

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

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017

## Sommaire

Introduction .....	6
Partie 1 - Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée .....	9
1. Quelles sont les pathologies prises en charge et à quel coût ?.....	10
2. Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?.....	17
2.1 Des dynamiques contrastées.....	17
2.2 Les dynamiques de croissance de quelques pathologies .....	21
Partie 2 - Les actions de gestion du risque pour assurer le respect de l'ONDAM 2017 .....	35
3. Améliorer la pertinence et le bon usage des soins .....	37
3.1 Les actions d'accompagnement des professionnels de santé .....	37
3.2 La prescription médicamenteuse .....	38
3.3 Les arrêts de travail .....	42
3.4 Les actions sur les transports .....	45
3.5 Les actes diagnostiques et thérapeutiques .....	47
4. Prendre le virage ambulatoire .....	48
4.1 Le déploiement de PRADO.....	48
4.2 la MSAP chirurgie ambulatoire .....	50
4.3 La MSAP SSR .....	50
5. L'efficacité de la dépense hospitalière.....	51
6. Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments ou des dispositifs médicaux et sur l'adoption des génériques.....	52
6.1 Les prix des médicaments.....	52
6.2 La diffusion des génériques .....	53
Récapitulatif des économies attendues .....	56
Partie 3 – Propositions complémentaires pour accroître la qualité et l'efficacité du système de soins à court et moyen terme .....	57
1. Agir sur les facteurs de risque pour prévenir les pathologies ou leur aggravation .....	58
1.1 Retour sur les propositions d'expérimentations concernant le surpoids et l'obésité et les complications associées .....	58

1.2	La lutte contre le tabagisme .....	59
2.	Optimiser les parcours de prévention et de soins.....	72
2.1	La lombalgie commune : éviter la chronicisation.....	72
2.2	La prise en charge des affections des tendons de l'épaule .....	80
2.3	La BPCO : améliorer la détection précoce.....	87
3.	Développer des prises en charge adaptées pour les patients les plus complexes .....	91
3.1	Les malades chroniques à haut risque : l'exemple du pied diabétique .....	91
3.2	Les personnes âgées en EHPAD .....	100
4.	Promouvoir des modes de rémunération incitant à la qualité et à l'efficience .....	111
4.1	La radiothérapie.....	111
4.2	La réhabilitation améliorée après chirurgie.....	124
4.3	Les forfaits par épisode de soins : retour sur l'expérience du modèle Orthochoice en Suède .....	133
5.	Réguler l'offre de soins.....	137
5.1	Les dispositifs médicaux de la LPP, un secteur mal connu et faiblement régulé.....	137
5.2	La régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux .....	150
5.3	La biologie : des restructurations en cours, une réflexion globale à développer .....	155

## Liste des propositions

Proposition 1 – Conforter le rôle du médecin de traitant dans son rôle de premier conseiller anti-tabac

Proposition 2 – Etendre la prise en charge des substituts nicotiques

Proposition 3 – Lancer le programme de e-coaching conjoint avec Santé Publique France, en promouvoir activement l'utilisation, le faire évoluer en fonction des évaluations

Proposition 4 – Lancer conjointement avec Santé Publique France et en articulation avec le PNRT un programme de recherche - action permettant de tester des interventions destinées à réduire les inégalités sociales de santé liées au tabagisme

Proposition 5 - Mettre en place un ensemble d'actions pour améliorer le parcours de soins des patients lombalgiques et prévenir la désinsertion sociale et professionnelle

Proposition 6 – Préciser les référentiels et les diffuser auprès des professionnels et des patients

Proposition 7 – Mettre en place dans deux à trois départements un programme pilote pour favoriser la détection et la prise en charge précoce de la BPCO et l'évaluer en vue d'une généralisation

Proposition 8 - Poursuivre les actions pour améliorer la prise en compte du risque podologique par les professionnels et les patients

Proposition 9 - Développer une filière ambulatoire et hospitalière spécifique pour les patients à très haut risque ou avec plaie du pied avec un maillage territorial

Proposition 10 - Mieux organiser la prise en charge de ces patients en cas d'hospitalisation et assurer la continuité de soins spécialisés en sortie d'hospitalisation

Proposition 11 – Modifier le cadre réglementaire et préciser les modalités de l'intervention de l'HAD en EHPAD pour favoriser son développement

Proposition 12 : Envisager les modalités de mise en place et de financement d'une «transmission structurée» entre praticiens lors de l'entrée en EHPAD d'un résident qui change de médecin traitant

Proposition 13 : Développer de nouveaux indicateurs de qualité de prise en charge en EHPAD en utilisant les possibilités offertes par la base Resid-EHPAD

Proposition 14 – Mettre en œuvre une réforme de la tarification de la radiothérapie libérale fondée sur des forfaits différenciés par technique

Proposition 15 – Promouvoir les machines polyvalentes pour la radiothérapie en conditions stéréotaxiques

Proposition 16 – Favoriser les regroupements de centres libéraux pour accroître le nombre d'accélérateurs par centre et envisager que les centres libéraux acquièrent le statut d'établissement de santé

Proposition 17 – Mettre en place une expérimentation de paiement au forfait pour la réhabilitation améliorée après chirurgie en orthopédie pour la chirurgie du genou et de la hanche

Proposition 18 – Renforcer la connaissance et la pertinence des prescriptions de dispositifs et prestations inscrits à la LPP

Proposition 19 – Accroître la qualité des prestations fournies sur l'ensemble du territoire par la transparence et par des modes de rémunérations prenant en compte cette qualité

Proposition 20 – Sécuriser les fondements de la doctrine du CEPS par une assise législative et réglementaire pour favoriser les baisses de prix sur ce secteur

Proposition 21 – Pour les dispositifs médicaux et prestations utilisés sur le long terme par les patients, étudier les modes de tarification alternatifs à la location

Proposition 22 – Améliorer la transparence des mécanismes incitatifs sur les achats de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus

Proposition 23 – Mettre en place la régulation démographique des masseurs kinésithérapeutes libéraux

Proposition 24 – Mettre en œuvre une CCAM dans ce secteur pour permettre une meilleure compréhension des activités

Proposition 25 – Poursuivre les gains de productivité dans le secteur libéral afin de pouvoir intégrer les actes innovants tout en maîtrisant les dépenses

Proposition 26 – Favoriser la restructuration de l'offre hospitalière de biologie

Proposition 27 – Promouvoir une approche transversale de ce secteur permettant d'optimiser l'ensemble de l'activité de biologie

## Introduction

Notre pays a connu depuis la crise de 2008 une croissance économique ralentie, qui, même si l'année 2015 amorce une reprise, a laissé peu de marges de manœuvre pour accroître les ressources publiques allouées au système de santé. La contrainte sur les dépenses d'assurance maladie s'est accrue en conséquence, avec des ONDAM de plus en plus stricts : près de 4% par an en moyenne dans la deuxième moitié des années 2000, 2,5% entre 2010 et 2015, 1,75% cette année.

Le système de soins et d'assurance maladie a su s'adapter à cette contrainte renforcée, puisque l'ONDAM voté par le Parlement a été strictement respecté sur les cinq dernières années. Il l'a fait sans renoncer à ses objectifs fondamentaux : permettre l'accès de tous aux soins et aux progrès thérapeutiques, grâce à un financement largement socialisé de la dépense, pour améliorer l'état de santé de la population.

Il faut rappeler en effet que le respect de l'ONDAM n'a pas été opéré par un ajustement à la baisse des remboursements : en dépit du discours récurrent sur le désengagement de l'assurance maladie, sa part progresse dans la dépense de santé depuis trois ans : elle est de 76,6% en 2014 contre 75,9% en 2011. Ce résultat atteint même 78 % si l'on intègre les dépenses prises en charge par l'Etat pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME. Corrélativement, pour la troisième année consécutive, la part des dépenses de soins à la charge des ménages a diminué de 0,2 point (8,5%, contre 9,1% en 2011).

