévention. Elles seront renforcées, notamment les actions de prévention et de promotion de la santé **pour améliorer le suivi et la santé des femmes enceintes** en PMI et aussi auprès des sages-femmes libérales et des médecins généralistes et gynécologues obstétricaux et en maternité.

D'ores et déjà, il est prévu d'améliorer le remboursement des actes pris en charge par l'Assurance Maladie en PMI en y incluant notamment le bilan de prévention prénatal et de permettre l'accompagnement des femmes à domicile. Plus spécifiquement dans la lutte contre les addictions, dans le cadre du Fonds de lutte contre les addictions, un soutien aux conseils départementaux (15 Millions d'euros) est prévu pour les services départementaux de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), dont l'activité de planification familiale, et de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Cette action vise notamment à :

- Faciliter la mise en œuvre de repérage systématique des consommations de tabac, d'alcool et autres usages problématiques des femmes enceintes
- Proposer des prises en charge adaptées et de proximité sur les consommations à risque
- Agir en amont en proposant des interventions de prévention ciblées aussi bien sur les parents et le développement des habiletés parentales que sur les enfants et le renforcement des CPS, pour retarder le plus possible l'âge des expérimentations d'alcool, de cannabis ou de tabac et réduire le risque ultérieur de conduites addictives ;
- Sensibiliser les professionnels au repérage chez les enfants des troubles liés à l'alcoolisation fœtale.

Pour faciliter la prise en charge en droit commun par l'Assurance Maladie et le suivi des vaccinations des enfants en PMI, un travail sera engagé pour équiper toutes les PMI d'un système informatique leur permettant la télétransmission de la facturation des vaccins

L'Assurance Maladie **rénovera et refondera les outils des parcours « maternité » et parcours « petite enfance »** en lien avec les travaux menés dans le cadre des 1000 jours. Ces parcours comprennent aujourd'hui de nombreux supports (courrier papier, e-mail, calendrier, guide et information dans l'espace prévention du compte assuré) ainsi que des ateliers « maternité » pour les femmes en situation de précarité. La prise en compte du niveau de littératie en santé sera un point majeur de cette rénovation ainsi que celle de l'usage des nouvelles technologies par les publics en situation de fragilité sociale. La dématérialisation des documents et une stratégie alternative pour les publics n'ayant pas l'usage de ces outils et d'internet sera systématiquement proposée afin de permettre l'accès aux informations de tous les publics.

Le parcours de coordination renforcée des enfants de « 0-6 ans santé-accueil-éducation » du Plan Priorité Prévention sera mis en œuvre progressivement, sur les territoires afin de permettre entre autres la mise en œuvre effective pour tous les enfants et sans redondance, des examens obligatoires de l'enfant et des dépistages précoces (troubles sensoriels et de développement) et selon les dépistages, les offres de prise en charge nécessaire (psychologue, orthophoniste, psychomotricité, etc). Pour cela, un cadre d'intervention pluridisciplinaire coordonné (PMI, médecine scolaire et médecine de ville) devrait être proposé pour pouvoir être facilement compris et identifié par les familles.

⁶⁰

La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Etudes et résultats. DRESS. Juin 2015.N°0920.

Les différents modes d'exercice coordonnés existants (CPTS, équipes de soins pluridisciplinaires, MSP) en partenariat avec les professionnels des PMI et ceux de la santé scolaire pourraient expérimenter de nouvelles façon de collaborer dans le cadre de ce « parcours 0 – 6 ans ».

Des outils de coordination entre acteurs, pour faciliter le décloisonnement et le partage d'informations devront être créés (via un système d'information développé au niveau national mais identique pour tous les territoires) ou utilisé (via l'espace numérique santé) par tous ces acteurs.

Plus spécifiquement et compte tenu de l'importance de certaines thématiques dans le développement de l'enfant **des actions spécifiques et complémentaires** pourront être renforcées :

- dans le cadre du programme M'T Dents à la fois en termes de communication auprès des plus jeunes (3 ans et plus) et à la fois en direction des parents. (voir le chapitre sur l'évaluation des actions dans la 3^{ème} partie du rapport),
- dans le cadre de l'expérimentation « Mission retrouve Ton cap » de prévention du surpoids et de l'obésité qui pourrait être progressivement étendu à d'autres territoires en attente des conclusions de son évaluation. Ce programme permet la gratuité de la prise en charge diététique et psychologique pour les enfants en surpoids et sa mise en œuvre coordonnée dans un même lieu pour les familles.

3.4. Références

1. How much do OECD countries spend on prevention? [Internet]. Vol. 101. 2017 déc [cité 17 juin 2020]. Report No.: 101. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/how-much-do-oecd-countries-spend-on-prevention_f19e803c-en
2. Refonder efonder les politiques de prévention et de promotion de la santé - avis du HCAAM. Paris: HCAAM; 2017.
3. McDaïd D. Using economic evidence to help make the case for investing in health promotion and disease prevention. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2018.
4. Public Health England. <https://www.gov.uk/government/publications/cardiovascular-outcomes-versus-expenditure-in-local-populations> [Internet]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/cardiovascular-outcomes-versus-expenditure-in-local-populations>
5. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C. Assessing Cost-Effectiveness in Prevention. Melbourne: University of Queensland, Brisbane and Deakin university; 2010 sept.
6. Bonaldi C. ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUABLES AU TABAGISME, EN FRANCE DE 2000 À 2015 / ESTIMATION OF DEATHS ATTRIBUTABLE TO TOBACCO SMOKING, IN FRANCE FROM 2000 TO 2015. 2019;7.
7. Bonaldi C, Pasquereau A, Hill C, Thomas D, Moutengou E, Thanh VN, et al. Hospitalizations for cardiovascular diseases attributable to tobacco smoking in France in 2015. Eur J Prev Cardiol. 19 nov 2019;204748731988546.
8. Rapport charges et produits pour 2017 [Internet]. Paris: CNAMTS; 2016 juill [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2017.pdf
9. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. Bull Epidémiologique Hebd. 2020;14:273- 81.
10. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 31 mai 2018 [cité 23 juin 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000146.pub5>
11. Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles M, Regnault N. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Bull Epidémiologique Hebd. 2018;35- 36.
12. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction. janv 2004;99(1):29- 38.
13. Cambon L, Bergman P, Le Faou A, Vincent I, Le Maitre B, Pasquereau A, et al. Study protocol for a pragmatic randomised controlled trial evaluating efficacy of a smoking cessation e-'Tabac Info Service': ee-TIS trial. BMJ Open. févr 2017;7(2):e013604.

Propositions pour renforcer la place de la prévention

Proposition 17 : Favoriser le développement et l'adoption d'outils médico-économiques pour appuyer les démarches de prévention en lien avec santé publique France

L'Assurance Maladie propose dans le cadre notamment d'un partenariat avec Santé publique France et en mobilisant le cas échéant des équipes académiques de développer, à partir notamment de la cartographie médicalisée des outils médico-économiques relatifs à la prévention.

Utiliser les portails d'actions probantes françaises et les enrichir des évaluations des nouvelles actions notamment en y intégrant les aspects consacrés à la « capitalisation des savoirs issus de l'expérience ».

Soutenir le transfert de connaissances et les collaborations entre les milieux de la recherche et les professionnels qui mettent en œuvre les actions de prévention, en particulier en accueillant et contribuant à la formation des professionnels de la prévention notamment en publiant et diffusant largement les travaux produits dans ce champ (systématiquement mis à disposition gratuitement en ligne) ;

Favoriser l'évaluation systématique des actions de prévention en développant un cadre évaluatif partagé, finançant des projets de recherche et/ ou d'évaluation.

Cette approche pourrait être déclinée en 2021 sur des problématiques prioritaires comme une pathologie (insuffisance cardiaque), un facteur de risque (tabagisme) et développer des approches facilement répliquables sur d'autres problématiques.

Proposition 18 : Réfléchir à une potentielle extension de l'expérimentation « Mission retrouve ton cap »

L'article 68 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2016 a permis de lancer en 2017 une expérimentation sur 3 territoires (la Seine St Denis, le Nord-Pas de Calais et la Réunion) visant à permettre une prise en charge précoce et pluridisciplinaire pour les enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité, adaptée à leurs besoins et à ceux de leur entourage, grâce à la mise en place d'un forfait spécifique. Cette expérimentation prévue initialement jusqu'à fin 2019 a été prolongée jusqu'à fin 2020 (PNSP, article 51 LFSS 2018, arrêté du 20/12/18). Au regard des premiers éléments de suivis en terme de prescription par les médecins et de participation des familles, notamment dans le Nord Pas de Calais, pourrait être progressivement étendu à d'autres territoires en attente des conclusions de son évaluation et l'âge limite porté à 12 ans. Ce programme permet la gratuité de la prise en charge diététique et psychologique pour les enfants en surpoids et sa mise en œuvre coordonnée dans un même lieu pour les familles. A ce jour, près de 1800 enfants ont bénéficié du dispositif, l'idée serait de l'étendre à la classe d'âge 9-12 ans et à d'autres territoires, voire à l'ensemble du territoire.

Proposition 19 : Mettre en œuvre progressivement le parcours de coordination renforcée des enfants de « 0-6 ans santé-accueil-éducation » du Plan Priorité Prévention

Le parcours de coordination renforcé des enfants de « 0-6 ans santé-accueil-addiction » sera mis en œuvre progressivement sur les territoires afin de permettre entre autres la mise en œuvre effective pour tous les enfants et sans redondance, des examens obligatoires de l'enfant et des dépistages précoces (troubles sensoriels et de développement) et selon les dépistages, et les offres de prise en charge nécessaire (psychologue, orthophoniste, psychomotricité, etc). Pour cela, un cadre d'intervention pluridisciplinaire coordonné (PMI, médecine scolaire et médecine de ville) devrait être proposé et pour pouvoir être facilement compris et identifié par les familles. Les différents modes d'exercice coordonnés existants (CPTS, équipes de soins pluridisciplinaires, MSP) en partenariat avec les professionnels des PMI et ceux de la santé scolaire pourraient expérimenter de nouvelles façon de collaborer dans le cadre de ce « parcours 0 – 6 ans ». Des outils de coordination entre acteurs, pour faciliter le décloisonnement et le partage d'informations devront être créés (via un système d'information développé au niveau national mais identique pour tous les territoires) ou utilisés par tous ces acteurs.

4. Produits de santé

4.1. Repenser la régulation des prix de l'innovation thérapeutique

4.1.1 La fixation des prix, l'enjeu central de la régulation du médicament

L'industrie pharmaceutique a beaucoup évolué dans sa structure et dans son modèle économique. Coûts de recherche et développement, portefeuille de produits et gestion des brevets constituent les éléments fondamentaux du management de ce secteur.

Dans les deux dernières décennies du 20^{ème} siècle, le moteur de croissance était plutôt le volume que le prix de vente ; les médicaments « blockbusters » visant une population très large sans pour autant pratiquer des prix nécessairement élevés constituaient le produit idéal. La perspective économique d'un laboratoire pharmaceutique reposait principalement sur le nombre potentiel de patients concernés et le nombre des brevets dont elle disposait, dans une sorte d'économie de « stock ».

Confrontés à la nécessité de maîtriser les dépenses de santé, de nombreux pays ont développé des outils de régulation dont l'un des plus efficace a été la promotion des génériques, désormais utilisé par la plupart des pays et qui consiste à organiser une concurrence légale sur les prix en jouant sur la « durée de vie » de la protection. En réaction, les déterminants des perspectives économiques des laboratoires ont évolué, s'orientant vers une logique de « flux » de nouveaux brevets (le pipeline) que sur son stock de brevet existant. La capacité d'innover, et d'innover rapidement, a pris une importance capitale pour cette industrie, occupant une place croissante dans son discours. Le résultat de cette évolution a fait émerger deux lignes de force : les « génériqueurs » dont la capacité à produire des médicaments à bas prix et en masse font la force et les « innovateurs », dont l'enjeu est l'arrivée sur le marché de la prochaine molécule et la négociation de son prix d'entrée sur le marché.

L'une des conséquences de cette évolution a été de pousser les industriels à s'inscrire dans des cycles économiques plus courts, pour mieux prendre en compte l'incertitude et le risque, faisant de l'accès le plus précoce au marché d'une part et l'importance de « cranter » un prix élevé d'autre part des enjeux majeurs de négociation. Le même phénomène de contraction des délais a amené de nombreux industriels à externaliser la recherche et développement ou du moins à la financer plutôt qu'à la produire pour en limiter le risque financier.

Petit à petit, ces choix ont conduit une partie des laboratoires à se comporter dans une logique d'investisseur et à progressivement être moins dépendants de leur rôle de producteur industriels. Ceci a sensiblement modifié le profil des négociations de prix, où s'opposent la recherche de l'accès le plus précoce et du prix le plus élevé pour l'industriel, et les préoccupations de soutenabilité financière et de recherche du juste prix pour le régulateur / payeur.

L'argumentaire à l'appui de la fixation de coûts élevés est ainsi graduellement passé des coûts de développement d'un produit au bénéfice attendu, et à la valeur créée pour l'individu ou la collectivité. Dans la suite de cette évolution, les niveaux de prix demandés ont progressivement augmenté puis ont décollé vers des sommets impensables il y a quelques années. La régulation de ces prix s'est également accompagnée du développement d'outils ou de clauses confidentielles, pouvant être activées et baisser le prix pour le payeur tout en maintenant un prix facial élevé dont la réalité devient presque impossible à vérifier en pratique et à comparer d'un pays à l'autre.

Une telle évolution a aussi été favorisée par l'arrivée d'innovations thérapeutiques de rupture promettant non plus le contrôle et la maîtrise de l'évolution d'une pathologie mais sa guérison complète. Cet argument, lorsque les études cliniques le démontrent, permet de se prévaloir d'une création de valeur élevée. Ces innovations concernent de surcroît un champ de pathologies très différent des blockbusters, centré sur la médecine personnalisée et sur des « niches » de pathologies permettant également de cranter un prix plus élevé au titre d'une population plus restreinte.

L'arrivée des traitements NAAD de l'hépatite C en 2014 a constitué le premier choc lié à cette évolution où une molécule ou une catégorie de molécules a pu produire des effets financiers considérables à l'échelle des dépenses de santé sur une seule année. Les différents régulateurs et payeurs ont mobilisé les outils dont ils disposaient et ont essayé d'en créer de nouveaux pour atténuer ce choc financier. Depuis, un nombre croissants de molécules profilent leur arrivée sur le marché avec des prix à chaque occurrence plus élevés, montrant aux régulateurs la nécessité de faire évoluer leurs outils de régulation à la lumière de ces évolutions.

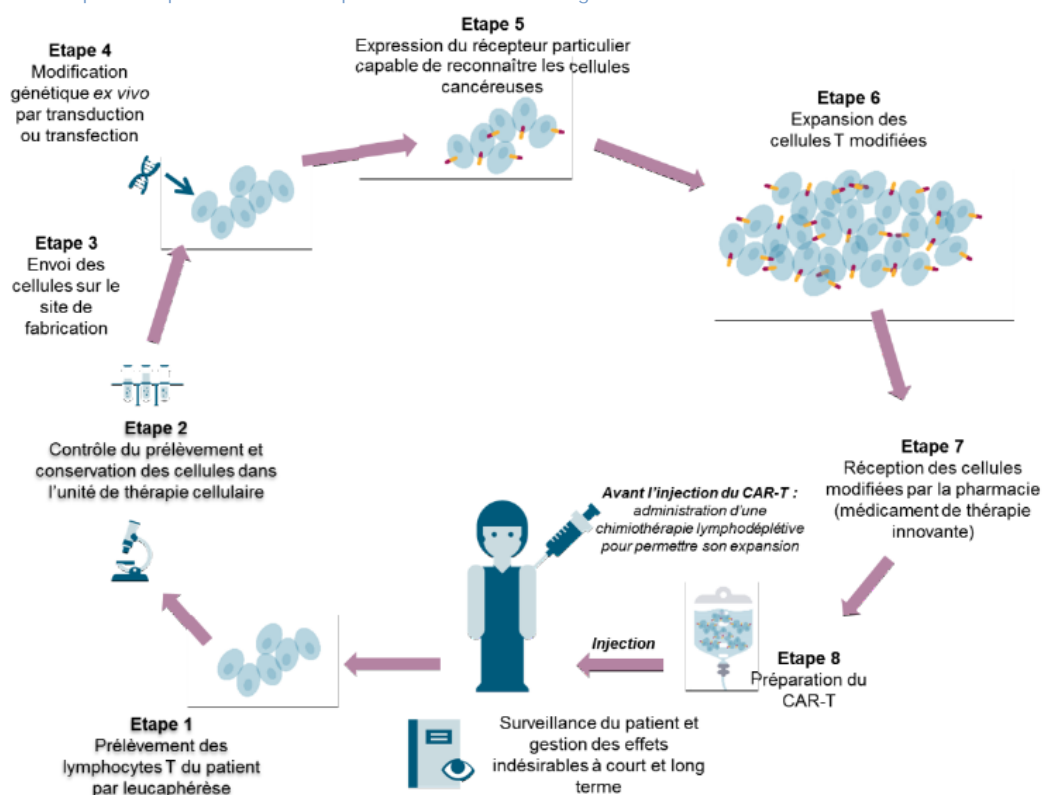
4.1.2 Les thérapies géniques : un changement de paradigme qui illustre les difficultés de réguler et de financer ce type d'innovation

L'arrivée de traitements innovants, les thérapies géniques, à visée curative avec un objectif de guérison définitive des patients qui auparavant bénéficiait de traitements au long court constitue un véritable changement de paradigme dans la prise en charge des patients atteints de certaines maladies chroniques. Ces thérapies géniques sont administrées dans un environnement hospitalier et sont prises en charge au titre de la liste-en-sus de la T2A.

Les cellules CAR T : première thérapies géniques admises au remboursement en France

Les premières thérapies géniques admises au remboursement en France en 2018 sont les cellules CAR-T dans domaine de l'oncologie : Kymriah® du laboratoire Novartis et Yescarta® du laboratoire Gilead. Le traitement par cellules CAR-T consiste à prélever des cellules immunitaires dans le sang et à les modifier génétiquement en laboratoire pour exprimer des récepteurs spécifiques à leur surface. Le processus de production des cellules CAR-T s'avère particulièrement complexe, comportant plusieurs étapes reprises dans le schéma ci-dessous (Figure 97). Les cellules CAR-T sont de plus spécifiques à chaque patient.

Figure 97 : Principales étapes de traitement par cellules CAR-T autologues



Source : INCa, Rapport sur les immunothérapies spécifiques dans le traitement des cancers
 Disponible : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-immunotherapies-specifiques-dans-le-traitement-des-cancers-Rapport>

Ces traitements sont indiqués chez les enfants dans la leucémie aigue lymphoblastique. Pour cette indication, Kymriah® a obtenu une amélioration du service médical rendu (ASMR) modérée (de niveau III) dans la stratégie de prise en charge thérapeutique. Le prix facial s'élève à 297 666 € l'injection, pour une population cible estimée au maximum à 50 patients par an en France. Ces traitements sont également prescrits chez les adultes dans certains lymphomes. Pour cette indication, Yescarta® a obtenu une ASMR modérée (de niveau III) dans la stratégie de prise en charge. Le prix facial s'élève à 327 000 € l'injection. Kymriah® a obtenu une ASMR mineure (de niveau IV) en raison de données d'efficacité moins bonnes au moment de l'évaluation par la Commission de la transparence (CT). La population cible de ces deux produits est estimée entre 400 et 700 patients par an en France.

Des thérapies à venir en 2020 et 2021 mais qui concernent un nombre restreint de patients

En 2020 et 2021, trois nouvelles thérapies géniques devraient être mises sur le marché : Luxturna®, Zynteglo® et Zolgensma®. Actuellement, deux thérapies géniques sont en cours de négociation au Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) après avoir été évaluées par la Haute autorité de santé (HAS) : Luxturna® et Zynteglo®.

Luxturna® (voretigène néparvovec) est indiqué dans le traitement des patients adultes et des enfants présentant une perte visuelle due à une dystrophie rétinienne héréditaire. La population cible est estimée entre 34 et 171 patients en France. Luxturna® a été mis à disposition des patients en accès précoce au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte en novembre 2018. L'indemnité d'ATU est actuellement de 345 000 € par œil traité.

Zynteglo® (bétibéglogène autotemcel) est indiqué dans le traitement des patients atteints de bêta-thalassémie⁶¹ dépendante des transfusions, âgés de plus de 12 ans et de moins de 35 ans et qui n'ont pas de génotype β^0/β^0 , éligibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques, mais n'ayant pas de donneur apparenté HLA (antigène leucocytaire humain) compatible disponible. La population cible, suite à la restriction du périmètre de remboursement, est estimée à 75 patients en France. La prise en charge actuelle des patients concernés par Zynteglo® repose sur les transfusions sanguines fréquentes et régulières associées aux chélateurs de fer, administrés à vie. Actuellement, il n'y pas de patient traité par Zynteglo® en France ni en Allemagne hors essais cliniques (pas d'accès précoce au marché pour ce produit).

Une autre thérapie génique nommée **Zolgensma®** (onasemnogene abeparvovec), actuellement disponible en ATU, va prochainement faire l'objet d'une évaluation par la HAS et obtenir un prix sur le marché français en vue de son inscription sur la liste en sus de la T2A. Il est indiqué chez les patients présentant une amyotrophie spinale cliniquement diagnostiquée de type 1 avec une mutation homozygote du gène SMN1 ou avec une mutation homozygote dans le gène SMN1 et jusqu'à trois copies du gène SMN2. Il concerne des nourrissons et des enfants pesant jusqu'à 21 kg. Il est disponible en France via des ATU nominatives puis une ATU de cohorte depuis le 25 mai 2020 dans la même indication que celle de l'AMM. L'indemnité d'ATU demandée par le laboratoire est de 1,945 M€ par patient. Il s'agit du médicament dont le coût unitaire est le plus élevé au monde. Le nombre de patients atteints d'amyotrophie spinale de type I, II et III est de 300 selon un avis de la Commission de la transparence pour un autre médicament Spinraza®. Mais Zolgensma® est indiqué pour un sous ensemble de cette population en raison des critères de mutations et de poids.

Ces thérapies bénéficient d'amélioration du service médical rendu (SMR) modérée ou importante leur permettant d'être éligible à un prix dans le corridor européen et à la garantie de ce prix pendant 5 ans. Cependant, malgré l'amélioration en termes de traitement, les prix proposés par les laboratoires notamment pour Zynteglo® représentent des investissements supplémentaires extrêmement importants. Ainsi, la Commission évaluation économique et de santé publique (CEESP)⁶² de la HAS estime que sur un horizon temporel de 30 ans (post-traitement), le coût d'une année de vie gagnée ajustée de la qualité de vie par le traitement de Zynteglo® versus les soins de support est de 351 511 € (= ratio différentiel coût résultat de 351 511 / QALY). Ce ratio de dépenses est extrêmement élevé. La CEESP estime que le prix revendiqué par le laboratoire, Zynteglo® multiplie par 4 le coût total annuel de prise en charge de la population cible pour

⁶¹ La β -thalassémie est une maladie génétique, d'expression clinique précoce, due à un défaut de synthèse de la protéine β -globine responsable d'une forte diminution de la production d'hémoglobine fonctionnelle. Les formes sévères de β -thalassémie se caractérisent par une anémie qui peut s'accompagner de diverses complications (problème de croissance, déformation osseuse etc.) affectant la qualité de vie des patients. La greffe de CSH est le seul traitement curatif disponible pour les patients dépendants aux transfusions.

⁶² Avis d'efficacité de Zynteglo® du 11 février 2020 de la Commission d'évaluation économique et santé publique (HAS). Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165706/fr/zynteglo

l'Assurance Maladie. Cet impact traduit le passage d'un traitement symptomatique à un traitement attendu curatif.

Malgré des prix revendiqués par les laboratoires très élevés, ces thérapies concernent des populations cibles restreintes limitant ainsi de fait l'impact macroéconomique de ces innovations. L'arrivée prochaine de la thérapie génique dans le traitement de l'hémophilie A et B constitue un exemple parfait des enjeux auxquels va être confrontée l'Assurance Maladie au cours des prochaines années avec un passage de traitements à administrations chroniques à vie à un traitement à visée curative administré en une seule fois et pour des populations cibles importantes.

4.1.3 Les innovations thérapeutique dans le champ de l'hémophilie pour illustrer les enjeux du passage entre traitement chronique à vie et traitement à visée curative

L'hémophilie

L'hémophilie est une maladie constitutionnelle liée à un déficit sévère en protéines de l'hémostase qui expose les sujets atteints à des hémorragies graves. C'est une maladie génétique héréditaire qui se transmet par le chromosome X. Il existe deux types d'hémophilie : l'hémophilie A, la plus fréquente, caractérisée par un déficit du facteur VIII, et l'hémophilie B caractérisée par un déficit du facteur IX. L'hémophilie se caractérise en différents degrés de sévérité de la maladie selon le taux plasmatique en facteur VIII et IX, on parle d'hémophilie mineure, modérée ou sévère. L'hémophilie n'est pas évolutive, son niveau de gravité reste constant au long de la vie. La sévérité des manifestations hémorragiques détermine le recours aux soins.

Prévalence

En 2018, 6 624 patients hémophiles ont été identifiés dans la cartographie via les codes CIM-10 D66 - Carence héréditaire en facteur VIII - et D67 - Carence héréditaire en facteur IX (régime général + sections locales mutualistes – SLM, France entière, données Cnam de la cartographie version G7).

En mai 2020, 6 701 patients étaient suivis par la cohorte FranceCoag pour hémophilie A (57% pour hémophilie mineure, 13% pour hémophilie modérée et 30% pour hémophilie sévère) et 1 589 patients étaient suivis pour hémophilie B (50% pour hémophilie mineure, 25% pour hémophilie modérée et 25% pour hémophilie sévère)⁶³.

Incidence

Selon le Protocole National de diagnostic et de soins de l'hémophilie (2019)⁶⁴, l'incidence de l'hémophilie A est d'un individu de sexe masculin pour 5 000 et l'incidence de l'hémophilie B est de 1 individu de sexe masculin pour 30 000. Appliqué aux naissances observées en France en 2018, l'incidence de l'hémophile A en France s'élèverait à 74 et celle de l'hémophilie B à 12.

Espérance de vie

L'espérance de vie des hémophiles est identique à la population générale dans le cas d'une prise en charge efficace. Toutefois, leur qualité de vie peut être fortement altérée selon la sévérité de la maladie et la fréquence du traitement.

⁶³ Données démographiques du Réseau FranceCoag :
<http://www.francecoag.org/SiteWebPublic/public/StatGlobale.action>

⁶⁴ PNDS disponible sur le site de la HAS à l'adresse suivante :
https://www.has-sante.fr/jcms/c_483032/fr/hemophilie

Prise en charge thérapeutique jusqu'en 2018

Le traitement de l'hémophilie reposait sur l'administration intraveineuse de concentrés de facteurs de la coagulation pour traiter et prévenir les saignements :

- les facteurs VIII pour l'hémophilie A : des facteurs d'origine plasmatique (Factane®, Octanate®), des facteurs recombinants (Advate®, Kogenate®, Helixate®, Refacto®, Novoeight®, Nuwiq®, Elocta®, Kovaltry®) et des facteurs recombinants à demie-vie allongée (Elocta®) ;
- les facteurs IX pour l'hémophilie B : des facteurs d'origine plasmatique (Betafact®, Mononine®, Octafix®), des facteurs recombinants (Benefix®, Rixubis®), des facteurs recombinants à demie-vie allongée (Alprolix®).

Il s'agit de traitements substitutifs et non curatifs. Il existe deux modalités de traitement :

- le traitement à la demande consiste à traiter un épisode hémorragique déclaré en administrant le facteur déficitaire (FVIII ou FIX). Il est utilisé également en cas d'intervention chirurgicale.
- La prophylaxie est un régime de substitution qui comporte des injections intraveineuses de FVIII ou de FIX, systématiquement répétées à intervalle régulier sur une longue durée. Selon la HAS⁶⁵, près de 75 % des patients hémophiles A sévères suivis entre 2015 et 2018 avaient reçu un traitement prophylactique.

D'après le protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) de 2019 de la HAS⁶⁶ pour les professionnels concernés par la prise en charge diagnostique et thérapeutique optimale et le parcours de soins d'un patient atteint d'hémophilie, la prophylaxie est recommandée précocement chez les patients atteints d'hémophilie A ou B sévère, sans inhibiteur actif ou de titre élevé. La prophylaxie vise la prévention des hémarthroses spontanées et de l'arthropathie hémophilique et des saignements graves.

Le traitement est débuté à raison d'une injection hebdomadaire de FVIII (50 UI/kg⁶⁷) ou de FIX (70UI/kg). Si l'objectif clinique immédiat n'est pas atteint (survenue d'une hémarthrose), le traitement est augmenté par palier (Tableau 27). Ces posologies doivent être adaptées pour les facteurs de coagulation à durée de vie allongée (exemples : Elocta® pour l'hémophilie A, Alprolix® pour l'hémophilie B).

Tableau 27 : Schéma thérapeutique de la prophylaxie longue durée précoce et progressivement intensifiée

SCHEMA THERAPEUTIQUE DE LA PROPHYLAXIE LONGUE DUREE PRECOCE ET PROGRESSIVEMENT INTENSIFIEE		
	Hémophilie A	Hémophilie B
Palier 1	50 UI/kg 1 fois par semaine	70 UI/kg 1 fois par semaine
Palier 2	30 UI/kg 2 fois par semaine (jours fixes)	Soit 50 UI/kg 2 fois par semaine (jours fixes) Soit 50 UI/kg toutes les 96 heures (tous les 4 jours)
Palier 3	Soit 30 UI/kg 3 fois par semaine (jours fixes) Soit 30 UI/kg toutes les 72 heures (tous les 3 jours)	50 UI/kg toutes les 72 heures
Palier 4	25 à 30 UI/kg toutes les 48 heures	

Source : PNDS disponible sur le site de la HAS à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_483032/fr/hemophilie

Pour autant, une partie des patients développe des anticorps anti-facteurs de coagulation VIII ou IX les rendant résistants aux traitements mentionnés ci-dessous, ce qui conduit à mettre en place des traitements plus onéreux de deux types :

- administration d'agents « by-passants », Feiba® (concentré de facteurs de coagulation activés) et Novoseven® (facteur VII activé) ;
- un protocole d'induction de tolérance immune afin d'éradiquer les inhibiteurs par des injections fréquentes de fortes doses de facteurs de coagulation.

⁶⁵ Avis de la Commission de la Transparence du 2 octobre 2019 concernant Hemlibra (emicizumab)

⁶⁶ PNDS disponible sur le site de la HAS à l'adresse suivante : https://www.has-sante.fr/jcms/c_483032/fr/hemophilie

⁶⁷ Les posologies sont exprimées en nombre d'unités internationales (UI) par kg.

On estime qu'environ 30% des hémophiles A sévères et 9 à 23% des hémophiles B sévères développent des anticorps anti-facteurs de coagulation⁵.

Les dépenses et la consommation médicamenteuse

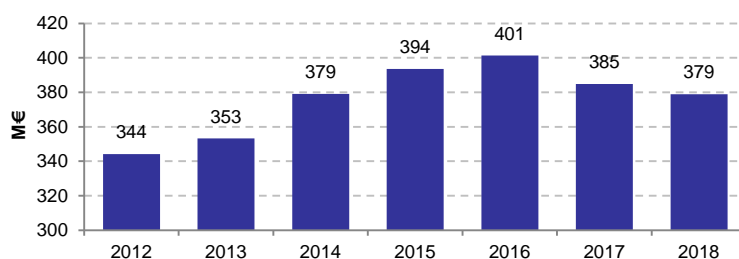
Les dépenses au titre de l'hémophilie A et B (données de la cartographie Cnam)

En 2018, les dépenses pour les hémophiles A et B identifiés dans la cartographie des dépenses via les CIM 10 D66 et D67 représentaient 379 millions d'euros (Figure 98). Les dépenses pour les hémophiles ont augmenté de 10% entre 2012 et 2018, cette progression est le résultat de deux tendances inverses : augmentation du nombre d'unités consommées (effet volume de +16%) et baisse des prix des facteurs de coagulation (effet prix de -6%).

L'unité internationale (UI) des facteurs de coagulation présente un prix unique quel que soit le facteur de coagulation VIII ou IX. Ce prix par UI a baissé de 7% au 1^{er} mars 2012 mais les dépenses ont augmenté entre 2012 et 2016 de 16,7 % malgré cette baisse. Cette augmentation des dépenses est due d'abord à l'augmentation du nombre de patients (+12,1 % de 2012 à 2016) et dans une moindre mesure à la hausse de la dépense par patient (+4,1% de 2012 à 2016) a priori liée à une augmentation du nombre de patients traités en prophylaxie conformément aux recommandations du PNDS.

Cette augmentation du nombre de patients traités s'est poursuivie depuis (+4,4% de 2016 à 2018) mais la dépense globale au titre de l'hémophilie s'est néanmoins infléchie grâce à une deuxième baisse de prix de 10% le 1^{er} avril 2017 (baisse de 9,6% de la dépense par patient de 2016 à 2018).

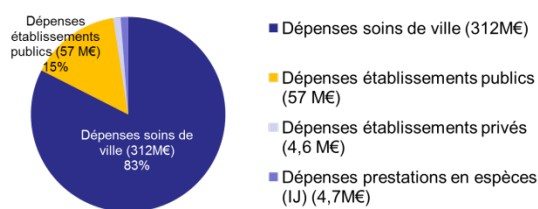
Figure 98 : Evolution de la dépenses pour les hémophiles A et B depuis 2012



Champ : Régime général + SLM – France entière
Source : Cnam (cartographie – version G7 2018)

Parmi les dépenses totales de l'hémophilie en 2018 (379 M€ - Figure 99), les dépenses pour les soins de ville représentent la majorité des dépenses totales de hémophilie en 2018 (312 M€ soit 82% de la dépense totale). Parmi les dépenses de soins de ville, 97% des remboursements sont attribuables aux médicaments en rétrocession (303M€ au titre des médicaments rétrocedés).

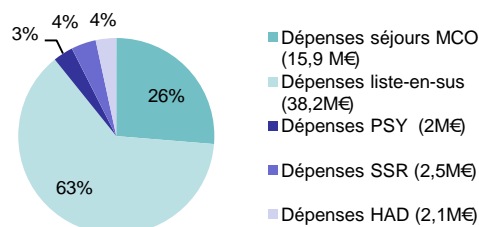
Figure 99 : Répartition de la dépense totale pour les hémophiles A et B en 2018



Champ : Régime général + SLM – France entière
Source : Cnam (cartographie – version G7 2018)

Parmi les dépenses en établissements publics et privés (Figure 100), 25,7 % sont attribuables aux séjours hospitaliers en MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), soit 15,9 M€, correspondant aux séjours hospitaliers en soins de courte durée, avec ou sans hébergement, ou des affections graves pendant leur phase aiguë. 62% de ces dépenses sont attribuables aux remboursements des médicaments de la liste en sus de la T2A et les dépenses restantes sont attribuables aux dépenses liées aux séjours en psychiatrie, aux dépenses liées aux soins de suite et de réadaptation et à l'hospitalisation à domicile.

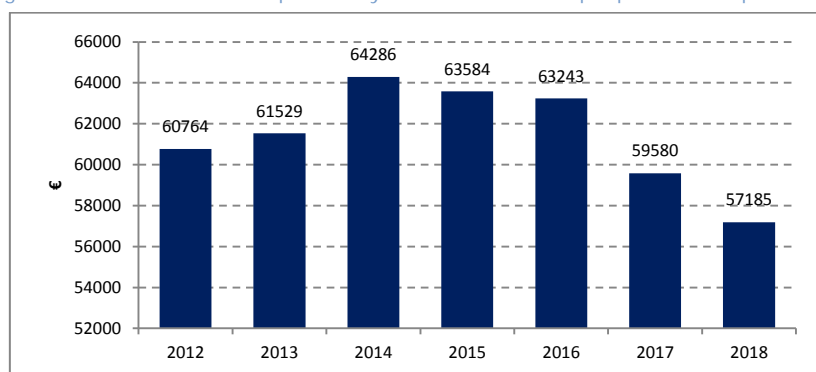
Figure 100 : Répartition des dépenses liées aux établissements pour les hémophiles A et B en 2018 (61,7M€)



Champ : Régime général + SLM – France entière
Source : Cnam (cartographie – version G7 2018)

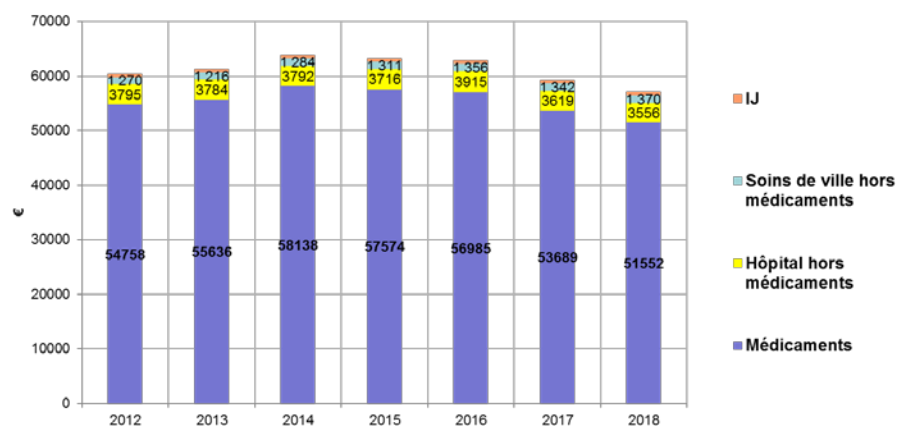
En 2018, la dépense annuelle moyenne totale par hémophile était de 57 185 € (Figure 101) et la dépense annuelle moyenne de médicaments était de 51 552€ par patient (Figure 102). La baisse de la dépense annuelle moyenne par patient résulte des baisses de prix des facteurs de coagulation intervenues en mars 2012 et en avril 2017.