Même si cette augmentation est liée en grande partie à une proportion croissante de patients exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée, cela veut bien dire que pour tous ces patients qui ont des pathologies lourdes, un cancer, une maladie cardio-vasculaire, un diabète, une pathologie mentale grave, etc., la solidarité nationale continue à jouer à plein pour qu'ils puissent accéder à des soins que très peu d'entre eux pourraient financer sur leurs revenus propres.

Accéder aux soins, mais aussi bénéficier des dernières avancées de la science : car il faut souligner que malgré une contrainte financière croissante, les innovations thérapeutiques, même coûteuses, continuent d'être financées dès lors qu'elles représentent un réel progrès pour les patients. Entre 2012 et 2014, les dépenses pour les maladies du foie ou du pancréas ont augmenté de plus de 60%, en lien avec l'arrivée de nouveaux traitements de l'hépatite C qui permettent d'espérer une guérison de cette maladie, et cette croissance a pu être absorbée dans un ONDAM de l'ordre de 2% par an. De la même manière, l'accès précoce aux nouveaux anticancéreux conduit à une forte progression des dépenses de médicaments faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Il est important de souligner cette réussite collective : respecter des ONDAM de plus en plus serrés, sans désengagement de l'assurance maladie, et en continuant à permettre un accès rapide et large aux innovations. Cela prouve que notre système a été capable de faire des gains d'efficacité, de redéployer des ressources pour intégrer ces progrès médicaux, et aussi pour absorber l'augmentation des besoins : rappelons que chaque année, il y a 3% de personnes en plus qui sont traitées pour diabète, 4% pour insuffisance rénale chronique terminale, 5% pour maladies inflammatoires chroniques.

Ces gains d'efficacité ont été faits dans tous les secteurs. Les durées de séjour à l'hôpital se sont considérablement réduites, la chirurgie ambulatoire s'est développée, nos volumes de médicaments prescrits se sont rapprochés de ceux des autres pays, la diffusion des génériques a permis de soigner de manière équivalente à moindre coût, pour ne citer que quelques exemples.

L'assurance maladie a contribué à mobiliser ces marges de productivité en déployant et en renforçant depuis plus de dix ans une stratégie de « maîtrise médicalisée » qui cherche à promouvoir le « juste soin », pertinent, efficace, conforme aux recommandations, organisé de la manière la plus efficace possible, en évitant de gaspiller des ressources sans valeur ajoutée pour la santé. Au total, uniquement sur les prescriptions des médecins libéraux, cette stratégie de maîtrise médicalisée a permis d'économiser en moyenne 500 M€ par an depuis quatre ans, près de 600 M€ en 2015.

Cette recherche active et cette mobilisation de tous les gains d'efficience possibles dans le système doit être résolument intensifiée si nous voulons faire face aux défis des années à venir. Car dans la période récente, plusieurs éléments ont facilité la maîtrise des dépenses et le respect de l'ONDAM : peu d'innovations, notamment dans le domaine médicamenteux, des tombées de brevet massives permettant des baisses des prix des traitements, un nombre de médecins en légère diminution (pour les généralistes) ou en faible hausse (pour les autres spécialistes). L'avenir, proche ou de moyen terme, s'annonce très différemment, avec l'arrivée – qui s'est amorcée déjà – de multiples innovations de traitement coûteuses, dans les domaines du cancer, de l'hépatite C, mais aussi dans des pathologies chroniques comme le diabète (cf les perspectives décrites dans la partie 1 sur la cartographie des dépenses). Si l'on se projette à moyen terme, il faut aussi anticiper les retournements de tendance concernant la démographie médicale, qui retrouvera d'ici quelques années une dynamique positive, même si l'horizon probable de cette inflexion reste à préciser.

Pour anticiper ces évolutions futures et leur impact, il faut appréhender les enjeux médico-économiques liés aux pathologies et aux facteurs de risque et comprendre les dynamiques médicales qui sous-tendent l'évolution tendancielle du coût des soins ; c'est le sens de la cartographie médicalisée des dépenses que la CNAMTS a développé plusieurs années, et qui fait l'objet de **la partie 1 de ce rapport**. Elle est enrichie, cette année, d'éclairages sur certaines pathologies, qui se distinguent par une dynamique particulière de leurs dépenses. L'analyse des facteurs explicatifs de ces évolutions met en lumière des enjeux, notamment liés aux changements de pratique observés ou à anticiper, – qu'il faut prendre en compte dans la régulation de la dépense de santé.

La maîtrise de la dépense impose, on l'a dit, la recherche continue de gains de productivité dans le système : les actions en ce sens devront être encore renforcées en 2017, dans le cadre du plan triennal pour l'efficience et la performance du système de santé. Il développe quatre axes, la pertinence et le bon usage des soins, le virage ambulatoire, la qualité de l'offre hospitalière, l'utilisation des génériques et le prix des médicaments. Les actions prévues dans le cadre pour assurer le respect de l'ONDAM 2017 sont développés en **partie 2**.

L'Assurance Maladie y contribue, aux côtés de l'Etat et des ARS, en poursuivant sa stratégie de gestion du risque qui s'appuie sur de multiples leviers : communication auprès des professionnels et des assurés pour promouvoir les référentiels de bonne pratique (visites de délégués d'assurance maladie ou de praticiens conseil, retour d'information sur les profils de pratique, information aux patients) ; programmes de soutien aux personnes dans leur démarche de prévention ou de gestion de leur maladie (sophia, coaching tabac...), organisation de parcours de soins optimisés (Prado), incitations financières (rémunération sur objectifs) ; mais aussi dispositifs d'accord ou d'autorisation préalable, contrôles, mise sous objectifs des professionnels ayant des pratiques très éloignées des comportements habituels,... L'ensemble des actions développées par l'Assurance Maladie devrait conduire à un montant de 1420 M€ d'économies en 2017 (hors ajustement des tarifs des produits de santé et optimisation des dépenses hospitalières).

Pour être performante, cette stratégie d'efficience doit se renouveler en permanence, elle doit innover dans ses modalités, explorer de nouveaux champs, évoluer pour s'adapter aux évolutions des pratiques de soins et des techniques. C'est l'objectif de la **partie 3** que de proposer de nouvelles pistes d'action, qui fourniront la matière des programmes opérationnels de gestion du risque de demain. Certaines peuvent fournir des résultats à court terme, dès 2017, et sécuriser le respect de l'ONDAM ; pour d'autres, les gains sont plutôt à attendre à moyen terme.

L'objectif de ces actions n'est pas de « faire des économies » : il est de soigner mieux, à un coût supportable par la collectivité. Car la recherche de gains de productivité, il faut le rappeler, n'est pas contradictoire avec l'amélioration de la qualité des soins : il faut au contraire poursuivre simultanément ces deux objectifs, et souvent d'ailleurs les pratiques innovantes permettent de gagner sur les deux plans. On peut citer ainsi l'exemple de la réhabilitation améliorée après chirurgie, initiée au Danemark, qui est avant tout une démarche de qualité visant à permettre au patient de se rétablir plus rapidement après l'intervention, mais qui économise aussi des ressources grâce à la réduction des durées de séjour. Autre exemple, la

rémunération au parcours expérimentée en Suède a conduit à la fois à une amélioration de la qualité des soins et à une baisse des coûts. Ces deux exemples sont développés dans le rapport. Aux Etats-Unis, il est frappant de constater que les organisations considérées internationalement comme des organisations d'excellence sur le plan de la qualité des services qu'elles offrent – la Mayo Clinic, Kaiser, Intermountain Health Care,... - sont des organisations où la recherche de gains de productivité et de maîtrise des coûts est indissociable de l'investissement dans des démarches qualité qui servent souvent de modèles à l'étranger.

C'est dans cet esprit – gagner à la fois en qualité et en efficacité – que les propositions rassemblées dans cette troisième partie du rapport ont été élaborées. Elles s'organisent autour de plusieurs axes :

- déployer des actions de prévention efficaces et coût-efficaces pour lutter contre les facteurs de risque (avec un focus particulier sur le tabagisme) ;
- optimiser les parcours de diagnostic et de soins pour des affections courantes, telles que les lombalgies, les lésions des tendons de l'épaule, la BPCO ;
- développer des prises en charge adaptées pour les patients les plus complexes, patients à haut risque qui sont aussi ceux qui génèrent des dépenses particulièrement élevées : une réflexion est menée sur les patients diabétiques à haut risque podologique, ainsi que sur les personnes âgées en EHPAD qui constituent une population particulièrement fragile ;
- innover dans les modes de rémunération pour inciter les professionnels et les établissements à maîtriser les coûts par la qualité ;
- mieux réguler l'offre de soins dans certains secteurs : cette année un éclairage particulier est apporté sur la LPP, sur la démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et sur la biologie.



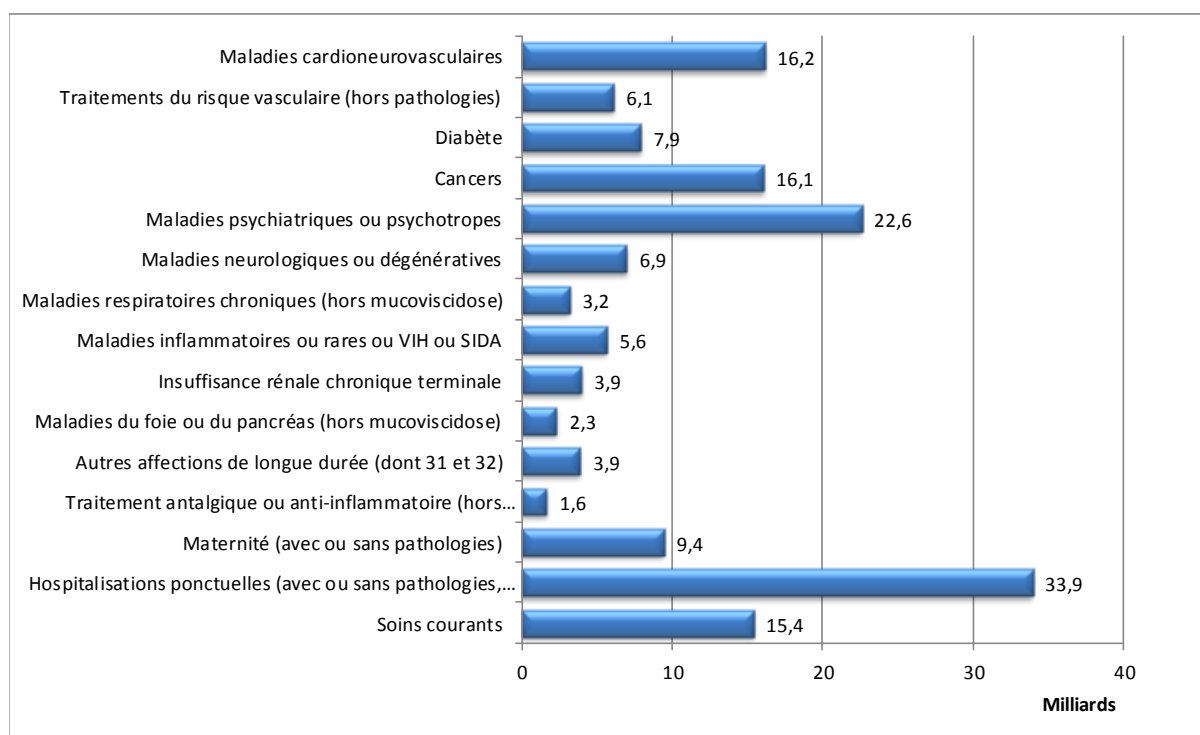
## **Partie 1 - Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée**

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

C'est pour répondre à ces questions, et pour aller au-delà de la grille de lecture habituelle par offreur de soins, que la CNAMTS a développé plusieurs années une cartographie des dépenses par pathologie.

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

Figure 1 – Répartition des dépenses d'assurance maladie (tous régimes) en 2014 (155 Md€)



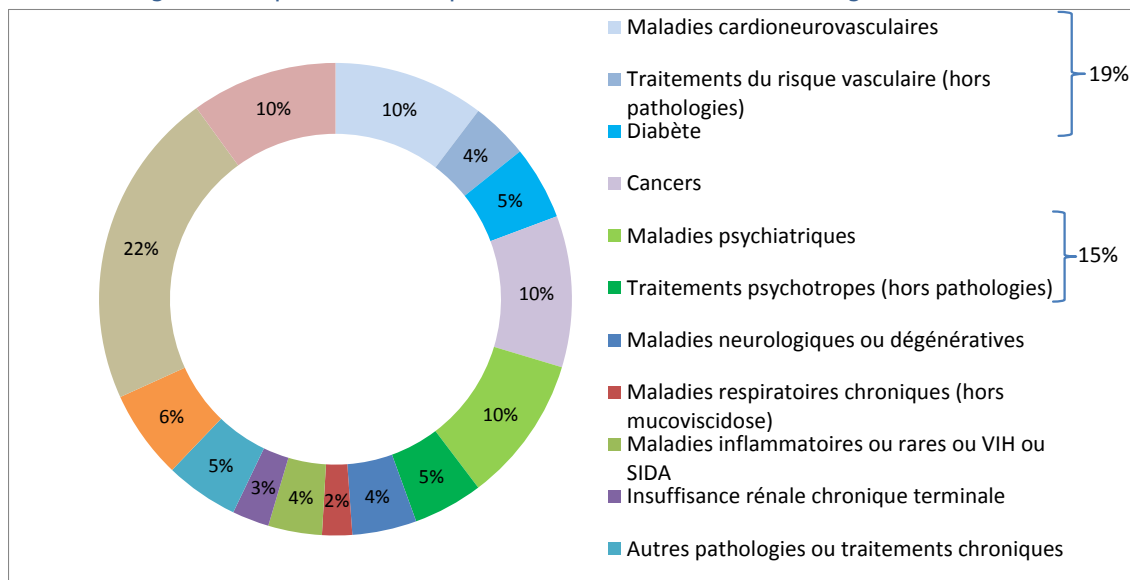
Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière  
Source: Cnamts (cartographie 2014)

En 2014, les grandes tendances observées les années précédentes sur la part des groupes de pathologies dans les dépenses d'assurance maladie<sup>1</sup> restent les mêmes (Figure 1) :

- le poids important de la santé mentale : 23 Md€, 15 % des dépenses totales,
- le coût lié à la prise en charge des cancers et des maladies cardiovasculaires et neurovasculaires : 16 Md€ (soit 10 % des dépenses) pour chacun de ces deux groupes de maladies (30 Md€ si l'on regroupe maladies cardio-neurovasculaires, diabète et traitement du risque vasculaire),
- la part des épisodes hospitaliers que l'on peut qualifier de « ponctuels », au sens où l'hospitalisation n'est pas en lien avec l'ensemble des pathologies chroniques ici repérées.