Figure 101 : Evolution de la dépense moyenne annuelle totale par patient hémophile A et B



Champ : Régime général + SLM – France entière
Source : Cnam (cartographie – version G7 2018)

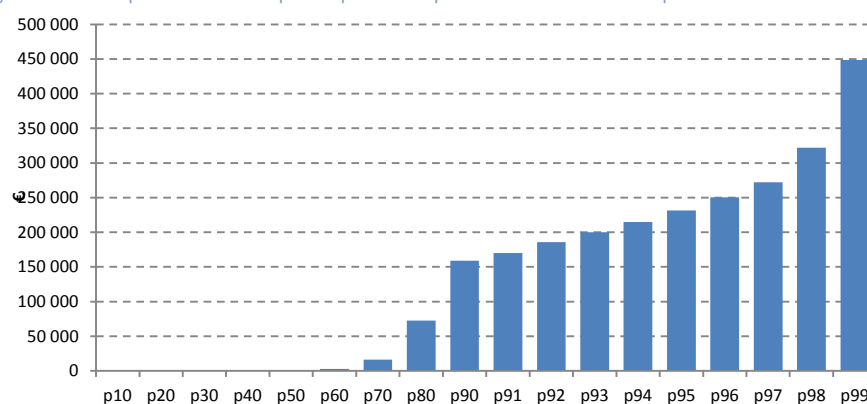
Figure 102 : Evolution de la répartition de la dépense moyenne annuelle par patient par poste de soins



Champ : Régime général + SLM – France entière
Source : Cnam (cartographie – version G7 2018)

Parmi les patients atteints d'hémophilie A et B, on constate une très forte dispersion des dépenses de médicaments en ville reflétant les différences de poids des patients et les deux modalités de traitement (Figure 103): traitement en continu en prophylaxie avec des injections plusieurs fois par semaine ou traitement à la demande.

Figure 103 : Dispersion de la dépense parmi les patients atteints d'hémophilie A et B en 2018 en euros



Champ : Régime général + SLM – France entière
Source : Cnam (cartographie – version G7 2018)

Afin de détailler la dépense des patients en prophylaxie, une étude spécifique a été réalisée de la consommation des patients hémophiles A en facteurs VIII.

Consommation de facteurs VIII des patients d'hémophilie A en prophylaxie (données SNDS France entière, tous régimes, et PMSI)

Afin de sélectionner les patients susceptibles de recevoir un traitement prophylactique, les patients ayant eu au moins une délivrance par mois plus de 6 mois dans l'année ont été ciblés sur 2018 dans les données du SNDS (Tableau 28). Pour 1 335 hémophiles ciblés, le montant total remboursé sur les délivrances de l'année 2018 s'élevait à 228,4 M€. La dépense moyenne en montant remboursé en 2018 pour ces patients en prophylaxie était de 173 033 € par patient (soit 275, 7 millions d'UI de facteurs VIII) et la médiane de 153 452 € par patient. 10% de l'effectif total avaient une dépense supérieure à 283 531 € en 2018. Pour ces patients, le coût de traitement journalier moyen en 2018 est estimé à 474 € et le coût de traitement journalier médian à 420 €. Les plus gros consommateurs (les 10% de l'effectif ayant la consommation la plus importante sur 2018) avaient un coût de traitement journalier supérieur à 777 €.

Tableau 28 : Consommation en facteur VIII pour les patients avec au moins une délivrance par mois pendant 6 mois

N = 1 335 hémophiles A	p10	Q1	Médiane	Moyenne	Q3	p90
Dose (en UI) délivrées	90 000	160 000	240 000	275 743	336 500	446 000
Nombre de délivrances sur 12 mois	8	9	11	11	13	15
Montant remboursé	57 663 €	100 217 €	153 452 €	173 033 €	214 889 €	283 531 €
Coût de traitement journalier	157,98 €	274,57 €	420,42 €	474,06 €	588,74 €	776,80 €

Champ : Tous régimes
Source : DCIR et PMSI

Les facteurs de coagulation ont constitué le traitement standard dans la prise en charge thérapeutique des hémophiles mais depuis 2018, une nouvelle thérapie dite « non substitutive » est inscrite au remboursement dans l'hémophilie A. Cette nouvelle thérapie constitue la première étape d'innovation avant l'arrivée des thérapies géniques.

Arrivée d'une nouvelle thérapie dans l'hémophilie A

Une nouvelle thérapie présentant un mécanisme d'action différent des facteurs coagulation ayant objectif de prévenir les saignements est arrivée dans le traitement de l'hémophilie A en 2018. Après avoir bénéficié d'ATU nominatives pour 4 patients et d'une ATU de cohorte, l'inscription d'Hemlibra® (laboratoire Roche) sur les listes de rétrocession et liste en sus de la T2A a été publiée au JORF du 6 février 2019.

Hemlibra® (emicizumab) est un anticorps monoclonal humanisé bispécifique. Il s'agit d'un traitement de première intention pour les patients pour lesquels une prophylaxie au long cours apparaît comme l'option thérapeutique la plus adaptée. Il s'administre en injections sous cutanées, hebdomadaires.

Dans un premier temps, la commission de la transparence (CT) a attribué un SMR important dans la prophylaxie des épisodes hémorragiques uniquement chez les patients atteints d'hémophilie A congénitale et ayant développé un inhibiteur anti-facteur VIII de type fort répondeur (avis de la Commission de la transparence du 11/07/2018). La Commission a reconnu l'intérêt innovant du produit en lui attribuant une ASMR importante (ASMR II) par rapport aux agents by-passants dans cette indication. La population cible a été estimée à 210 patients en France.

Dans le cadre d'une extension d'indication thérapeutique, la Commission de la transparence de la HAS a octroyé à Hemlibra® un SMR important en prophylaxie pour prévenir les épisodes hémorragiques chez les patients atteints d'hémophilie A sévère (déficit congénital en facteur VIII, FVIII < 1%) sans inhibiteurs anti-facteur VIII (avis du 02/10/2019 (10)). Hemlibra® a obtenu une ASMR mineure (ASMR IV) par rapport aux concentrés de facteurs VIII. La population cible a été estimée entre 1 410 et 1 880 patients en France par la CT.

Cette extension d'indication thérapeutique a été publiée au JO du 18 mars 2020 pour l'inscription sur la liste en sus de la T2A et sur la liste de rétrocession. La commission de la transparence a donné un avis favorable à l'inscription sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux ce qui devrait conduire à une mise à disposition en officine d'Hemlibra® dans le courant de l'année 2020. La Commission évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la HAS, chargée de l'évaluation médico-économique a conclu qu'Hemlibra® était la stratégie dominante (stratégie la plus efficace et la moins coûteuse) par rapport aux agents by-passants administrés en prophylaxie ou à la demande chez les enfants de 0 à 18 ans⁶⁸. Chez les adultes initiant le traitement, le RDCR est estimé à 186 860€/QALY et est caractérisé par une incertitude importante.

La CEEPS précise que l'efficacité d'Hemlibra® s'explique notamment par le coût extrêmement élevé de la prise en charge historique par agents by-passants, dont l'efficacité n'a par ailleurs jamais été évaluée. Le coût moyen annuel de prise en charge par agents by-passants en prophylaxie est d'environ 433 159 € et ce mode de prise en charge est actuellement majoritairement privilégié chez les jeunes enfants. La part de traitement par prophylaxie est réduite dans la population adulte, plus à même de gérer un traitement à la demande au quotidien. Toutefois, les coûts de prise en charge de l'hémophilie sont nettement plus élevés que chez les enfants en raison du dosage du traitement qui est en fonction du poids des patients, qui augmente fortement à l'âge adulte.

Le bénéfice attendu porterait sur la diminution du recours aux injections de facteurs VIII dès le diagnostic d'hémophilie A. Cela permettrait donc à terme de réduire le nombre de nouveaux patients développant des inhibiteurs aboutissant peut être à terme à un changement global de la prise en charge de l'hémophilie A dès le diagnostic.

Le coût de traitement annuel d'Hemlibra® HT (sans la TVA et la marge de rétrocession) pour un patient de 70 kg est de 408 000€ la première année et de 380 000€ à partir de la 2^{ème} année. En prenant en compte la borne haute des populations cibles citées par la commission de la transparence l'impact budgétaire est de 80 M€ pour les patients porteurs d'anticorps et de 714 M€ pour les hémophiles sévères sans anticorps.

Le traitement des hémophiles A qui avait subi peu de modifications depuis l'arrivée des facteurs de coagulation – la dernière étant la commercialisation des facteurs recombinants au début des années 2000 - va voir apparaître un switch pour une partie des patients hémophiles sévères ayant actuellement recours à des fortes doses de facteurs VIII vers Hemlibra® puis vraisemblablement vers les thérapies géniques avec la promesse de guérison et de l'arrêt des traitements chroniques.

⁶⁸ Avis d'efficacité d'Hemlibra® du 11 février 2020 de la Commission d'évaluation économique et santé publique (HAS). Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2868847/fr/hemlibra-emicizumab-hemostatique

Cette innovation présente un coût important en lien avec un nombre significatif de patients, des coûts de traitement actuels conséquents et des prix faciaux revendiqués élevés. Cette situation questionne l'adaptation des modalités de paiement et de régulation ainsi que la soutenabilité financière des dépenses de santé.

4.1.4 L'arrivée des thérapies géniques: une adaptation nécessaire du système de paiement et des mécanismes de régulation du marché

Plusieurs mécanismes de paiement peuvent être mobilisés afin de contrôler l'impact financier de ces nouvelles thérapies innovantes. Ces mécanismes ont pour objectif de permettre au payeur de se prémunir contre la forte incertitude sur l'efficacité à long terme et en vie réelle de ces thérapies.

Les négociations entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé peuvent d'abord conduire à obtenir un prix net plus bas que le prix facial publié via un système de remises conventionnelles. Ces remises concernent notamment les produits d'ASMR I, II et III qui peuvent prétendre à l'obtention d'un prix facial européen. Les thérapies géniques qui revendiquent des ASMR de niveau au moins modéré relèveront donc potentiellement d'un tel mécanisme.

Le système classique de remises conventionnelles de type remises sur le chiffre d'affaires, accord prix volume, permet de faire baisser le prix net et de réduire l'impact budgétaire de ces thérapies. Ces remises peuvent prendre en compte un taux d'échec issu des études. Mais l'incertitude sur l'utilisation en vie réelle de ces produits (efficacité, tolérance, etc.) fait porter une partie du risque sur le payeur.

A ce titre, les modèles de paiement aux résultats ou de paiement à la performance permettent de partager le risque et de limiter le coût pour le payeur via un taux de remise déterminé en cas d'échec de traitement ou de non atteinte des résultats à une échéance préalablement définie. Ces contrats à la performance s'appuient sur des indicateurs de résultats définis entre le payeur et le laboratoire et permettent de partager une partie du risque avec celui-ci. La tenue de registres de patients afin de recueillir des données d'efficacité et de tolérance en vie réelle est décisive pour la mise en place de ces accords et pour le financement des thérapies innovantes. Plusieurs pays dont la France et l'Angleterre ont déjà eu recours à ce type de contrats. Dans le cas des cellules CAR-T, un financement conditionné à la collecte de données de vie réelle, d'efficacité et de tolérance a été proposé au laboratoire, ainsi qu'à la possibilité d'accéder aux données des essais cliniques en cours afin de réaliser une réévaluation rapide de ces produits.

En outre, il est également possible de mettre en place un mécanisme d'étalement des paiements sur plusieurs années. Cet étalement des paiements peut être couplé à un contrat de performance permettant de payer chaque année une partie du prix total et de poursuivre les paiements selon les résultats annuels obtenus. Cela permet de lisser l'impact budgétaire sur plusieurs années et de partager le risque lié à l'incertitude clinique. L'étalement des paiements semble être une voie prometteuse pour des traitements curatifs qui se substituent à des traitements et donc des remboursements chroniques tout au long de la vie du malade. La mise en œuvre d'une telle solution nécessite de définir le traitement comptable de ces dépenses et notamment de déterminer les modalités de leur intégration dans l'Objectif Nationale des Dépenses d'Assurance Maladie. Il sera également nécessaire d'articuler ces modalités de remboursement avec le système de facturation des hôpitaux dans le cadre d'un séjour hospitalier.

Ces différentes solutions pourraient permettre de proposer ces traitements d'emblée à toute la population cible afin d'éviter de les limiter dans un premier temps aux patients les plus sévères à l'instar de ce qui avait été mis en place lors de l'arrivée sur le marché des traitements du VHC. En effet, ces traitements ont été mis à disposition des patients présentant des stades de fibrose les plus avancés (F4, F3, F2 sévères) puis de tous les patients quel que soit leur stade de fibrose.

Dans le cas de l'hémophilie, les indications qui seront initialement inscrites dans l'AMM et les éventuelles indications thérapeutiques remboursables selon l'avis de la commission de la transparence pourraient conduire à traiter les patients par vagues successives selon des critères de sévérité. Cette priorisation des patients pourraient également se justifier par les capacités limitées de production des thérapies géniques par rapport à celles des traitements substitutifs actuels par facteurs de coagulation. Les centres habilités à administrer ces thérapies sont pour le moment peu nombreux.

4.1.5 La détermination du prix des médicaments – Vers plus de coopération pour plus de transparence ?

Comme il a été exposé dans le chapitre 1 du présent rapport, l'arrivée d'une nouvelle classe de médicaments innovants dans le traitement de l'hépatite C a reposé les questions d'accès à ces nouveautés coûteuses. L'universalité de l'accès s'est en effet retrouvé en butte à la question de l'équilibre des dépenses de sécurité sociale et a reposé les questions de la définition de la valeur même du médicament.

Les entreprises pharmaceutiques ont adapté leur modèle économique, en recentrant notamment leur portefeuille sur les molécules à forte valeur ajoutée, en préférant l'acquisition, parfois à des tarifs élevés, d'entreprises de biotechnologie, externalisant par-là les dépenses de recherche et développement plutôt que de les développer en interne. Dans le même temps, on observe une volonté des industriels d'aller de plus en plus vers un service global qui irait au-delà de la simple conception et fourniture d'un médicament. [1]

En tant que biens privés, les médicaments possèdent certaines caractéristiques qui justifient leur régulation par la puissance publique plutôt qu'autoriser un fonctionnement libre du marché. Le médicament n'est pas recherché en tant que tel mais pour sa capacité à préserver la santé. Il dérive ainsi de la demande en santé. En second lieu, un fonctionnement libre du marché suppose une symétrie d'information entre les acteurs ce qui n'est pas le cas ici, où industriels, prescripteurs, patients et régulateurs ne disposent pas des mêmes données. Enfin son acquisition n'est pas libre et doit répondre à une prescription médicale (dans la plupart des cas), la régulation de l'accès justifiant la régulation tarifaire. Le marché du médicament suppose ainsi d'être régulé pour permettre au patient d'accéder à un produit sûr et efficace et pour respecter la contrainte budgétaire.

La fixation du prix du médicament

En France, depuis 1987, les prix des médicaments sont fixés par arrêté interministériel. Plus largement, la régulation des prix s'exerce dans un partenariat conventionnel associant notamment le comité économique des produits de santé (CEPS) et le LEEM (les entreprises du médicament, syndicat représentant les intérêts de l'industrie pharmaceutique). Le partenariat conventionnel doit, par la négociation avec les entreprises, permettre un contrôle des dépenses par les pouvoirs publics et la mise en place de mesures assurant l'efficacité de la prise en charge. Il doit également offrir une visibilité dans le temps aux différents acteurs par l'échange d'information.

Cette situation de partenariat entre l'industrie et l'état est relativement récente. Le Comité Economique du Médicament (qui deviendra ensuite le CEPS) a été créé en 1994, actant la fin de l'administration unilatérale des prix par l'Etat qui était en vigueur depuis l'après-guerre. Le premier accord-cadre fut signé entre pouvoirs publics et industrie la même année. Le passage à cette politique partenariale a conduit à ouvrir la fixation des prix du médicament à une logique marchande et industrielle, mais a permis également à l'Etat d'approfondir son droit de regard sur l'activité des laboratoires pharmaceutiques, notamment via la maîtrise médicalisée. Les pratiques de fixation des prix du médicament ont évolué : d'abord basé sur le coût de production, le coût s'est petit à petit complexifié en intégrant l'apport thérapeutique du médicament (ce qui est aujourd'hui le principal critère pris en compte), son coût pour la collectivité et la prise en compte de l'innovation. [2], [3]

Dans ce cadre, le fait que chaque partie prenante cherche logiquement à promouvoir ses intérêts nécessite qu'au sein de ce partenariat existe une forme d'équilibre qui suppose elle-même une information symétrique entre toutes les parties.

L'incertitude autour du coût de production d'un médicament

L'arrivée sur le marché de médicaments innovants place aujourd'hui les industriels en situation de négociation aboutissant à la fixation de prix très élevés, à mettre en regard de l'impact potentiel de ces médicaments sur la santé des patients. La principale justification à un prix élevé du médicament est le fort coût de recherche et développement (R&D) mis en œuvre pour pouvoir développer un nouveau médicament (sans compter toutes les recherches qui n'aboutissent pas). Le médicament, en tant que produit manufacturé, se distingue à l'inverse en ce que son coût de production est généralement très faible au regard de tous les investissements qu'il a nécessité pour le concevoir. Les fortes dépenses des industries pharmaceutiques en recherche et développement sont ainsi le principal argument pour justifier du prix d'un médicament qui n'a souvent rien à voir avec son coût de production. Ce constat entraîne deux problèmes immédiats dans la définition d'un juste prix du médicament. Premièrement, il faut être capable de définir précisément quels ont été les investissements nécessaires à la création du médicament. Deuxièmement, la répercussion d'un coût fixe (les investissements)

sur un produit variable sur (les volumes de vente) nécessite une projection de ces volumes qui soit juste pour que le retour sur investissement et les bénéfices ne soient ni trop importants ni trop faibles pour la firme pharmaceutique.

Sur le premier point, des chiffres très variables circulent. Ces dernières années différentes études ont essayé d'estimer les dépenses des laboratoires pharmaceutiques en R&D, aboutissant à des évaluations très différentes, dépendantes de la méthodologie employée et bien souvent de l'impossibilité de vérifier les informations transmises par les entreprises. Le fait qu'il s'agisse d'une information connue de manière fine de l'industrie pharmaceutique seule, qui a un intérêt objectif à ce que les dépenses apparaissent comme les plus élevées possibles, la complexité des facteurs à prendre ou non en compte, la variabilité selon l'aire thérapeutique que l'on considère, etc. aboutissent au fait que les informations sur les dépenses de R&D sont aujourd'hui assez peu fiables. Alors que la fixation du prix des médicaments est fondée sur la valeur d'usage, les industries souhaitent que ce prix puisse tenir compte des investissements engagés et des coûts de fabrication. La difficulté d'objectiver ces données complexifie leur prise en compte. De la même manière, une part non négligeable des dépenses de R&D provient de financements publics, la part des investissements publics et privés pour le développement d'une nouvelle molécule devenant complexe à distinguer, ce qui rend plus difficile encore l'évaluation du fondement des demandes de prix avancées par les industriels.

Le contrôle des coûts par l'alignement avec les autres pays

Pour tenter de réduire cette incertitude, un mécanisme a été mis en place dans de nombreux pays, connu en France sous le nom de "garantie de prix européen", ou "*external reference pricing* (ERP)". Il s'agit, dans les grandes lignes, de garantir un prix du médicament dans un pays donné qui soit conforme à ce qui se pratique dans les autres pays, pour aboutir à fixer des prix plus ou moins similaires selon les pays. Ainsi, en France, pour les médicaments dont l'ASMR est compris entre I et III (ainsi qu'une partie des médicaments d'ASMR IV), le CEPS garantit que le prix du médicament affiché ne sera pas inférieur au prix le plus bas parmi ceux pratiqués sur quatre marchés européens (Royaume-Uni, Allemagne, Italie et Espagne, liste définie réglementairement), sous condition d'un avis d'efficacité rendu par la CEESP. Cette garantie est accordée pour un maximum de 5 ans.

Cette pratique est utilisée largement, notamment au niveau européen. Elle a été promue par les pouvoirs publics dans une logique de contrôle des coûts, pour garantir un prix qui soit équitable et soutenable dans les différents pays. Elle repose également la question de savoir quel est le juste prix d'un médicament, et s'il doit être adapté selon le niveau de vie du pays et sa capacité à le payer. L'industrie pharmaceutique intègre logiquement cette pratique dans ses stratégies d'accès aux différents marchés, pénétrant souvent en premier lieu les marchés des pays à plus forts niveaux de vie permettant de négocier un prix élevé qui conditionnera ensuite en partie les prix pratiqués par tous les autres pays. Dans un article paru récemment, les différentes modalités d'ERP sont recensées dans 29 pays différents. [9]

La France se distingue cependant en raison du faible nombre de pays inclus dans sa comparaison : seulement 4 ce qui constitue avec la Russie, L'Estonie, le Portugal, la Slovaquie et le Qatar, l'un des nombres les plus faibles. Si l'on regarde les pays avec qui se compare la France, et qui ont un niveau de vie et une capacité à payer similaires, leur panier est beaucoup plus fourni : l'Allemagne inclut 15 pays, l'Italie 27, l'Espagne 16. Quant au Royaume-Uni, il fait partie des rares pays qui n'ont pas mis ce dispositif en place. D'autres voisins de la France se comparent également à un nombre élevé de pays, citons par exemple la Belgique (26) ou l'Autriche (24).

Pour la plupart des pays, le critère d'inclusion des pays de comparaison repose sur la proximité géographique et/ou le niveau de vie et/ou l'appartenance à l'UE. Ce dispositif porte en lui des effets d'escalade des prix liés au fait que l'industrie pharmaceutique a intérêt à ce que les prix les plus hauts soient négociés dans les premiers pays où le médicament est lancé pour servir ensuite de base favorable aux futures négociations. C'est en partie pour cela que s'est développée la pratique des remises ces dernières années : dans un pays est affiché un prix négocié très élevé mais le laboratoire négocie ensuite, dans des conditions protégées par le secret des affaires, avec les mêmes pouvoirs publics ou les assureurs publics ou privés selon les Etats, une remise financière globale sur le prix négocié.

Les remises produits biaisent les chiffres affichés et mettent en concurrence les Etats

Cette méthode permet d'afficher un prix élevé et ainsi de faire pression sur les autres pays dans les négociations, tout en pratiquant en réalité un prix moindre pour les systèmes de santé. C'est également ce prix plus élevé qui est pris en compte dans l'ERP. Les remises⁶⁹ peuvent être effectuées selon plusieurs modèles : il peut s'agir d'une remise à la boîte, d'une clause de volume (au-delà d'un volume de vente prédéterminé, le prix baissera automatiquement), de clauses de bon usage ou de posologie (pour s'assurer que la consommation en vie réelle est bien conforme à ce qui était prévu), des clauses de performance (observation des résultats en vie réelle) ou de plafonds budgétaires au-delà desquels les bénéfices sont reversés aux pouvoirs publics.

Couvertes par le secret des affaires, il n'est pas possible de connaître le détail des remises négociées, pas plus que les molécules sur lesquelles elles s'appliquent, ce qui pose à la fois un problème national, puisque la politique de régulation des prix du médicament se trouve construite sur des bases erronées, ainsi qu'au niveau international dès lors que les comparaisons et les informations tarifaires provenant d'autres pays qui servent pour la fixation des prix ne sont pas fiables.

Dans son dernier rapport d'activités, le Ceps donne quelques chiffres relatifs aux remises accordées à certains laboratoires pharmaceutiques. [10] Il en ressort notamment que ces dernières ont plus que doublé entre 2014 et 2018, passant de 711 millions d'euros à 1,9 milliard d'euros. Entre 2017 et 2018, la hausse est de 40 %. Elles portent en revanche sur un petit nombre de produits : 240, soit 4,7 % des produits remboursables dont le prix a été fixé par le Ceps. Ces quasi 2 milliards de remises sont à rapprocher des 19,6 milliards remboursés par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les médicaments délivrés par les officines de ville. La répartition des remises est par ailleurs très inégale en montant entre les différents contrats. Ainsi, les 10 % des remises les plus importantes représentent 76 % du montant total. L'inégalité se retrouve aussi entre les classes de médicaments. Sept classes de médicaments concentrent 80 % des remises : antiviraux à usage systémique, antinéoplasiques, autres médicaments des voies digestives et du métabolisme, immunosuppresseurs, médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes, antithrombotiques, médicaments du diabète et système nerveux central. En montant, les types de contrats les plus utilisés sont soit des accords prix-volumes (816 millions d'euros), soit des remises à la première boîte (610 millions d'euros).

Dans une perspective plus internationale, un article de 2017 a sondé 11 pays à ce propos (Australie, Autriche, Canada, Angleterre, Allemagne, Nouvelle-Zélande, Norvège, Ecosse, Suède, Pays-Bas et Etats-Unis). Il en ressort peu d'informations précises, sinon qu'il s'agit d'une pratique largement répandue, qui peut, pour certains pays dépasser 50 % du total des dépenses des médicaments de spécialité. [11] Les modes de remises les plus utilisés sont comme en France, les remises à la première boîte ou les accords prix-volumes.

L'une des questions du sondage portait sur la perception de ces pratiques. Il est intéressant de remarquer que la majorité des pays estiment qu'il s'agit d'une pratique qui est bénéfique pour eux (7 sur 10), alors que dans le même temps, seulement 2 pays pensent que cette pratique est bénéfique dans une perspective globale. Cet item illustre la manière dont chaque pays négocie seul le meilleur accord possible en étant persuadé que son résultat est plus favorable que celui négocié par ses voisins, sans pouvoir établir d'une quelconque manière que tel est bien le cas.

La nécessité d'une coopération renforcée entre les pays européens

La fixation des prix du médicament, pour compliquée qu'elle soit et répondant à des logiques et à des intérêts différents et parfois contraires, est toujours administrée au niveau des Etats, chacun négociant isolément avec les différentes entreprises pharmaceutiques. Pour autant, certaines organisations internationales commencent à émettre des appels pour plus de transparence des marchés des médicaments. C'est notamment le cas de l'OMS qui a adopté en mai 2019 la résolution *Améliorer la transparence des marchés de médicaments, de vaccins et d'autres produits sanitaires*. Le projet de résolution était porté par l'Italie et soutenu par une vingtaine de pays. Cette résolution de l'OMS vise notamment à la promotion de la transparence dans les coûts de recherche et le développement et encourage une collaboration mondiale et régionale pour accroître la transparence.

Certains pays initient déjà des coopérations sur ce thème. Une première initiative en matière de prix des médicaments a été lancée en mai 2017, il s'agit de la [Déclaration de La Valette](#). Les signataires de cette déclaration étaient les Ministres de la santé de Chypre, de la Grèce, de l'Italie, de Malte, de l'Espagne et du Portugal. Irlande, Roumanie, Slovaquie et Croatie (en tant qu'observateur) ont par la suite rejoint l'initiative. Le Groupe de

⁶⁹ Ces remises ne concernent pas les remises globales prévues par la loi, notamment les clauses de sauvegarde (taux Lv, Lh, W).

la Valette couvre désormais 160 millions d'Européens, soit 32 % de la population de l'Union Européenne. L'ambition de la Valette est d'adopter une approche concertée dans la négociation du prix des médicaments avec les compagnies pharmaceutiques, augmentant ainsi le niveau d'information et la position de négociation des autorités nationales. Dans ce cadre, il y a un partage d'informations sur les produits médicaux (en particulier les médicaments à coût élevés et les nouveaux médicaments), les politiques, les propositions législatives et les procédures dans les différents Etats membres. S'y ajoutent des échanges sur les résultats des traitements ainsi que de la veille prospective sur les produits en cours d'évaluation centralisée.

En parallèle, l'initiative Beneluxa, créée en 2015 par les Pays-Bas et la Belgique et rejointe par le Luxembourg, l'Autriche et l'Irlande, s'est donnée pour mission d'assurer un accès à des médicaments innovants et abordables aux patients de ces pays. Les membres de ce groupe, sous la houlette du Ministère de la Santé néerlandais, sont également à l'origine d'International Horizon Scanning Initiative (IHSC), qui a officiellement été lancé le 29 octobre 2019.

Constituée en association de droit belge, l'initiative IHSC regroupe 9 pays (Belgique, Pays-Bas, Irlande, Danemark, Luxembourg, Norvège, Portugal, Suède, Suisse) et vise à permettre aux autorités de prendre des décisions informées sur les prix des médicaments tout en améliorant leur position de négociation. Pour ce faire, les membres d'IHSC partageront, compileront et analyseront les informations scientifiques (études et essais) et financières (prix des médicaments, cours des entreprises, réactions des investisseurs...) au sein d'une base de données commune. L'idée assumée est de réduire l'asymétrie d'information. Les informations qui entreront dans cette base de données ne seront que des informations publiques afin qu'elles soient vérifiables et ne soient pas sujettes à controverse[13].

Le succès de cette initiative repose toutefois sur l'utilisation qu'en feront les pays membres. Les informations contenues leur permettront de prévoir plus en amont leur budget et de déterminer leur priorité, ainsi que de démarrer les négociations plus tôt.

L'objectif et l'étape suivante serait de pouvoir mener des négociations conjointes. Pour l'heure, deux ont eu lieu avec deux des pays membres, l'une ayant abouti (Spinraza), l'autre non (Orkambi). Ces négociations n'ont pas réuni tous les pays participant au projet car leurs temporalités peuvent différer.

Ces projets naissants, s'ils connaissent pour l'instant des premiers résultats modestes, se placent dans une perspective intéressante de construction progressive et ne visent pas à bouleverser d'emblée les mécanismes nationaux de régulation de chaque membre.

L'échelle internationale apparaît bien aujourd'hui comme le niveau de réflexion et de stratégie de l'industrie pharmaceutique, auquel il convient que les pouvoirs publics situent également leur capacité d'action et de négociation.

4.1.6 Conclusion et propositions

Les thérapies géniques dont la promesse est la guérison des maladies d'origine génétique interrogent notre système de financement. Les prix sollicités d'un niveau jamais atteint seraient justifiés par les économies qui s'appliqueraient sur la totalité de la vie du patient sur les traitements chroniques évités. Les avis de la CEESP sur ces thérapies seront particulièrement attendus pour justifier un tel raisonnement. Le manque de recul sur la persistance au long cours de l'effet de ces thérapies soulève la question de la mise en place de contrats de performance pour mesurer l'efficacité en vie réelle de ces traitements et interroge sur la mise en œuvre de nouveaux mécanismes de financements.

Plus globalement, les mécanismes nationaux de fixation des prix dans le cadre de marchés mondiaux ou à minima européen, incitent à davantage de coopération entre les pays afin de réduire l'asymétrie d'information rendant plus difficile l'estimation d'un juste prix pour les pouvoirs publics.

4.1.7 Références

- [1] xerfi, « Les laboratoires pharmaceutiques | étude de marché Xerfi », juin 2019. Consulté le: mars 26, 2020. [En ligne]. Disponible sur: https://www.xerfi.com/presentationetude/Les-laboratoires-pharmaceutiques_9CHE25.
- [2] C. Benoît et É. Nouguez, « De l'administration des prix à la régulation du marché : enjeux et modalités de la fixation des prix des médicaments en France depuis 1948 », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 91-109, nov. 2018.

- [3] L. R. Jacquet, L. Toulemon, V. Raimond, A. Degrossat-Théas, L. Rochaix, et P. Paubel, « Le prix des médicaments en France : présentation synthétique des évolutions récentes du système français de fixation des prix », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 47- 67, nov. 2018.
- [4] C. L. Pen, « Existe-t-il un « juste prix » du médicament ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 15- 25, nov. 2018.
- [5] D. Panteli et S. Edwards, « Ensuring access to medicines : how to stimulate innovation to meet patients' needs ? », European Observatory on Health Systems and Policies, 29, 2018. Consulté le: mars 20, 2020. [En ligne]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/379701/PB29_AUSTRIA_web_13082018.pdf?ua=1.
- [6] J. A. DiMasi, H. G. Grabowski, et R. W. Hansen, « Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs », *Journal of Health Economics*, vol. 47, p. 20- 33, mai 2016, doi: 10.1016/j.jhealeco.2016.01.012.
- [7] D. W. Light et R. Warburton, « Demythologizing the high costs of pharmaceutical research », *BioSocieties*, vol. 6, n° 1, p. 34- 50, mars 2011, doi: 10.1057/biosoc.2010.40.
- [8] V. Prasad et S. Mailankody, « Research and Development Spending to Bring a Single Cancer Drug to Market and Revenues After Approval », *JAMA Intern Med*, vol. 177, n° 11, p. 1569, nov. 2017, doi: 10.1001/jamainternmed.2017.3601.
- [9] J. Gill, A.-M. Fontrier, D. Kyriopoulos, et P. Kanavos, « Variations in external reference pricing implementation: does it matter for public policy? », *Eur J Health Econ*, vol. 20, n° 9, p. 1375- 1397, déc. 2019, doi: 10.1007/s10198-019-01100-y.
- [10] « CEPS - Rapport d'activité 2018 », CEPS, nov. 2019.
- [11] S. G. Morgan, S. Vogler, et A. K. Wagner, « Payers' experiences with confidential pharmaceutical price discounts: A survey of public and statutory health systems in North America, Europe, and Australasia », *Health Policy*, vol. 121, n° 4, p. 354- 362, avr. 2017, doi: 10.1016/j.healthpol.2017.02.002.
- [12] A. Dahmouh, C. Ferretti, et N. Vergier, « L'importance des remises dans la comparaison internationale des prix du médicament », *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, n° 3, p. 269, 2018, doi: 10.3917/rfas.183.0269.
- [13] European Public Health Alliance, « Universal access and affordable medicines BeneluxA et al.: The best is yet to come », European Public Health Alliance, 2020.
- [14] OECD, *Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines*. OECD, 2018.
- [15] « Improving forecasting of pharmaceutical spending - Insights from 23 OECD and UE countries - Analytical Report », OECD, 2019.
- [16] « Médicaments et progrès thérapeutique : garantir l'accès, maîtriser les prix - La contribution de la société civile au débat public en France », juin 2018.
- [17] S. Vogler, V. Paris, et D. Panteli, « Ensuring access to medicines : how to redesign pricing, reimbursement and procurement ? », European Observatory on Health Systems and Policies, 30, 2018. Consulté le: mars 20, 2020. [En ligne]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/379710/PolicyBrief_AUSTRIA_PB30_web_13082018.pdf?ua=1.
- [18] S. Vogler, N. Zimmermann, et A. H. Kandler, « PPRI report 2018 - pharmaceutical pricing and reimbursement policies in 47 PPRI network members countries », PPRI, 2019.

4.2. Définir un parcours réglementaire innovant pour les Dispositifs Médicaux Connectés

4.2.1 Les Dispositifs Médicaux Connectés, objets d'avenir et d'incertitudes pour les systèmes de santé

En 2018, l'inscription du financement des actes de téléconsultation dans le droit commun a marqué une étape importante dans le développement de la télémédecine, jusqu'alors cantonnée à des dispositifs expérimentaux.

Dans ses autres composantes⁷⁰, la e-santé reste encore en marge des financements de droit commun. Il s'agit pourtant d'un secteur en plein développement susceptible de contribuer à la mise en place de prises en charge innovantes, notamment pour assurer le suivi des patients et la continuité de la prise en charge des maladies chroniques.

Si la télésurveillance fait l'objet d'une démarche d'expérimentation aujourd'hui très mature dans le cadre du programme ETAPES, un nombre croissant de solutions et d'applications pratiques peinent à être reconnues, y compris dans un cadre expérimental.

Les dispositifs médicaux connectés constituent un ensemble mal défini et hétérogène. Ils renvoient à une gamme de services immatériels qui brouillent les frontières entre dispositif médical, médicament et acte clinique. La qualification de Dispositif Médical Connecté (DMC) est très large et repose sur trois critères cumulatifs⁷¹ : premièrement, il doit être exclusivement destiné à des fins médicales ; deuxièmement, le DMC doit agir à un niveau individuel et proposer un bénéfice spécifique adapté à l'état de santé propre de chaque patient ; troisièmement, le logiciel mobilisé doit non seulement recueillir des données relatives aux patients mais également les exploiter afin d'en déduire un traitement, un diagnostic ou une intervention médicale.

Ces nouveaux dispositifs diffèrent radicalement des Dispositifs Médicaux (DM) conventionnels. Les DMC peuvent notamment être utilisés à des fins de télésurveillance médicale, permettre l'auto surveillance du patient (les neurostimulateurs pour la gestion de la douleur par exemple) ou bien porter sur l'optimisation ou l'adaptation d'un traitement (avec des dispositifs comme les pompes à insuline connectées). Il existe également des applications qui ne sont pas des composantes de dispositifs médicaux mais qui constituent des logiciels fonctionnant de façon autonome. Ces systèmes génèrent spontanément une action ou une conclusion sans intervention humaine préalable. La Haute Autorité de Santé élabore actuellement une classification des solutions numériques⁷² qui distingue les fonctionnalités de diagnostic, de calcul de dose, de décision thérapeutique et de télésurveillance médicale. Les frontières entre ces dispositifs sont mouvantes, leurs fonctionnalités évoluent rapidement, y compris pour des DM préexistants qui combinent de nouveaux outils connectés présentant une autonomie fonctionnelle.

La catégorie des objets décrite ici est loin d'être figée d'autant plus que le secteur des technologies de santé est marqué par le foisonnement de logiciels, applications et autres technologies mobiles en constante évolution. Une certaine confusion règne sur leurs usages ainsi que leur qualité qui peuvent grandement varier d'un objet à l'autre.

Le tissu industriel est lui aussi très diversifié. Les petites PME représentent 95% de l'industrie de la technologie médicale, avec pour la majorité d'entre elles des structures de moins de 50 personnes⁷³, dont beaucoup ne proviennent pas primitivement du secteur de la santé. La filière se constitue également de multinationales ou de *start ups* souvent organisées autour de grands laboratoires pharmaceutiques qui trouvent dans l'e-santé de nouveaux relais de croissance⁷⁴. La difficulté pour les fabricants d'inscrire leurs DMC dans un parcours classique (marquage CE puis inscription à la LPPR) contribue à structurer le marché autour d'entreprises pharmaceutiques possédant une expérience importante de ce type de procédures.

⁷⁰ Au sens de l'article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et complétée par le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 qui définit cinq actes de télémédecine (téléconsultation téléexpertise, télésurveillance, téléassistance et régulation médicale).

⁷¹ Règlement européen 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux du 5 avril 2017

⁷² Haute Autorité de Santé, 20 avril 2020, Proposition de classification fonctionnelle des solutions numériques selon leur finalité d'usage, Document de travail https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/notice_classification_fonctionnelle_solutions_numeriques.pdf

⁷³ MedTech Europe 2019

⁷⁴ Gravelle, Lowry (2015). « The Medical device excise tax: economic analysis », Congressional Research Services, Washington, DC.

Si ces nouveaux types de dispositifs médicaux ouvrent des pistes prometteuses pour la prise en charge des patients, ils posent également de nouveaux défis au régulateur. En effet, les cadres de régulation et de prise en charge de ces objets sont souvent inadaptés aux applications mobiles, algorithmes ou autres solutions combinées. Il s'agit d'appliquer un cadre conçu pour des objets manufacturés produits selon un processus industriel, à des objets immatériels protéiformes, en constante évolution et interaction avec le patient et l'organisation qui l'utilisent.

L'arrivée à maturité des plus avancées de ces technologies et le bénéfice d'usage que certaines ont démontré pour les patients et la collectivité imposent de trouver à court terme des solutions permettant de pouvoir offrir au plus grand nombre l'accès à ces outils dans des conditions optimales tant pour les industriels que pour les comptes publics. Il s'agit à bien des égards d'élaborer de nouveaux parcours réglementaires, ou du moins d'adapter au mieux les parcours existants.

Comme souvent, l'asymétrie d'information entre les fabricants et les acteurs de la régulation est forte : les fabricants semblent mobiliser des argumentaires proches de ceux utilisés pour le médicament (intensité de l'innovation, complexité technologique, investissements importants) sans que les régulateurs ne disposent de toutes les clés pour apprécier les modèles économiques, la réalité des coûts de développement et les niveaux de profitabilité, la performance ou les risques liés à ces dispositifs médicaux connectés. Dans le cadre de la production d'un logiciel ou d'une application, il existe potentiellement un très fort écart entre le coût de production de l'application et son utilité clinique. Les incertitudes sur le modèle économique des fabricants de DMC constituent donc un réel obstacle pour comprendre la valeur de ces produits de santé.

La question de la valeur des DMC est pourtant d'autant plus cruciale qu'ils génèrent potentiellement des risques liés à la sécurité des données et induisent ainsi des coûts indirects supplémentaires pour les acteurs de santé.

4.2.2 Interrogations et expériences à l'étranger : des défis communs

Si certaines assurances privées ont pris en charge le remboursement de quelques technologies de santé mobile en Allemagne⁷⁵, en Afrique du Sud⁷⁶ et aux Etats Unis⁷⁷, aucun système de santé n'a fait entrer pleinement ce genre de dispositif médical connecté dans le droit commun. Pour autant, certains pays européens déploient des expérimentations destinées à concevoir des financements innovants de ces applications médicales (Allemagne, Angleterre, Belgique, Pays-Bas...).

En Angleterre, le fonds *Innovation and Technology Payment programme* (ITP) propose le remboursement expérimental d'une application destinée à l'auto surveillance des patients vivant avec une BPCO. Dans le cadre de cette expérimentation, le tarif d'une licence de MyCOPD est négocié à 20 livres par patient. Combiné à cette licence, un forfait annuel de 5 livres sterling par patient est consacré aux frais de maintenance de l'application. Vraisemblablement, les critères de négociation des prix reposent sur les évaluations médico-économiques et les volumes de vente prévus.

L'Allemagne est fréquemment considérée comme pionnière dans la question du financement des applications avec une loi sur la santé numérique permettant le remboursement des applications de santé par les caisses d'assurance maladie obligatoire. A partir des premières expérimentations conduites dans le cadre d'un Fonds d'innovation, un cadre de droit commun est actuellement élaboré. La *Digital Health Applications Regulation* prévoit le remboursement de dispositifs médicaux de classe I ou IIa listés par l'Institut Fédéral des Médicaments et des Dispositifs Médicaux (Bfarm). Actuellement, 14 applications sont en cours d'examen par le Bfarm pour statuer sur leur éligibilité au remboursement. Si l'avis du Bfarm est positif les applications seront remboursées pendant 12 mois par les caisses d'assurance maladie obligatoire (GKV) selon un prix déterminé par l'industriel, dans la limite du prix opposable fixé par la GKV. Cette année d'évaluation peut déboucher sur l'intégration du DMC dans le droit commun à l'issue d'une négociation du prix entre la GKV et le fabricant. Actuellement, aucune application ne bénéficie encore de remboursement.

⁷⁵ Moshi, M. R., Tooher, R. et Merlin, T. (2018). "Suitability of current evaluation frameworks for use in the health technology assessment of mobile medical applications: a systematic review." *Int J Technol Assess Health Care* 34(5): 464-475.

⁷⁶ Ces dernières –véritables trackers d'activités– sont notamment investies par les assurances privées pour fournir des incitations positives aux assurés obtenant un bon score. Le pionnier de cette démarche est l'assureur sud-africain Discovery. Son application Vitality a été utilisée par de nombreux organismes d'assurances à l'étranger, y compris par la compagnie Generali en France.

⁷⁷ Idem

Ces expériences, si elles constituent un signal fort en faveur de la construction d'un cadre juridique pour cette nouvelle catégorie de produits de santé, mettent en évidence les difficultés rencontrées autour de nous. Actuellement, aucun système de santé public ne les rembourse systématiquement.

En France, les modalités de prise en charge de tels dispositifs posent également question. Si le droit commun prévoit un processus conventionnel de fixation des prix des dispositifs médicaux, les jalons habituels d'évaluation et de tarification des dispositifs médicaux constituent des leviers de négociation incomplets face aux enjeux posés par les DMC.

4.2.3 Moovcare® : une intégration inédite à la LPP

La Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPP) ne compte qu'un nombre très limité d'applications et logiciels orientés vers l'usage du patient. Le point commun de la plupart des DMC listés dans la LPP est qu'ils s'inscrivent dans le cadre de dispositifs plus larges, dont ils ne constituent qu'une partie et dont ils contribuent à la création de valeur, sans la porter en totalité. En d'autres termes, ces dispositifs pris isolément sont incapables par eux-mêmes de générer la valeur attendue pour le patient sans être associés aux autres composants de la prise en charge. A ce jour, seule une application autonome de télésurveillance pour les patients atteints de cancer du poumon-Moovcare®⁷⁸ - a fait l'objet d'un accord entre le fabricant et le CEPS pour son inscription à la LPP en juin 2020.

L'application Moovcare® est un objet nouveau dans le champ des dispositifs médicaux connectés. Contrairement aux DMC précédemment intégrés à la LPP, son fonctionnement n'est pas combiné à un DM et requiert un remboursement isolé. Pour une application de ce type, les négociations pour fixer un tarif de responsabilité peuvent aboutir à des revendications tarifaires élevées de la part de l'industriel. Lorsque le bénéfice thérapeutique d'une application est grand, l'industriel est susceptible de revendiquer une valeur financière importante alors même que les coûts de développement peuvent rester très modestes en regard. Dans le cas de l'application Moovcare®, l'augmentation de la médiane de survie chez les usagers est d'environ sept mois⁷⁹. Ce résultat est inédit pour une application de santé mobile et constitue une solution qu'il n'est pas envisageable de négliger pour les patients concernés.

Afin de contrebalancer les revendications des industriels portant sur l'utilité clinique en contexte expérimental, l'exemple de Moovcare® montre que des conventions peuvent être conclues pour tenir compte des conditions de diffusion post-inscription. Pour la fixation du tarif d'une telle application, les accords financiers portent sur les volumes de ventes prévus et le taux d'observance. L'accord conclu entre le CEPS et le fabricant de Moovcare® va vraisemblablement constituer un point de repère important pour la fixation des tarifs des applications marquées CE, sachant que de nombreux acteurs industriels ont accordé une réelle attention au parcours de Moovcare®. Cet accord ouvre potentiellement la voie pour un rééquilibrage des intérêts entre fabricants et financeurs, notamment grâce au développement de procédures d'évaluation innovantes.

4.2.4 Des « actes » inclassables

Si l'inscription de l'application Moovcare® en tant que dispositif médical à la LPP constitue une première, elle met également en lumière les limites du système habituel de prise en charge pour ce type d'objet.

Le parcours de droit commun est fondé sur la définition d'un prix limité au produit de santé, sans prendre en compte le financement de l'organisation des soins et du temps médical sans lesquels le produit ne peut être déployé et sa valeur d'usage réalisée. La pertinence de l'application dépend en effet de la présence d'un opérateur ainsi que, plus largement, de l'organisation de l'équipe de soins qui créera les conditions de son utilisation.

La création d'une rémunération *ad hoc* adossée à la prise en charge de Moovcare® apparaît ainsi comme nécessaire pour permettre son déploiement et la mobilisation de l'équipe médicale. Dans l'organisation juridique

⁷⁸ Moovcare® repose sur une technologie relativement simple à destination des patients atteints de cancer du poumon. Cette web-application contient un algorithme qui permet d'analyser l'évolution des symptômes déclarés par le patient via un auto-questionnaire hebdomadaire et de signaler une variation inquiétante au médecin référent. Cette fonction d'alerte apporte un bénéfice clinique démontré pour la survie globale des usagers de l'application sans pour autant constituer intrinsèquement une innovation radicale dans le champ de la télésurveillance.

⁷⁹ Denis, F., Viger, L., Charron, A. et al. (2014) Detection of lung cancer relapse using self-reported symptoms transmitted via an Internet Web-application: pilot study of the sentinel follow-up Support Care Cancer, 22: 1467.

et tarifaire actuelle, elle doit non seulement venir en complément mais relève d'un autre cadre conventionnel (l'inscription d'un acte à la nomenclature des actes médicaux ou paramédicaux) qui ne permet pas d'appréhender correctement les spécificités de ce type d'application : suivi dans la durée des patients et travail en équipe souvent pluri professionnelle, ce que ne permet pas la valorisation d'un acte ponctuel effectué par un seul professionnel.

Ce sont donc les usages qui constituent la véritable valeur ajoutée du dispositif. En effet, les déterminants de performances -à savoir : l'efficacité intrinsèque du DMC ; la compétence du praticien qui le mobilise ; les facteurs liés au patient ; la performance des produits connexes ; le contexte organisationnel- sont difficilement isolables.

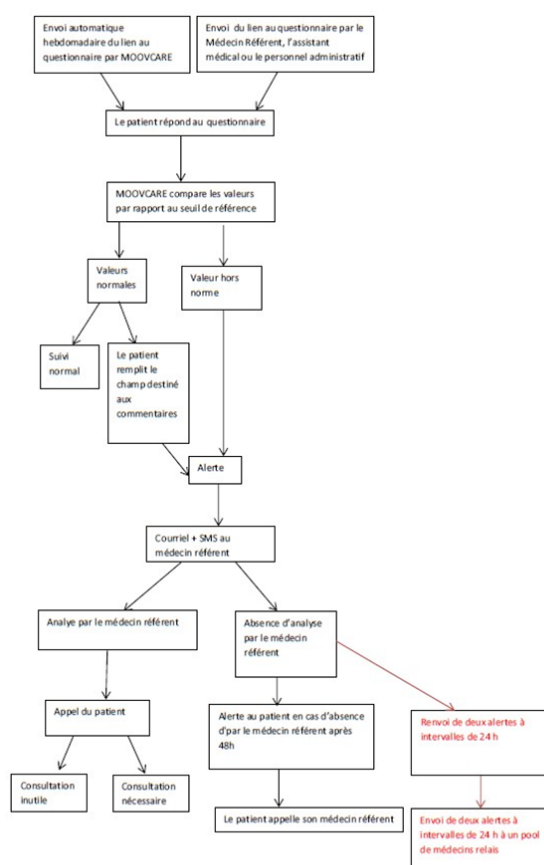
Ces produits posent donc des questions importantes de tarification des actes et également de responsabilité, sachant qu'ils s'intègrent à des usages combinés, au sein d'organisations complexes. Le nombre de protagonistes inclus dans le suivi des usagers de l'application peut être important ; l'application Moovcare® prévoit ainsi six interfaces, soit six types d'utilisateurs prévus⁸⁰. La division du travail médical est d'autant plus complexe que le script prévu par l'application prévoit de nombreuses situations. La Figure 104 résume les moments du suivi par Moovcare®, le « script », qui récapitule les actions que chaque protagoniste⁸¹ doit entreprendre afin d'assurer la bonne conduite du suivi⁸². Les itérations des activités de chaque protagoniste, la pluralité des alertes impliquent un niveau de vigilance important avec des interventions brèves et répétées de la part des parties prenantes. Ces tâches diffèrent radicalement des actes cliniques traditionnellement pris en compte dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). Aujourd'hui, aucune prestation ou acte du droit commun ne permet de prendre en charge cette organisation.

⁸⁰ Avis de la CNEDIMTS du 9/04/2019, p. 7 ; [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-5682_MOOV CARE%20POUMON_09_avril_2019_\(5682\)_avis_occultation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-5682_MOOV CARE%20POUMON_09_avril_2019_(5682)_avis_occultation.pdf)

⁸¹ La ramification rouge présente des alertes optionnelles programmables sur le système Moovcare. Le schéma se fonde sur les descriptions fonctionnelles effectuées dans l'avis de la CNEDIMTS du 9/04/2019 ; [https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-5682_MOOV CARE%20POUMON_09_avril_2019_\(5682\)_avis_occultation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CNEDIMTS-5682_MOOV CARE%20POUMON_09_avril_2019_(5682)_avis_occultation.pdf)

⁸² Méthodologie tirée de Slomian, C. & Schoenaers, F. (2018). La santé mobile en Belgique : le cas de la télésurveillance de la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Lien social et Politiques, (81), 156–172.

Figure 104 : Script de l'organisation de la prise en charge des patients suivis par Moovcare ® - source (?)



4.2.5 Le programme ETAPES révèle l'intérêt de la forfaitisation

Cette situation d'inadéquation entre le droit commun et les DMC révèle l'importance de développer des expérimentations dont l'objet n'est pas de tarifier le produit en tant que tel mais d'organiser un partage de la rémunération entre les différentes parties prenantes qui créent de la valeur notamment via la médiation d'une solution technique.

Dans ce contexte, des expérimentations sont mises en place afin de construire un cadre adapté à la prise en charge des DMC. Les discussions, pendant longtemps centrées sur le dispositif en lui-même, se reportent désormais sur la question de l'intégration du DMC au parcours et sur la construction d'un protocole de prise en charge du patient. A rebours de l'approche habituelle, la dynamique organisationnelle constitue donc le point d'entrée. L'objectif visé est de permettre un traitement efficace des données récoltées par le DMC grâce à une organisation optimale.

Les expérimentations de télésurveillance ETAPES, pilotées par le Ministère de la santé, constituent la première tentative de tarification des activités de télésurveillance⁸³. Dans ce programme, 55 dispositifs de télésurveillance sont financés de façon forfaitaire dans le cadre d'une prestation globale associant également une télésurveillance médicale ainsi qu'une prestation d'accompagnement thérapeutique. ETAPES établit les fondements d'une réflexion sur la tarification forfaitaire de la télésurveillance et va sur ce point un cran plus loin que le droit commun : il pose l'interdépendance des actes de télésurveillance et de la solution technique, sans pour autant fournir de solution aboutie à ce jour. Si les expérimentations ETAPES posent le principe d'une

⁸³ En 2014, la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale a permis la création du programme ETAPES (Expérimentation de Télé médecine pour l'Amélioration du Parcours En Santé). Celui-ci a ensuite été prolongé d'un an par la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. En 2018, le programme ETAPES Télésurveillance a été prorogé jusqu'en 2022, par la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018. En 2019, ETAPES est intégré à l'article 51 pour l'expérimentation d'innovations organisationnelles par la loi n° 2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2019 (Article 39 de la PLFSS 2019).

rémunération forfaitaire, elles ne résolvent pas la question du cadre législatif à mettre en place pour promouvoir une tarification hors LPP. En effet, elles conservent une rémunération distincte entre le DM et celles des organisations, organisant le partage de la valeur et donc du risque *a priori* au niveau du régulateur. Face à cette nécessité d'élaborer un cadre de financement en adéquation avec les nouvelles organisations liées à la télésurveillance, le programme ETAPES est finalement rattaché au cadre de l'article 51 dans la LFSS 2019.

4.2.6 L'article 51, opportunité de nouveaux modes d'organisation favorables à l'e-santé ?

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 propose un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits valorisant les parcours de soins pour les maladies chroniques. Elle permet donc des innovations organisationnelles plus larges que les expérimentations ETAPES autour de la prise en charge des DMC. Parmi les projets autorisés, une vingtaine comporte un outil numérique, dont trois avec des applications autonomes autorisées. Deux de ces trois projets avec application autonome utilisent une solution préalablement validée par le programme ETAPES. La mise en place de forfaits ne nécessitant pas une inscription d'une application à la LPP facilite notamment la substituabilité de solutions techniques présentant les mêmes fonctionnalités et les mêmes garanties cliniques.

Si l'article 51 permet d'accueillir les DMC au sein des expérimentations, de nombreux projets sont bloqués dans le processus d'instruction de leur dossier. Actuellement, les conditions d'éligibilité d'un projet contenant un DMC imposent que ce dernier possède non seulement un marquage CE mais qu'il présente également des garanties et données cliniques suffisantes, ce qui peut nécessiter une évaluation de la HAS. Certains logiciels et applications qui n'ont pas pour vocation d'être inscrits à la LPP ou pour lesquels les fabricants ne souhaitent ou ne peuvent pas s'engager dans une procédure d'évaluation longue et coûteuse sont *de facto* exclus.

Les DMC sont ainsi systématiquement renvoyés à la nécessité d'une inscription à la LPP alors même que les expérimentations ont vocation à dépasser ce cadre de droit commun. En effet, l'article 51 a pour finalité la construction de nouveaux modes d'organisation structurés par des outils de tarification innovants. Il doit donc proposer de nouveaux débouchés pour financer les DMC dans un contexte de soins. En l'absence de consensus sur la trajectoire de sortie des expérimentations, l'intérêt de l'article 51 devient moins évident pour les acteurs sans pour autant qu'une solution satisfaisante alternative ait été identifiée.

Dans une situation où les fabricants font face à une difficulté réglementaire liée à l'absence de rémunération adéquate dans la CCAM, ceux-ci ont tendance à revenir vers l'article 51 dans l'espoir d'y trouver un guichet d'entrée alternatif. Sans rupture nette avec la logique de valorisation du DMC, l'article 51 risque alors d'être utilisé comme court-circuit du droit commun et les dispositifs forfaitaires pourraient être dévoyés de leur finalité originelle. De plus, les industriels investissent ces dispositifs expérimentaux plus souples qui tranchent avec le modèle de la vente unitaire pour développer de nouveaux services. Le modèle forfaitaire par parcours de soin est alors une opportunité de développer un ensemble de services complémentaires payants fonctionnant en interaction avec un DMC.

La conception du forfait défendue ici recouvre un outil de rémunération de deux types d'acteurs (fabricant et professionnels de santé) pour un objet donné et limité dans le temps. Dans ce cadre, l'outil forfaitaire constitue alors une opportunité réelle de rééquilibrer les rapports de force entre intérêts de santé publique et intérêts industriels :

- le forfait ne met pas l'accent sur le produit mais sur les prestations de l'organisation liées à son utilisation ; il introduit la notion d'interchangeabilité des DMC à fonctionnalités équivalentes.
- le forfait permet d'équilibrer les responsabilités et les rémunérations entre les actes des professionnels et la solution technique du fabricant. Il peut permettre d'éviter l'inflation de services payant en balisant le périmètre d'action de chacun, tout en respectant un minimum de normes de sécurité et de qualité, technique ou médicale.

Ces expérimentations permettent d'envisager de nouveaux leviers pour rééquilibrer le rapport de force entre fabricants et financeurs. Elles valorisent non pas le produit en soi mais la nouvelle organisation autour de celui-ci. Elles ne résolvent pas néanmoins les interrogations sur la valeur intrinsèque de ces objets connectés et sur les modalités de fixation d'un prix « en absolu ».

4.2.7 Conclusion

La situation actuelle des DMC est caractérisée par un ensemble d'impasses qui rendent leur inscription dans le droit commun particulièrement difficile. De fait, les patients ne bénéficient pas d'un accès systématique à des dispositifs qui contribuent dans certains cas à une nette amélioration de la qualité de vie voire de la survie. Il est donc nécessaire d'aménager les parcours réglementaires existant afin d'opérer une intégration réussie des DMC dans le système de santé. L'enjeu est triple : assurer la performance et l'utilité clinique, garantir l'efficience en contexte de soins et développer des incitations financières à la mesure des capacités de l'Assurance Maladie.

A rebours du médicament, l'intérêt de l'intégration d'un DMC au droit commun porte moins sur le produit en lui-même que son rôle de coordinateur, d'objet-frontière entre différents professionnels de santé et le patient. Il marque le passage d'un paradigme de remboursement centré sur le DMC à un paradigme centré sur l'usage.

4.2.8 Bibliographie

- Boudreaux, E. D., Waring, M. E., Hayes, R. B., Sadasivam, R. S., Mullen, S., & Pagoto, S. (2014). Evaluating and selecting mobile health apps: strategies for healthcare providers and healthcare organizations. *Translational behavioral medicine*, 4(4), 363–371. <https://doi.org/10.1007/s13142-014-0293-9>
- Denis F. et al. (2017). "Randomized trial comparing Web-mediated follow-up to routine modalities in lung cancer patients", *Journal of the National Cancer Institute*, Sep; 109(9).
- Denis, F., Viger, L., Charron, A. et al., (2014), Detection of lung cancer relapse using self-reported symptoms transmitted via an Internet Web-application: pilot study of the sentinel follow-up *Support Care Cancer*, 22: 1467.
- Farzandipour, M., Nabovati, E., Sharif, R., et al. (2017). "Patient Self-Management of Asthma Using Mobile Health Applications: A Systematic Review of the Functionalities and Effects." *Appl Clin Inform* 8(4): 1068-1081. Pas bcp de preuves d'efficacité encore.
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., et al. (2017). "Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials." *J Affect Disord* 218: 15-22.
- Gravelle, Lowry (2015). The Medical device excise tax : economic analysis , Congressionnal Research Services, Washington, DC.
- Haute Autorité de Santé (2019), Guide sur les spécificités d'évaluation clinique d'un dispositif médical connecté (DMC) en vue de son accès au remboursement, Paris.
- Haute Autorité de Santé (2017), Parcours du dispositif médical en France, Paris.
- Lizée T, Basch E, Trémolières P, et al. (2019). "Cost-Effectiveness of Web-Based Patient-Reported Outcome Surveillance in Patients With Lung Cancer". *J Thorac Oncol*. 14(6):1012-1020. doi:10.1016/j.jtho.2019.02.005
- Moshi, M. R., Tooher, R. et Merlin, T. (2018). "Suitability of current evaluation frameworks for use in the health technology assessment of mobile medical applications: a systematic review." *Int J Technol Assess Health Care* 34(5): 464-475.
- OECD (2017), New health technologies : managing access, value and sustainability, OECD Publishing, Paris.
- Powell, A. C., Bowman, M. B., & Harbin, H. T. (2019). "Reimbursement of Apps for Mental Health: Findings From Interviews". *JMIR mental health*, 6(8), e14724.
- Sanyal, C., Stolee, P., Juzwishin, D., et al. (2018). "Economic evaluations of eHealth technologies: A systematic review." *PLoS One* 13(6): e0198112.
- Shaw, G., Whelan, M.E., Armitage, L.C. et al. (2020) "Are COPD self-management mobile applications effective? A systematic review and meta-analysis". *NPJ Prim Care Respir Med*. 30, 11 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41533-020-0167-1>
- Slomian, C. & Schoenaers, F. (2018). « La santé mobile en Belgique : le cas de la télésurveillance de la broncho-pneumopathie chronique obstructive ». *Lien social et Politiques*, (81), 156–172.

4.3. La pose de TAVI : la montée en charge d'une innovation de rupture et ses effets sur le modèle économique et l'organisation des soins

4.3.1 Une technique qui s'est développée avec une modification de la structure des coûts de prise en charge

Le rétrécissement aortique (RAo) est la pathologie valvulaire cardiaque la plus fréquente dans les pays occidentaux. Elle est liée le plus souvent à la calcification progressive de la valve qui sépare le ventricule gauche de l'aorte. Comme pour d'autres pathologies chroniques dégénératives, la prévalence de cette affection est en augmentation. En l'absence de traitement, le RAo évolue à bas bruit vers l'insuffisance cardiaque et le risque de complications ou de mortalité cardiovasculaire est élevé même pour les formes modérées.

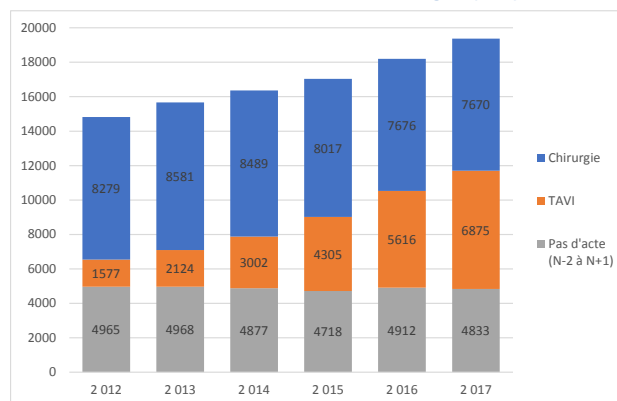
Le remplacement de la valve aortique par une prothèse valvulaire est le seul traitement du RAo. Avant la diffusion de la technique TAVI (Transcatheter aortic valve implantation), ce remplacement s'effectuait lors d'une intervention chirurgicale lourde avec une thoracotomie et la mise en place d'une circulation extra-corporelle lorsque l'état général du patient le permettait. Le choix du remplacement devait ensuite s'effectuer entre une prothèse mécanique (à durabilité longue mais nécessitant une anticoagulation à vie) ou une bioprothèse (à durabilité plus courte mais ne nécessitant pas d'anticoagulation).

La technique TAVI permet de remplacer la valve calcifiée de manière beaucoup moins invasive, par une bioprothèse valvulaire aortique implantée au moyen d'un cathéter, réalisée par des cardiologues interventionnels. Cette innovation a permis d'étendre le bénéfice d'un remplacement valvulaire à des patients dont l'état clinique ne le permettait pas auparavant.

Le TAVI constitue ainsi une innovation de rupture qui a profondément modifié la stratégie de prise en charge des valvulopathies aortiques, et au-delà l'organisation des soins en cardiologie. Depuis la première implantation en 2002, cette technique a connu en France une croissance continue jusqu'à devenir la technique de référence pour de nombreux patients.

Entre 2012 et 2017, le nombre de poses de bioprothèses aortiques par technique TAVI a plus que quadruplé, en passant d'environ 1 600 par an à près de 7 000 (Figure 105). La part de la technique TAVI parmi l'ensemble des actes pris en compte dans notre étude⁸⁴ est ainsi passée de 16 % à plus de 47%.

Figure 105 : Nombre d'individus inclus dans chacun des trois groupes pour les années 2012 à 2017



Champ : Régime général – France entière

Source : Cnam

⁸⁴ Il ne s'agit pas de l'ensemble des actes de remplacement valvulaire mais de la sélection répondant aux critères de notre étude : 1^{er} séjour pour rétrécissement aortique avec acte dans l'année, parmi les personnes affiliées au régime général (cf. encadré méthodologique)

Cette évolution se traduit de manière très directe dans les dépenses de l'Assurance Maladie. Son impact sur l'évolution des dépenses affectées aux « pathologies valvulaires » dans la cartographie médicalisée avait été discuté dans les deux précédents rapports de proposition de l'Assurance Maladie. En effet, les valves utilisées pour cette technique bénéficient d'un tarif de prise en charge facial très élevé (entre 14 000 et 18 000 € selon la valve considérée) facturable en sus du tarif du séjour (liste en sus) alors que les valves utilisées lors des remplacements chirurgicaux avaient un tarif entre 3 000 et 4 000 € avant leur intégration au tarif du séjour en 2010.

Un tel différentiel tarifaire est motivé par l'apport de la technique de pose et ses bénéfices pour le patient, qui, du fait de durées de séjour plus courtes, de passages en soins intensifs moins lourds et d'un moindre recours au SSR aboutit à une dépense d'hospitalisation totale moins coûteuse pour la collectivité. Ainsi, la montée en charge des TAVI s'est traduite dans la cartographie médicalisée des dépenses par une bascule globale de la structure des dépenses avec une très forte augmentation du poids de la liste en sus et une diminution des dépenses de séjours MCO et SSR pour les patients du groupe pathologies valvulaires entre 2012 et 2017 (Figure 13), contemporaines d'une augmentation de la dépense totale pour ces patients.⁸⁵

4.3.2 Une diffusion de la technique maîtrisée d'un point de vue médical avec des indications progressivement étendues

Les indications de pose de valve par la technique TAVI ont progressivement évolué au fil du temps. Cette technique était initialement réservée aux patients dont le risque opératoire était jugé trop élevé pour une intervention chirurgicale. Ceci explique que l'âge des patients qui ont bénéficié d'une pose de valve par la technique TAVI soit plus élevé que la moyenne et que leurs antécédents, tels qu'on peut les apprécier à travers les données du SNDS soient plus lourds, notamment en termes d'antécédents cardiovasculaires (Tableau 29). On retrouve aussi, au moins au début de la diffusion de la technique, une mortalité hospitalière et à 30 jours plus élevée que pour la chirurgie classique, du fait de profils à risque plus élevé (Figure 106).

La montée en charge du TAVI a été très encadrée, d'un point de vue réglementaire avec des critères stricts d'autorisation (cf. encadré) - accessibles aux seuls centres disposant d'une autorisation de chirurgie cardiaque et avec un seuil minimum d'activité - mais aussi d'un point de vue médical. Aussi, dès le début, les TAVI ont-ils fait l'objet d'un registre clinique systématique géré par la société française de cardiologie, qui a permis de suivre le développement de ces techniques, et en particulier leur impact en termes de qualité et de sécurité des soins.

Les effets de cette attention médicale particulière se retrouvent dans la baisse progressive de la mortalité hospitalière entre 2012 et 2017, témoignant de deux effets conjugués : d'une part des indications opératoires de plus en plus pertinentes et d'autre part d'une maîtrise accrue des techniques par les équipes interventionnelles. Ainsi en 2017, la mortalité hospitalière pour les patients ayant eu un TAVI était quasi-identique à celle des patients ayant une chirurgie classique (Figure 106), alors même que leur profil de risque restait *a priori* plus lourd (patients plus âgés et avec des antécédents plus nombreux).

Le développement du TAVI s'est ainsi fait en ouvrant son accès à des patients n'étant auparavant pas éligibles au remplacement valvulaire, tout en maîtrisant leur risque opératoire, mais également en étendant certaines indications à des patients plus légers, auparavant pris en charge par chirurgie (Figure 105).

Cette tendance est appelée à se prolonger compte tenu de la convergence des preuves scientifiques en faveur d'une extension des indications de la technique, comme en atteste la mise à jour des recommandations de prise en charge en 2017.

⁸⁵ Ces dépenses ne tiennent pas compte par construction des remises conventionnelles versées par les fabricants de dispositifs médicaux et qui sont couvertes par le secret des affaires.

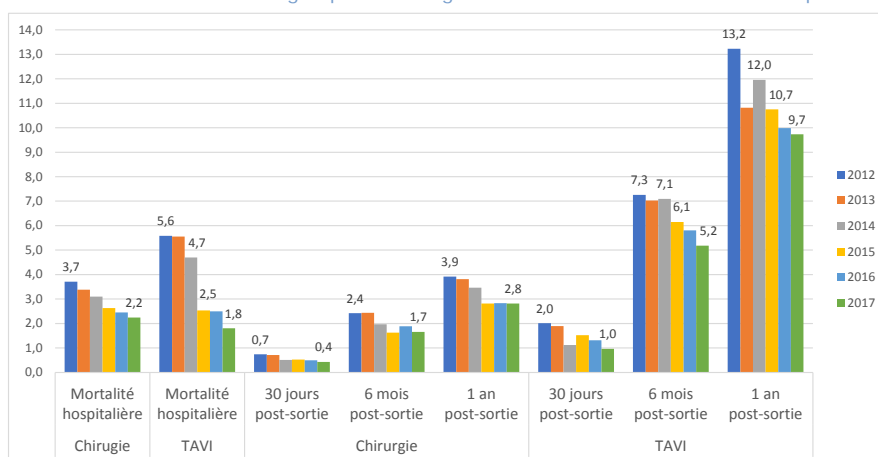
Tableau 29 : Caractéristiques des groupes « chirurgie » et « TAVI » selon l'année du remplacement valvulaire

	Chirurgie						TAVI					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Effectifs	8 279	8 581	8 489	8 017	7 676	7 670	1 577	2 124	3 002	4 305	5 616	6 875
Âge moyen	72,6	72,8	72,5	71,8	71,1	70,5	82,8	83	83,2	82,9	82,9	82,7
Part d'hommes (%)	58,7	59,6	59,6	62,1	61,6	63,6	46,5	45,9	44,5	46,4	46,8	46,3
Durée moyenne de séjour (jours)	13,8	13,6	13,2	13,1	12,8	12,7	11,2	10,6	10,1	9,3	8,7	8,1
Pathologies identifiées à la fin de l'année précédant l'acte (% , non disponible pour l'année 2011)¹												
Autres pathologies cardiovasculaires en dehors du rétrécissement aortique												
Troubles du rythme		15,1	14,8	14,6	13,8	13,7		29,3	29,0	27,1	28,0	28,5
IC		11,0	10,3	9,5	9,5	8,5		29,9	27,6	25,6	24,2	22,3
Maladie coronaire		23,5	22,4	22,7	21,7	21,9		33,4	35,2	33,3	31,9	31,4
<i>dont maladie coronaire chronique</i>		21,8	21,2	21,1	20,5	20,6		31,3	32,5	30,8	29,7	29,5
<i>dont syndrome coronaire aigu</i>		1,7	1,2	1,5	1,2	1,3		2,1	2,7	2,5	2,2	1,9
AVC		4,4	3,7	3,8	3,9	4,2		6,9	6,3	6,6	7,0	7,4
AOMI		7,8	7,5	7,8	7,7	7,3		9,5	9,9	10,3	9,6	9,8
Diabète		26,6	27,7	27,2	28,0	28,1		28,2	28,8	29,3	28,3	28,9
Maladies respiratoires chroniques		13,8	12,6	12,9	12,8	12,5		23,7	21,3	20,2	20,2	20,5
Cancer actif ou surveillé		15,9	15,9	14,2	14,2	13,6		23,8	21,7	22,3	23,5	22,5
Insuffisance rénale chronique terminale		1,1	1,3	1,2	1,0	1,1		2,2	1,9	2,0	1,8	2,3
Indice prédictif de mortalité (moyenne)²		3,4	3,4	3,3	3,1	3,1		5,5	5,5	5,5	5,4	5,4
Indice prédictif de dépenses (moyenne)²		6,4	6,3	6,1	5,9	5,9		10,0	9,8	9,8	9,7	9,8

¹ Il s'agit des pathologies identifiées à travers les algorithmes de la cartographie, qui ne tiennent pas compte des diagnostics enregistrés lors du séjour index ni des éventuels séjours l'ayant précédé au cours de l'année N. Les pourcentages présentés pour les pathologies cardiovasculaires sont donc très probablement sous-estimés (cf. encadré méthodologique).