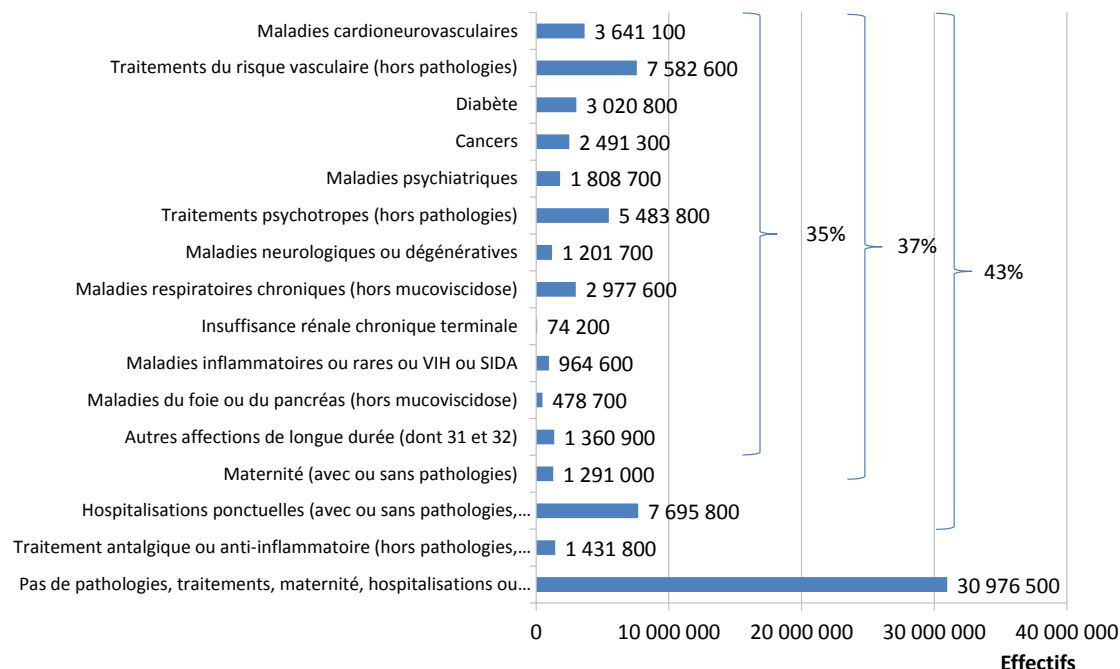
<sup>1</sup> 155 milliards d'euros ont pu être répartis – voir encadré 1

Figure 2 – Répartition des dépenses d'assurance maladie (tous régimes) en 2014 (en %)



Les dépenses liées aux pathologies et traitements chroniques, qui représentent 61 % de la dépense, concernent 35 % de la population (soit près de 20 millions de personnes pour le régime général) ; à l’opposé, 55 % (un peu plus de 31 millions de personnes) ont reçu uniquement des soins qualifiés de courants (Figure 3).

Figure 3 – Nombre de bénéficiaires du régime général traités en 2014 par groupe de pathologie ou situation de soins (total 56,6 millions de personnes)

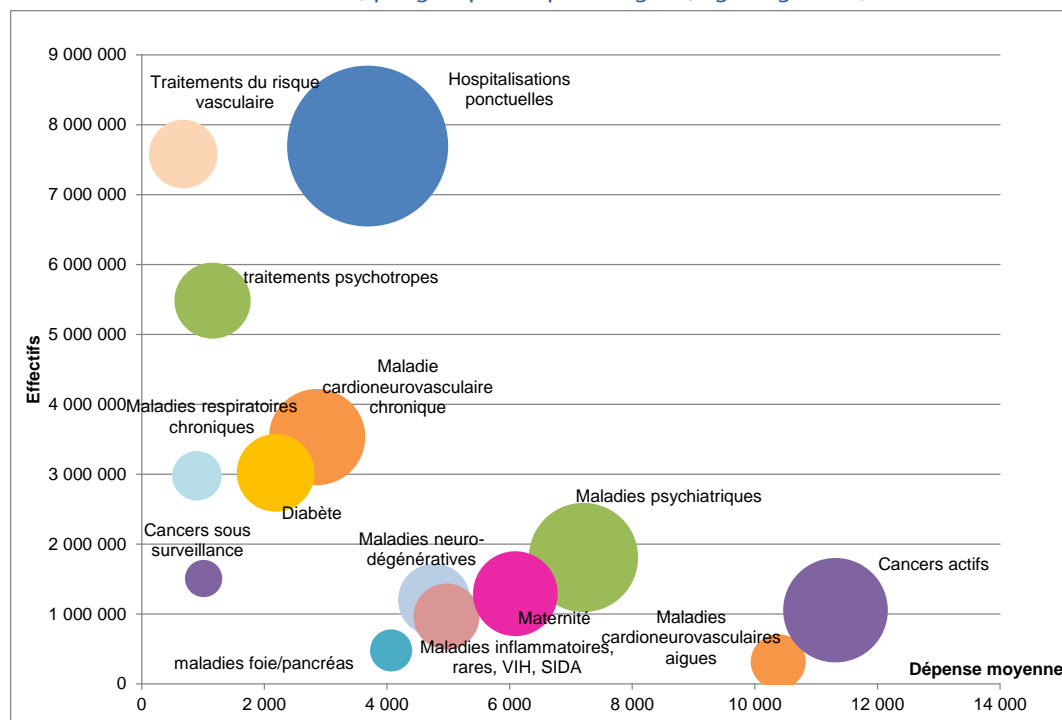


Remarque : les effectifs détaillés ne se cumulent pas, une même personne pouvant avoir plusieurs pathologies, traitements, évènements de santé au cours de l’année

Les dépenses totales induites par les différentes catégories de pathologies ou traitements dépendent évidemment à la fois du nombre de personnes traitées et du coût moyen de traitement. Les situations sont

contrastées de ce point de vue (Figure 4) : le traitement du risque vasculaire (hypertension artérielle, cholestérol) concerne une population très nombreuse, mais avec un coût unitaire faible (et ce d'autant plus maintenant que la plupart des médicaments concernés sont génériques) ; pour les épisodes aigus de maladie cardiovasculaire (infarctus, AVC, décompensation d'insuffisance cardiaque,...), la dépense totale est beaucoup plus liée au coût des soins (10 400 € en moyenne), avec notamment des prises en charge hospitalières lourdes.

Figure 4 – Effectifs (axes des y), dépenses remboursées moyennes par patient (axe des x) et totales (taille de la bulle) par groupes de pathologies (régime général) – 2014



Champ : régime général, y compris SLM – France entière  
 Source : CNAMTS – cartographie 2014

*Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées. Seuls ont été représentés les principaux groupes de population afin de ne pas alourdir le graphique. Bien que le poids de l'insuffisance rénale chronique terminale soit important malgré les faibles effectifs, cette pathologie n'a pas été représentée en raison d'une dépense moyenne (de l'ordre de 44 000€ par patient par an) très supérieure à celle des autres pathologies (un graphique spécifique est présenté dans le chapitre 2.2.5). 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.*

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

**Traitements du risque vasculaire** : il s'agit de personnes prenant des traitements antihypertenseurs et /ou hypolipémiants (en dehors de celles qui ont déjà une maladie cardiovasculaire).

**Diabète** (quel que soit son type).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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.

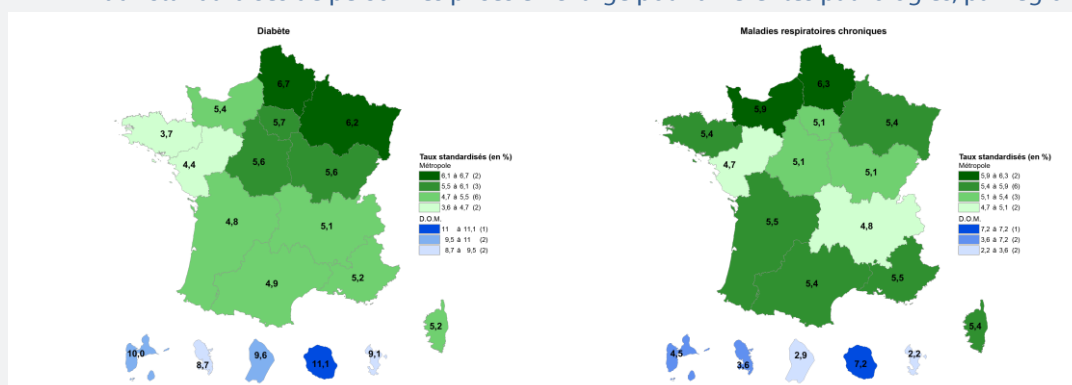
## Encadré 2 – Un poids des pathologies qui varie selon le territoire

La fréquence des pathologies varie parfois sensiblement d'une région à une autre en métropole, même lorsque l'on raisonne en taux standardisés, c'est-à-dire en éliminant les écarts liés à des structures démographiques différentes.

### *Des fréquences de pathologies qui varient selon les régions métropolitaines*

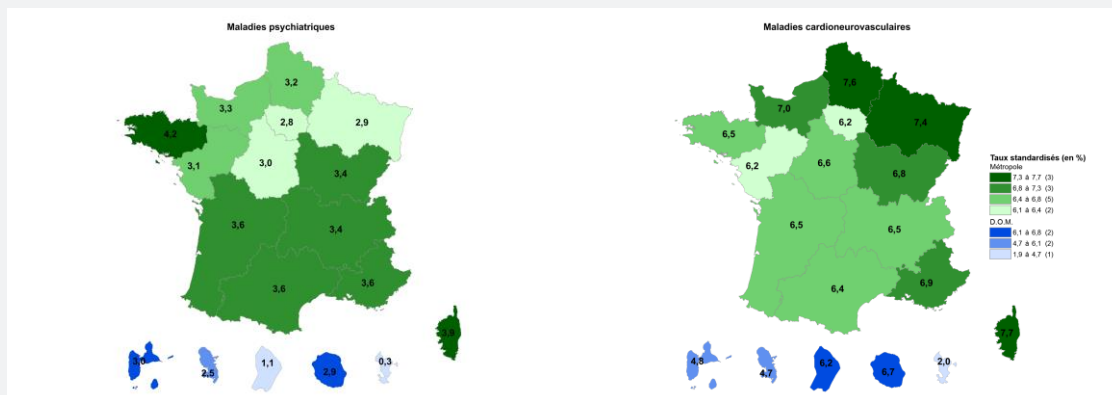
Les gradients les plus marqués concernent le diabète et les maladies respiratoires chroniques. Les taux standardisés de diabète varient de 3,6 % en Bretagne et 4,4 % en Pays de la Loire à 6,1 % en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et 6,8 % dans les Hauts de France. Les taux standardisés de maladies respiratoires chroniques, qui comprennent essentiellement l'asthme chez l'enfant et la bronchopneumopathie chronique obstructive chez l'adulte souvent fumeur et plus âgé, varient de 4,6 % en Pays de la Loire et 4,7 % en Auvergne-Rhône-Alpes, à 5,8 % en Normandie et 6,2 % en Hauts de France.

### Taux standardisés de personnes prises en charge pour différentes pathologies, par région

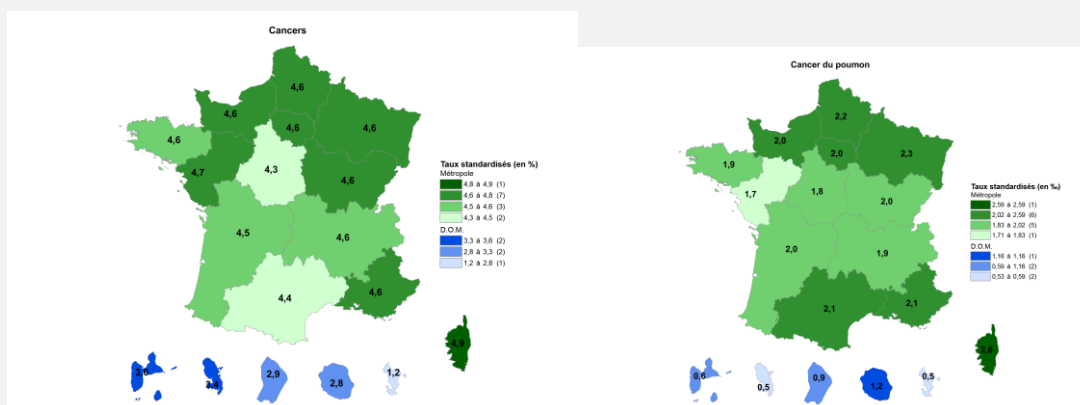


Des différences sont aussi observées pour les maladies psychiatriques, pour lesquelles les taux standardisés sont particulièrement faibles en Ile de France (2,7 %), en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine (2,8 %) et en région Centre (2,9 %) et plus élevés en Bretagne (4,1 %).

Un gradient plus modeste est observé entre le nord-est et le sud-est de la métropole pour les pathologies cardio-neurovasculaires, regroupées ensemble, avec des taux standardisés variant de 6,2 % en Pays de la Loire et 6,5 % en Bretagne par exemple à 7,5 % dans les Hauts de France. En revanche, le gradient est plus marqué quand on étudie séparément les différentes pathologies cardiovasculaires qui ont des facteurs de risque différents. Les taux standardisés varient de 2,5 % pour les maladies coronaires en Bretagne à 3,1 % en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et dans les Hauts de France ; de 2,0 % pour les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque en Pays de la Loire à 2,6 % dans les Hauts de France ; de 1,1 % pour les accidents vasculaires cérébraux en Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes et en Pays de la Loire, à 1,4 % dans les Hauts de France ; de 1,0 % pour l'insuffisance cardiaque dans ces mêmes régions à 1,3 % toujours dans les Hauts de France.



Les différences sont en revanche très peu marquées pour d'autres pathologies comme les cancers. Les taux standardisés varient de 4,3% en région Centre à 4,6% en Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine, Hauts de France, et Ile de France, ou au maximum à 4,8% en Corse. Les taux standardisés concernant les cancers en phase active, c'est à dire actuellement sous traitement, varient aussi très faiblement. En revanche, les taux spécifiques concernant le cancer du poumon, dont le facteur de risque majeur est le tabagisme, varient davantage : de 1,7 % en Pays de la Loire à 2,3 % en Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et 2,6 % en Corse.



Au total, le taux standardisé de personnes âgées de 65 ans et plus ayant au moins une pathologie chronique varie de 54 % en Pays de la Loire à 61 % dans les Hauts de France. Dans l'ensemble, on note des pathologies généralement plus fréquentes dans les régions les plus socialement défavorisées et en particulier dans les Hauts de France.

*Des fréquences de pathologies contrastées entre la métropole et l'outremer*

Outremer, les taux sont plus contrastés. La prévalence du diabète est beaucoup plus élevée, que ce soit à la Réunion (11 %), en Guadeloupe (10 %) ou en Martinique (8,7 %), qu'en métropole où elle culmine pourtant dans les Hauts de France avec un taux de 6,6%. Les taux de maladies respiratoires chroniques et de maladies cardio-neurovasculaires sont aussi plus élevés à la Réunion (7,1 % et 6,7 % respectivement, versus 6,2 % et 7,5 % au maximum en métropole avec les Hauts de France) qu'en métropole, alors qu'en Martinique (3,6 % et 4,7 %) et à la Guadeloupe (4,5 % et 4,7 %) ils sont inférieurs aux plus faibles taux de métropole (respectivement 4,6 % et 6,2 % en Pays de la Loire). Enfin les taux de cancers et de maladies psychiatriques, ainsi que les taux de séjours hospitaliers dits « ponctuels » sont plus faibles dans ces trois départements d'outremer qu'en métropole.

Toutefois, l'indicateur combiné de pathologies est élevé outremer : 57 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont au moins une pathologie chronique en Martinique, 62 % d'entre elles en Guadeloupe et 64 % à la Réunion, alors que cet indicateur varie en métropole de 54 % (Pays de la Loire) à 61 % (Hauts de France).



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

Entre 2012 et 2014, les dépenses d'assurance maladie ont augmenté de +2,5 % par an en moyenne (sur le périmètre faisant l'objet d'une décomposition par pathologie, c'est-à-dire 155 Md€ en 2014). En deux ans, cela représente 7,5 Md€ supplémentaires. Quelles sont les dynamiques médicales à l'œuvre derrière ces évolutions ? Sont-elles liées à l'évolution du nombre de patients soignés ? Ou à des changements dans les traitements, dans la façon dont les processus de soins sont organisés ? Quel est l'impact des innovations médicamenteuses ? Peut-on projeter ces évolutions dans le futur pour nourrir une réflexion prospective ?