² Indices de morbidité élaborés à partir de la cartographie des pathologies et des dépenses, prédictifs de la mortalité toutes-causes et des dépenses totales à deux ans (cf. encadré méthodologique).

Figure 106 : Taux bruts de mortalité des groupes « chirurgie » et « TAVI » selon l'année du remplacement valvulaire



Champ : Régime général – France entière

Source : Cnam

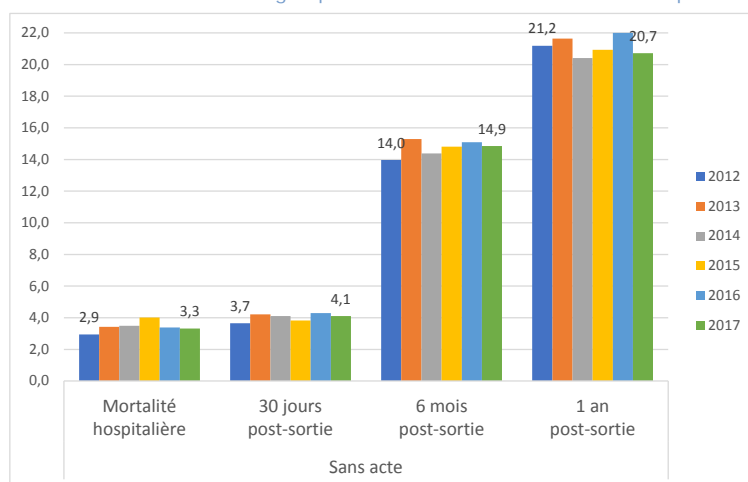
Tableau 30 : Caractéristiques du groupe « sans acte » selon l'année du remplacement valvulaire

	Caractéristiques du groupe « sans acte »					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Effectifs	4 965	4 968	4 877	4 718	4 912	4 833
Âge moyen	75,6	76,6	76,7	76,3	76,6	77,1
Part d'hommes (%)	53,8	53	52,2	54	54,1	52,3
Durée moyenne de séjour (jours)	6,3	6,7	6,3	6,3	6	5,9
Pathologies identifiées à la fin de l'année précédant l'acte (% , non disponible pour l'année 2011)¹						
Autres pathologies cardioneurovasculaires en dehors du rétrécissement aortique						
Troubles du rythme		20,7	22,5	22,8	22,3	23,2
IC		20,6	20,5	20,5	20,1	20,6
Maladie coronaire		22,4	23,2	22,6	22,2	22,5
<i>dont maladie coronaire chronique</i>		20,7	21,5	20,9	20,6	21,3
<i>dont syndrome coronaire aigu</i>		1,7	1,7	1,7	1,5	1,3
AVC		5,5	6,3	6,3	6,2	6,8
AOMI		9,3	8,9	9,3	9,3	8,9
Diabète		24,4	24,3	26,7	26,3	26,2
Maladies respiratoires chroniques		16,0	17,0	16,6	16,7	17,9
Cancer actif ou surveillé		18,7	18	18,1	18,6	17,3
Insuffisance rénale chronique terminale		1,8	1,8	1,8	2,2	2,1
Indice prédictif de mortalité (moyenne)²		4,4	4,4	4,4	4,5	4,5
Indice prédictif de dépenses (moyenne)²		7,8	7,9	8,0	8,0	8,1

¹ Il s'agit des pathologies identifiées à travers les algorithmes de la cartographie, qui ne tiennent pas compte des diagnostics enregistrés lors du séjour index ni des éventuels séjours l'ayant précédé au cours de l'année N. Les pourcentages présentés pour les pathologies cardiovasculaires sont donc très probablement sous-estimés (cf. encadré méthodologique).

² Indices de morbidité élaborés à partir de la cartographie des pathologies et des dépenses, prédictifs de la mortalité toutes-causes et des dépenses totales à deux ans (cf. encadré méthodologique).

Figure 107 : Taux bruts de mortalité du groupe « sans acte » selon l'année du remplacement valvulaire



Champ : Régime général – France entière
Source : Cnam

Encadré 11 : La technique TAVI

La technique TAVI représente une innovation pour les dispositifs implantables (type de bioprothèse) et pour les techniques d'implantation (voie artérielle transcutanée) et a fait l'objet à ce titre d'évaluations répétées, d'un encadrement des centres d'implantation et de mise en place de registres spécifiques. La création d'un acte CCAM date de 2010 et le financement des valves implantées par technique TAVI a d'abord été effectué à travers un GHS spécifique, avant d'être inclus dans la liste en sus. La sélection des patients bénéficiant de la technique TAVI s'effectue par une équipe multidisciplinaire et était initialement réservée aux patients avec contre-indication à la chirurgie ou à haut risque chirurgical, défini selon des critères précis. Depuis 2012, à la suite de nombreux travaux repris par des recommandations des sociétés savantes internationales et françaises, les indications s'étendent à des patients moins sévères. La stratégie thérapeutique est actuellement définie par une « Heart Team » (comportant a minima un cardiologue interventionnel, un cardiologue non-interventionnel, un chirurgien thoracique et cardio-vasculaire, un anesthésiste-réanimateur spécialisé en chirurgie cardiaque et éventuellement un gériatre pour les patients de 80 ans ou plus) qui évalue la balance bénéfices/risques des différentes techniques selon le risque opératoire, les comorbidités et l'état clinique de chaque patient.

Encadré 12 : Méthode pour la constitution et la comparaison des groupes étudiés

Cette étude exploratoire concerne les personnes hospitalisées pour rétrécissement aortique entre 2012 et 2017 et affiliées au Régime Général. Le périmètre et la période d'étude définis permettent de disposer d'information sur l'état de santé et sur les dépenses de soins remboursées pour ces personnes, grâce aux données de la cartographie des pathologies et des dépenses. Pour cette étude, ces informations sont mesurées au 31/12 de chaque année et ne prennent pas en compte la date exacte du séjour d'inclusion des personnes étudiées.

Définition des trois groupes

Pour chaque année entre 2012 et 2017, le premier séjour d'hospitalisation complète (au moins une nuitée) pour rétrécissement aortique (codes CIM-10 I.060, I.062, I.350 et I.352) dans l'année, au cours duquel un acte de remplacement valvulaire a été effectué, a été identifié. En fonction de la technique utilisée, les personnes ont été classées dans le groupe « chirurgie » ou « TAVI » pour l'année en question.

Un groupe « sans acte » a été défini pour chaque année, constitué des personnes hospitalisées pour rétrécissement aortique, mais n'ayant pas subi de remplacement valvulaire au cours de l'année, ni au cours des deux années précédentes et de l'année suivante. L'objectif de cette définition est de ne pas prendre en compte les séjours qui précèdent ou qui suivent un remplacement valvulaire programmé et d'approcher au mieux la population des patients à risque opératoire trop élevé. L'indication opératoire de remplacement valvulaire est posée individuellement pour chaque patient par une équipe spécialisée, sur des critères cliniques, échocardiographiques et biologiques précis que nous ne pouvons pas mesurer et la définition actuelle du groupe « sans acte » est imparfaite.

Mesure de l'état de santé à l'inclusion dans chacun des groupes

Pour chacun des trois groupes, l'état de santé avant l'identification du séjour pour rétrécissement aortique a été évalué à l'aide des algorithmes de la cartographie des pathologies et des dépenses. Il s'agit des pathologies identifiées à la fin de l'année ayant précédé l'année d'inclusion (au 31/12 de l'année N-1). Les codes diagnostics enregistrés au cours de l'année d'inclusion et du séjour index ne sont donc pas pris en compte et la morbidité mesurée, en particulier pour les pathologies cardiovasculaires, est probablement sous-estimée.

Le poids global de la morbidité est aussi appréhendé à travers les deux indices synthétiques MRMI et ERMI, élaborés à partir de la cartographie des pathologies et des dépenses et prédictifs respectivement de la mortalité toute-cause et des dépenses totales à deux ans (cf. rapport « Charges et produits » de 2019, page 185 : <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>)

Mesure des dépenses moyennes de soins remboursés

Pour chacun des trois groupes, les dépenses individuelles moyennes pour l'ensemble de l'année d'inclusion (année N) et pour l'année suivante (année N+1) ont été calculées et détaillées selon les principaux postes de la cartographie. Il s'agit de l'ensemble des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie et non des dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du rétrécissement aortique. De plus, pour l'année N, ces dépenses représentent l'ensemble des soins depuis le début de l'année, y compris en amont du séjour d'inclusion. Pour les groupes « chirurgie » et « TAVI », le choix du premier séjour dans l'année permet néanmoins de s'assurer que la structure des dépenses observée pour l'année N reflète en grande partie la prise en charge liée au remplacement valvulaire.

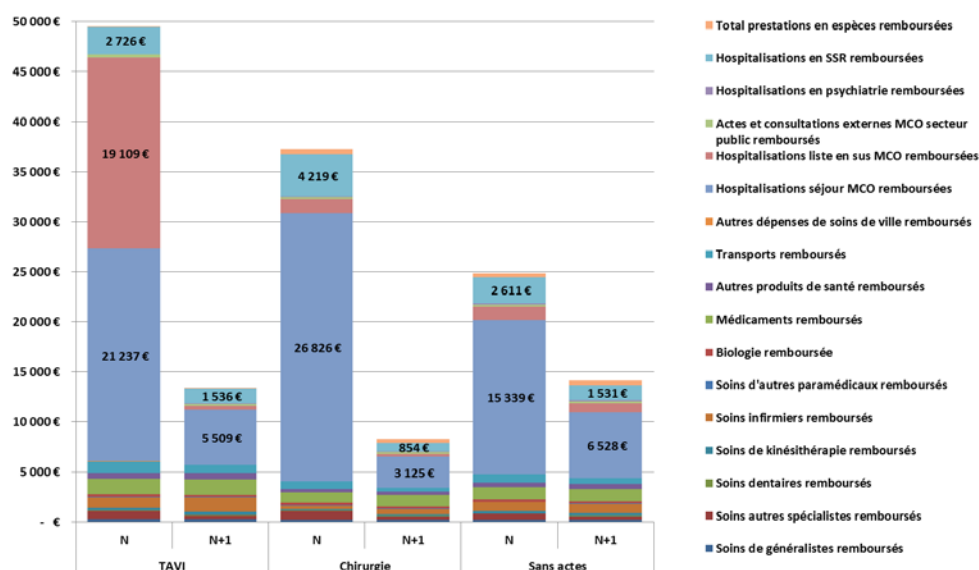
4.3.3 Des structures de dépenses moyennes différentes entre la chirurgie et le TAVI, reflétant à la fois les particularités de chaque traitement et l'état de santé global des patients

Le groupe TAVI est associé à la dépense moyenne la plus élevée (50 000 €) pour l'année du remplacement valvulaire⁸⁶ (contre environ 37 000€ pour le groupe chirurgie), dont environ 19 000€ pour le poste liste en sus MCO représentant une partie du coût de la bioprothèse (Figure 108).

Les dépenses de l'année suivante (année N+1) sont très inférieures à l'année N pour les groupes TAVI et chirurgie (environ 75 % de moins) mais demeurent plus élevées dans le groupe TAVI que dans le groupe chirurgie, probablement en raison d'un profil plus à risque et d'un âge plus avancé pour les patients concernés.

Le groupe « sans acte » approchant celui des patients « inopérables » garde un niveau de dépenses élevé l'année N+1 (60 % du niveau de l'année N) avec des épisodes d'hospitalisations récurrents mais sans possibilité de remplacement valvulaire.

Figure 108 : Dépenses moyennes pour les années N et N+1 sur l'ensemble de la période (2012-2017)

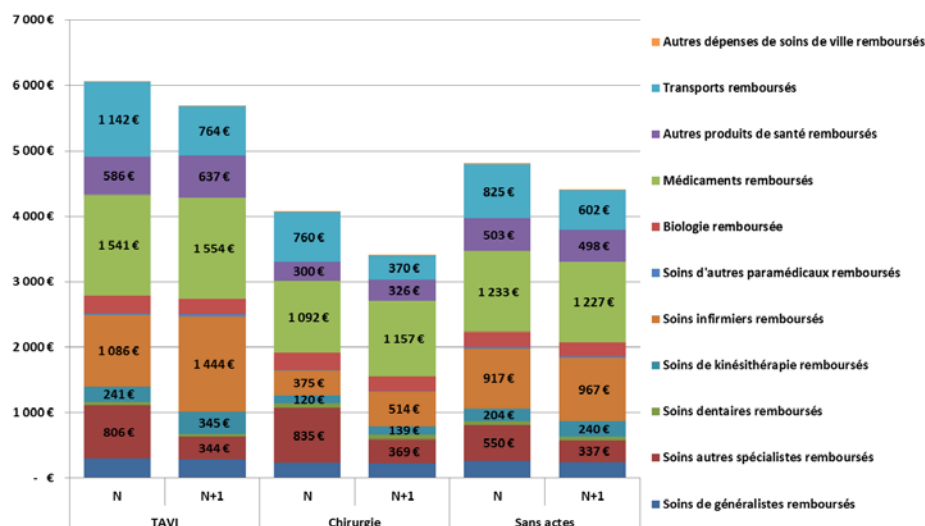


Champ : Régime général – France entière
Source : Cnam

On retrouve dans les trois groupes un niveau de dépenses de soins de ville élevé, en raison d'un profil de polypathologie et de l'âge des populations concernées (Figure 109). Les dépenses moyennes des soins de ville pour l'année N+1 sont inférieures à celles de l'année N pour les trois groupes, la baisse la plus importante étant observée pour le groupe chirurgie (de l'ordre de 15% à 20%). Lorsque l'on regarde le détail des postes, on constate que les principaux postes de dépenses, pour les trois groupes, sont (par ordre décroissant) les médicaments, les soins infirmiers, les transports et les soins de spécialistes. Entre l'année N et N+1, les dépenses liées aux transports et aux soins de spécialistes baissent pour les trois groupes, alors que les dépenses liées aux soins infirmiers et aux médicaments augmentent. Il est intéressant de noter l'importance du poste lié aux soins infirmiers pour le groupe TAVI (environ 1 100€ l'année N et 1 450€ l'année N+1), environ trois fois plus élevé que pour le groupe avec chirurgie. Cette différence peut en partie s'expliquer par l'âge plus élevé des patients TAVI et un profil plus lourd.

⁸⁶ Les dépenses de l'année N couvrent l'ensemble des dépenses pour l'année d'inclusion, y compris les dépenses survenues avant le séjour index, comme indiqué dans l'encadré méthodologique.

Figure 109 : Dépenses moyennes des soins de ville pour les années N et N+1 sur l'ensemble de la période (2012-2017)



Champ : Régime général – France entière
Source : Cnam

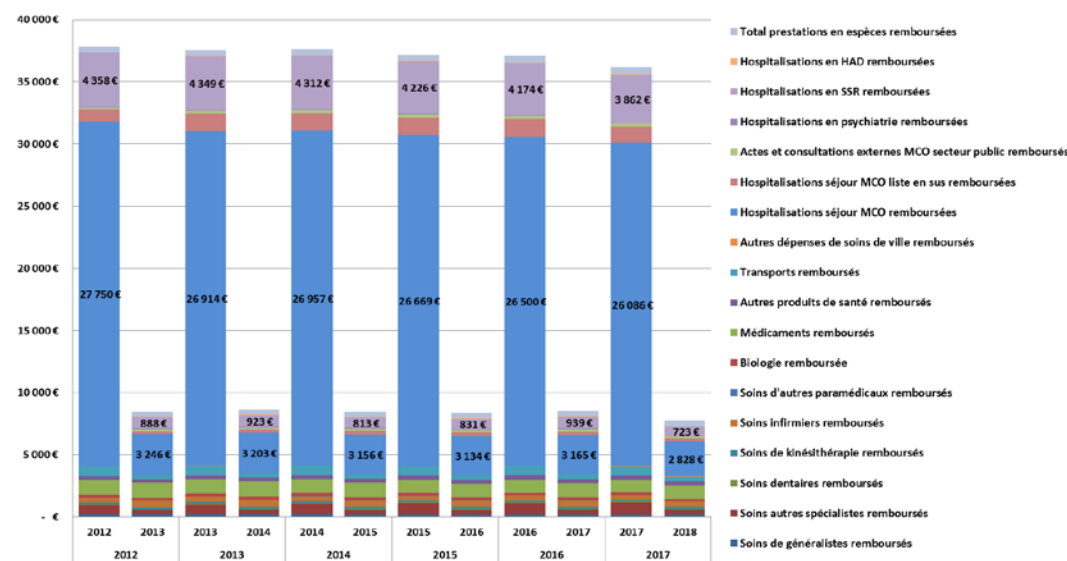
4.3.4 La dépense moyenne l'année de l'intervention baisse pour le TAVI à mesure que les indications s'élargissent

Les dépenses moyennes pour l'année du remplacement valvulaire des personnes appartenant au groupe « chirurgie » ont connu une baisse de 4,3%, entre 2012 et 2017, principalement portée par une baisse des dépenses d'hospitalisation de court séjour et de SSR (Figure 110).

On observe un phénomène similaire dans le groupe TAVI, où la dépense totale a diminué de 10 % entre 2012 et 2017, principalement là aussi sur les dépenses d'hospitalisation MCO et SSR, mais aussi la liste en sus (Figure 111).

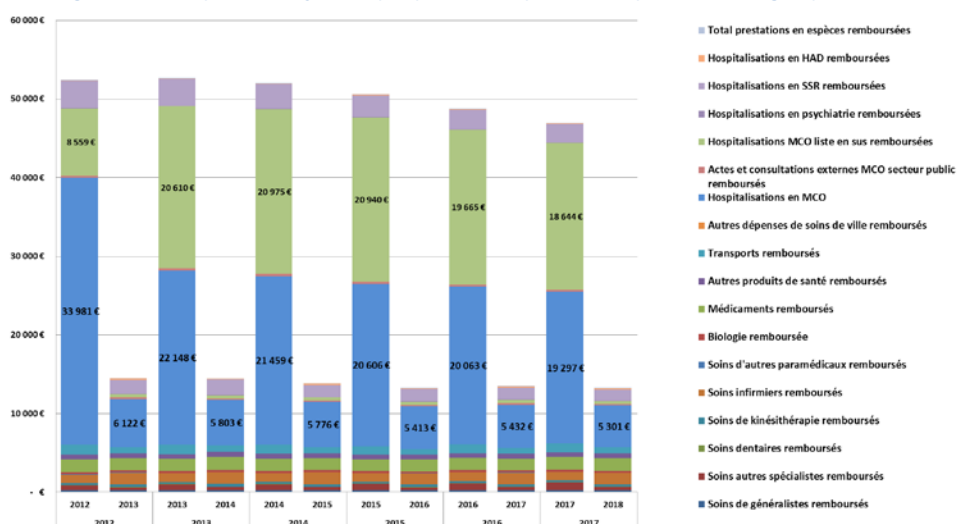
Cette double évolution est compatible avec une sorte de bascule d'une partie des patients auparavant pris en charge en chirurgie vers le TAVI, accentuant une concentration de patients légers en chirurgie et en diversifiant la population TAVI avec des patients plus légers qui voient en regard également leur dépense moyenne baisser.

Figure 110 : moyennes par poste de dépenses des personnes du groupe « chirurgie »



Champ : Régime général – France entière
Source : Cnam

Figure 111 : Dépenses moyennes par poste de dépenses des personnes du groupe « TAVI »



Champ : Régime général – France entière
Source : Cnam

4.3.5 Conclusion

Le TAVI est une innovation de rupture dans la prise en charge des valvulopathies cardiaques dont la mise en place est à bien des titres exemplaire. Les apports de cette technique sont en effet d'abord médicaux, avec une technique de pose beaucoup moins lourde que la chirurgie cardiaque classique, des anesthésies moins profondes et donc moins risquées et une trajectoire de prise en charge hospitalière plus légère (durée moyenne de séjour en MCO plus courte et moindre recours au SSR).

La diffusion progressive de cette technique, au sein de centres d'excellence, accompagnée par la mise en place de registres permettant le suivi de la qualité des prises en charge et l'évolution raisonnée des indications, montrent tout l'intérêt d'une démarche centrée sur la qualité et la pertinence des soins dans la diffusion des innovations.

Cette diffusion s'est accompagnée d'une modification de la structure des dépenses pour les patients concernés, les bioprothèses TAVI étant depuis 2012 facturées en supplément du GHS et s'accompagnant d'une diminution importante des dépenses d'hospitalisation MCO et SSR. L'évolution des indications, médicalement justifiées et maîtrisées, s'accompagne d'une évolution du profil des patients pris en charge qui modifie la donne économique : la réduction des frontières entre indications à la chirurgie et au TAVI fait du TAVI un traitement de première intention pour un nombre croissant de patients. Dès lors, le maintien d'un niveau de prix élevé de la bioprothèse qui vient en apparence renchérir le coût de la prise en charge peut constituer à terme un frein à la diffusion de cette technique, le bénéfice individuel pour chaque patient étant moins élevé à mesure que l'on s'adresse à des publics aux profils moins sévères. Par ailleurs, l'extension des indications à des patients plus jeunes posera sans doute le problème de la durabilité des TAVI, qui sont des bioprothèses et ayant donc une durée de vie plus courte.

A terme, la question du maintien d'une facturation du TAVI en sus du GHS peut se poser, comme cela a été le cas pour les valves cardiaques implantées par voie chirurgicale. Il existe au moins deux arguments forts pour que cette hypothèse soit envisagée (outre celui d'un frein à la diffusion de la technique) : 1) la création de valeur économique est essentiellement liée à une moindre consommation de soins par les établissements de santé, sans qu'ils puissent en tirer un avantage, si ce n'est en générant plus d'activité, ce qui en retour pourrait enclencher des mécanismes de régulation de tarifs à la baisse et 2) les frontières d'indication étant différentes entre TAVI et chirurgie valvulaires, il ne serait pas souhaitable que la décision médicale ou celle du patient soit trop influencée par ces considérations tarifaires.

Il s'agit ici d'engager une réflexion non pas de régulation tarifaire, mais de poursuite d'une démarche vertueuse initiée par les professionnels qui ont accompagné le développement d'une technique, aujourd'hui mature et devenue prépondérante en s'appuyant sur des outils de pertinence fondés sur des données éprouvées.

Cette réflexion devra s'accompagner par ailleurs d'une réflexion plus large sur l'avenir de la diffusion de cette technique selon deux dimensions :

- l'évolution des règles d'autorisation : comment diffuser cette technique sans perdre le souci de la pertinence et de la qualité qui a permis ce développement jusqu'à présent ?

- dès lors que le développement du TAVI opère une bascule de l'activité de chirurgie cardiaque vers une activité de cardiologie interventionnelle, une réflexion partagée avec les deux spécialités s'impose pour en tirer les conséquences en matière d'organisation de soins et d'évolution des pratiques.

4.3.6 Références

- 1 Siontis GCM, Overtchouk P, Cahill TJ, *et al.* Transcatheter aortic valve implantation vs. surgical aortic valve replacement for treatment of symptomatic severe aortic stenosis: an updated meta-analysis. *Eur Heart J* 2019;**40**:3143–53. doi:10.1093/eurheartj/ehz275
- 2 Kolkailah AA, Doukky R, Pelletier MP, *et al.* Transcatheter aortic valve implantation versus surgical aortic valve replacement for severe aortic stenosis in people with low surgical risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Published Online First: 2019. doi: 10.1002/14651858.CD013319.pub2
- 3 Thaden JJ, Nkomo VT, Enriquez-Sarano M. The global burden of aortic stenosis. *Prog Cardiovasc Dis* 2014;**56**:565–71. doi: 10.1016/j.pcad.2014.02.006
- 4 Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, *et al.* 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2017;**38**:2739–91. doi: 10.1093/eurheartj/ehx391

Propositions sur les produits de santé

Proposition 20 : Permettre la diffusion et la soutenabilité financière des thérapies géniques par la mise en place de contrats de performance et un lissage de l'impact budgétaire sur plusieurs années

Plusieurs mécanismes de paiement existent afin de contrôler l'impact financier des thérapies innovantes, permettant au payeur de se prémunir contre la forte incertitude sur l'efficacité à long terme et en vie réelle de ces thérapies. Dans le cadre des thérapies géniques, des contrats à la performance s'appuyant sur des indicateurs de résultats définis entre le payeur et le laboratoire permettraient de partager une partie du risque avec celui-ci. En outre, la mise en place d'un mécanisme d'étalement des paiements sur plusieurs années, couplé à un contrat de performance, lisserait l'impact budgétaire de ces médicaments curatifs qui visent à se substituer à des traitements chroniques.

Proposition 21 : Accroître la participation de l'Assurance Maladie aux coopérations européennes en matière de transparence des produits de santé

Les mécanismes nationaux de fixation du prix des médicaments, diversement appuyés sur la notion de garantie de prix européen, corroborent le fait que l'échelle internationale est aujourd'hui le niveau de réflexion et de stratégie de l'industrie pharmaceutique. Pour pallier les défauts d'information dans le cadre de négociations qui sont aujourd'hui nationales, un investissement plus important de l'Assurance Maladie parmi les initiatives de coopérations européennes en la matière apparaît souhaitable.

Proposition 22 : Utiliser le cadre expérimental de l'article 51 de la LFSS 2018 dans un objectif cible de nouveau champ de droit commun pour les dispositifs médicaux connectés

Les expérimentations conduites au titre de l'article 51 doivent permettre de produire des innovations organisationnelles grâce à des leviers financiers innovants. L'absence d'énonciation d'une vision partagée dans le cadre de la gouvernance de l'article 51 sur les débouchés des projets s'appuyant sur un DMC conduit à une forme d'impasse. Les fabricants sont dès lors incités à emprunter le circuit de droit commun sans pour autant pouvoir s'y engager définitivement. Le recours à l'article 51 constitue donc un moyen de recours pour des produits déjà tarifés et entérine de facto un paradigme traditionnel fondé sur la valorisation du produit de santé. La réussite des expérimentations est conditionnée à la définition d'une doctrine de prise en charge à terme des DMC dans le droit commun, distincte des circuits existant actuellement. C'est l'objet et la finalité de l'article 51 que d'aider et accompagner la définition de ce circuit.

Proposition 23 : Adapter les modalités de fixation des prix aux spécificités des dispositifs médicaux connectés dans le cadre de la LPP

Le marché des applications autonomes est en plein développement dans le secteur de la santé et ces dernières vont se multiplier dans les années à venir, entraînant une forte augmentation des demandes d'inscription à la LPP pour celles nécessitant la fixation d'un tarif qui leur est propre. Dans un contexte de forte croissance des dépenses liées à la LPP depuis plusieurs années, toute inscription engendre des cycles de négociation longs afin de limiter l'impact budgétaire des nouveaux produits de santé. Le cas de Moovcare® témoigne des difficultés pour parvenir à un accord tarifaire. Afin d'assurer la soutenabilité financière des dispositifs médicaux connectés et de fluidifier les processus de tarification, il est nécessaire de s'appuyer sur des mécanismes adaptés, comme les accords prix-volume, et de révision des tarifs régulières au fur et à mesure de l'arrivée de nouveaux entrants. La fixation d'une enveloppe financière annuelle allouée aux DMC pourrait constituer une piste intéressante, permettant de réduire l'incertitude tant du côté du payeur que du fabricant, mais n'est pas sans poser de question quant à l'évaluation de son montant.

Proposition 24 : Rémunérer l'ensemble des créateurs de valeur via des rémunérations globales intégrant les dispositifs médicaux connectés

La prise en charge des DMC doit rémunérer l'ensemble des parties prenantes qui contribuent à créer de la valeur pour le patient. C'est cette valeur créée qui constitue le motif de la prise en charge et qui justifie le niveau de prix. Le système actuel aboutit de facto à une situation déséquilibrée où la totalité de la valeur créée est captée par un seul acteur. La rémunération forfaitaire permet d'équilibrer les rémunérations de chaque partie prenante. Elle entérine d'une part le principe d'égalité de rémunération entre les professionnels de santé et les fabricants dans un contexte où les différents protagonistes sont totalement interdépendants. D'autre part, l'approche forfaitaire pose le principe d'interchangeabilité des solutions techniques grâce à une description générique des fonctionnalités. Elle offre une capacité d'adaptation et d'innovation aux acteurs. Des forfaits transversaux prospectifs à l'épisode de soins, à la séquence de surveillance, ou à la pathologie, incluant la prise en charge des DMC, peuvent être envisagés. Dans ce cadre, les DMC sont remboursés non pas en tant que tels mais en tant que facteurs de production. Le paiement n'est pas effectué directement par l'Assurance Maladie mais par l'effecteur du forfait, qui lui-même perçoit la prestation de l'Assurance maladie. Une telle approche forfaitaire peut permettre l'inclusion de dispositifs médicaux connectés qui ne sont pas inscrits à la LPP, mais qui disposent cependant de garanties suffisantes sur leur efficacité et sécurité et permet une plus grande concurrence et une plus grande agilité dans l'inscription des DMC.

Proposition 25 : Développer une approche fondée sur les données de vie réelle pour éclairer les décisions en matière de prise en charge des dispositifs médicaux connectés

La valorisation des DMC est intrinsèquement liée à leur usage. De plus, leur extrême nouveauté rend complexe la fixation d'un prix de façon définitive en amont de leur diffusion dans le système de santé. L'incertitude engendrée par ces dispositifs suggère l'importance d'une approche plus souple prenant en compte l'efficacité du dispositif tout au long de son cycle de vie. Ces nouvelles modalités reposeraient sur des études prospectives destinées à récolter des données sur les effets thérapeutiques ou bien des données collectées en routine. Ces données peuvent permettre d'ajuster l'usage d'un produit en fonction de ses comportements observés afin d'améliorer son efficacité clinique ou son coût-efficacité. Elles peuvent autoriser des révisions tarifaires en cas de variation des usages, voire des systèmes de pénalisation de l'industriel par des remises de façon conventionnelle. Il est nécessaire de fixer un cadre précis pour la collecte des données en vie réelle, notamment afin de déterminer à qui doit incomber cette tâche et qui la financera.

Proposition 26 : S'appuyer sur l'Espace Numérique de Santé (ENS) pour partager l'information sur les DMC

Face au manque de lisibilité d'un marché complexe, il est primordial de veiller à la symétrie de l'information entre les fabricants et les acteurs de la santé, au premier rang desquels les patients. Pour chaque application et logiciel disposant d'un marquage CE, il convient de recenser l'ensemble des informations relatives au marquage CE, au financement de l'application, à ses fonctionnalités, à son interopérabilité. Ainsi l'Espace Numérique de Santé proposera notamment dès 2022, parmi ses fonctionnalités, un « store santé » qui permettra de référencer et télécharger directement des applications et objets connectés, sans imposer le recours aux plateformes conventionnelles privées. Le référencement en premier lieu de l'ensemble des applications notifiées ne nécessite pas d'évolution réglementaire spécifique (notamment la mise en place de procédures spécifiques d'évaluation) et permettra de gagner en lisibilité sur le secteur des DMC. Un accès différencié aux différents types d'application pourra être mis en place afin de distinguer les DMC des applications et logiciels de bien-être.

Proposition 27 : Accompagner l'évolution des indications des TAVI par une révision de leur tarif et à terme une intégration dans le GHS

L'évolution des indications des TAVI, médicalement justifiées, s'accompagne d'une évolution du profil des patients pris en charge qui modifie la donne économique, faisant du TAVI un traitement de première intention pour un nombre croissant de patients. Dès lors, le maintien d'un niveau de prix élevé de la bioprothèse peut constituer à terme un frein à la diffusion de cette technique. Par ailleurs, l'extension des indications à des patients plus jeunes posera sans doute le problème de la durabilité des TAVI, qui sont des bioprothèses et ayant donc une durée de vie plus courte. A terme, le maintien d'une facturation du TAVI en sus du GHS peut se poser, comme cela a été le cas pour les valves cardiaques implantées par voie chirurgicale.

Index des tableaux et illustration

1. Liste des encadrés

Encadré 1: Le Système national des données de santé (SNDS)	12
Encadré 2: Mises en garde préalables	12
Encadré 3 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitement chroniques et épisodes de soins de la Cartographie médicalisée des dépenses	18
Encadré 4 : Méthodologie de constitution et de comparaison des groupes étudiés	33
Encadré 5 : Méthodologie	42
Encadré 6 : Méthodes et limites des projections	58
Encadré 7 : Déploiement des plans personnalisés d'accompagnement (PPA)	111
Encadré 8 : Faire évoluer les pratiques professionnelles et organisationnelles avec la data-visualisation	112
Encadré 9 : Evolution du mode de rémunération des accompagnements pharmaceutiques	117
Encadré 10 : L'application Tabac info service : un dispositif de sevrage efficace, autonome ou complémentaire des autres méthodes d'arrêt du tabac	180
Encadré 11 : La technique TAVI	210
Encadré 12 : Méthode pour la constitution et la comparaison des groupes étudiés	210

2. Liste des figures

Figure 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2018 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 142 Mds € pour le Régime Général (167 Mds € pour l'ensemble des régimes) ...	14
Figure 2 : Répartition des dépenses entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2018 (en euros)	14
Figure 3 : Nombre de bénéficiaires du Régime Général pris en charge en 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (57,9 millions de personnes au total).....	16
Figure 4 : Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales en 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins	17
Figure 5 : Structure des dépenses moyennes par patient en 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	20
Figure 6 : Evolution des dépenses entre 2012 et 2018, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	21
Figure 7. Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2018, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	22
Figure 8. Evolution des effectifs entre 2012 et 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	23
Figure 9 : Evolutions des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2018, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins.....	25
Figure 10 : Taux de croissance annuels des dépenses totales entre 2012 et 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	26
Figure 11. Taux de croissance des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2017 et 2018, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	27
Figure 12. Maladies valvulaires : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2018	28
Figure 13 : Maladies valvulaires : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2018.....	29
Figure 14. Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) : taux de croissance des effectifs, dépenses annuelles moyennes et totales sur la période 2012-2018.....	30
Figure 15. Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose) : dépenses moyennes (par an/patient) par poste, de 2012 à 2018	30
Figure 16. Evolution de l'effectif et de la prévalence de l'hépatite C chronique prise en charge de 2012 à 2018.....	31
Figure 17. Prévalence de l'hépatite C chronique prise en charge en 2018, par âge et par sexe	32
Figure 18. Nombre d'individus inclus dans chacun des six groupes de schémas thérapeutiques pour les années 2011 à 2017 ..	34
Figure 19. Dépenses moyennes par poste en fonction de l'année d'initiation du traitement, tous schémas confondus	34
Figure 20. Dépenses moyennes par poste en fonction du schéma antiviral, sur l'ensemble de la durée d'étude	35
Figure 21. Dépenses moyennes par poste, hors pharmacie, en fonction du schéma antiviral, sur l'ensemble de la durée d'étude	35
Figure 22. Evolution des dépenses moyennes par poste pour les personnes ayant initié un traitement antiviral à action directe de 2e génération (AAD2) entre 2014 et 2017	37
Figure 23. Evolution des dépenses moyennes par poste, hors pharmacie, pour les personnes ayant initié un traitement antiviral à action directe de 2e génération (AAD2) entre 2014 et 2017	37

Figure 24. Dépenses moyennes par poste pour l'association ribavirine-interféron en 2011 et pour les AAD2 en 2017, en fonction de la sévérité de l'atteinte hépatique à l'initiation du traitement	39
Figure 25. Dépenses moyennes par poste des patients initiant l'association ribavirine-interféron en 2011, un AAD2 en 2017...	41
Figure 26. Dépenses de soins remboursées des patients ayant un « autre cancer actif » repéré dans la Cartographie en 2017, par localisation	47
Figure 27. Effectifs et dépenses de soins remboursées moyennes des patients ayant un « autre cancer actif » repéré dans la Cartographie en 2017, par localisation (par ordre décroissant de dépenses de soins totales)	48
Figure 28. Ecart relatifs entre les effectifs projetés et observés en 2017 et en 2018 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins	50
Figure 29 : Ecart relatifs entre les effectifs projetés et observés en 2017 et en 2018 pour les maladies cardio-neurovasculaires, les cancers, les traitements psychotropes et l'insuffisance rénale chronique.....	51
Figure 30 : Evolution des effectifs projetés pour les maladies cardio-neurovasculaires	54
Figure 31 : Evolution des effectifs projetés pour le diabète	55
Figure 32 : Evolution des effectifs projetés pour les maladies psychiatriques	55
Figure 33 : Evolution des effectifs projetés pour les maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	56
Figure 34. Evolution des effectifs projetés pour les maladies respiratoires chroniques	56
Figure 35 : Part du mésusage estimé par l'Assurance Maladie chez les patients initiés à l'Ézétimibe seul ou associé en 2019, par type de molécule et de prescripteur.....	68
Figure 36 : Evolution mensuelle du nombre moyen de molécules par patient	72
Figure 37 : Nombre de dosages d'hormones thyroïdiennes réalisés en 2018	83
Figure 38 : Montant remboursé au titre des dosages d'hormones thyroïdiennes réalisés en 2018	84
Figure 39 : Répartition des dosages d'hormones thyroïdiennes selon le type de prescripteur en 2018	84
Figure 40 : Répartition des dosages de TSH, de TSH + T4 libre et de TSH + T3 libre + T4 libre selon le type de prescripteur en 2018	85
Figure 41 : Evolution de la part des dosages isolés de TSH dans l'ensemble des dosages d'hormones thyroïdiennes	85
Figure 42 : Part des dosages de TSH + T4 libre (code NABM : 1211) dans l'ensemble des trois dosages d'hormones thyroïdiennes les plus fréquents (codes NABM : 1208, 1211 et 1212) selon le département de prescription	86
Figure 43 : Part des dosages de TSH + T3 libre + T4 libre (code NABM : 1212) dans l'ensemble des trois dosages d'hormones thyroïdiennes les plus fréquents (codes NABM : 1208, 1211 et 1212) selon le département de prescription.....	86
Figure 44 : Ferritine (1213) : Evolutions entre 2014 et 2019	87
Figure 45 : Taux d'opérations par établissement (pour les séjours en orthopédie) avec échographie du patient dans les 3 mois précédents le séjour en 2018.....	92
Figure 46 : Evolution du nombre d'ententes préalables par le téléservice traitées au cours de l'année 2019	95
Figure 47 : Répartition des actes de chirurgie bariatrique par type d'intervention	96
Figure 48 : Répartition des modes de réponse par type d'intervention	96
Figure 49 : Répartition des critères de refus immédiat	97
Figure 50 : Quantité d'actes de chirurgie bariatrique par mois de remboursement.....	97
Figure 51 : Nombre de patients pris en charge (au moins 1 rendez-vous) en cabinet libéral d'ophtalmologie ou en centre de santé, et coût moyen annuel par patient (HSD, orthoptie salariée comprise)	99
Figure 52 : Taux de recours au SSR	100
Figure 53 : Taux de recours aux professionnels de santé recommandés en sortie d'hospitalisation	101

Figure 54 : Coût moyen d'un patient en sortie d'hospitalisation après une chirurgie orthopédique	101
Figure 55 : Taux de décès pour toutes causes après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque	102
Figure 56 : Recours aux traitements médicamenteux dans les 2 mois suivant une sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	102
Figure 57 : Coût moyen d'un patient en sortie d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque	103
Figure 58 : Montants des fraudes et activités fautives détectées et stoppées par année (en M€)	104
Figure 59 : Taux de recours aux IRM et arthroscanner	107
Figure 60 : Disparités territoriales dans le recours à l'hospitalisation IC en région AURA.....	109
Figure 61 : répartition des thèmes PPA choisis par les médecins en 2019.....	111
Figure 62 : évolution des distributions des durées moyennes de séjour avec nuitée (hors ambulatoire) des sites chirurgicaux posant des prothèses de genou entre 2014 et 2018.....	113
Figure 63. Répartition par âge des deux populations sélectionnées, selon le sexe.....	130
Figure 64. Prévalence de la vulnérabilité vis-à-vis de la Covid-19 par département, selon la classe d'âge, d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive)	131
Figure 65. Prévalence de la polypathologie par classe d'âge et par sexe chez les personnes ayant une vulnérabilité non liée à l'âge d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive hors critère d'âge)	134
Figure 66 : Evolution de l'activité et des dépenses des soins de ville pendant la période de confinement et les premières semaines de post-confinement.....	139
Figure 67 : Remboursements dentistes	140
Figure 68 : Remboursements spécialistes.....	140
Figure 69 : Remboursements MG	141
Figure 70 : Remboursements transports et MK	141
Figure 71 : Evolution du nombre de test de dépistage CCR reçus et interprétés par semaine sur l'année 2020 avant, pendant (rouge) et en immédiat post-confinement (orange)	144
Figure 72 : Evolution des troubles de santé mentale en population.....	148
Figure 73 : Avant la crise sanitaire : évolution du nombre de téléconsultations par mois.....	152
Figure 74 : Nombre de téléconsultations en 2020.....	153
Figure 75 : Répartition des 5,8 millions de téléconsultations facturées entre le 15 septembre 2018 et le 30 avril 2020	153
Figure 76 : Répartition des téléconsultations des médecins libéraux par spécialité.....	154
Figure 77 : Part de téléconsultations pour lesquelles au moins 1 consultation en présentiel a été facturée l'année précédente.....	154
Figure 78 : Répartition des téléconsultations en fonction de l'âge du PS.....	155
Figure 79 : Part de consultations et téléconsultations facturées à des patients en ALD.....	156
Figure 80 : répartition des téléconsultations selon le lieu d'exercice du professionnel de santé période du 15septembre au 30 avril.....	156
Figure 81 : Répartition des téléconsultations / typologie de densité.....	157
Figure 82 : Répartition des consultations / typologie de densité	157
Figure 83 : Composition des CPTS adhérentes à l'ACI	161
Figure 84 : Liste des thèmes retenus pour la mission en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels autour du patient.....	162
Figure 85 : Composition des MSP ayant bénéficié d'une rémunération de l'ACI.....	162

Figure 86 : Composition des MSP adhérentes à l'ACI	163
Figure 87 : Répartition des rémunérations par axe	163
Figure 88 : Dépenses de prévention en montant par tête et en % de la dépense courante de santé pour les pays de l'OCDE (\$US, parité de pouvoir d'achat, 2015.....	168
Figure 89 : Mortalité prématurée (décès pour 100 000 habitants) en fonction des dépenses de prévention en 2015 pour les pays de l'OCDE (haut : % de la dépense courante de santé, bas : dépense moyenne par tête en \$US)	169
Figure 90 : effectif annuel de bénéficiaires d'un ou plusieurs remboursements de substituts nicotiniques depuis 2016	173
Figure 91 : effectifs mensuels de bénéficiaires de TNS remboursés, évolution 2018-2019	174
Figure 92 : Effectifs et % de personnes en ALD parmi les bénéficiaires d'une prise en charge de TNS au cours de l'année (2015-2018).....	175
Figure 93 : Effectifs et % de femmes enceintes parmi les bénéficiaires, 2013-2018	176
Figure 94 : Effectifs et % de CMU-c parmi les bénéficiaires (2015-2018).....	177
Figure 95 : Evolutions 2017 à 2019 des effectifs des "nouveaux" prescripteurs de TNS et sages-femmes.....	178
Figure 96 : Nombre de délivrances de substituts nicotiniques dans l'année parmi les bénéficiaires d'au moins un remboursement de ces traitements.....	179
Figure 97 : Principales étapes de traitement par cellules CAR-T autologues	185
Figure 98 : Evolution de la dépenses pour les hémophiles A et B depuis 2012.....	189
Figure 99 : Répartition de la dépense totale pour les hémophiles A et B en 2018	189
Figure 100 : Répartition des dépenses liées aux établissements pour les hémophiles A et B en 2018 (61,7M€)	190
Figure 101 : Evolution de la dépense moyenne annuelle totale par patient hémophile A et B	190
Figure 102 : Evolution de la répartition de la dépense moyenne annuelle par patient par poste de soins	190
Figure 103 : Dispersion de la dépense parmi les patients atteints d'hémophilie A et B en 2018 en euros	191
Figure 104 : Script de l'organisation de la prise en charge des patients suivis par Moovcare ® - source (?)	203
Figure 105 : Nombre d'individus inclus dans chacun des trois groupes pour les années 2012 à 2017	206
Figure 106 : Taux bruts de mortalité des groupes « chirurgie » et « TAVI » selon l'année du remplacement valvulaire	208
Figure 107 : Taux bruts de mortalité du groupe « sans acte » selon l'année du remplacement valvulaire	209
Figure 108 : Dépenses moyennes pour les années N et N+1 sur l'ensemble de la période (2012-2017)	211
Figure 109 : Dépenses moyennes des soins de ville pour les années N et N+1 sur l'ensemble de la période (2012-2017)	212
Figure 110 : moyennes par poste de dépenses des personnes du groupe « chirurgie »	212
Figure 111 : Dépenses moyennes par poste de dépenses des personnes du groupe « TAVI »	213

3. Liste des tableaux

Tableau 1. Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées par le régime général extrapolées à l'ensemble des régimes en 2018 (167 Mds €) entre les catégories de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (en millions d'euros)	15
Tableau 2. Effectifs et dépenses moyennes par patient en 2018 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	19
Tableau 3. Evolution des caractéristiques des personnes ayant initié un traitement antiviral selon l'année de l'initiation.....	36
Tableau 4. Caractéristiques des personnes ayant initié un traitement par antiviraux à action directe de 2e génération (AAD2) entre 2014 et 2017	36
Tableau 5. Caractéristiques des personnes ayant initié un traitement par ribavirine-interféron en 2011 et par antiviraux à action directe de 2e génération en 2017, en fonction de la sévérité de l'atteinte hépatique à l'initiation.....	38
Tableau 6. Fréquences et caractéristiques sociodémographiques selon la localisation du cancer en 2017 (par ordre décroissant de nombre de cas)	45
Tableau 7. Répartition par classe d'âge selon la localisation des cancers en 2017	46
Tableau 8 : Ecart entre les effectifs projetés en 2020 lors de la précédente analyse (données 2012-2015) et dans la présente analyse (données 2012-2018), par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins	52
Tableau 9 : Effectifs projetés en 2023 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins	53
Tableau 10. Taux de croissance annuels moyens entre les périodes 2012-2018 et 2018-2023 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins	57
Tableau 11 : Récapitulatif des économies attendues des actions de l'Assurance Maladie en 2021 (millions d'euros)	61
Tableau 12 : Evolution de la consommation et des remboursements de rosuvastatine de 2014 à 2019	67
Tableau 13 : Le mésusage de l'ézétimibe seul ou associé, estimé par l'Assurance Maladie chez les patients initiés par les médecins généralistes, les cardiologues et les endocrinologues en 2019.....	67
Tableau 14 : Répartition des patients par nombre moyen de molécules par mois	72
Tableau 15 : Impact des échanges confraternels (EC) de l'Assurance Maladie sur la prescription d'indemnités journalières des médecins accompagnés	78
Tableau 16 : Taux d'opérations avec ETT sur le même patient dans les 3 mois précédant le séjour en 2018	91
Tableau 17 : Programmation des travaux du chantier Qualité et Pertinence pour l'année 2020	110
Tableau 18 : Effectifs et prévalences des critères de vulnérabilité à partir des données de la Cartographie pour l'année 2018 (régime général et extrapolés tous régimes).....	129
Tableau 19. Prévalence de la vulnérabilité vis-à-vis de la Covid-19, par sexe et classe d'âge, d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive)	130
Tableau 20. Caractéristiques sociodémographiques et catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins selon la vulnérabilité vis-à-vis de la Covid-19, d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive – par définition les patients âgés de 65 ans et plus sont tous inclus dans la population vulnérable)	133
Tableau 21. Associations de pathologies les plus fréquentes chez les personnes polypathologiques ayant une vulnérabilité non liée à l'âge d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive hors critère d'âge), quel que soit le sexe.....	136
Tableau 22. Associations de pathologies les plus fréquentes chez les femmes polypathologiques ayant une vulnérabilité non liée à l'âge d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive hors critère d'âge)	137

Tableau 23. Associations de pathologies les plus fréquentes chez les hommes polypathologiques ayant une vulnérabilité non liée à l'âge d'après les données de la Cartographie pour l'année 2018 (sélection inclusive hors critère d'âge)	138
Tableau 24 : surmortalité selon l'Insee par âge et par sexe,	146
Tableau 25 : Effectifs de bénéficiaires d'un remboursement de TNS en 2018 parmi les ALD listes.....	175
Tableau 26. Nombre et % de prescripteurs de substituts nicotiniques par catégorie de professionnel, et nombre moyen de patients ayant bénéficié d'un remboursement par type de prescripteur. Evolutions 2018-2019	178
Tableau 27 : Schéma thérapeutique de la prophylaxie longue durée précoce et progressivement intensifiée.....	188
Tableau 28 : Consommation en facteur VIII pour les patients avec au moins une délivrance par mois pendant 6 mois.....	191
Tableau 29 : Caractéristiques des groupes « chirurgie » et « TAVI » selon l'année du remplacement valvulaire	208
Tableau 30 : Caractéristiques du groupe « sans acte » selon l'année du remplacement valvulaire	209
Tableau 31 : Correspondance entre le champ Ondam et celui de la cartographie médicalisée des dépenses 2018 extrapolées au champ tous régimes	273

Annexe 1 – Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2020

<p>Proposition 1 : Lancer une grande mobilisation nationale sur le recours aux antibiotiques.</p> <p>Plan antibiorésistance, action de communication grand public programmée pour 2021</p>
<p>Proposition 2 : Limiter les durées de prescriptions hospitalières exécutées en ville de pansements à un maximum de 7 jours</p> <p>Action réalisée à l'hôpital</p>
<p>Proposition 3 : Mettre en place une campagne d'accompagnement sur la délivrance raisonnée</p> <p>Mise en place de cette action au 1^{er} juillet 2020 (Avenant 20 à la convention pharmaceutique)</p>
<p>Proposition 4 : réduire de 20 jours la durée durant laquelle les pharmaciens d'officine peuvent continuer en cas de changement de prix à commercialiser les unités d'une spécialité au prix de vente au public antérieur.</p> <p>Action réalisée</p>
<p>Proposition 5 : développer un dispositif d'intéressement des prescripteurs libéraux pour qu'ils puissent bénéficier d'un retour direct des économies générées par leur prise en compte des recommandations :</p> <p>Discussion en cours</p>
<p>Proposition 6 : lancer une campagne d'accompagnement des prescripteurs et des assurés sur le bon usage des antalgiques</p> <p>Action non encore mise en œuvre</p>
<p>Proposition 7 : mettre en place des éléments de cadrage des plateformes de gestion des transports</p> <p>Action non encore mise en œuvre</p>
<p>Proposition 8 : renforcer l'encadrement des publicités invitant à la réalisation d'actes pris en charge par l'Assurance maladie.</p> <p>Action non encore mise en œuvre</p>
<p>Proposition 9 : créer un forfait de prise en charge en ville favorisant l'hémodialyse à domicile</p> <p>Action entamée</p>

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

Action non encore mise en œuvre

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

Action non encore mise en œuvre

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

Action entamée

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

Action non encore mise en œuvre

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

Action entamée

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

Action entamée

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

Action entamée

Proposition 17 : Mettre en place un baromètre de l'observance

Action entamée

Proposition 18 : Élaborer et diffuser des outils de dialogue et d'analyse de l'observance et de l'adhésion au traitement

Action non mise en œuvre

<p>Proposition 19 : Etendre la démarche qualité, pertinence Ma Sante 2022 « parcours pilotes » à 13 nouvelles pathologies jusqu'en 2021</p> <p>Calendrier et travaux préparatoires d'élaboration et de déploiement de nouveaux parcours réalisés.</p> <p>A reconsidérer et à prioriser en sortie de l'état d'urgence sanitaire</p>
<p>Proposition 20 : Dans le cadre du partenariat avec la SFAR promouvoir des outils d'amélioration de la pertinence des prescriptions d'examens pré-anesthésiques</p> <p>Action engagée avec diffusion des indicateurs dans le CAQES</p>
<p>Proposition 21 : En lien avec la HAS , ouvrir aux médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires des spécialités dites à risque, la possibilité d'intégrer le dispositif d'accréditation en faisant évoluer le mode de financement des organismes d'accréditation.</p> <p>Action en cours ,proposition de décret rédigée en cours de validation au ministère.</p>
<p>Proposition 22 : Identifier dans les systèmes d'information de facturation le recours à une assistance robotique lors d'une intervention chirurgicale et permettre la production d'évaluations médicales et médico-économiques en vie réelle de leurs bénéficiaires et de leur sécurité pour les patients et la collectivité</p> <p>Action réalisée, les actes correspondant ont été créés</p>
<p>Proposition 23 : Mener des actions pour favoriser dans la durée la bonne utilisation des pompes à insuline ou de Freestyle libre ®</p> <p>Actions en cours d'intégration dans le programme de maîtrise médicalisée.</p>
<p>Proposition 24 : Rappeler les conditions de prise en charge de Freestyle Libre ®</p> <p>Actions en cours d'intégration dans le programme de maîtrise médicalisée.</p>
<p>Proposition 25 : Mener des actions de communication sur les pompes à insuline externes auprès des différents professionnels de santé mobilisés sur ce sujet ainsi qu'auprès des patients</p> <p>Action non encore mise en œuvre</p>
<p>Proposition 26 : Mettre en place rapidement une cellule d'observation dès l'arrivée sur le marché d'un nouveau dispositif médical onéreux</p> <p>Action entamée, mise en place pour Freestyle Libre</p>
<p>Proposition 27 : Proposer au Comité Economique des Produits de Santé une baisse de prix de Freestyle Libre ®</p>

Action non encore mise en œuvre
<p>Proposition 28 : Rendre plus performante la base de données de l'Assurance maladie dans l'identification des prestataires</p> <p>Réflexion en cours sur une mesure d'identification portée par un vecteur législatif</p>
<p>Proposition 29 : Mettre en place des mécanismes de blocage du remboursement sur la LPP</p> <p>Action non encore mise en œuvre</p>
<p>Proposition 30 : Expérimenter la mise en place de « pôles » hospitaliers ambulatoires s'appuyant sur un financement substitutif pour accélérer le virage ambulatoire en médecine</p> <p>Réflexion entamée avec plusieurs acteurs dans le cadre de futurs projets Article 51. Décalage de calendrier pour laisser aboutir les discussions sur la circulaire frontière.</p>
<p>Proposition 31 : Réviser la nomenclature des actes d'ophtalmologie afin de décrire au mieux et de valoriser de façon pertinente le suivi des maladies chroniques</p> <p>Réflexion entamée dans le cadre des travaux de révision de la nomenclature</p>
<p>Proposition 32 : Repenser les protocoles afin de développer la coopération entre les ophtalmologues et orthoptistes libéraux</p> <p>Réflexion entamée dans le cadre des travaux de révision de la nomenclature</p>
<p>Proposition 33 : Soutenir les initiatives de prises en charge des soins visuels dans les zones plus défavorisées</p> <p>Action non encore mise en œuvre</p>

Annexe 2 – Bilan des négociations entre l’UNCAM et les professionnels de santé

La présente annexe dresse un bilan des négociations menées en 2019-2020 avec les professionnels de santé en présentant les principaux textes conclus.

Médecins

Huit avenants ont été conclus depuis la signature de la Convention médicale, en août 2016, et entrée en vigueur en octobre 2016.

Un avenant n°1, publié au JO le 2 mai 2017, qui met en place une nouvelle ROSP pour le médecin traitant de l'enfant âgé de moins de 16 ans, afin de prendre en compte l'introduction, par la loi de modernisation du système de santé du 24 janvier 2016, de la possibilité de déclarer un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans. Cette ROSP du médecin traitant de l'enfant comporte 10 indicateurs de qualité des pratiques cliniques orientés notamment vers la prévention. La première rémunération au titre du suivi des indicateurs pour l'année 2017 sera versée au cours du mois de juin 2018.

Un avenant n°2, publié au JO du 29 avril 2017, introduit 2 actes de télé médecine, concernant les médecins libéraux, pour l'entrée et le suivi des patients résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) :

- création d'un acte de télé-expertise dossier traitant réalisé entre deux médecins généralistes pour un patient admis en Ehpad en cas de changement de médecin traitant dénommé (« télé-expertise dossier traitant »). Cet acte valorise la transmission d'informations faite entre les deux médecins notamment pour identifier les points d'attention et les situations à risque
- création d'un acte de téléconsultation d'un résident en Ehpad dénommé TTE (Téléconsultation médecin Traitant avec Ehpad). Cette téléconsultation est réalisée par le médecin traitant à la demande d'un professionnel de santé de l'Ehpad en dehors des situations médicales d'urgence nécessitant l'intervention du Samu.

L'entrée en vigueur des mesures introduisant ces actes est intervenue à compter du 30 octobre 2017, et ont été repris dans l'avenant 6 signé en 2018.

Un avenant n°3, paru au JO le 29 avril 2017, qui, en application de l'article 72 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2017, met en place un avantage financier complémentaire pour pallier la baisse de revenus engendrée par l'interruption d'activité pour cause de maternité, de paternité, ou d'adoption.

Cette aide forfaitaire conventionnelle, qui permet de faire face aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical, est modulée selon le secteur et les conditions d'exercice du médecin. L'entrée en vigueur de ces mesures est intervenue le 30 octobre 2017. Entre décembre 2017 et février 2018, 283 professionnels avaient déjà bénéficié de cette aide (pour un montant total de 1,6M€).

Un avenant n°4, paru au JO le 10 mars 2018, qui instaure une nouvelle Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) spécifique aux médecins spécialistes en endocrinologie. L'entrée en vigueur de cette ROSP est effective depuis le 1er janvier 2018 (le 1^{er} paiement au titre du suivi des indicateurs sur 2018 est intervenu en juin 2019).

Un avenant n°5, signé le 15 mars 2018 (JO 15 juin 2018) a mis en place un mécanisme visant à compenser pour tous les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1) la hausse de la cotisation sociale généralisée (CSG) de 1,7 point au 1er janvier 2018, instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 : mise en place d'une participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales sur la retraite complémentaire de base.

Un avenant n°6, signé le 14 juin 2018, vise à accélérer le déploiement de la télé médecine en France en inscrivant dans le droit commun les actes de téléconsultation et de téléexpertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018, dans le cadre du parcours de soins coordonné. L'avenant définit les conditions de réalisation, de tarification et de facturation des actes de téléconsultations et de téléexpertises.

La téléconsultation est ouverte à l'ensemble des patients depuis le 15 septembre 2018 et valorisée de manière identique à l'acte de consultation classique. La téléexpertise, est quant à elle ouverte depuis le 10 février 2019. Elle vise, dans un premier temps les patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique (patients en ALD, zones sous denses etc.). Le calendrier de déploiement de la téléexpertise à l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020. Le niveau de valorisation est modulé selon le niveau de l'expertise réalisée et de sa fréquence de réalisation (2 niveaux de téléexpertise).

Deux indicateurs « télé médecine » ont par ailleurs été intégré au volet 2 du forfait structure afin d'aider les médecins à s'équiper en outils facilitant le recours aux actes de télé médecine.

En dehors des dispositions encadrant la télé médecine, l'avenant n°6 à la convention médicale introduit également les évolutions au texte conventionnel actuel suivantes :

- des aménagements des dispositifs démographiques mis en place par la convention nationale, afin de les rendre plus attractifs et par là-même améliorer l'accès aux soins dans les zones sous denses : revalorisation de l'aide à l'activité versée dans le cadre du contrat solidarité territoriale médecins (CSTM), mesure annoncée dans le Plan ministériel d'accès aux soins lancé en octobre 2017 : passage de 10% à 25% de la majoration des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans les zones sous-denses).
- l'extension ou la création de nouvelles situations médicales pouvant être prises en charge dans le cadre des consultations complexes ou très complexes,
- l'extension à certains patients de la visite très complexe (VL),
- l'ajustement au tarif cible des actes d'ophtalmologie pour les médecins de secteur 1,
- l'ajustement tarifaire des actes d'imagerie dans le cadre du protocole imagerie signé en mai 2018 avec la FNMR, visant à renforcer la pertinence du recours à l'imagerie,
- des ajustements dans la gestion des contrats destinés à encourager des tarifs modérés chez les médecins (OPTAM, OPTAM-CO) : possibilité pour les médecins nouvellement installés intégrant un groupe de bénéficier des taux moyens d'engagement retenus pour les membres du groupe,
- des aménagements dans le calcul de la ROSP Clinique : modification des objectifs intermédiaires et cibles, de la règle générale de calcul du taux de réalisation des indicateurs, des seuils, de certains libellés.

Un avenant n°7, signé le 20 juin 2019, instaure un dispositif d'aide financière forfaitaire au recrutement d'assistants médicaux dans les cabinets des médecins libéraux, via le forfait structure, et procède par ailleurs à quelques aménagements du texte conventionnel.

Ainsi, dans une optique d'amélioration de l'accès aux soins, ainsi que des conditions d'exercice des médecins et de meilleure prise en charge des patients, les partenaires conventionnels ont, dans le cadre de la déclinaison des mesures phares du plan gouvernemental "Ma santé 2022", défini les contours de cette nouvelle fonction et des conditions d'octroi et de versement de cette nouvelle aide conventionnelle aux médecins.

L'avenant prévoit ainsi que l'assistant médical exerce trois grandes catégories de missions :

- Des tâches de nature administrative, sans lien direct avec le soin (accueil du patient, création et gestion du dossier informatique du patient, etc.) ;
- Des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation ainsi que d'assistance à des actes techniques (aide à l'habillage, déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, etc.) ;
- Des missions d'organisation et de coordination, notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

Cette fonction n'est pas réservée à une catégorie particulière de personnels, et peut être assurée aussi bien par d'actuels aides-soignants, des infirmières, des secrétaires médicales ou tout autre profil souhaitant suivre cette nouvelle voie professionnelle. Dans tous les cas, l'assistant médical devra s'engager à suivre une formation spécifique dont le contenu est en cours de définition dans le cadre de la convention collective des personnels des cabinets médicaux.

Les médecins généralistes, et certaines spécialités comme par exemple les pédiatres, les gériatres, les rhumatologues, les dermatologues, les endocrinologues, etc...sont éligibles à ce dispositif sur l'ensemble du territoire à cette aide. Les autres spécialités sont éligibles dans 30% des départements les plus en tension en termes de densité démographique.

Les médecins doivent par ailleurs être en secteur 1 ou secteur 2 (OPTAM et OPTAM-CO), exercer de manière regroupée en s'engageant dans les deux ans dans une démarche d'exercice coordonné, et avoir un niveau de patientèle suffisant.

Le financement est pérenne et évolutif, le médecin choisissant selon ses besoins entre plusieurs options de financement le niveau de financement attendu – jusqu'à 36 000 € selon l'option choisie- en regard d'objectifs de progression de sa patientèle. Pour un généraliste, il s'agit d'élargir le nombre de patients suivis comme médecin traitant, et le nombre de patients différents vus au moins une fois au cours de l'année (dits file active). Pour les autres spécialistes, les contreparties attendues le sont uniquement en termes de file active.

Les médecins pourront bénéficier de cette aide dès septembre 2019.

Un avenant 8 à la convention médicale a été conclu le 11 mars 2020, contenant les mesures suivantes :

- une transposition dans la convention médicale de dispositions issues de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes signé le 26 novembre 2019 entre l'UNCAM, les CDF, l'UD et l'UNOCAM. Il a été publié au journal officiel du 07 février 2020. Ces dispositions s'inscrivent dans la continuité des mesures de la convention nationale et de la réforme « 100% santé ».
-
- Les principales mesures applicables aux médecins spécialistes des actes bucco-dentaires (stomatologues, médecins spécialistes de médecine bucco-dentaire, chirurgiens oraux), définies dans cet avenant, s'articulent autour de deux axes :
-
- l'adaptation du modèle de devis au « 100% santé »
Ce devis est rénové tant sur la forme que sur le fond avec désormais :
 - o un « volet administratif »
 - o et un « volet plan de traitement », intégrant une information des patients sur les alternatives thérapeutiques, conformément aux dispositions de la convention nationale, et toujours dans la perspective que le praticien puisse donner une information la plus large au patient sur le traitement qui peut lui être proposé et les conditions de prise en charge.
- de nouvelles mesures en faveur des personnes en situation de handicap sévère.
 - o Le deuxième volet des mesures dentaires incluses dans l'avenant permet d'étendre les dispositions précédemment transposées à l'occasion de l'avenant 7 à la convention nationale, concernant les personnes en situation de handicap sévère, en reprenant au profit des médecins les extensions réalisées en faveur de la prise en charge de cette catégorie spécifique de patientèle par l'avenant 3 à la convention des chirurgiens-dentistes. Il est ainsi prévu :
 - un élargissement du champ des patients concernés par ces mesures favorisant la prise en charge des patients en situation de handicap : désormais, l'identification des patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap est désormais facilitée par la mise en place d'une grille d'évaluation complétée par le chirurgien-dentiste, introduite par l'avenant 8
 - la mise en place d'une grille d'évaluation permettant d'évaluer le comportement et la coopération de ces patients vivant avec un handicap sévère au cours d'une séance de soins dentaires pour faciliter l'identification par le praticien des situations dans lesquelles la prise en charge du patient devra être adaptée, et par conséquent les situations dans lesquelles les mesures de valorisation sont cotables.
 - la création de nouveaux actes en faveur d'une valorisation de la prise en charge de ce type de patients (création d'un nouveau supplément à ajouter à la facturation des actes techniques réalisés, création d'une consultation bucco-dentaire complexe à hauteur de 46 euros, création d'un supplément de 23 euros à l'examen de dépistage bucco-dentaire).
- Des mesures complémentaires au dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical permettant l'élargissement de l'éligibilité à l'aide à hauteur d'un ETP d'assistant médical et à l'exigence d'exercice regroupé.

L'avenant 8 vient compléter le dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical instauré par le biais de l'avenant 7, en étendant les zones dans lesquelles l'aide à l'embauche d'un assistant médical est possible à hauteur d'un ETP ainsi que dans lesquelles il est possible d'être exonéré de l'exigence d'exercice regroupé, sous certaines conditions, afin d'accroître l'attractivité du dispositif et répondre aux besoins de terrain.

Les partenaires conventionnels ont en effet souhaité sans tarder, et pour renforcer la portée du

dispositif mis en place, tenir compte des remontées de terrain et demandes locales émanant de leurs confrères ayant expérimenté le dispositif.

En effet, au-delà des zones d'intervention prioritaires (ZIP) pour lesquelles le choix de l'option d'une aide à l'embauche d'un assistant médical à hauteur d'un ETP est possible du fait d'une insuffisance d'offre de soins dans la zone, avec dérogation à la condition d'exercice regroupé, il a été démontré en pratique qu'il pouvait être nécessaire d'étendre le bénéfice de ces dispositions dérogatoires à des zones qui, sans être classées comme étant en ZIP, souffraient malgré tout d'une tension importante au niveau de l'offre de soins, et présentaient des insuffisances particulières en termes de démographie médicale, notamment pour certaines spécialités. De fait, l'emploi d'un assistant à temps plein par un médecin exerçant seul dans ces zones, sans le partager pour autant avec un autre confrère peut être très utile à l'amélioration de cette offre de soins au niveau local

Ainsi, a –t-il été décidé :

- D'étendre l'option de financement d'1 ETP d'assistant médical au-delà des zones sous denses ZIP (Zones d'Intervention prioritaires - zones éligibles aux aides conventionnelles démographiques), à d'autres zones en tension non classées comme telles,
- et d'y étendre la dérogation à l'exigence d'exercice regroupé

ACI- Structures pluri professionnelles de proximité

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures pluriprofessionnelles de proximité, signé en avril 2017 par les représentants des centres de santé, 20 organisations syndicales de professionnels de santé¹ et l'Uncam, a acté le principe d'une rémunération versée aux structures, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs dans plusieurs domaines et ayant pour principal objectif l'incitation au développement de l'exercice coordonné.

En ce sens, l'accord valorise financièrement l'accès aux soins proposé aux patients (amplitude des horaires d'ouverture au public, accès aux soins non programmés...), la diversité des types de professionnels de santé au sein de la structure, la prise en charge coordonnée du patient, le suivi de la relation avec ce dernier ainsi que l'utilisation d'un système d'information partagé. L'accord prévoit également la mise en place d'un dispositif spécifique garantissant une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour les MSP nouvellement créées.

En 2019, 211 nouvelles MSP ont adhéré à l'ACI, portant le nombre de MSP adhérente à plus de 1000 en 2020.

Pour l'année 2019, l'Assurance maladie a versé 55,6M€ contre 46,7M€ en 2018 soit une augmentation de 19%, pour 916 structures, avec une hausse de plus de 25% du nombre de MSP par rapport à l'exercice 2018 (735 structures en 2018).

En moyenne, les MSP ont perçu 60 680€ contre 63 540€ en 2018 soit une diminution de 4,5%, qui est liée notamment au nombre important de nouvelles structures ayant souscrit au contrat ainsi qu'à la fin de certaines dérogations concernant les professionnels considérés comme signataires et le calcul de la patientèle de référence.

ACI-développement de l'exercice coordonné et déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé

Ce nouvel accord conventionnel interprofessionnel signé le 20 juin 2019 a pour ambition d'accompagner les différents acteurs de l'offre de soins vers une démarche d'exercice coordonné afin que ce mode d'exercice se généralise et devienne le cadre de référence pour les professionnels de santé de ville à l'horizon 2022. En effet, ce mode d'exercice permet de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des

patients, de faciliter l'articulation entre les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours, de conforter l'offre de soins de premier et second recours, et enfin d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constituent un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire. Ces communautés ont vocation à rassembler l'ensemble des professionnels de santé de ville et des autres volontaires d'un territoire ayant un rôle dans la réponse aux besoins de soins de la population. C'est pourquoi elles s'organisent à l'initiative des professionnels de santé de ville, et peuvent associer progressivement d'autres acteurs de santé du territoire : établissements et services sanitaires et médico-sociaux et autres établissements et acteurs de santé dont les hôpitaux de proximité, les établissements d'hospitalisation à domicile, etc.

Cet accord conventionnel a donc pour objet de définir un cadre pérenne d'accompagnement et de financement des communautés professionnelles territoriales de santé permettant à celles-ci de mettre en place et de développer différentes missions

Trois missions « socles » :

- les missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins (et notamment faciliter l'accès à un médecin traitant, améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville)
- la mission en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels afin de favoriser une meilleure coordination des acteurs notamment pour éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients
- la mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention dans une dimension de prise en charge pluriprofessionnelle des patients

Deux missions complémentaires et optionnelles :

- Les actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins (développement des groupes d'analyse de pratiques notamment)
- Les actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire (accompagnement notamment auprès des jeunes en formation ou jeunes diplômés pour favoriser les installations en exercice de ville).

L'accord conventionnel a été construit de telle sorte qu'il permette de s'adapter aux spécificités de chaque territoire et de chacune des communautés professionnelles. Ainsi, l'accord conventionnel national définit les grands principes des modalités de financement (financement du fonctionnement de la communauté, financement au titre des missions avec une part fixe, pour tenir compte des moyens engagés, et une part variable en fonction de l'intensité des moyens déployés et des résultats obtenus). Le financement est par ailleurs indexé à la taille de la communauté professionnelle (population prise en compte). En revanche, le contrat tripartite qui va être signé entre la communauté professionnelle, la caisse d'assurance maladie et l'ARS va être élaboré de manière partenariale, au cas par cas, en fonction des besoins du territoire (dispositions individualisées sur le contenu des missions, les moyens engagés, les objectifs fixés et les conditions d'évaluation des résultats obtenus) dans le respect des principes posés dans l'accord national. A titre d'exemple, une communauté professionnelle de plus de 175 000 habitants pourra prétendre à une rémunération s'élevant à 380 000 €, sous réserve de son implication dans l'ensemble des missions prévues par l'accord conventionnel et avec une atteinte maximale de l'ensemble des objectifs fixés.

Accord cadre interprofessionnel (ACIP)

L'accord cadre interprofessionnel a été signé le 10 octobre 2018 entre l'UNCAM et l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS), union qui représente douze professions de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens d'officine, biologistes responsables infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, audioprothésistes et transporteurs sanitaires). L'accord, publié au Journal Officiel le 7 avril 2019, fixe, pour les cinq années à venir, les lignes directrices des prochains accords conventionnels, qu'ils s'appliquent à une ou plusieurs professions de santé.