### 2.1 Des dynamiques contrastées

L'évolution est très contrastée d'une pathologie à l'autre. Si l'on met de côté l'évolution très atypique des maladies du foie et du pancréas (+ 27 % / an), les dynamiques de dépenses les plus soutenues s'observent pour :

- le groupe des maladies inflammatoires, des maladies rares et du VIH (+5,4 % par an), notamment du fait d'une croissance rapide pour les maladies inflammatoires (+6,9 %) et en particulier pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (+10,9 %) ;
- les maladies neurologiques ou dégénératives (+3,6 % par an), parmi lesquelles la sclérose en plaque (+8,0 %) et la maladie de Parkinson (+4,8%) connaissent les augmentations les plus élevées ; même évolution de +3,6 % pour l'ensemble des cancers (+7,7 % pour le cancer de la prostate, +4,5 % pour le cancer du poumon) ;
- les maladies cardio-neurovasculaires, le diabète, l'insuffisance rénale chronique terminale dont l'évolution annuelle est comprise entre +2,5 % et +3 % ;
- les dépenses liées à la santé mentale (au sens large, englobant les maladies psychiatriques et les troubles se traduisant par une consommation régulière de psychotropes) qui augmentent de manière plus modérée (+1,8%).

La dynamique de la dépense globale résulte de deux évolutions, celle des effectifs de patients traités et celle des dépenses moyennes par patient.

Figure 5 : Evolution des effectifs par grands groupes de pathologies - Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2014 - Régime général

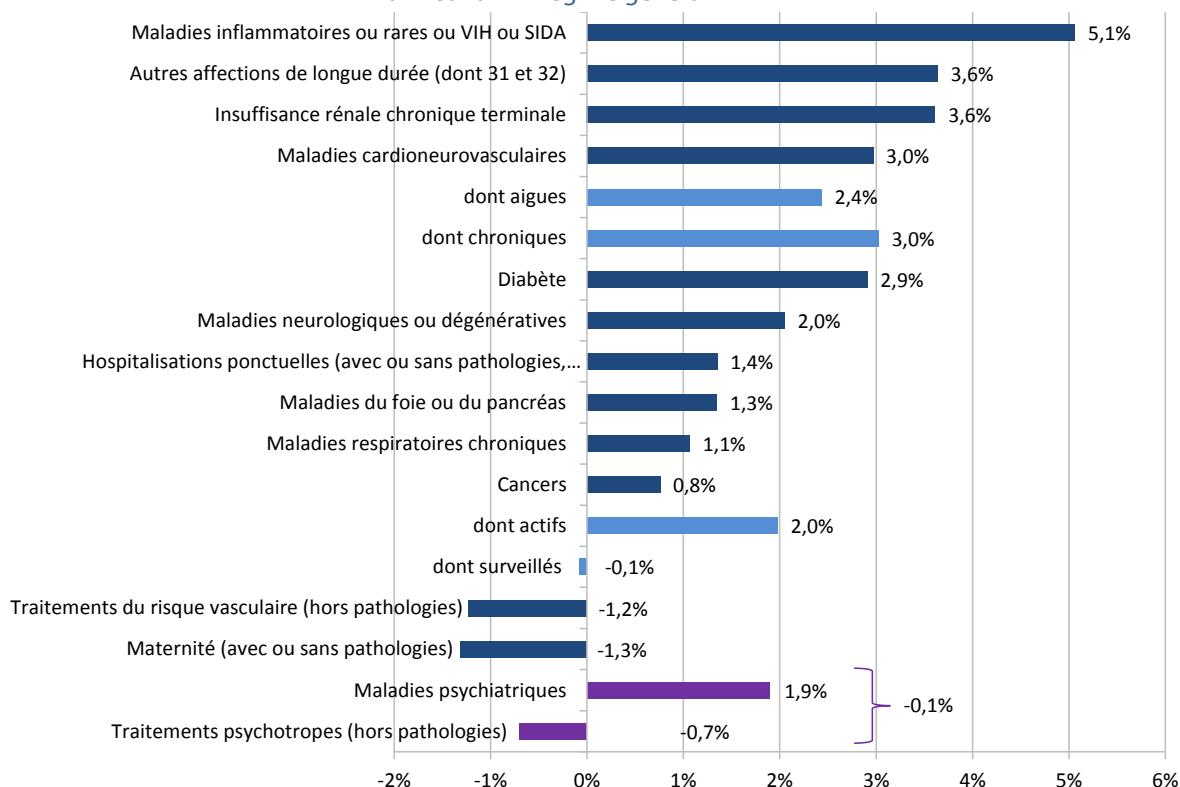
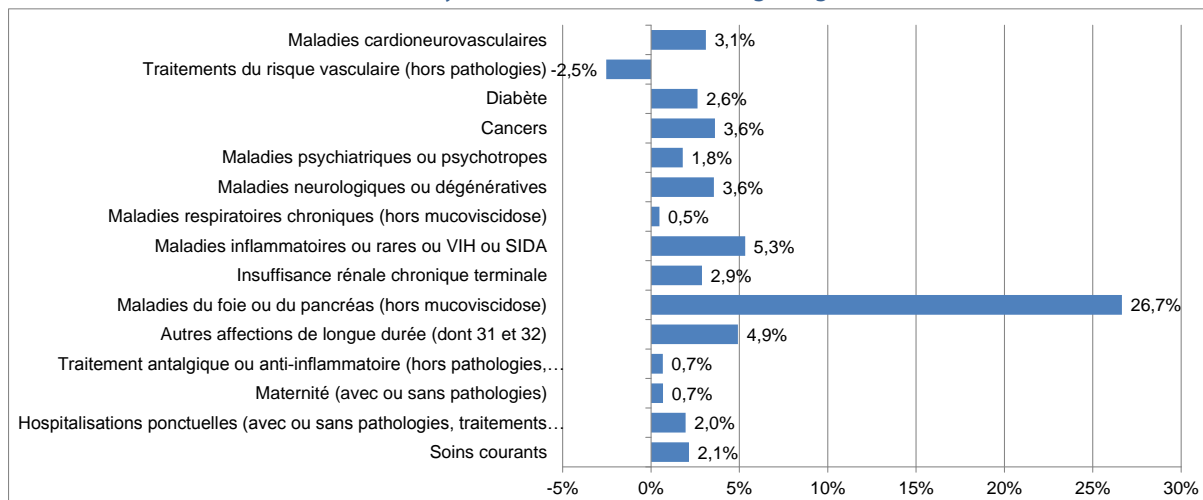


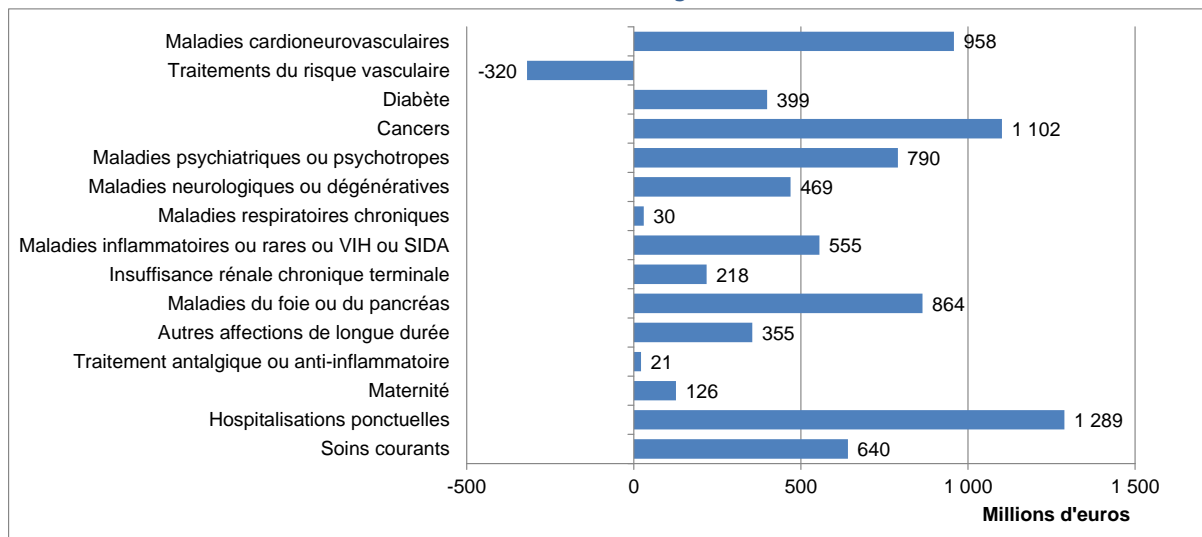
Figure 6 - Evolution des dépenses remboursées par grands groupes de pathologies - Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2014 - Régime général



Les dépenses relatives au traitement de l'hypertension artérielle ou de l'hypercholestérolémie ont baissé de -2,5 % par an, tandis qu'à l'inverse les ressources consacrées aux maladies du foie et du pancréas ont connu une croissance très rapide, de +27 % par an en moyenne sur ces deux années (Figure 6). Ces évolutions sont à mettre en relation avec celle des effectifs (-1,2 % par an pour les personnes traitées par antihypertenseurs ou hypocholestérolémiants et +1,3 % pour ceux atteints par une maladie du foie ou du pancréas) mais surtout des traitements médicamenteux : tombées de brevet et diffusion des génériques pour les anti-hypertenseurs et les statines d'un côté, arrivée des nouveaux antiviraux d'action directe très onéreux de l'autre.

Les maladies du foie et du pancréas contribuent ainsi pour près de 900 millions aux 7,5 milliards d'euros de dépenses supplémentaires entre 2012 et 2014 (Figure 7), un montant dont l'ordre de grandeur n'est pas très éloigné de celui des maladies cardio-neurovasculaires, qui concernent une population beaucoup plus nombreuse (3,6 millions de bénéficiaires du régime général, contre 480 000 pour les maladies du foie et du pancréas). Les dépenses liées aux maladies du foie et du pancréas sont ainsi passées de 1,4 Md€ en 2012 à 2,3 Md€ en 2014.

Figure 7 - Evolution des dépenses remboursées entre 2012 et 2014 par grands groupes de pathologies (montants tous régimes)



Les deux facteurs, effectifs et dépenses moyennes par patient, jouent dans des proportions très variables selon les pathologies (Figure 8 et Tableau 1)<sup>2</sup>. Pour les maladies du foie et du pancréas, les cancers, la santé mentale, ce sont les coûts moyens de traitement qui expliquent la croissance de la dépense totale (de manière spectaculaire dans le premier cas, puisque le coût moyen de traitement a augmenté de 58 % entre 2012 et 2014, 26 % par an en moyenne). Pour d'autres groupes de pathologies au contraire, l'évolution des dépenses est principalement liée à celle des effectifs de patients traités : c'est le cas des maladies cardio-neuro-vasculaires, du diabète, de l'insuffisance rénale chronique terminale, du groupe des maladies inflammatoires, maladies rares et VIH. Pour les maladies neurodégénératives et les hospitalisations ponctuelles, les deux facteurs jouent à part égale. Enfin dans certains cas, on observe des évolutions contraires : ainsi l'augmentation du coût moyen de la maternité est en grande partie compensée par la baisse du nombre de naissances.

<sup>2</sup> Les analyses qui suivent et notamment les décompositions effectifs / coûts moyens sont sur le champ du régime général seul. Les taux d'évolution des dépenses peuvent donc être légèrement différents de ceux qui ont été présentés pour l'ensemble des régimes.

Figure 8 – Taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2014 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient pour chaque groupe de pathologies – champ régime général

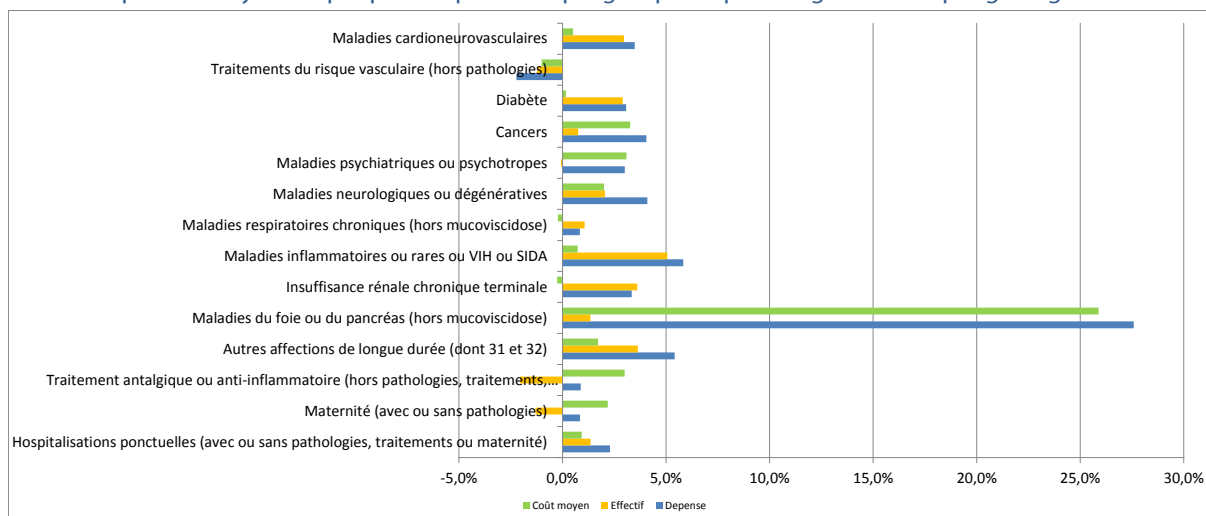


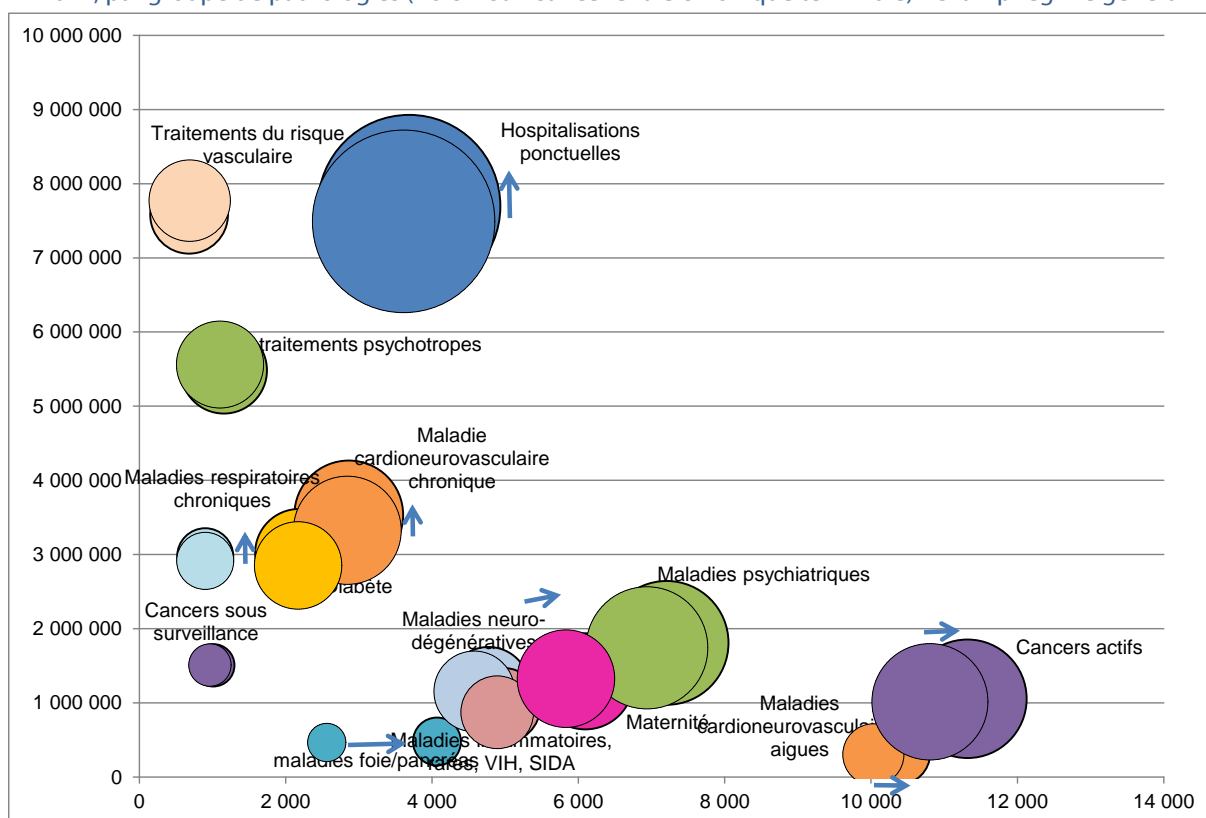
Tableau 1 - Evolution entre 2012 et 2014 des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par tête pour chaque groupe de pathologies – champ régime général