Véritable cadre structurant qui définit la dynamique à poursuivre par la voie conventionnelle, cet accord s'articule autour de trois axes-clés : la généralisation de la prise en charge coordonnée des patients, le déploiement d'outils favorisant l'exercice coordonné et la simplification des conditions d'exercice des professionnels de santé.

Pour que cet accord cadre s'applique à une profession donnée, il suffit qu'un seul syndicat représentatif de chaque profession concernée signe l'accord. Les organisations syndicales représentatives des 12 professions ont donc été invitées à contresigner le texte fin 2018 et vingt-quatre syndicats ont signé l'accord, avec la signature d'au moins un syndicat représentatif par profession ce qui rend le texte applicable à l'ensemble des professions représentées par l'UNPS.

Cet accord cadre retient pour première priorité la généralisation de l'exercice coordonné qui doit devenir le cadre d'exercice de référence pour l'ensemble des professionnels de santé de ville, en cohérence avec les orientations du plan de transformation du système de santé, « Ma santé 2022 » lancé le 18 septembre 2018.

Les grandes lignes directrices qui définissent le cadre stratégique des accords conventionnels à venir s'articulent autour de trois axes-clés :

1. Développer la prise en charge coordonnée des patients

L'ACIP acte le principe de la nécessaire généralisation de l'exercice coordonné, dynamique qui doit se traduire dans tous les accords conventionnels à venir. Cette forme d'exercice peut prendre diverses formes : maisons de santé pluri-professionnelles, équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisation pluri-professionnelle capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients. Cela implique également que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire une réponse collective aux besoins de santé de la population, dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'accord acte également le recours et l'essor des pratiques de télémédecine, qui permet une prise en charge et un suivi plus rapides sur l'ensemble du territoire. L'implication des professionnels de santé dans les actions et programmes de prévention et de promotion de la santé est également privilégiée.

2. Accompagner le déploiement des outils favorisant l'exercice coordonné

L'ACIP reconnaît l'importance du recours aux outils numériques afin de faciliter les échanges entre les professionnels de santé, avec notamment le recours large au Dossier Médical Partagé, l'usage généralisé de messageries sécurisées de santé, l'aide à l'équipement pour effectuer les actes de télémédecine et le déploiement de la prescription électronique.

3. Simplifier les conditions d'exercice des professionnels de santé

L'ACIP acte la poursuite de l'accompagnement individualisé des professionnels de santé avec les praticiens-conseil et les délégués d'assurance maladie avec notamment la réalisation d'échanges confraternels autour de « cas-patients », ainsi que l'accompagnement des professionnels de santé par les conseillers informatique services sur les outils numériques et les télé-services.

4. Centres de santé

L'accord national régissant les relations entre les caisses d'assurance maladie et les gestionnaires des centres de santé signé, le 8 juillet 2015, par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé a été complété par un avenant 1, publié au JO du 17 novembre 2017 et un avenant 2 signé le 5 mars 2019 (en cours de publication au JO).

Un avenant 3 a été signé le 4 février 2020, qui prévoit à l'instar de ce qui a été fait pour les médecins libéraux une aide au recrutement des assistants médicaux au sein des centres de santé. La philosophie et l'ambition du dispositif ne changent pas, cependant les conditions de financement et les contreparties ont été adaptées aux spécificités des centres de santé.

Il comporte également différentes mesures visant à aider les centres de santé à acquérir des équipements permettant le déploiement des actes de téléconsultation (équipement notamment des postes infirmiers au sein des centres de santé pour permettre à ces derniers d'accompagner, le cas échéant, les médecins lors de téléconsultation). L'accord conventionnel prévoit également la mise en place d'une aide financière pour les centres de santé ayant recours à des téléexpertises.

L'avenant 3 met en place de nouveaux contrats démographiques applicables aux centres de santé dentaires et infirmiers comportant des aides financières significatives pour favoriser l'installation de ces centres en zones

sous denses en offre de soins. Il prévoit également une revalorisation de l'aide financière accordée dans le cadre du contrat d'aide à l'installation pour les centres de santé médicaux et polyvalents.

L'accord conventionnel comporte également d'autres mesures de transposition des accords conventionnels conclus avec les différentes professions de santé exerçant en libéral.

Concernant la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé, au titre de 2019, le montant total de la rémunération spécifique s'est élevé à 50,8 M€ pour 1 788 centres de santé payés.

Cela représente un montant moyen de 55 500 € pour les centres de santé polyvalents ou médicaux, 23 000 € pour les centres de santé infirmiers et 11 800 € pour les centres de santé dentaires.

Sages-femmes

La convention nationale régissant les rapports en les sages-femmes libérales et l'Assurance Maladie conclue en 2007 a été reconduite en 2012 et 2017. Un avenant n°4 à cette convention a été signé le 29 mai 2018 et publié au Journal officiel du 10 Août 2018 rénovant le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale signée le 11 octobre 2007 ainsi que ses avenants 1 à 3 par la réécriture complète de la convention.

Chirurgiens-dentistes

La nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a été signée le 21 juin 2018, entre la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD), l'Union Dentaire (UD), l'UNOCAM et l'UNCAM, et a été publiée au journal officiel du 25 Août 2018.

Il s'agit d'un accord important pour la prise en charge des soins dentaires, pour les patients comme pour la profession. En effet, l'ambition de la nouvelle convention est de rééquilibrer l'activité des chirurgiens-dentistes dans le sens d'une médecine bucco-dentaire plus préventive et conservatrice en programmant un effort sans précédent de revalorisation des soins courants

Ces dispositions vont se déployer progressivement sur 5 ans, en s'échelonnant entre 2019 et 2023. Les premières mesures entreront en vigueur à compter du 1^{er} avril 2019.

Le texte s'organise autour de 4 mesures clés :

- la création de plafonds de prix opposable pour 70 % des actes prothétiques réalisés, intégrant toutes les techniques et les matériaux nécessaires à une prise en charge de qualité. Une large partie de ces actes (45%) seront remboursés intégralement, sans aucun reste à charge pour l'assuré (panier dit RAC 0) ;

Les annexes tarifaires de la convention définissent pour chaque année les plafonds tarifaires pour chaque acte prothétique concerné ainsi que les tarifs des actes de soins revalorisés.

La mise en place de ce rééquilibrage, et particulièrement l'instauration progressive de plafonds tarifaires des actes à honoraires à entente directe sur des actes prothétiques fréquents (à compter du 1^{er} avril 2019) a donné lieu à une nouvelle description des actes prothétiques selon les matériaux et la localisation des dents afin de fixer des honoraires limites de facturation distincts.

La convention détermine par ailleurs en annexe la liste des actes pour lesquels l'entente directe sera limitée et sans reste à charge (panier RAC zéro dès le 1^{er} janvier 2020 dans le cadre de la réforme « 100% santé »), celle des actes pour lesquels l'entente directe sera limitée (panier RAC modéré), et celle des actes pour lesquels l'entente directe sera libre (panier libre).

- des soins courants considérablement revalorisés (entre 40 et 60%) pour encourager les traitements qui visent à conserver et soigner les dents (ex. traitements des caries) ; à titre d'exemple :
 - la valorisation de l'acte de parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage à hauteur de 60€
 - la prise en charge d'une consultation d'urgence de 8h à 20h à hauteur de 23 €
 - la prise en charge du comblement de sillons sur molaires qui est étendu aux enfants jusqu'à la date du 16^{ème} anniversaire,
 - la prise en charge de la pose de vernis fluoré pour les enfants (6 à 9 ans) présentant un risque carieux individuel élevé, à une fréquence biannuelle (25€).

Ces mesures entrent en vigueur au 1^{er} avril 2019.

- de nombreuses mesures de prévention destinées à préserver la santé buccodentaire, notamment chez les enfants ou les jeunes ; avec notamment l'extension de l'EBD aux jeunes dès 3 ans.
- des dispositions pour une meilleure prise en charge des populations plus fragiles :
 - à destination des patients diabétiques,
Afin d'accompagner les patients diabétiques et améliorer la prise en charge de leurs soins, la convention instaure un bilan parodontal (facturé 50€) qui pourra le cas échéant être complété par la suite par la prise en charge d'un acte d'assainissement parodontal (valorisé à hauteur de 80€/par sextant).

- sous traitement anticoagulants

La convention nationale prévoit une nouvelle valorisation pour la prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement anticoagulant qui prend la forme d'un supplément (20€ par séance) pour les soins chirurgicaux prodigués aux patients en ALD sous anticoagulant (AVK et AOD).

- situation de handicap sévère

Conscients de la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap sévère, les partenaires conventionnels ont souhaité dans un premier temps faciliter les soins au fauteuil en cabinet et ce par une nouvelle prise en charge de sédation consciente telle que l'utilisation du MEOPA. Est ainsi proposé la création d'un supplément pour la prise en charge des personnes atteintes de handicap sévère valorisé à hauteur de 100€/séance, avec ou sans utilisation de MEOPA.

Les partenaires conventionnels ont souhaité mettre au cœur de la convention la notion de prévention. Des groupes de travail ont été mis en place, notamment sur une expérimentation de prise en charge globale de prévention (forfait de prévention comprenant des actes et des recommandations).

En outre, la convention instaure 2 nouveaux contrats incitatifs tripartites pour favoriser l'installation et le maintien d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux dans les zones très sous-dotées.

Deux avenants - n° 1 et n°2 – ont été signés le 14 février 2019 et parus au Journal officiel du 30 mars 2019 afin de faire évoluer certaines valorisations tarifaires, d'adapter les montants maximaux des actes du panier de soins CMU-C et ACS aux évolutions de la CCAM et de faire évoluer le mode de calcul de la participation des caisses aux cotisations maladie des chirurgiens-dentistes en intégrant l'entente directe ACS dans la formule de calcul du taux de dépassement utilisé dans le calcul du taux URSSAF.

Des négociations en vue de la conclusion de nouveaux avenants techniques – notamment sur l'évolution du devis dentaire – vont s'ouvrir en 2019.

Avenant 3

Un avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes (PDF) a été signé le 26 novembre 2019 et publié au Journal officiel du 7 février 2020. Cet avenant fait évoluer le modèle de devis conventionnel dans le cadre de la mise en œuvre du « 100% santé ». Ce nouveau modèle de devis permet au praticien de remplir son devoir d'information. Ainsi le chirurgien-dentiste, proposant initialement un plan de traitement avec un reste à charge éventuel, se doit d'informer son patient sur les alternatives thérapeutiques existantes en « 100% Santé » ou à défaut, à entente directe modérée, et ce même s'il ne réalise pas ces actes lui-même. Au vu des alternatives thérapeutiques proposées, le patient peut demander au chirurgien-dentiste un autre devis avec une nouvelle proposition de plan de traitement complet. L'avenant apporte des éléments complémentaires à la clause d'indexation en définissant un indice dentaire synthétique correspondant à la somme pondérée des indices de prix relatifs aux différents postes de charges liées à l'activité dentaire. Enfin, des évolutions sont apportées par l'avenant aux mesures en faveur des personnes en situation de handicap par l'extension du champ des patients bénéficiaires (suppression des termes AEEH et PCH), l'instauration d'une grille permettant d'identifier les patients bénéficiaires de ces mesures (Grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap), et enfin par de nouvelles mesures tarifaires (supplément pour les actes techniques réalisés en deux séances ou plus à hauteur, consultation bucco-dentaire complexe, un supplément de 23€ dans le cadre de l'EBD).

Infirmiers (ères)

Un avenant n°5 à la convention nationale des infirmiers a été conclu le 21 novembre 2017 et est paru au Journal Officiel, le 1er mars 2018. Ce texte prévoit l'entrée en vigueur des nouvelles mesures suivantes : la revalorisation de la majoration du dimanche et jours fériés ; la conversion de la prise en charge des cotisations allocations familiales en une aide forfaitaire concernant les contrats incitatifs dans les zones très sous-dotées ; l'ajout d'une double exigence de représentativité de la profession et de signature de la convention nationale à l'égard des organisations syndicales participant aux instances paritaires.

Un avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers a été conclu le 29 mars 2019 et publié au journal officiel le 13 juin 2019.

Cet avenant rénove intégralement le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions de la convention nationale ainsi qu'à ses avenants 1 à 5 par la réécriture complète de la convention.

- L'avenant n°6 conforte et fait évoluer les dispositions démographiques existantes afin de continuer à favoriser l'accès aux soins par une répartition plus équilibrée des infirmiers sur le territoire, autour de quatre axes : une méthodologie de zonage renouvelée, trois nouveaux contrats incitatifs applicables dans les zones très sous dotées qui remplaceront à terme ceux existants aujourd'hui, un maintien du dispositif de régulation et une évolution des modalités du conventionnement dans les zones surdotées et enfin un encadrement de l'activité en zones intermédiaires ou très dotées situées en périphérie des zones surdotées.
- L'avenant 6 prévoit également diverses mesures valorisant l'activité des infirmiers dans leurs activités de soins qui seront échelonnées de 2019 à 2023. Il renforce également le rôle accru de ces professionnels de santé dans la coordination des soins et la prévention.

C'est le cas notamment avec la mise en place du bilan de soins infirmier (BSI), nouveauté majeure de l'accord, en remplacement de la démarche de soins infirmiers. Ce nouveau support d'évaluation, valorisé, permet au professionnel de décrire toutes ses interventions et de définir un plan de soins adapté à la situation de chaque patient dépendant et de favoriser la coordination des soins avec le médecin.

La mise en place de ce dispositif à partir du 1^{er} janvier 2020 permet de faire évoluer progressivement les conditions de tarification des soins réalisés auprès des patients dépendants en prenant mieux en compte la charge de travail de l'infirmier et le niveau de complexité de certaines prises en charge. Ainsi, l'accord prévoit une rémunération non plus à l'acte mais sous la forme de trois forfaits journaliers par patient s'échelonnant de 13€ 18,20€ à 28,70€ en fonction de trois profils de patients déterminés selon leur charge en soins (légère, intermédiaire ou lourde).

Autres mesures phares, l'accord prévoit la création de nouveaux actes et diverses mesures de revalorisation favorisant :

- l'accompagnement par l'infirmier de la prise médicamenteuse à domicile ;
- la prise en charge par l'infirmier de soins post-opératoires à domicile après une chirurgie réalisée en ambulatoire ou un parcours de réhabilitation améliorée après chirurgie ;
- la prise en charge par l'infirmier des pansements courants, lourds et complexes ;
- le développement des actes de téléconsultations en valorisant l'implication des infirmiers assistants les patients le nécessitant lors des actes de téléconsultations réalisés par les médecins.

A noter également la création d'une majoration conventionnelle favorisant la prise en charge par les infirmiers des enfants de moins de 7 ans .

- L'avenant 6 encourage enfin le recours aux nouveaux usages numériques dans le déploiement du dossier médical partagé et la mise en place d'un forfait d'aide à l'informatisation et à la modernisation du cabinet.

Enfin, sur le plan de l'exercice professionnel, l'avenant n°6 met en place un dispositif de plafonnement journalier des indemnités kilométriques et prévoit différentes dispositions faisant évoluer les conditions générales d'installation et de cessation d'activité en exercice libéral sous convention.

Avenant 7

L'avenant n°7 à la convention nationale des infirmiers, signé le 4 novembre 2019, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et 2 des 3 syndicats représentatifs de la profession, la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux (SNIIL) est paru au Journal officiel le 3 janvier 2020 dernier. Par ailleurs, l'Union nationale des organismes d'Assurance Maladie complémentaire (l'UNOCAM) par une délibération du 27 novembre 2019 a fait part de son souhait de devenir signataire de cet avenant.

La loi de modernisation de notre système de santé a créé la possibilité pour les infirmiers d'exercer en pratique avancée en vue de faciliter la prise en charge en ambulatoire et de soutenir les médecins dans la prise en charge de patients atteints de pathologies ciblées : accident vasculaire cérébral, diabète de type 1 et de type 2, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie etc. L'infirmier en pratique avancée participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui a été confié par un médecin.

Ainsi, l'avenant 7 détermine, pour les infirmiers en pratique avancée (IPA) ayant choisi d'exercer à titre libéral sous le régime conventionnel, les modalités de leur exercice professionnel, notamment les conditions d'installation et de conventionnement, ainsi que les modalités de valorisation associées (mise en place notamment d'une rémunération forfaitaire par patient suivi).

Masseurs-kinésithérapeutes

La convention nationale régissant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'Assurance Maladie conclue en 2007 a été reconduite en 2012 et 2017. Un avenant n°6 à cette convention a été conclu le 14 mai 2019 et a été publié au Journal officiel le 2 juillet 2019.

Ce texte a pour principal but d'avancer le calendrier de certaines mesures portées par l'avenant n°5 (signé le 6 novembre 2017) afin de tenir compte des résultats examinés lors de la réunion de l'observatoire conventionnel tenue le 26 mars 2019. En effet, les premiers résultats de la montée en charge des mesures de l'avenant n°5 ont fait apparaître un décalage de l'impact financier estimé au titre de l'année 2019.

Cet avenant donne également l'opportunité de compléter, sur un plan technique, certaines dispositions de l'avenant n°5 ainsi que de rappeler l'objectif partagé entre les partenaires conventionnels de promouvoir l'action des masseurs-kinésithérapeutes répondant à des enjeux de santé publique et de qualité et efficience des soins.

Ainsi, cet accord avance la date d'entrée en vigueur de la revalorisation de 18 actes de la NGAP (valorisation des AMK ou AMC 7 à 7,6 et des actes en AMK ou AMC 8 à 8,3) et la date de création de l'indemnité forfaitaire de déplacement spécifique pour le maintien de l'autonomie de la personne âgée (4€), mesures initialement prévues le 1^{er} décembre 2019 au 1^{er} juillet 2019.

Afin de mettre en conformité le texte conventionnel au code de déontologie, cet avenant vient également intégrer différentes corrections concernant les bénéficiaires de l'expérimentation du contrat d'exercice temporaire dans les zones sur-dotées caractérisées par une forte activité saisonnière (CET) ainsi que les engagements et les démarches à réaliser par le masseur-kinésithérapeute souhaitant participer à cette expérimentation,

Par ailleurs et dans la continuité des mesures portées par l'avenant n°5, cet avenant acte la mise en place d'actions d'accompagnement des professionnels afin de favoriser l'utilisation du bilan diagnostique kinésithérapique (BDK) et vient préciser les règles d'attribution des places de conventionnement en zones sur-dotées, soumises au dispositif de régulation.

Orthoptistes

La convention nationale régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les orthoptistes de 1999 arrivera à échéance le 31 décembre 2019. En l'absence de dénonciation des parties signataires, de la convention ainsi que de ses avenants, elle devrait être reconduite de nouveau pour 5 ans.

Les années 2018-2019 auront été marquées par la mise en œuvre de dispositifs conventionnels inscrits dans l'avenant n° 12 à la convention nationale des orthoptistes libéraux conclu le 19 avril 2017 et publié au Journal officiel du 23 juin 2017.

Cet accord qui rénove le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions précédentes, vise notamment à accompagner les évolutions de la filière visuelle et les pratiques de coopération efficientes entre professionnels de santé.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels ont travaillé sur les mesures suivantes :

- Une nouvelle campagne d'accompagnement du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération avec les assurés et des professionnels de santé concernés afin de favoriser la montée en charge de ce dépistage au bénéfice des patients : cette nouvelle campagne a été menée par l'assurance maladie en 2018.
- la mise en place à titre expérimental d'une action de dépistage collectif des troubles visuels en milieu scolaire auprès des enfants de première année de maternelle avec la rédaction d'un cahier des charges de ces actions. Ces travaux sont menés en lien avec le syndicat des orthophonistes avec lequel il a été également acté de mettre en place des expérimentations de dépistage en milieu scolaire des troubles du langage et de la communication dans le cadre de l'avenant 16 à la convention nationale des orthophonistes.
- le lancement de travaux sur la mise en œuvre d'une action de dépistage précoce et individuel des troubles de la fonction visuelle chez les enfants de 9 mois à 3 ans au cabinet de l'orthoptiste (ou au sein maison de santé) à la demande des médecins généralistes ou des pédiatres.

Orthophonistes

La convention nationale régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les orthophonistes libéraux de 1996 est arrivée à échéance le 10 janvier 2017. Elle a été reconduite tacitement pour 5 ans, en l'absence de dénonciation des parties signataires, de la convention ainsi que de ses avenants.

Les années 2018-2019 auront été marquées par la mise en œuvre des dispositions conventionnelles inscrites au sein de l'avenant n°16 à la convention nationale signé le 18 juillet 2017 (JO du 26 octobre 2017).

Cet avenant qui rénove le cadre conventionnel existant en se substituant aux dispositions précédentes, vise notamment à pérenniser et améliorer le dispositif démographique existant.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels ont travaillé sur les mesures suivantes :

- mise en œuvre du nouveau dispositif démographique
- mise en œuvre du nouveau forfait d'aide à l'informatisation et à la modernisation,
- mise en place à titre expérimental d'une action de dépistage en milieu scolaire des troubles du langage et de la communication chez les enfants. Ces travaux sont menés en lien avec le syndicat des orthoptistes avec lequel il a été également acté la mise en place des expérimentations de dépistage en milieu scolaire des troubles de la fonction visuelle dans le cadre de l'avenant 12 à la convention nationale des orthoptistes.

Pédicures-podologues

La Convention nationale des pédicures-podologues signée le 18 décembre 2007 et publiée au Journal Officiel du 29 décembre 2007 a été reconduite tacitement le 29 décembre 2017.

En 2015, de nouvelles négociations ont débuté dans la perspective de conclure un 4^{ème} avenant. Cependant, fin 2015, à la suite d'un recours formé par la Fédération Nationale des Podologues (FNP) à l'encontre de la CNAM, les négociations ont été interrompues. La FNP a été déboutée de son recours, en juin 2016.

La FNP ayant sollicité une reprise des négociations, trois séances se sont tenues entre le 23 novembre 2018 et le 6 février 2019. A l'issue de ces séances de négociations conventionnelles, la CNAM a envoyé à la FNP une proposition de mesures visant essentiellement à valoriser le rôle des pédicures podologues dans la prise en charge des patients diabétiques. A ce stade, la FNP n'a pas fait connaître sa position sur les mesures proposées.

Transporteurs-sanitaires

Les discussions conventionnelles entre les fédérations nationales des transporteurs sanitaires et l'UNCAM portent essentiellement depuis plusieurs années sur la réforme des transports urgents pré-hospitaliers.

En 2018, un protocole d'accord national a été signé avec les cinq fédérations nationales représentant la profession (la CNSA, la FNTS, la FNAP et la FNAA) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour rénover en profondeur le dispositif en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs (directions ministériels, ARS, SDIS. Une nouvelle organisation de ces transports et l'enveloppe financière nationale prenant en compte l'ensemble des financements existants (SDIS, expérimentations dites de l'article 66, autres dispositifs locaux) ainsi que les modalités de sa répartition au niveau territorial, devaient être fixées dans ce cadre.

A la suite de ce protocole, des travaux ont été menés en 2019 avec le Ministère, les ARS, les Fédérations nationales des Transporteurs sanitaires et la Cnam pour proposer une réforme élargissant la garde ambulancière à l'ensemble des transports urgents pré-hospitaliers régulés par le SAMU, 24 heures sur 24.

Cette réforme comporte deux volets, organisationnel et tarifaire.

Le volet organisationnel, qui sera défini par les ARS avec les acteurs locaux, devrait répondre aux principes suivants :

- garantir le nombre d'ambulances dédiées à la garde avec une pénalité en cas d'indisponibilité non justifiée ;
- revoir le découpage des secteurs géographiques pour mieux répondre aux réalités locales ;
- définir des horaires modulables en fonction du niveau d'activité et des caractéristiques géographiques des secteurs (agglomération ou ruralité) ;
- mieux répartir les missions entre les transporteurs sanitaires et les SDIS ;
- mettre en place un coordonnateur ambulancier chargé de veiller à la bonne répartition des missions et à la régulation des véhicules.

Cette nouvelle organisation sera entérinée par un décret prévoyant l'élaboration d'un cahier des charges dans chaque département fixé par arrêté des ARS.

Parallèlement l'UNCAM a travaillé à la fixation d'un nouveau modèle économique qui devra être discuté lors de la négociation de la nouvelle convention nationale

Le volet tarifaire, qui sera porté par la convention, devra :

- assurer un meilleur équilibre économique afin d'inciter davantage à la réalisation d'interventions à la demande du SAMU ;
- adapter la rémunération au nouveau cadre d'organisation de la garde, et prévoir des formules de financement différentes selon quelques grandes catégories de territoires répondant à des besoins différents ;
- tenir compte de la globalité des coûts occasionnés pour une sortie à la demande du SAMU, y compris les sorties « blanches » (lorsque le transporteur se déplace auprès du patient mais sans le conduire jusqu'au service des urgences), en prévoyant lorsque c'est justifié, une forme de garantie minimale de revenus qui s'accompagne d'une incitation à réaliser des sorties ;
- assurer un suivi annuel des impacts financiers de ces nouvelles modalités de rémunérations, permettant le cas échéant des ajustements tarifaires.

Les nouvelles organisations se déploieront progressivement sur le territoire en fonction de l'avancée des travaux d'organisation territoriale. Dès lors, les nouvelles modalités de rémunération prévues par cet avenant devront entrer en vigueur dans chaque territoire en fonction de la mise en œuvre effective de la nouvelle organisation de la garde.

Au-delà de la réforme de l'organisation et de la tarification des transports urgents, certains autres modes de transports sanitaires nécessitent également d'être mieux valorisés conventionnellement.

Dans un contexte de nécessaire maîtrise des dépenses de ville, ces revalorisations devront être associées à des objectifs ambitieux en matière de réduction du recours non justifié à l'ambulance et d'optimisation de l'activité du VSL.

De telles mesures pourraient permettre notamment :

- d'inciter à l'usage du VSL dont la part dans le transport assis s'est réduit excessivement au cours des dernières années par rapport au taxi ;
- l'essor des transports partagés qui doivent être instaurés systématiquement par les transporteurs depuis la LFSS pour 2020 sauf opposition du prescripteur ;
- le recours aux VSL sur régulation du SAMU vers les maisons médicales de garde pour contribuer à désengorger les services d'urgence ;
- de développer des véhicules intermédiaires entre ambulance et VSL pouvant accueillir un patient couché et un patient assis

En outre, il est nécessaire de définir une tarification spécifique consacrée aux transports bariatriques compte tenu de leur coût en termes de moyens matériels et humains et de la nécessité d'élargir une offre insuffisante, compte tenu du manque de rentabilité de ce segment d'activité.

Grâce aux plans « obésité » mis en place ces dernières années, la prise en charge des patients obèses s'est améliorée. Néanmoins, il apparaît que ces patients peuvent rencontrer des problèmes d'accès aux soins, faute de pouvoir faire appel à des ambulanciers disponibles et formés pour les prendre en charge. En effet, ce type de transports requiert un équipage de quatre personnes et un équipement spécifique (véhicule et dispositifs de brancardage). Le surcoût lié à cette prestation spécifique doit être le plus souvent assumé par les patients ou financés sur le FNASS.

Ainsi, la feuille de route « obésité » pour 2020-2022 prévoit de réaliser un état des lieux en région pour évaluer les éventuelles disparités inter-régionales, afin de mieux structurer et renforcer cette offre de transports.

Dans ce cadre, le nouveau dispositif conventionnel pourrait définir ce que recouvrent les transports bariatriques, établir une charte de formation des personnels et de mise à disposition des matériels adaptés pour identifier les entreprises spécialisées et proposer une tarification à la hauteur de l'investissement requis et de la mise à disposition du personnel compétent par les transporteurs sanitaires.

La convention nationale des transporteurs sanitaires date de 2003 et a été partiellement complétée par neuf avenants. Il convient d'actualiser l'ensemble du texte pour lui donner ainsi plus de cohérence. Le dispositif conventionnel devrait comprendre également des mesures ayant trait à la fiabilisation des échanges en encourageant le recours au télé-service SEFi de facturation en ligne et à l'amélioration des contrôles et du suivi de l'évolution de l'activité

Enfin ce nouvel accord intégrera les dispositions de l'avenant 9 signé le 06 décembre 2019 et relatif au versement d'un supplément tarifaire de 20 euros par transport réalisé dans un véhicule spécialement adapté pour accueillir un ou plusieurs patients utilisant leur fauteuil roulant.

Taxis

Les conventions locales taxi arrivant à échéance fin 2018 et courant 2019, il a été décidé de réviser la décision du 8 septembre 2008 définissant un modèle-type de convention locale destiné aux entreprises de taxi et aux organismes locaux d'assurance maladie, avant la reprise des négociations locales.

Les six fédérations nationales de taxis, la FNAT, l'UNT, la FNTI, la FFTP, la FNDDT, l'UNIT ont signé le 12 novembre 2018, avec l'UNCAM, un protocole d'accord définissant un cadre partagé de régulation des dépenses de transport de taxis. Ce protocole encadre ainsi les négociations des conventions locales signées entre les entreprises de taxi et les caisses d'Assurance Maladie pour le 1^{er} février 2019.

93% des caisses ont signé leur convention locale au 1^{er} février et 7% ont signé avant la fin de l'année.

L'année 2019 a été marquée par l'application de l'article 80 relatif à la prise en charge des transports inter-hospitaliers sauf exception par les établissements de santé.

Les économies constatées en 2019 reposent donc sur les nouvelles règles de l'article 80 d'une part et sur l'application du protocole d'accord national et des mesures tarifaires négociées localement en découlant, d'autre part.

- Les économies réalisées par le protocole d'accord

Le montant des économies liées au protocole, hors effet désindexation, est estimé à 66 M€ et sont obtenus de la manière suivante. En 2019, l'effet désindexation partiel s'élève à 1,8 points (33,7 M€ en 2019).

Les économies réalisées par le protocole d'accord représentent un montant de 100 M€, dont 33,7 M€ de désindexation.

Pour mémoire, lors de la signature du protocole, les économies attendues pour l'année 2019 étaient estimées entre 68 M€ et 79M€ sans prendre en compte le surcoût lié au TPMR. Les économies observées sont donc plus élevées que celles estimées au moment de la signature du protocole en raison notamment des mesures sur les tarifs ABCD et de l'effet désindexation.

Enfin, la mise en place d'un supplément de rémunération de 20€ par trajet pour les transports réalisés dans un véhicule spécialement adapté pour accueillir les patients utilisant leur fauteuil roulant a été effective en 2019 grâce à la publication d'un cahier des charges décrivant les conditions de réalisation de ce type de transport, à l'identique de celui prévu par l'avenant 9 à la convention nationale des transporteurs sanitaires.

Pharmaciens

Sept avenants ont été conclus, approuvés ou publiés dans le secteur conventionnel de la pharmacie sur la période 2019 / 2020 :

- l'avenant n° 15 relatif à la mise en œuvre de la télémedecine en officine. Ce texte a été signé par l'Uncam, la FSPF et l'USPO le 06/12/2018. L'Unocam en a pris acte en date du 22/01/2019. Il a été approuvé le 2 septembre 2019.
- l'avenant n° 16 relatif à la nouvelle mission du pharmacien relative à la vaccination antigrippale et à la tarification de l'honoraire de vaccination. Ce texte a été signé par l'Uncam, la FSPF et l'USPO le 14/03/2019 et par l'Unocam le 26/03/2019. Il a été approuvé le 2 septembre 2019.
- l'avenant n° 17 relatif à la ROSP génériques pour 2019. Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 03/04/2019. L'Unocam en a pris acte en date du 28/05/2019. Il a été publié au JO du 28 avril 2020.
- l'avenant n° 13 à l'accord national portant sur la délivrance de spécialités génériques (fixation des objectifs de substitution). Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 03/04/2019. Il a été publié au JO du 28 avril 2020.

- l'avenant n°18 relatif à la mise en place de la rémunération des pharmaciens pour la réalisation des TROD angines à compter du 1^{er} janvier 2020. Ce texte a été signé par l'Uncam, la FSPF et l'USPO le 18 septembre 2019 et par l'Unocam le 1^{er} octobre 2019. Il a été approuvé tacitement le 25 novembre 2019.
- l'avenant n°19 relatif au rééquilibrage financier de l'avenant 11, à l'expérimentation de l'ouverture du bilan partagé de médication aux patients résidents en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour une durée de deux ans, et à la mise en place de la dispensation adaptée par le pharmacien d'officine. Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 19 novembre 2019 et par l'Unocam le 19 décembre 2019. Il a été publié au JO le 4 février 2020.
- l'avenant n°20 relatif aux modalités de mise en place de la dispensation adaptée en officine. Ce texte a été signé par l'Uncam et l'USPO le 12 février 2020. L'Unocam en a pris acte en date du 3 mars 2020. Il a été approuvé tacitement le 13 mai 2020 et publié au JO le 29 mai 2020.

L'avenant 15 s'inscrit dans le prolongement de l'avenant n° 6 à la convention médicale relatif au déploiement de la télé médecine.

Les parties signataires se sont entendues sur l'intérêt de s'appuyer sur le réseau officinal et la proximité d'accès qu'il offre à la population, pour promouvoir ce nouveau mode d'organisation déterminant de l'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins.

Cet avenant détermine les modalités de mise en œuvre des téléconsultations en officine dans le respect du parcours de soins, ainsi que le rôle du pharmacien en tant que professionnel de santé accompagnant. La mission qui lui est confiée dans ce cadre consistera à proposer une offre organisationnelle des téléconsultations permettant de préserver la confidentialité des données, ainsi qu'une assistance au médecin téléconsultant pour la réalisation des actes nécessaires à l'examen clinique.

L'investissement des pharmaciens dans le déploiement des téléconsultations constitue un nouvel axe de rémunération conventionnel du pharmacien valorisant l'exercice coordonné et l'évolution des pratiques conformément aux orientations de l'accord cadre interprofessionnel. L'article 13.1.4 de l'avenant prévoit à cet égard le versement au pharmacien d'une rémunération annuelle comprenant 2 volets : une participation forfaitaire de 1 225 € la 1^{ère} année, puis 350 € les années suivantes et une participation forfaitaire au temps passé en fonction du nombre de téléconsultations réalisées. Par ailleurs, la traçabilité des téléconsultations réalisées en officine est assurée par un code acte traceur.

Compte tenu de la nature inédite de l'investissement qu'il est demandé aux pharmaciens de mettre en œuvre, les parties signataires se sont entendues pour suivre le déploiement des téléconsultations en officine et d'adapter, le cas échéant, les modalités de mise en œuvre et de financement convenues. Un bilan circonstancié est ainsi prévu à 1 an de la mise en œuvre de cette nouvelle mesure conventionnelle.

L'avenant n° 16 tire les conséquences des évolutions législatives et réglementaires qui confèrent désormais aux pharmaciens la compétence pour procéder à la vaccination des populations contre les maladies, et plus précisément en l'état actuel de la réglementation, au bénéfice des personnes majeures les plus exposées au virus de la grippe, telles que définies par les recommandations vaccinales en vigueur et à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure.

La vaccination antigrippale constitue un nouvel axe de la pratique pharmaceutique et contribue de ce point de vue à la diversification du mode de rémunération des pharmaciens par rapport aux rémunérations existantes pour cette profession.

L'avenant n° 17 à la convention nationale pharmaceutique est relatif :

- A la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article 31.3.3 de la convention nationale qui prévoit la révision des « *paramètres de calcul de la ROSP, afin de tenir compte de la réduction des marges de progression supplémentaire du taux de substitution sur les médicaments génériques* », dans la limite de 30 % du montant global de la ROSP estimée en 2017 (140 M€). Les parties signataires de l'avenant n° 17 ont par ailleurs tiré les conséquences de l'investissement financier plus important de l'assurance maladie dans la mise place des nouveaux honoraires de dispensations issus de l'avenant n° 11, et se sont accordées dans ce cadre sur une baisse de rendement de la ROSP génériques 2019 plus importante que celle convenue. Ainsi, la rémunération des pharmaciens sur la délivrance des spécialités génériques pour 2019 est estimée dans ce cadre à 65 M€.

- A l'actualisation de la liste des molécules ciblées dans le cadre de la ROSP portant sur la délivrance de spécialités génériques.

L'avenant n° 13 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques. Dans cet avenant, les parties confirment leur engagement sur un taux de pénétration des génériques de 90 % sur l'ensemble des molécules du répertoire de l'ANSM arrêté au 30 juin 2018, hors Levothyroxine du fait de l'offre générique insuffisante constatée pour cette molécule.

Cet engagement national est décliné au niveau départemental. Dans ce cadre, les départements dont le taux de pénétration des génériques est inférieur à 90 % devront atteindre ce taux d'ici la fin de l'année 2019. Les départements déjà au-dessus de ce taux devront maintenir leur taux.

L'engagement national est également décliné en objectifs individuels. Les pharmaciens ayant un taux de pénétration des génériques inférieur à 90 % devront atteindre ce taux d'ici la fin de l'année.

L'avenant n°18 définit le contenu de cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine et fixe la rémunération pour la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) angines à compter du 1^{er} janvier 2020.

Dans un contexte de lutte contre l'antibiorésistance la réalisation d'un Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) constitue un outil pertinent pour distinguer une angine virale d'une angine bactérienne.

Les parties signataires se sont accordées sur la nécessité de valoriser la compétence dévolue par la réglementation aux pharmaciens pour la réalisation de TROD. Le pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé publique et de proximité joue un rôle aux côtés des prescripteurs, facilite le parcours du patient présentant un mal de gorge évocateur d'angine et favorise ainsi la pertinence des prescriptions.

La rémunération du pharmacien couvre la réalisation du test, les prestations énumérées à l'article 27.1 de l'avenant et le coût d'acquisition du test.

Deux circuits de prise en charge ont été définis.

- Soit le patient se présente spontanément à l'officine et est directement pris en charge par le pharmacien. Dans ce cas, la réalisation du test par le pharmacien est tarifée à 6 € HT
- Soit le patient est orienté vers la pharmacie par son médecin traitant pour la réalisation du test, muni d'une ordonnance conditionnelle d'antibiotiques. Dans ce cas, la réalisation du test par le pharmacien est tarifée 6 € HT en cas de résultat positif, et 7 € HT en cas de résultat négatif.

Les parties signataires se sont entendues pour assurer le suivi du déploiement de cette nouvelle mission. Un bilan circonstancié, sera réalisé à l'échéance d'un délai d'un an à compter de la mise en œuvre effective de cette nouvelle mesure conventionnelle.

L'avenant n°19

Les parties signataires ont souhaité tirer les conséquences du bilan économique réalisé à l'occasion de la mise en œuvre de la réforme de la rémunération officinale engagée par l'avenant n°11 en procédant aux rééquilibrages nécessaires pour respecter les prévisions initiales. L'honoraire lié à l'ordonnance complexe est ainsi fixé à 0,31€ au 1^{er} janvier 2020 au lieu de 0,51€. Par ailleurs, la rémunération pour objectif de santé publique relative à la transmission du numéro d'identification des prescripteurs hospitaliers (RPPS) par les pharmaciens dans le cadre de la LFSS 2019 a été supprimée.

Les parties signataires ont souhaité également poursuivre la mise en œuvre des évolutions conventionnelles engagées depuis quelques années afin d'accompagner les missions de santé publique des pharmaciens et diversifier le périmètre de l'exercice pharmaceutique, notamment en confortant le rôle du pharmacien dans les missions de conseil et d'accompagnement des patients dans l'observance de leur traitement ainsi que la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Elles se sont accordées pour mettre en œuvre, en 2020, par le biais d'une « intervention pharmaceutique » une dispensation adaptée, aux besoins thérapeutiques du patient, en s'assurant de la bonne observance des traitements prescrits.

Par ailleurs, les parties signataires se sont engagées en 2020 à définir les modalités d'identification auprès de l'Assurance maladie des pharmaciens correspondants dont le dispositif a été simplifié aux termes de l'article 28 de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Le bilan partagé de médication mis en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2018 permet d'accompagner les patients de 65 ans et plus avec ALD et les 75 ans et plus pour lesquels plus de cinq médicaments sont prescrits. Les parties signataires ont proposé dans le cadre de cet avenant d'ouvrir cet accompagnement à tous les patients polymédiqués de 65 ans et plus.

Enfin les parties signataires ont proposé d'adapter cet accompagnement aux personnes âgées vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour le rendre accessible dès maintenant, et à titre expérimental, dans les mêmes conditions que les autres personnes âgées polymédiquées.

L'évaluation de ce dispositif au terme d'une période de 2 ans pourra conduire à des évolutions du bilan partagé de médication dans le contexte particulier de l'EHPAD au sein duquel différentes professions entourent le patient : médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmière et parfois les aidants.

L'avenant n° 20 :

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

La mise en œuvre de la dispensation adaptée par le biais d'une intervention pharmaceutique concerne uniquement des traitements dont la posologie peut être ajustée, en fonction des symptômes perçus par le patient et de sa libre appréciation, en respectant la prescription médicale et l'objectif thérapeutique. Vingt-deux classes thérapeutiques ont ainsi été incluses dans l'accord, comme par exemple le paracétamol, les médicaments des troubles du transit ou encore les antiseptiques et désinfectants.

Le principe est que si l'adaptation par le pharmacien de la dispensation contribue à faire diminuer les volumes de boîtes délivrés, une part des économies réalisées est reversée aux officines, sous la forme d'une rémunération sur objectifs de santé publique, avec des premiers paiements à l'été 2021. Ce dispositif est mis en place pour deux ans. A l'issue de cette période, un bilan sera réalisé pour en évaluer l'impact et l'efficacité.

Annexe 3 – La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) huit ans après

La Rosp en 2019, un dispositif d'amélioration des pratiques avec un impact positif confirmé

Pour la seconde année consécutive, les résultats de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), largement refondue et modernisée depuis 2016, sont en hausse avec, comme conséquence, une rémunération accrue pour les 73 582 médecins libéraux concernés en 2020. Cette tendance confirme l'engagement des médecins à se saisir de ce levier d'amélioration des pratiques cliniques.

En témoignent notamment les résultats positifs de la Rosp médecins traitant de l'adulte de 2018 qui se confirment en 2019 : en effet, sur 29 indicateurs de pratique clinique, dont 4 sont déclaratifs, 23 sont en progression et 6 seulement en recul.

De façon générale, les résultats restent satisfaisants sur le volet 'optimisation et efficience des prescriptions' ; de plus, ils se maintiennent sur le volet 'suivi des patients atteints de pathologie chronique' ; enfin ils progressent, bien que légèrement, sur la prévention, volet qui a été volontairement renforcé, et sur lequel les résultats sont historiquement à la fois contrastés et plus en retrait.

Une Rosp renouvelée et plus exigeante

Mise en œuvre en 2012, la Rosp a en effet été profondément revue et modernisée lors de la convention médicale d'août 2016, et ce, afin de conforter son rôle de levier d'évolution des pratiques avec 17 nouveaux indicateurs ; pour cela, elle a été recentrée sur la seule pratique clinique avec un poids accru donné à la fois sur la prévention (avec 5 nouveaux indicateurs) et au suivi renforcé des malades chroniques, étendu notamment aux patients souffrant d'HTA ou avec un risque cardiovasculaire ; par ailleurs, des indicateurs ont été actualisés au regard des référentiels de santé publique.

En 2017, l'Assurance Maladie avait accompagné cette refonte globale en mettant en œuvre un dispositif de clause de sauvegarde, activé l'année qui a suivi sa révision pour laisser le temps nécessaire à l'appropriation de ces nouvelles modalités par les médecins.

Depuis, l'Assurance Maladie travaille régulièrement et conjointement avec les représentants de la profession, médecins généralistes et d'autres spécialités, de même qu'avec le Collège de médecine générale, sur les indicateurs comme sur le niveau des objectifs qui ont fait l'objet d'ajustements dans l'avenant 6⁸⁷ de la convention médicale.

Des progrès valorisés par des rémunérations à la hausse.

Ainsi, les rémunérations de la Rosp clinique des médecins libéraux⁸⁸ s'élèvent en 2020 à 275,9 millions d'euros et concernent 73 582 médecins rémunérés (contre 271,5 millions d'euros pour 73 719 médecins rémunérés en 2018).

Concernant la rémunération moyenne au titre de la Rosp médecin traitant de l'adulte, celle-ci enregistre là-aussi une hausse de près de 2 %, si on parle des seuls généralistes.

La rémunération des généralistes implique un investissement de l'Assurance Maladie à hauteur de 254,4 millions d'euros pour 50 662 médecins (contre 249,6 millions d'euros pour 50 785 médecins en 2018), soit un montant moyen de rémunération versée de 5 021 euros par médecin rémunéré (contre 4 915 euros en 2018).

Ces rémunérations à la hausse qui témoignent de la progression des indicateurs, confirment l'impact de ce levier d'amélioration des pratiques médicales, tel que voulu par les partenaires conventionnels.

⁸⁷ L'avenant 6 a été signé en juin 2018

⁸⁸ Sont inclus ici la Rosp médecin traitant adulte, la Rosp cardiologues et gastroentérologues - hors centres de santé et endocrinologues.

De bons résultats de la Rosp médecin traitant de l'adulte, volets par volets

Concernant le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, le dépistage de la maladie rénale chronique fait l'objet d'une progression notable que ce soit chez le patient hypertendu (+ 2,4 points soit 223 000 patients mieux dépistés) comme chez le patient diabétique (+ 2,6 points soit 57 000 patients mieux dépistés). C'est aussi le cas de la réalisation de l'examen du fond d'œil en hausse (+ 2,3 points).

En matière de prévention, de bons résultats sont également enregistrés : la vaccination antigrippale progresse de manière satisfaisante (+ 1,2 point chez les personnes de 65 ans et plus, + 1,6 point chez les sujets à risque). Les indicateurs de diminution de la consommation d'antibiotiques (antibiothérapie - 2,9 points, antibiorésistance - 2,2 points) et de prévention de la iatrogénie médicamenteuse (benzodiazépine hypnotique en baisse de 1,4 point) continuent à être bien orientés.

Il faut également noter les bons résultats sur ce volet concernant la prévention des conduites addictives (alcool et tabac), qui font l'objet d'indicateurs déclaratifs.

Pour ce qui est du volet efficience des prescriptions, il affiche de très bons résultats avec de net progrès sur la prescription des génériques et sur la prescription des bio similaires dont la forte dynamique se poursuit (+ 5,2 points).

Des indicateurs à améliorer

Le dépistage du cancer du sein est mal orienté cette année (- 0,2 point). Le dépistage du cancer colorectal connaît également un recul (- 0,9 point). Le dépistage du cancer du col de l'utérus enregistre, lui aussi, un ralentissement (- 1,1 point).

Sur le volet efficience des prescriptions, on observe un recul des recours aux statines génériques (- 1,1 point), lié à la progression cette année de la prescription du Liptruzet (hors répertoire).

Enfin, on constate que des efforts restent à fournir sur le suivi des patients atteints de

La Rosp médecin traitant de l'adulte : le bilan volet par volet

En favorisant la prévention et le dépistage, en incitant à une meilleure prise en charge des pathologies chroniques et en optimisant les prescriptions au regard des référentiels, les indicateurs de la Rosp permettent d'améliorer les pratiques médicales en matière de santé publique au bénéfice du patient. Ils constituent également un moyen pour le médecin de mieux suivre sa pratique et valoriser ses efforts.

La prévention

Les modifications des comportements et la prévention sont des facteurs de réduction de la mortalité et de la morbidité globales ; ils constituent des axes majeurs de progrès en santé. C'est dans cette optique que le poids du volet prévention a été fortement revalorisé lors de l'élaboration de la nouvelle Rosp par les partenaires conventionnels : bien qu'exigeants, 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 4 grands objectifs : encourager le dépistage des cancers et la vaccination, 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.

Les indicateurs de prévention de la iatrogénie médicamenteuse et de diminution de la consommation d'antibiotiques restent bien orientés en 2019.

A l'inverse, les résultats des indicateurs sur le dépistage des cancers (sein, col et colorectal) sont tous trois en recul cette année. C'est un terrain sur lequel le travail conjoint entre le ministère en charge de la santé, l'INCa et l'Assurance Maladie avec les médecins doit se poursuivre.

Par ailleurs, par rapport à 2018, des efforts ont été faits sur la prescription des traitements par benzodiazépines hypnotiques et anxiolytiques (respectivement - 1,4 point et - 0,5 point).

Grippe

Comme en 2018, les indicateurs de prévention de la grippe progressent : 56,4 % pour la vaccination des patients de 65 ans et plus (+ 1,2 point) et 34,9 % pour celle des patients de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (+1,6 point).

Dépistage des cancers

Après une légère hausse observée en 2018, le **dépistage du cancer du sein**, cancer le plus fréquent et le plus mortel chez la femme⁸⁹, ne progresse pas cette année (- 0,2 point). Le **dépistage du cancer colorectal** connaît également un recul (- 0,9 point). Le **dépistage du cancer du col de l'utérus** enregistre, lui aussi, un ralentissement (- 1,1 point).

Iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes âgées de plus de 65 ans, est responsable de nombreuses hospitalisations chaque année⁹⁰. Une amélioration des pratiques s'observe ces dernières années, qui se traduit, d'une part, par une diminution du nombre de patients consommant certains médicaments à risque iatrogénique élevé comme les psychotropes et les benzodiazépines et, d'autre part, par une réduction des durées de traitement.

La prévention de la iatrogénie pour les patients âgés de plus de 75 ans sous psychotropes reste quasiment stable (- 0,2 point) mais se situe à un niveau bas, déjà globalement bon (4,6 %). Les indicateurs sur les durées de traitements par benzodiazépines hypnotiques et anxiolytiques continuent eux-aussi d'être bien orientés en étant à la baisse (- 1,4 point et - 0,5 point).

Antibiothérapie

La France reste toujours un des pays où la consommation d'antibiotiques est très forte⁹¹. Elle demeure encore en 2018 environ 30% supérieure à la moyenne européenne.

Or, leur utilisation massive et répétée entraîne l'apparition de souches bactériennes résistantes. Cet indicateur dans la Rosp a pour objectif de maintenir l'engagement à réduire la consommation d'antibiotiques en France et notamment ceux qui sont identifiés comme les plus générateurs d'antibiorésistance afin de préserver le plus longtemps possible l'efficacité de ces traitements.

Une réduction importante du nombre de traitements antibiotiques chez les patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD a été observée depuis 2011. Cette tendance se confirme en 2019, - 2,9 points soit 641 000 traitements évités. La part des patients traités par les antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance poursuit sa forte baisse avec - 2,2 points avec 195 558 patients concernés par ce recul.

Indicateurs déclaratifs de prévention

On note une progression de l'ensemble des indicateurs déclaratifs qui concernent les actions face aux conduites addictives (tabac + 2,2 points et alcool + 2,1 points).

⁸⁹ INCa, *Les cancers en France en 2018- L'essentiel des faits et chiffres*, février 2019.

⁹⁰ On l'évalue à 130 000 hospitalisations par an et à 10 000 décès par an. La loi de santé publique de 2004 l'avait inscrite dans ses priorités et sa prévention fait donc l'objet d'une mobilisation de l'Assurance Maladie depuis presque 10 ans.

Source : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000115/0000.pdf>.

⁹¹ Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/consommation-d-antibiotiques-et-antibiorésistance-en-france-en-2018>

Synthèse des résultats des indicateurs calculés de prévention

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Evolution en points déc. 2018 déc. 2019
Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 61 %	52,9 %	52,9 %	55,3 %	56,4 %	1,2
	Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	≥ 42 %	31,2 %	31,2 %	33,3 %	34,9 %	1,6
Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	≥ 74 %	67,3 %	66,1 %	66,4 %	66,2 %	-0,2
	Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	≥ 65 %	56,9 %	56,8 %	56,1 %	55,0 %	-1,1
	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	≥ 55 %	22,9 %	29,1 %	28,1 %	27,1 %	-0,9
Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits	<= 3 %	5,3 %	5,0 %	4,8 %	4,6 %	-0,2
	Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	≤ 30 %	41,6 %	40,9 %	42,4 %	41,0 %	-1,4
	Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	≤ 9 %	15,1 %	15,0 %	14,8 %	14,3 %	-0,5
Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	≤ 20	39,5	36,1	35,8	32,9	-2,9
	Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération ; fluoroquinolones).	≤ 32 %	43,2 %	39,5 %	36,9 %	34,7 %	-2,2

Indicateurs décroissants

Indicateurs déclaratifs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Evolution en points déc. 2018 déc. 2019
Diabète - Examen des pieds chez le diabétique	≥ 95%	87,7%	88,7%	91,7%	2,9
Risque cardio-vasculaire - Evaluation du risque CV avant traitement	≥ 95%	88,2%	89,8%	90,5%	0,8
Conduites addictives - Addiction au tabac	≥ 75 %	81,2%	85,8%	88,0%	2,2
Conduites addictives - Addiction à l'alcool	≥ 75 %	79,8%	81,8%	83,9%	2,1

Le suivi des pathologies chroniques

En France, près de 11 millions de personnes bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD), sources potentielles d'incapacité et de handicap, soit 17 % des assurés⁹². C'est dans ce contexte que les indicateurs de suivi des pathologies chroniques ont été revus lors de la convention médicale de 2016. Ils permettent de **mesurer la qualité du suivi** des patients atteints de ces pathologies, de **réduire les risques de rechute et complications** en lien avec les dernières connaissances médicales, dans l'objectif **d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie de ces patients**.

En 2019, les évolutions observées continuent à être favorables : les deux indicateurs de **dépistage de la maladie rénale chronique** poursuivent une progression notable (plus de 57 000 patients diabétiques et 223 000 patients hypertendus mieux dépistés), les deux autres indicateurs sur **le diabète** progressent également tandis que les deux indicateurs de **suivi des patients à risque cardio-vasculaire** stagnent ou sont en baisse.

⁹²

Source : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php>

Diabète

L'amélioration du suivi des patients diabétiques, indispensable pour prévenir et éviter les complications de cette pathologie grave (affections cardio-vasculaires, perte de la vue, insuffisance rénale...) a été un axe de progression prioritaire lors de la convention médicale de 2016.

La part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un dépistage de la maladie rénale chronique poursuit sa progression avec une augmentation de 2,6 points, ce qui représente plus de 57 000 patients mieux pris en charge.

Concernant l'indicateur relatif à la part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans (indicateur introduit dans la Rosp depuis 2011) affiche une belle progression (+ 2,3 points), tandis que la part des patients diabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année est stable (+ 0,2 point).

HTA

L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez le patient hypertendu, créé par la convention de 2016, poursuit sa progression, avec plus de 223 000 patients mieux suivis (+ 2,4 points).

Risque cardio-vasculaire

Les indicateurs de suivi des patients à risque cardio-vasculaire sont moins bien orientés, puisque l'on observe une baisse de 1,5 point sur la surveillance des traitements par anti vitamine K ; en revanche la prévention secondaire du risque cardio-vasculaire reste stable (part de patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2).

Synthèse des résultats des indicateurs calculés de suivi des pathologies chroniques

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Evolut. en points déc. 2018 déc. 2019
Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	≥ 89 %	79,0 %	78,7 %	79,4 %	79,7 %	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	≥ 75,6 %	62,9 %	62 %	65,8 %	68,1 %	2,3
	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	≥ 58,6%	31 %	34,9 %	40,9 %	43,4 %	2,6
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	≥ 27,6 %	7 %	9 %	22,3 %	24,8 %	2,4
Risque CV	Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	≥ 56%	44,2 %	43,6 %	43,7 %	43,9 %	0,2
	Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année *	≥ 96 %	79,0 %	80,2 %	85,5 %	84,1 %	-1,5

A noter, 4 indicateurs de pathologies chroniques ont changé de définition en 2019 à la demande des syndicats de médecins : il s'agit du fond d'œil pour les patients diabétiques, du dépistage de la maladie rénale chronique chez le diabétique, du dépistage de la maladie rénale chronique chez l'hypertendu et de la surveillance d'un traitement par anti vitamine K. Pour ces indicateurs, la valeur de 2018 a été recalculée suivant leur nouvelle définition et les évolutions recalculées en conséquence.

L'optimisation et l'efficience des prescriptions

En 2019, la majorité des indicateurs du volet efficience restent bien orientés

Les indicateurs de prescription dans le répertoire d'antihypertenseurs et autres traitements restent bien orientés : respectivement + 2,6 points et + 2,4 points, ce qui représente respectivement 3,5 millions et 17,1 millions de boîtes prescrites en plus dans le répertoire des génériques.

A l'inverse, la prescription de statines dans le répertoire diminue en raison d'une progression de la prescription de Liptruzet (hors répertoire). Cependant, respectivement 94 % et 88 % des médecins se situent au-dessus de l'objectif cible pour les antihypertenseurs et les statines.

La prescription de biosimilaires parmi les prescriptions d'insuline glargine (un analogue de l'insuline humaine de durée d'action prolongée) poursuit sa progression de 2018 : son taux s'établit à 14,3 % des boîtes prescrites (+ 5,2 points en 2019).

Quatre des cinq indicateurs d'efficience des prescriptions restent bien orientés, notamment le nouvel indicateur sur la diminution de la co-prescription des inhibiteurs de la pompe à protons et des AINS chez les patients de moins de 65 ans sans facteur de risque (-0,8 point). A l'inverse, le nouvel indicateur décroissant concernant les traitements par ézétimibe a progressé de 1,0 point.

Par ailleurs, la part des patients diabétiques traités par metformine augmente de 0,7 point, tandis que celle des patients ayant eu un dosage isolé de TSH connaît une hausse de 0,3 point.

Synthèse des résultats des indicateurs calculés de suivi des pathologies chroniques

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Evolution en points déc. 2018 déc. 2019
Prescription dans le répertoire des génériques ou bio similaires	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 94 %	90,3 %	90,7 %	98,1 %	97 %	-1,1
	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 90 %	86,5 %	88,5 %	92,7 %	95,3 %	2,6
	Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques		Indicateur supprimé*				
	Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques		Indicateur supprimé*				
	Indice global de prescription dans le reste du Répertoire **	≥ 69 %	47,1 %	62,2 %	62,3 %	64,7 %	2,4
	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	≥ 10 %	0,2 %	2,8 %	9,1 %	14,3 %	5,2 %
	Part des patients MT de moins de 65 ans avec co-délivrance d'inhibiteurs de la pompe à protons et AINS parmi les patients sous AINS	<= 16,7%			30,9 %	30,1 %	-0,8
	Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes ézétimibe + statine prescrites par le MT	<= 3,8 %			11 %	12 %	1
Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	≥ 92 %	87,2 %	87,9 %	88,4 %	88,9 %	0,5
	Part des patients MT diabétiques traités par Metformine	≥ 90 %	80,6 %	81,4 %	82,3 %	83 %	0,7
	** 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 %	89,1 %	90,7 %	91 %	0,3

* Les 60 points correspondants aux 2 indicateurs supprimés ont été réaffectés sur les 2 nouveaux indicateurs : inhibiteurs de la pompe à protons et l'ézétimibe.

** La formule de calcul des indicateurs relatifs au fond d'œil, au dépistage de la MRC chez les patients diabétiques et chez les patients hypertendus, et à la surveillance du traitement par anti vitamine K ont été modifiées à compter de décembre 2018.

La Rosp médecin traitant de l'adulte : rémunération versée pour l'année 2019

En 2019, la rémunération de la Rosp pour les médecins traitants de l'adulte (hors centres de santé) est supérieure à celle versée en 2018.

Résultant d'indicateurs à la hausse, celle-ci progresse de 1,7 %, s'élevant cette année à 263,8 millions d'euros pour 67 219 médecins (contre 259,4 millions d'euros en 2018 pour 67 381 médecins).

Ainsi, la rémunération moyenne s'élève à 4 820 euros pour 54 699 médecins généralistes et médecins à expertise particulière (MEP) libéraux au titre de la Rosp médecin traitant de l'adulte (contre 4 705 euros pour 55 102 médecins en 2018), soit une augmentation de 2,4 %.

Si l'on prend les seuls médecins généralistes, ce sont 50 662 médecins qui ont perçu une rémunération moyenne de 5 021 euros (contre 4 915 euros pour 50 785 médecins en 2018).

Le paiement de la Rosp 2019 médecin traitant de l'adulte sera effectif entre le 18 et le 21 avril, selon les banques des bénéficiaires.

Par ailleurs, la rémunération de la Rosp pour les médecins traitants de l'enfant augmente de 41,7 %, quant à elle, s'élevant à 10,2 millions d'euros pour 45 771 médecins rémunérés (contre 7,2 millions d'euros en 2018 pour 42 533 médecins).

Plus généralement, la rémunération qui découle de l'ensemble des Rosp cliniques (hors centres de santé et endocrinologues) s'élève à 275,9 millions d'euros cette année, contre 271,5 millions en 2018.

Les autres Rosp

Au même titre que la Rosp médecin traitant de l'adulte, les seuils et objectifs des autres Rosp ont également été modifiés à compter de 2018 via l'avenant 6 à la convention médicale de 2016. Par ailleurs ces indicateurs font l'objet de travaux conjoints avec les représentants de la profession afin de les ajuster ou de les faire évoluer.

La Rosp médecin traitant de l'enfant de moins de 16 ans

Depuis l'avenant 2 à la convention médicale de 2016, la Rosp s'étend également au suivi des plus jeunes par la création d'une Rosp du médecin traitant de l'enfant de moins de 16 ans. Elle comprend 10 indicateurs spécifiques à leur prise en charge, dont 8 consacrés à la prévention (obésité, vaccination, antibiorésistance, suivi bucco-dentaire, etc.).

Sur le volet prévention, l'ensemble des indicateurs sont bien orientés. Suite à l'extension à 11 vaccins obligatoires depuis 2018, les deux indicateurs de vaccination continuent de progresser : +5,9 points pour l'anti méningocoque C et +1,3 point pour la vaccination rougeole-oreillons-rubéole (ROR). Les deux indicateurs d'antibiorésistance affichent toujours de bons résultats : - 2,8 points chez les enfants de moins de 4 ans et -2,0 points chez les plus de 4 ans. Enfin, le suivi bucco-dentaire augmente par rapport à l'an passé, + 0,4 point.

Sur le volet des pathologies chroniques, l'indicateur relatif à l'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) chez les patients asthmatiques reste stable à 43,2 %. Tandis que l'indicateur relatif au traitement par corticoides inhalés ou antileucotriènes se réoriente à la hausse, + 0,9 point.

En 2019, le montant de la Rosp médecin traitant de l'enfant s'élève à 10,2 millions d'euros, soit une augmentation de 41,7 % (contre 7,2 millions d'euros versés en 2018).

En détail, 42 573 médecins généralistes vont percevoir en moyenne 200 euros (contre 153 euros en 2018) et 1 614 pédiatres vont percevoir 881 euros (contre 730 euros en 2018) au titre de la Rosp médecin traitant de l'enfant.

Le nombre d'enfants ayant un médecin traitant est passé de 4,0 millions à 5,4 millions entre décembre 2018 et décembre 2019.

La Rosp cardiologue

L'indicateur de prescription dans le répertoire des antihypertenseurs diminue légèrement cette année (- 0,6 point), mais reste à un niveau très élevé (54 % des PS atteignent la cible). Les résultats de l'indicateur de prescription de statines dans le répertoire se dégrade (- 3,9 points) en raison d'une progression de la prescription de Liptruzet (hors répertoire).

En matière de prévention, l'ensemble des indicateurs s'améliore cette année : + 1,0 point pour l'indicateur de surveillance biologique sous trithérapie anti-HTA, + 1,1 point sur l'indicateur portant sur les patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique et - 1,8 point sur l'indicateur décroissant relatif à la limitation des AAP.

Sur le volet des pathologies chroniques, l'indicateur sur l'insuffisance cardiaque s'améliore (+ 1,6 point) tandis que celui relatif au traitement consécutif à un infarctus du myocarde est stable après 2 années de baisse.

La rémunération globale des cardiologues s'élève en 2019 à 9,2 millions d'euros soit 4 349 cardiologues rémunérés en moyenne 2 124 euros.

La Rosp gastro-entérologue

Sur le volet des pathologies chroniques, tous les indicateurs sont en progression, en particulier ceux sur l'imagerie après intervention pour cancer colorectal (+ 1,8 point) et sur le dosage de la protéinurie pour MICI sous 5-ASA (+ 1,3 point).

Sur le volet prévention, les deux indicateurs sont stables.

La rémunération globale des gastro-entérologues s'élève en 2019 à 2,9 millions d'euros, soit 2 014 gastro-entérologues rémunérés en moyenne 1 417 euros.

La Rosp endocrinologue

Sur le volet des pathologies chroniques, les deux indicateurs concernant la thyroïde affichent de belles progressions (respectivement de 2,0 et 4,5 points) tandis que l'indicateur concernant le schéma de « basal bolus » baisse fortement (-6,0 points).

Sur la prévention, l'indicateur sur les soins de podologie chez le patient diabétique progresse de 0,9 point.

Sur le volet efficience, l'indicateur ayant trait à l'initiation de l'insuline à l'hôpital progresse de 1,1 point tandis que le second indicateur (autonomie des patients d'emblée pour leur injection) est stable.

La rémunération globale des endocrinologues est estimée à date sur les seuls indicateurs calculés en 2019 à 900 000 euros avec 800 endocrinologues rémunérés.

La Rosp médecin traitant de l'adulte des centres de santé

Concernant le volet prévention, comme chez les médecins libéraux, les résultats sont en progression sur les deux indicateurs de prévention de la grippe (+1,6 point chez les 65 ans et plus, + 2,2 points chez les sujets à risque). Cependant, ils sont inférieurs aux résultats observés chez les médecins libéraux.

Les indicateurs de dépistage des cancers stagnent ou baissent légèrement, et restent inférieurs aux indicateurs des médecins libéraux: +0,4 point pour le cancer du sein, -1,1 point pour le cancer du col et -1,2 point pour le cancer colorectal.

Les indicateurs de iatrogénie sont relativement stables. L'indicateur relatif aux psychotropes chez le patient âgé affiche toujours un meilleur résultat dans les centres de santé.

L'indicateur de prescription d'antibiotique continue d'évoluer favorablement: la prescription d'antibiotiques chez les 16-65 ans sans ALD baisse de 2,0 points, et l'indicateur relatif à l'antibiorésistance de 1,3 point.

Pour ce qui est du suivi des patients atteints de pathologies chroniques, les deux indicateurs de dépistage de la maladie rénale chronique évoluent faiblement la moyenne est de 44,9% chez le patient diabétique et de 28,0% chez le patient hypertendu.

Les deux autres indicateurs concernant le diabète affichent une hausse : +3,2 points pour le fond d'œil et +0,7 point pour les dosages d'HbA1c.

Concernant les indicateurs de suivi des patients à risque cardio-vasculaire, la surveillance des traitements par anti vitamine K (dosages d'INR) baisse de 0,5 point et la prévention secondaire du risque cardio-vasculaire

(patients avec antécédent de maladie coronaire ou AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2) augmente légèrement de 0,5 point.

Enfin, sur le volet efficience des prescriptions, les indicateurs de prescription dans le répertoire d'antihypertenseurs et autres traitements restent bien orientés : respectivement +2,5 et +2,9 points. A l'inverse, la prescription de statines dans le répertoire diminue comme chez les médecins libéraux en raison d'une progression de la prescription de Liptruzet (hors répertoire). La prescription de biosimilaires est toujours en forte progression (+4,7 points) Quatre des cinq indicateurs relatifs à l'efficience des prescriptions sont bien orientés, en particulier celui relatif au dosage des hormones thyroïdiennes (+2,0 points).

En revanche, le nouvel indicateur sur les traitements par ézétimibe a progressé de 1,0 point (indicateur décroissant).

Le montant total de la rémunération des centres de santé s'élève pour 2019 à 4 millions d'euros, contre 3,3 en 2018. Ainsi 510 centres sont rémunérés au titre de la Rosp médecin traitant de l'adulte, en moyenne de 7 774 euros (versus 433 centres rémunérés en moyenne 7 646 euros en 2018).

Résultats complets nationaux

Indicateurs cliniques pour les médecins traitants (libéraux)

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Evolution en points 2018 - 2019
PREVENTION	Grippe					
	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	52,9 %	52,9 %	55,3 %	56,4 %	1,2
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	31,2 %	31,2 %	33,3 %	34,9 %	1,6
	Dépistage des cancers					
	Dépistage du cancer du sein	67,3 %	66,1 %	66,4 %	66,2 %	-0,2
	Dépistage du cancer du col	56,9 %	56,8 %	56,1 %	55,0 %	-1,1
	Dépistage du cancer colorectal	22,9 %	29,1 %	28,1 %	27,1 %	-0,9
	Iatrogénie médicamenteuse					
	Patient âgé sous psychotropes	5,3 %	5,0 %	4,8 %	4,6 %	-0,2
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	41,6 %	40,9 %	42,4 %	41,0 %	-1,4
	Traitement par benzodiazépine anxiolytique	15,1 %	15,0 %	14,8 %	14,3 %	-0,5
	Antibiothérapie					
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	39,5	36,1	35,8	32,9	-2,9
	Antibiorésistance	43,2 %	39,5 %	36,9 %	34,7 %	-2,2
	Diabète					
	Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique	79,0 %	78,7 %	79,4 %	79,7 %	0,2
	Fond d'œil chez le diabétique	62,9 %	62,0 %	65,8 %	68,1 %	2,3
	Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique	31,0 %	34,9 %	40,9 %	43,4 %	2,6
	HTA					
	Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu	7,0 %	9,0 %	22,3 %	24,8 %	2,4
	Risque cardio-vasculaire					
	Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	44,2 %	43,6 %	43,7 %	43,9 %	0,2
OPTIMISATION ET EFFICACITE DES PRESCRIPTIONS	Surveillance d'un traitement par anti vitamine K*	79,0 %	80,2 %	85,5 %	84,1 %	-1,5
	Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)					
	Statines prescrites dans le répertoire des génériques	90,3 %	90,7 %	98,1 %	97,0 %	-1,1
	Antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	86,5 %	88,5 %	92,7 %	95,3 %	2,6
	Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques	47,1 %	Indicateurs neutralisés			
	Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques	78,9 %				
	Indice global de prescription dans le reste du répertoire*	47,1 %	62,2 %	62,3 %	64,7 %	2,4
	Bio-similaires de l'insuline glargine	0,2 %	2,8 %	9,1 %	14,3 %	5,2
	Efficacité des prescriptions					
	Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons			30,9 %	30,1 %	-0,8
	Traitement par ézétimibe			11,0 %	12,0 %	1,0
	Traitement antiagrégants plaquettaires par aspirine	87,2 %	87,9 %	88,4 %	88,9 %	0,5
	Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	80,6 %	81,4 %	82,3 %	83,0 %	0,7
	Hormonémies thyroïdiennes*	86,7 %	89,1 %	90,7 %	91,0 %	0,3

Indicateurs cliniques pour les médecins traitants de l'enfant (libéraux)

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Evolution en points 2018 - 2019
PREVENTION	Vaccination					
	2 doses vaccin ROR chez enfants de - 2 ans	75,7%	78,1%	83,1%	84,3%	1,3
	1 dose vaccin antiméningo. C enfants - 18 mois	75,3%	80,5%	89,2%	95,1%	5,9
	Antibiorésistance					
	Part des C3 ou C4 des enfants de - 4 ans traités par antibio.	34,0%	27,0%	24,1%	21,3%	-2,8
	Part des C3 ou C4 des enfants de + 4 ans traités par antibio.	22,8%	19,3%	17,2%	15,2%	-2,0
	Suivi bucco-dentaire					
	Examen bucco-dentaire chez les - 16 ans	76,5%	76,9%	76,9%	77,4%	0,4
SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES	Asthme					
	Asthme persistant [1-16 ans] traités par CI ou ALT	54,8%	54,1%	53,0%	53,9%	0,9
	Asthme persistant [6-16 ans] avec au moins 1 EFR/an	38,4%	39,8%	43,3%	43,2%	0,0

Indicateurs cliniques pour les cardiologues

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Evolution en points 2018 - 2019
PREVENTION	HTA					
	Hypertension artérielle sous trithérapie	68,1%	68,3%	68,5%	69,6%	1,1
	Surveillance biologique sous trithérapie anti-HTA	89,4%	90,0%	90,4%	91,4%	1,0
	Iatrogénie					
	Limiter la durée des traitements antiagrégants	67,9%	66,6%	65,1%	63,3%	-1,8
SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES	Infarctus du myocarde					
	Traitement post infarctus du myocarde	34,2%	33,5%	32,2%	32,0%	-0,2
	Insuffisance cardiaque					
	Traitement de l'insuffisance cardiaque	63,4%	63,4%	64,1%	65,8%	1,6
EFFICACITE DES PRESCRIPTIONS	Prescription dans le répertoire					
	Antihypertenseurs génériques	86,1%	90,9%	93,3%	92,6%	-0,6
	Statines génériques	91,2%	95,0%	93,8%	89,9%	-3,9

Indicateurs cliniques pour les gastro-entérologues

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Evolution en points 2018 - 2019
PREVENTION	Dépistage du cancer colorectal					
	Coloscopie totale avec polypectomie	3,1%	3,7%	3,6%	3,6%	0,0
	Eradication Helicobacter Pylori					
	Contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori	58,9%	61,3%	63,1%	63,5%	0,5
SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES	Cancer colorectal					
	Imagerie après intervention pour cancer colorectal	73,5%	74,9%	77,3%	79,1%	1,8
	ACE après intervention pour cancer colorectal	27,4%	27,2%	27,2%	28,0%	0,8
	MICI					
	Protéinurie pour MICI sous 5-ASA	38,4%	38,8%	39,7%	41,0%	1,3
	NFS-plaquettes pour MICI sous azathioprine	71,2%	70,7%	70,2%	70,8%	-0,6

Indicateurs cliniques pour les médecins traitants adultes (centres de santé)

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Evolution en points 2018 - 2019
PREVENTION	Grippe					
	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	40,1%	40,2%	42,3%	43,9%	1,6
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	26,4%	26,7%	29,2%	31,3%	2,2
	Dépistage des cancers					
	Dépistage du cancer du sein	61,1%	59,9%	59,9%	60,2%	0,4
	Dépistage du cancer du col	50,2%	49,8%	48,9%	47,8%	-1,1
	Dépistage du cancer colorectal	17,1%	23,7%	23,7%	22,5%	-1,2
	Iatrogénie médicamenteuse					
	Patient âgé sous psychotropes	3,0%	2,9%	2,9%	2,7%	-0,2
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	39,7%	39,1%	41,9%	41,4%	-0,5
	Traitement par benzodiazépine anxiolytique	13,1%	13,8%	14,0%	13,7%	-0,3
	Antibiothérapie					
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	26,7	24,2	23,6	21,6	-2,0
	Antibiorésistance	37,6%	36,7%	35,4%	34,2%	-1,3
	Diabète					
	Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique	71,1%	71,2%	72,4%	73,1%	0,7
	Fond d'œil chez le diabétique	65,8%	62,2%	66,9%	70,1%	3,2
	Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique	41,0%	41,8%	43,2%	44,9%	1,7
	HTA					
	Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu	12,0%	12,3%	27,1%	28,0%	0,9
	Risque cardio-vasculaire					
	Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	38,5%	38,2%	38,9%	39,4%	0,5
	Surveillance d'un traitement par anti vitamine K*	63,1%	68,4%	74,8%	74,3%	-0,5
OPTIMISATION ET EFFICACITE DES PRESCRIPTIONS	Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)					
	Statines prescrites dans le répertoire des génériques	92,5%	92,6%	98,2%	97,3%	-0,9
	Antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	85,7%	87,7%	92,6%	95,1%	2,5
	Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques	44,4%				
	Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques	71,1 %				
	Indice global de prescription dans le reste du répertoire*	44,4%	62,1%	62,4%	65,2%	2,9
	Bio-similaires de l'insuline glargine	0,3%	2,6%	6,4%	11,1%	4,7
	Efficacité des prescriptions					
	Traitement par IPP			36,0%	35,7 %	-0,3
	Traitement par ézétimibe			8,8%	9,9 %	1,0
	Traitement antiagrégants plaquettaires par aspirine	88,2%	89,0%	89,2%	89,5%	0,3
	Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	87,5%	87,5%	87,7%	87,9%	0,1
	Hormonémies thyroïdiennes*	78,0%	80,2%	82,6%	84,6%	2,0

* La formule de calcul des indicateurs de surveillance d'un traitement par anti vitamine K, de prescription dans le reste du répertoire et d'hormonémies thyroïdiennes ont été modifiées à compter de décembre 2017.

Annexe 4 – Cartographie des pathologies et des dépenses : Méthode d'affectation des dépenses aux pathologies, traitements et événements de santé développée par la Cnam

L'analyse habituelle de l'Ondam, et plus largement celle de la dépense de santé, repose sur une répartition des dépenses par poste, calquée sur la structuration de l'offre de soins par poste de dépenses (dépenses de soins de ville, de soins hospitaliers, de médecins, de médicament...). Afin de recentrer l'analyse des dépenses d'assurance maladie sur leur finalité première – à savoir la prise en charge de la santé de la population – et d'éclairer le débat entre moyens mobilisés, finalités du système de soins et objectifs de santé publique, la Cnam a développé une approche médicalisée des dépenses, qui repose sur un outil : la cartographie des pathologies et des dépenses. Cette cartographie permet en effet de ventiler les dépenses de santé en fonction des pathologies prises en charges, et non plus en fonction de la seule structuration par poste de l'offre de soins. Grâce à elle, il s'agit notamment d'avoir une meilleure connaissance, par grands groupes de pathologies, traitements ou événements de santé, des enjeux en matière de santé, tant en raison de l'importance du nombre de personnes concernées que des coûts affectés à leur prise en charge.

Pour réaliser cette cartographie, l'enjeu a été, d'une part, de pouvoir repérer les pathologies, traitements et événements de santé et de constituer ensuite les groupes de populations concernés par ces derniers, et d'autre part, de leur affecter un montant de dépenses remboursées correspondant au montant spécifiquement induit par leur prise en charge.

Le repérage des pathologies, traitements et événements de santé et des groupes de populations associés est fait à partir de 56 algorithmes médicaux développés par la Cnam, sur le champ des assurés du régime général (y compris ceux relevant des sections locales mutualistes) présents dans le Système national des données de santé (SNDS) une année donnée.

La méthode d'affectation présentée ci-après en 10 étapes permet de répartir, pour chaque poste, le montant de la dépense **remboursée** entre les différentes pathologies, traitements ou événements de santé. Plus précisément, la dépense est finalement partitionnée en 59 groupes :

- 56 groupes correspondant aux dépenses affectées aux 56 pathologies, traitements ou événements de santé repérés par les algorithmes médicaux mentionnés plus haut,
- 1 groupe correspondant aux dépenses des personnes ayant connu au moins un épisode hospitalier de MCO dit « ponctuel » : il s'agit, d'une part, des dépenses de personnes qui ont une ou plusieurs des pathologies identifiées (parmi les 56) mais qui ont eu au cours de l'année une hospitalisation MCO sans lien avec ces pathologies, et d'autre part, de celles de personnes n'ayant aucune de ces pathologies identifiées, et ayant eu au cours de l'année une hospitalisation MCO (pour des diagnostics autres que ceux pris en compte dans les 56 algorithmes médicaux).
- 1 groupe correspondant aux dépenses des personnes consommant des traitements antalgiques ou anti-inflammatoires, hors pathologies, traitements, événements de santé et hospitalisations ponctuelles (n'appartenant pas aux 57 groupes précédents)
- 1 groupe correspondant aux dépenses des personnes n'ayant pas de pathologies, traitements ou événement de santé, ni épisode hospitalier ponctuel, ni traitement antalgique ou anti-inflammatoire (n'appartenant à aucun des 58 groupes précédents).

Étape 1 : Constitution des montants de dépenses annuelles par individu et par poste

Les dépenses retenues pour la cartographie sont les dépenses remboursées et remboursables par l'assurance maladie obligatoire au titre du régime général (y compris les sections locales mutualistes), excepté pour les dépenses des séjours hospitaliers (Psy, SSR, MCO et HAD) des établissements publics pour lesquelles

l'intégralité des dépenses de l'année est prise en compte, quel que soit le régime⁹³. Parmi elles, seules les dépenses individualisables (c'est-à-dire rattachables à un individu) correspondant aux différents postes de l'Ondam (indemnités journalières (IJ) pour maladie, mais aussi pour accident du travail ou maladie professionnelle (ATMP)) sont prises en compte, ainsi que les IJ pour maternité et les prestations d'invalidité.

Les dépenses sont regroupées autour des trois grands regroupements de postes suivants : les soins de ville, les soins hospitaliers, et les prestations en espèces (indemnités journalières pour maladie, accidents du travail, maladie professionnelle ou maternité, et prestations d'invalidité).

A noter que les prestations en espèce concernent les assurés du régime général, et une partie seulement des assurés des SLM (en effet, les arrêts de travail des fonctionnaires ne donnent pas lieu à des versements d'IJ par l'Assurance Maladie mais à un maintien de salaire assuré par leur employeur [Etat, collectivités locales ou établissements hospitaliers] ; de même en cas d'invalidité les prestations leur sont servies par leur employeur).

La constitution des dépenses annuelles par poste et par individu nécessite de mobiliser plusieurs sources de données provenant du Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) du Système National des Données de Santé (SNDS⁹⁴) et de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

Dépenses annuelles par individu et par poste, pour les soins de ville, les séjours hospitaliers en établissements privés et les prestations en espèces

Pour les soins de ville, les séjours hospitaliers en établissements **privés** (MCO – médecine, chirurgie, obstétrique –, PSY – psychiatrie –, SSR – soins de suite et de réadaptation –, HAD – hospitalisation à domicile –) et les prestations en espèces, les montants de dépenses annuelles par poste proviennent du Datamart de Consommation de soins (un produit dérivé du Datamart de Consommation Inter-Régime (DCIR) présent dans le Sniiram) et sont directement disponibles par individu.

Elles concernent les dépenses remboursées et remboursables par l'assurance maladie obligatoire au titre du régime général (y compris les sections locales mutualistes).

Dépenses annuelles par individu et par poste, pour les séjours hospitaliers et les actes et consultations externes de MCO en établissements publics

Pour les séjours hospitaliers ((MCO, PSY, SSR, HAD) en établissements **publics** et les actes et consultations externes (ACE) de MCO, les montants de dépenses annuelles par poste sont la résultante d'un travail préalable de valorisation des séjours, séquences ou sous-séquences pour les séjours hospitaliers (MCO, PSY, SSR, HAD) et de valorisation des factures pour les ACE de MCO. Ces valorisations sont réalisées à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) du SNDS, disponibles par séjour/séquences/sous-séquences/factures. A l'issue de ce travail de valorisation, une agrégation par individu des montants des séjours, séquences, sous-séquences ou factures au cours de l'année (selon le poste de dépense considéré) est opérée, permettant d'alimenter la table des dépenses annuelles par individu pour les postes de l'hôpital public et celui des ACE.

Ces dépenses sont prises en compte dans leur intégralité, quel que soit le régime⁹⁵.

Particularité de la cartographie concernant les postes de dépenses de séjours MCO/PSY/SSR pour le secteur privé

Dans un souci de cohérence avec les dépenses des séjours hospitaliers en établissements publics, les honoraires des professionnels de santé réalisés en cliniques privées dans le cadre d'un séjour (ou urgence) sont

⁹³ Cette situation découle directement de contraintes initiales existant au moment de la conception de la cartographie et a persisté jusqu'à présent. Cette incohérence de champ conduisant à une sur-estimation des dépenses RGSLM sera corrigée lors du passage à la cartographie tous régimes.

⁹⁴ La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a créé le SNDS. Il comprend notamment les données de l'Assurance Maladie (Sniiram) et celles des hôpitaux (PMSI). Pour plus d'informations : « Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie /Système National des Données de Santé

Tuppin P, Rudant J, Constantinou P, Gastaldi-Ménager C, Rachas A, de Roquefeuil L et al. Value of a national administrative database to guide public decisions : from the Système National d'Information Interrégimes de l'Assurance Maladie (SNDS) to the Système National des Données de Santé (SNDS) in France. Rev Epidemiol Sante Publique. 2017;65: 149-67 ».

⁹⁵ Cette situation découle directement de contraintes initiales existant au moment de la conception de la cartographie et a persisté jusqu'à présent. Cette incohérence de champ conduisant à une sur-estimation des dépenses RGSLM sera corrigée lors du passage à la cartographie tous régimes.

rattachés aux séjours hospitaliers privés (MCO, PSY, SSR) et non aux soins de ville (comme c'est le cas dans le suivi de la statistique mensuelle de l'Assurance Maladie). Inversement, les dépenses relatives aux forfaits techniques, IRM/scanner réalisés en ville ou lors de soins externes en établissements MCO privés sont rattachés aux soins de ville et non aux séjours hospitaliers privés (comme c'est le cas dans le suivi de la statistique mensuelle de l'Assurance Maladie).

En termes de dépenses individuelles, le poste « hôpital » regroupe donc les dépenses relatives :

- aux séjours de MCO et aux produits de la liste en sus (pour les établissements publics et privés),
- aux séjours de SSR (pour les établissements publics et privés),
- aux séjours de psychiatrie (pour les établissements publics et privés)
- à l'hospitalisation à domicile (HAD) (pour les établissements publics et privés),
- à l'activité ambulatoire des établissements **privés** de psychiatrie
- aux actes et consultations externes des établissements publics de MCO (ACE) ⁹⁶.

Gestions des valeurs extrêmes et autres traitements d'amélioration de la cohérence des montants de dépenses par individu

Plusieurs traitements sont réalisés de façon à améliorer la qualité de la table des dépenses par individu.

Gestion des valeurs extrêmes :

- les dépenses des postes des soins de ville, autres que ceux des médicaments et des autres produits de santé, sont bornées au 99,99ème percentile de la distribution ou, le cas échéant, à la valeur du seuil de référence retenue (considérant qu'au-delà de ce seuil il s'agit de valeurs extrêmes aberrantes) ;
- les dépenses des postes médicaments et autres produits de santé ne sont pas corrigés, des analyses ayant montré que les dépenses extrêmes au sein de ces postes n'étaient pas forcément aberrantes (traitements de l'hémophilie notamment) ;
- les dépenses de prestations en espèces sont bornées aux montants des plafonds annuels et/ou durées maximales réglementaires⁹⁷.
- les dépenses des actes et consultations externes sont bornées au 99,9ème percentile de la distribution.

Gestion des montants négatifs et de la cohérence des montants :

- les montants négatifs des postes de dépenses (par exemple, en raison de régularisations au titre des années précédentes) sont forcés à zéro⁹⁸.
- dans le cas où le montant remboursé s'avère strictement supérieur au montant remboursable, alors on force le montant du remboursable à celui du remboursé.
-

L'affectation des dépenses aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé concerne uniquement les montants remboursés.

En conséquence, les montants des étapes 2 à 11 font références aux seuls montants remboursés (et non remboursés et remboursables).

⁹⁶ La décomposition actuelle ne recoupe donc pas totalement la séparation « soins ambulatoires » versus « soins hospitaliers » telle qu'elle existe dans le suivi de la statistique mensuelle de l'Assurance Maladie.

⁹⁷ Concernant les indemnités journalières (IJ) Maladie/ATMP, le plafond est calculé sur la base de la réglementation relative aux AT/MP (risque pour lequel les montants plafonds d'IJ sont supérieurs à ceux du risque maladie), dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer les deux risques ;

⁹⁸ Si le montant remboursé est <0 et/ou si le montant remboursable est <0, alors on force le montant remboursable et le montant remboursé à 0.

Étape 2 : Rattachement des séjours hospitaliers (publics et privés) de MCO, psychiatrie et de SSR à un seul groupe de population, pour une affectation directe de la dépense

Séjours de MCO

Rattachement d'un séjour de MCO à un groupe de population

Les informations sur les hospitalisations en MCO, notamment les diagnostics principaux (DP) et reliés (DR), permettent de distinguer les séjours qui sont liés à une pathologie chronique de ceux qui sont des épisodes hospitaliers ponctuels sans lien direct avec une pathologie chronique ou lourde. Cela permet donc de rattacher les séjours, puis d'affecter leurs dépenses correspondantes :

- soit à une des pathologies⁹⁹, traitements ou événements de santé repérés par les algorithmes médicaux,
- soit à la catégorie « épisode hospitalier ponctuel », qui regroupe les hospitalisations sans rapport avec l'une de ces pathologies ou événements de santé.

Lorsque le séjour n'a pu être rattaché à aucun des 50 groupes de population, alors il est classé dans la catégorie « épisode hospitalier ponctuel » et les personnes concernées se verront attribuer, en plus de leurs éventuelles pathologies chroniques, un « top » épisode hospitalier ponctuel signifiant leur appartenance à ce groupe. Ces séjours d'hospitalisation de MCO dite « ponctuelle » englobent ainsi les séjours des individus n'ayant aucune des pathologies, traitements ou événements de santé identifiés, ainsi que les séjours des individus ayant une ou plusieurs de ces pathologies, états de santé ou traitements mais dont le motif n'a pas de rapport avec les pathologies, états de santé ou traitements qui le concernent.

A la fin du processus de rattachement, un même séjour n'est rattaché qu'à un seul groupe de population (en cas de séjour initialement rattaché à plusieurs pathologies, des règles de priorité permettent en effet de le relier à une seule pathologie).

Affectation de la dépense d'un séjour de MCO à un groupe de population

Le montant du séjour de MCO est directement affecté au groupe de population auquel le séjour a été rattaché. De même, l'éventuel montant de DMI (Dispositif Médicalement Implantable) et de médicaments de la liste en sus relatif à ce séjour est également affecté au groupe de population auquel le séjour a été rattaché.

Séjours de psychiatrie

Rattachement d'un séjour de psychiatrie à un groupe de population

Les séjours en établissements psychiatriques sont rattachés à l'une des 9 pathologies repérées par les algorithmes médicaux¹⁰⁰, en fonction des diagnostics principaux et associés du séjour. Trois cas peuvent être distingués :

- si le séjour est en rapport avec une seule des 9 pathologies alors le séjour est rattaché à cette pathologie.
- si le séjour est en rapport avec plusieurs des 9 pathologies, alors le séjour est rattaché à l'une d'entre elles suivant un certain ordre de priorité.
- si le séjour n'est en rapport avec aucune des 9 pathologies, alors le séjour est affecté à une des pathologies que possède le patient (le patient possédant nécessairement au moins l'une des 9 pathologies). Si la personne possède plusieurs pathologies, le séjour est affecté à l'une de ses pathologies suivant un certain ordre de priorité.

⁹⁹ Ce sont les pathologies ou événements de santé repérés par les algorithmes médicaux. Par construction les hospitalisations ne peuvent être rattachées aux groupes de patients définis par un traitement chronique (psychotropes par exemple).

¹⁰⁰ Par construction, un séjour de psychiatrie est forcément en rapport avec une des pathologies du patient : en aucun cas, il ne peut être rattaché au groupe des épisodes hospitaliers ponctuels. Les 9 pathologies en questions sont les 6 maladies psychiatriques (Troubles psychotiques, Troubles névrotiques et de l'humeur, Déficience mentale, Troubles addictifs, Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance, Autres troubles psychiatriques), ainsi que les démences, le VIH/Sida et la maladie de Parkinson.

Affectation de la dépense d'un séjour de psychiatrie à un groupe de population

Le montant du séjour de psychiatrie est directement affecté au groupe de population auquel le séjour a été rattaché.

Séquences de SSR

Rattachement d'une séquence de SSR à un groupe de population

Les séquences en établissements SSR sont rattachées à l'une des pathologies repérées par les algorithmes médicaux que possède le patient ou au groupe des épisodes hospitaliers ponctuels en fonction de l'affection étiologique, puis de la morbidité principale et de la finalité de prise en charge. Quatre cas peuvent être distingués :

- si la séquence est en rapport avec un seul des groupes de population repérés par les algorithmes médicaux, alors la séquence est rattachée à ce groupe de population ;
- si la séquence est en rapport avec plusieurs pathologies, alors la séquence est rattachée à l'une des pathologies suivant un certain ordre de priorité.
- si la séquence n'est en rapport avec aucun des groupes de population mais que la personne fait partie du groupe de population « hospitalisations ponctuelles » ou qu'elle a eu une hospitalisation en MCO moins d'un mois avant ce séjour en SSR l'année précédente, alors la séquence est rattachée au groupe de population « hospitalisations ponctuelles ».
- si la séquence n'est en rapport avec aucun des groupes de population (y compris les « hospitalisations ponctuelles ») alors, suivant une méthode complexe, la séquence est rattachée, soit à un top de la personne ou, soit en dernier lieu, au groupe des personnes n'ayant pas de pathologies, traitements, événement de santé, ni hospitalisations ni traitement antalgique ou anti-inflammatoire).

Affectation de la dépense d'une séquence de SSR à un groupe de population

Le montant de la séquence de SSR est directement affecté au groupe de population auquel la séquence a été rattachée.

Étape 3 : 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 donné¹⁰¹, on retranche aux montants de dépenses des postes de soins de ville – excepté les transports et soins de sages-femmes – et du poste IJ maladie/AT-MP de chaque individu consommant du poste¹⁰², un montant au titre de la « consommation courante de soins » sur le poste considéré.

Ce montant est un montant forfaitaire par poste, âge et sexe. Il correspond au 2^{ème} décile¹⁰³, par sexe et tranche d'âge, des dépenses du poste considéré, calculé sur le champ des individus n'ayant aucune des pathologies, états de santé ou traitements, mais pouvant en revanche avoir eu un épisode hospitalier ponctuel au cours de l'année.

¹⁰¹ avant toute affectation de dépense à un groupe de population

¹⁰² Ainsi : si le montant de dépense après retrait de la « consommation courante de soins » est négatif, le montant est forcé à 0.

¹⁰³ Ce choix du 2ème décile date de la première version de la Cartographie : il reposait sur des analyses des différentes distributions de dépenses. Pour le poste Généralistes, le 2ème décile correspondait environ au montant d'une consultation.

Cette méthode n'est pas appliquée pour les deux postes de soins de villes que sont les « transports » et les « soins de sages-femmes » pour les raisons suivantes :

- le recours aux transports chez les « consommateurs de soins courants » est globalement très faible, et vraisemblablement peu induit par des soins courants ;
- de même, les soins de sages-femmes sont, pour l'essentiel, induits par la maternité.

Elle est en revanche appliquée pour le poste « indemnités journalières (IJ) maladie/AT-MP », dont une partie de la dépense peut légitimement être induite par les soins courants (contrairement aux dépenses des autres prestations en espèce : les IJ maternité et l'invalidité).

Étape 4 : Constitution des différentes combinaisons de pathologies, traitements, événements de santé et hospitalisations ponctuelles

L'information relative à la présence ou non au cours de l'année d'un épisode hospitalier ponctuel en MCO, tout comme celle relative aux 56 algorithmes médicaux, est traitée comme un « top », c'est-à-dire que cette information binaire (oui/non) est extraite pour chacun des individus et est ensuite prise en compte dans la méthode d'affectation des dépenses. Cela permet de construire une table annuelle avec, pour chaque individu, une combinaison synthétisant l'information sur la présence ou non des 56 pathologies, états de santé et traitements repérables grâce aux algorithmes médicaux, ainsi que sur la présence ou non d'au moins un épisode hospitalier ponctuel (en tout, une combinaison prend en compte 57 « tops »).

Toutes les combinaisons existantes sont ainsi repérées avec pour chacune les effectifs concernés. En théorie, 2^{57} combinaisons (soit $1,44E+17$ combinaisons) sont possibles.

Exemples de combinaisons :

Combinaisons distinctes	Diabète	Démence	Parkinson	...	Cancer prostate	Cancer sein	Hospit. ponctuelles	Effectif concerné par la combinaison
A	0	1	1	...	0	0	0	NA : effectif de consommateurs avec les deux pathologies Démence et Parkinson
B	1	0	0	0	0	0	0	NB : effectif de consommateurs avec la seule pathologie diabète
...
Z	0	0	0	0	0	0	0	NZ : effectif de consommateurs sans aucune pathologie ni hospitalisation ponctuelle

Étape 5 : Affectation par proratisation des dépenses par poste – hors postes d'hospitalisations de MCO, psychiatrie et SSR, et poste IJ maternité – aux 57 groupes de populations

La méthode suivante d'affectation des dépenses par poste aux différents groupes de population, dite « par proratisation », concerne tous les postes de dépenses **exceptés les postes d'hospitalisation de MCO, psychiatrie et SSR et celui des IJ maternité**, pour lesquels l'affectation est directe (cf. étape 6). Elle s'applique donc également aux postes **HAD** (public et privé) et **ACE** des établissements de MCO (public).

Par sommation sur l'ensemble des individus d'une même combinaison, on obtient les montants totaux de dépenses **après retrait de la consommation courante de soins** (estimé comme indiqué à l'étape 3 et

uniquement pour les postes spécifiés à l'étape 3) pour chaque combinaison de pathologies/traitements/épisodes de soins, par poste, pour chaque poste de dépenses proratisable.

1- Au sein de chaque combinaison, calcul des montants de dépenses affectées à chaque pathologie présente dans la combinaison

Deux cas de combinaisons sont distingués :

Cas 1 : les combinaisons qui ne renvoient qu'à un seul groupe de population parmi les 57

Pour chaque combinaison de ce type (« cas 1 ») et pour chaque poste proratisable, le montant total des dépenses de la combinaison (après retrait de la consommation courante de soins) est affecté au groupe de population auquel il appartient.

Cas 2 : les combinaisons qui renvoient à au moins deux groupes de population différents parmi les 57

Pour chaque combinaison de ce type (« cas 2 ») et pour chaque poste proratisable, on procède ainsi : on répartit le montant total des dépenses de cette combinaison (après retrait du montant de consommation courante de soins) entre les différentes pathologies qui composent la combinaison, au prorata des dépenses moyennes, c'est-à-dire telles qu'elles sont observées pour les combinaisons de type « cas 1 » (ne renvoyant qu'à un seul groupe de population).

L'affectation des dépenses de la combinaison du type « cas 2 » à chaque groupe de population est donc faite de manière descendante, en répartissant les montants remboursés pour chacun des postes de soins (soins de généralistes, spécialistes, médicaments, hospitalisations en court séjour...) selon les différentes pathologies, traitements, événements de santé ou épisode hospitaliers ponctuels présents dans la combinaison.

En pratique, pour chaque combinaison du type « cas 2 » et pour chaque poste (à l'exception des hospitalisations en MCO, psychiatrie et SSR, et des IJ maternité), on effectue, pour chaque pathologie présente dans la combinaison, le calcul suivant, dont le résultat correspond au montant de dépenses de la combinaison affecté à la pathologie (cf. **Encadré : Illustration de la méthode de proratisation des dépenses**).

Encadré : Illustration de la méthode de proratisation des dépenses

Prenons l'exemple d'une dépense d'indemnité journalières maladie/ATMP de 2 M€ pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétique et ont eu un infarctus du myocarde. Comment répartir cette dépense entre les deux pathologies ?

1^{ère} étape : on détermine la dépense moyenne du poste IJ maladie/ATMP pour les patients atteints d'une unique pathologie :

Dépense moyenne du poste IJ maladie/ATMP
des personnes **diabétiques** sans autre
pathologie: **160 €/an**

Dépenses moyenne du poste IJ maladie/ATMP des
personnes ayant un **infarctus** sans autre
pathologie: **1 295 €/an**

Ces dépenses moyennes constituent les clés de proratisation qui vont être utilisées pour répartir les 2M€ du poste IJ maladie/ATMP entre le diabète et l'infarctus du myocarde.

2^{ème} étape : on répartit au prorata la dépense de 2 M€ entre les deux pathologies :

Dépenses du poste IJ maladie/ATMP affectées
au diabète
$$2\,000\,000 \times 160 / (160 + 1\,295)$$
= 219 931

Dépenses du poste IJ maladie/ATMP affectées
à l'infarctus du myocarde
$$2\,000\,000 \times 1\,295 / (160 + 1\,295)$$
= 1 780 069

Au final, sur une dépense totale de 2 M€ d'indemnité journalières maladie/ATMP observée pour l'ensemble des personnes qui sont à la fois diabétique et ont eu un infarctus du myocarde, 219 931€ seront affectés à la prise en charge du diabète et 1 780 069€ à la prise en charge de l'infarctus du myocarde.

Afin d'améliorer la stabilité des clés de répartition¹⁰⁴ utilisées pour la réaffectation des dépenses, un traitement spécifique des valeurs extrêmes est réalisé en amont du calcul de ces clés : ainsi, lorsque, pour un poste donné, les dépenses des personnes appartenant à un seul groupe de population (combinaison de de type « cas 1 ») sont supérieures au montant du 99,9^e percentile, leur montant est plafonné à ce niveau. Toutefois, cette grandeur plafonnée n'est retenue que pour le calcul des clés de répartition.

2- Calcul des montants totaux par poste affectés à chacun des 57 groupes de population (passage des montants par combinaisons et par groupes de populations aux montants par groupes seuls)

Pour chaque groupe de population donné, et pour chaque poste de dépenses (hors postes de MCO, psychiatrie et SSR, et hors IJ maternité), le montant de dépenses affecté au groupe résulte de la somme :

- du montant total de dépense du poste calculé à partir de la combinaison de type « cas 1 » renvoyant à ce groupe de population
- et du montant total de dépense du poste réaffecté à ce groupe, issu de la méthode de proratisation

¹⁰⁴ cf. « Coût moyen Patho_i Poste_j » dans la formule ci-dessus.

Étape 6 : Affectation des dépenses par poste, pour les postes d'hospitalisations de MCO, psychiatrie et SSR, et poste IJ maternité, aux 57 groupes de populations

Pour chaque groupe de population donné, et pour chaque poste de dépenses d'hospitalisations de MCO, psychiatrie et SSR, le montant de dépenses affecté au groupe résulte de la somme des dépenses par poste des séjours rattachés à ce groupe (cf. étape 2).

Les dépenses relatives aux IJ maternité sont affectées, par convention, au groupe de population « maternité ».

Étape 7 : Affectation des dépenses par poste (tous postes) aux deux sous-groupes formant le groupe « hors pathologies, traitements, événements de santé et hors hospitalisations ponctuelles »

Le groupe de dépenses « hors pathologies, traitements, événements de santé et hors hospitalisations ponctuelles » est celui des dépenses qui n'ont pas encore été affectées à l'issue de l'étape 6. Il se compose de deux sous-groupes :

- celui des dépenses des personnes consommant des traitements antalgiques ou anti-inflammatoires (hors pathologies, traitements, événements de santé et hors hospitalisations ponctuelles),
- et celui des dépenses des personnes sans pathologies, traitements, événements de santé ni hospitalisations ponctuelles qui ne consomment pas non plus de traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.

Les dépenses, par poste, affectées à chacun de ces deux sous-groupes correspondent à la somme des dépenses des individus appartenant à chacun de ces groupes (après retrait des dépenses relatives à la « consommation courante de soins »¹⁰⁵).

Précision : les dépenses des séjours MCO en établissements privés des individus sans aucune pathologie, traitement, événement de santé ni hospitalisation ponctuelles correspondent aux passages aux urgences¹⁰⁶.

¹⁰⁵

L'affectation des dépenses à ces deux groupes, exclusifs entre eux mais aussi exclusifs des 57 autres groupes, est donc effectuée de façon directe (et non pas par proratisation) sur la base des dépenses des personnes appartenant au groupe considéré.

¹⁰⁶ Dans le public, le poste des dépenses de séjours MCO est à 0 pour les individus sans aucune pathologie, traitement ni hospitalisation ponctuelle : en effet, pour le public, les dépenses de MCO de ce groupe d'individus figurent dans le poste ACE.

Étape 8 : Affectation des dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques-aux différentes maladies psychiatriques et traitements psychotropes

A ce stade, on dispose pour les postes de dépenses des établissements psychiatriques (publics et privés) des montants de séjours affectés aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé parmi les 9 possibles¹⁰⁷, hors montants liés à l'activité ambulatoire de ces établissements.

Il s'agit donc à présent (étape 8) d'affecter les dépenses de l'ambulatoire en psychiatrie¹⁰⁸ aux différentes maladies psychiatriques et traitements de psychotropes, puis de les ajouter aux montants correspondant aux séjours précédemment affectés à l'étape 6.

Note :

Les dépenses affectées aux différentes pathologies excluent les dépenses de l'activité externe des établissements publics de SSR, mais intègrent les dépenses de l'activité externe des établissements privés de SSR (selon la méthode de « proratisation » appliquée sur les postes de soins de ville ; cf. étape 5).

Étape 9 : Calcul d'un montant global de dépenses appelé « Soins courants » dans le rapport Charges et Produits

La somme des dépenses retranchées au titre de la « consommation courante de soins » (cf. étape 4) est calculée pour chaque poste de soins de ville concerné.

Cependant, dans les tableaux et graphiques de résultats présentés dans le rapport Charges et Produits, ce n'est pas ce montant qui est isolé et présenté, mais la somme de ce montant et du montant de dépense affecté au groupe « pas de pathologies, traitements ou événements de santé, ni hospitalisation ponctuelle, ni traitement antalgique ou anti-inflammatoire » (c'est-à-dire le 2^{ème} sous-groupe mentionné à l'étape 7). Ce montant global est affecté à un groupe de dépenses dénommé « Soins courants ».

Étape 10 : Extrapolation des montants affectés au champ tous régimes et correspondance avec le champ des dépenses de l'Ondam

Extrapolation au champ tous régimes des dépenses affectées aux différentes pathologies

Afin de présenter des résultats sur le champ tous régimes, une extrapolation est réalisée, poste par poste, à partir des montants affectés aux différents groupes précédemment calculés sur le champ de la cartographie. En pratique, pour chaque poste de dépenses de la cartographie, un coefficient de passage est calculé permettant de passer du champ de la cartographie au champ tous régimes ; puis, les dépenses affectées sont multipliées, poste par poste, par le coefficient de passage correspondant.

¹⁰⁷ Les 9 pathologies en questions sont les 6 maladies psychiatriques (Troubles psychotiques, Troubles névrotiques et de l'humeur, Déficience mentale, Troubles addictifs, Troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance, Autres troubles psychiatriques), ainsi que les démences, le VIH/Sida et la maladie de Parkinson.

¹⁰⁸ Ces dépenses ambulatoires ne sont par ailleurs pas disponibles par individu et ne sont donc pas comprises dans la table des dépenses individuelle par individu.

Correspondances entre le champ des dépenses extrapolées de la cartographie et celui de l'Ondam

Suite à l'extrapolation au champ tous régimes, les dépenses affectées représentent 80% de celles de l'Ondam (Tableau 1). Ceci s'explique par le fait que certaines dépenses de l'Ondam sont non individualisables et donc exclues du champ de la cartographie : c'est le cas par exemple des Migac hospitalières ou encore des dépenses des établissements publics médico-sociaux.

D'autres différences de champs existent par ailleurs entre l'Ondam et les dépenses affectées après extrapolation. Ainsi, la cartographie prend en compte les IJ maternité (comprenant également les IJ versées pour adoption) et les prestations pour invalidité, alors qu'elles ne font pas partie de l'Ondam.

De même, la décomposition de la dépense selon les grands postes n'est pas non plus la même dans les deux sources, étant donné la différence de prise en compte des honoraires des professionnels de santé ayant exercé dans le cadre d'un séjour (ou urgence) au sein des établissements privés : alors que ces derniers apparaissent dans le montant de la catégorie « Soins de ville » dans l'Ondam (parmi les 89,3 Mds€ (cf. Tableau 1)), ils figurent dans celui de la catégorie « établissement de santé » (dépense hospitalière) dans la cartographie (parmi les 74,4 Mds€ (cf. Tableau 1)).

Si, pour comparaison avec l'Ondam, on rebascule le montant de ces honoraires provenant de la cartographie, de la catégorie « établissement de santé » à la catégorie « Soins de ville », l'écart observé entre les deux sources se réduit mécaniquement (89,3 Mds€ pour l'Ondam versus 86,4 Mds€ pour la cartographie ; au lieu de 89,3 Mds€ pour l'Ondam versus 82,3 Mds€ pour la cartographie précédemment) et la part des dépenses de l'Ondam couverte par les dépenses affectées extrapolées atteint alors 97% (l'écart restant étant alors lié aux postes de l'Ondam non pris en compte dans la cartographie car non individualisables : permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM(c), FAC(d), aides à la télétransmission...).

Tableau 31 : Correspondance entre le champ Ondam et celui de la cartographie médicalisée des dépenses 2018 extrapolées au champ tous régimes

	Dépenses remboursées (en milliards d'euros)			Part des dépenses du champ Ondam prises en compte dans la cartographie à la suite de l'extrapolation,	Postes Ondam non pris en compte dans la Cartographie
	Source Ondam (constatées)	Source Cartographie à la suite de l'extrapolation tous régimes	Source Cartographie à la suite de l'extrapolation si on avait inclus les honoraires des médecins pour séjours en cliniques privées dans la catégorie Soins de ville		
Soins de ville (y compris indemnités journalières maladie AT-MP ^(b))	89,3	82,3	86,4	97%	Permanence des soins, contrats et accords, IVG, remises conventionnelles, cotisations PAM ^(c) , FAC ^(d) , aides à la télétransmission
Établissements de santé	80,4	74,4 ⁽¹⁾	70,3	87%	Forfaits divers (urgences, prélèvements et transplantations d'organes, IVG...), Migac ^(e)
Établissements et services médico-sociaux	20,3	0	0	0%	Tous
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,3	0	0	0%	FIR ^(f)
Autres prises en charge (FMESPP ^(g) , Fiqcs ^(h) ...)	1,8	0	0	0%	FMESPP, Fiqcs
Total postes Ondam pris en compte dans la Cartographie	195,2	156,7	156,7	80%	
Postes pris en compte dans la Cartographie et n'appartenant pas au champ Ondam : IJ maternité et invalidité		10,0	10,0		
Total dépenses de la Cartographie		166,7	166,7		

(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) Les honoraires en cliniques privées dans le cadre de séjours (ou urgences) sont attribués aux établissements de santé dans la Cartographie, alors que ces derniers relèvent des soins de ville dans l'Ondam

Source : Cnam