	% evolution 2013/2012			% evolution 2014/2013			% évolution annuelle moyenne 2014/2012		
	Depense	Effectif	Coût moyen	Depense	Effectif	Coût moyen	Depense	Effectif	Coût moyen
Maladies cardiovasculaires	3,7%	2,9%	0,8%	3,3%	3,0%	0,3%	3,5%	3,0%	0,5%
Traitements du risque vasculaire	-3,3%	-1,9%	-1,4%	-1,1%	-0,5%	-0,6%	-2,2%	-1,2%	-1,0%
Diabète	3,6%	3,0%	0,5%	2,6%	2,8%	-0,2%	3,1%	2,9%	0,2%
Cancers	3,8%	0,6%	3,2%	4,3%	0,9%	3,3%	4,0%	0,8%	3,3%
Maladies psychiatriques ou psychotropes	3,4%	-0,8%	4,3%	2,6%	0,7%	1,9%	3,0%	-0,1%	3,1%
Maladies neurologiques ou dégénératives	3,6%	1,8%	1,8%	4,6%	2,3%	2,2%	4,1%	2,0%	2,0%
Maladies respiratoires chroniques	0,0%	0,1%	0,0%	1,6%	2,1%	-0,4%	0,8%	1,1%	-0,2%
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	4,7%	4,9%	-0,1%	7,0%	5,2%	1,6%	5,8%	5,1%	0,7%
Insuffisance rénale chronique terminale	3,6%	3,3%	0,3%	3,1%	3,9%	-0,8%	3,3%	3,6%	-0,3%
Maladies du foie ou du pancréas	-9,3%	1,4%	-10,6%	79,5%	1,3%	77,3%	27,6%	1,3%	25,9%
Autres affections de longue durée	6,5%	4,4%	2,1%	4,3%	2,9%	1,4%	5,4%	3,6%	1,7%
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	0,9%	-0,2%	1,1%	0,9%	-3,9%	4,9%	0,9%	-2,1%	3,0%
Maternité	0,5%	-1,4%	1,9%	1,2%	-1,2%	2,5%	0,8%	-1,3%	2,2%
Hospitalisations ponctuelles	1,9%	1,0%	0,8%	2,7%	1,7%	1,0%	2,3%	1,4%	0,9%

Remarque : comme indiqué précédemment en note de bas de page, les taux d'évolution sont légèrement différents de ceux de la Figure 6 du fait de la différence de champ (régime général versus tous régimes).

La Figure 9 permet de visualiser de manière synthétique les contributions à la croissance totale des dépenses, tout en rappelant les enjeux économiques globaux associés à chaque groupe de pathologie (par la taille des bulles). Les flèches indiquent si l'évolution des dépenses totales est due à celle des effectifs (flèche vers le haut) ou à l'évolution des coûts de traitement (flèche vers la droite) ou à une combinaison des deux.

Figure 9 – Evolution des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes par patient entre 2012 et 2014, par groupe de pathologies (hors insuffisance rénale chronique terminale) - champ régime général

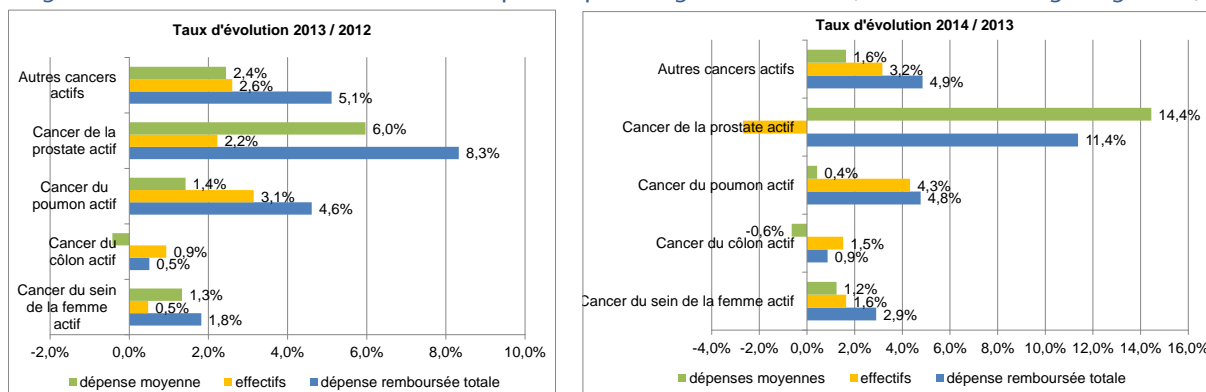


## 2.2 Les dynamiques de croissance de quelques pathologies

### 2.2.1 Le cancer de la prostate : une progression ralentie des effectifs de patients traités, mais un coût moyen qui augmente fortement

Le cancer de la prostate est celui pour lequel les dépenses d'assurance maladie augmentent le plus rapidement entre 2012 et 2014 (9,8 % en moyenne annuelle). Cette évolution est entièrement due à l'évolution des coûts moyens de traitement, les effectifs étant en très légère baisse sur la période ( Figure 10).

Figure 10 – Evolution des effectifs et des dépenses par catégorie de cancer (cancers actifs - régime général)



Ce léger repli du nombre de patients traités est à mettre en relation avec des évolutions récentes des pratiques de dépistage et surtout de traitement.

Depuis déjà plusieurs années, le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA fait l'objet de questionnements, dans tous les pays, sur les risques de sur-diagnostic et de sur-traitement auxquels cette pratique expose les populations. La CNAMTS a d'ailleurs documenté ces risques, pour la population française, en mettant en évidence d'une part le caractère quasi systématique de ce dépistage, qui n'est pourtant pas recommandé, et d'autre part son rapport bénéfice / risque discutable, compte tenu des effets secondaires observés des traitements, pour des personnes d'âge élevé chez qui ce cancer, d'évolution lente, n'engage pas le plus souvent le pronostic vital<sup>3</sup>. Sur la base de ces constats, une campagne d'information sur les bénéfices et les risques du dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA a été mise en œuvre par l'INCa et l'Assurance Maladie, en concertation avec le Collège de la médecine générale. Elle vise à mieux informer les patients pour qu'ils fassent un choix éclairé.

De fait, ce questionnement qui est de plus en plus relayé a déjà conduit à une évolution des pratiques de détection (le taux d'hommes de plus de 40 ans dépistés annuellement est passé de 30 % en 2009 à 26,9 % en 2014), mais aussi de prise en charge, avec une diminution des prostatectomies totales chez les plus âgés au profit de la surveillance.

Ces deux évolutions expliquent la légère baisse des effectifs de patients traités – et ce d'autant que la surveillance active n'est pas forcément repérable dans les bases de données si le patient n'a ni hospitalisation ni ALD.

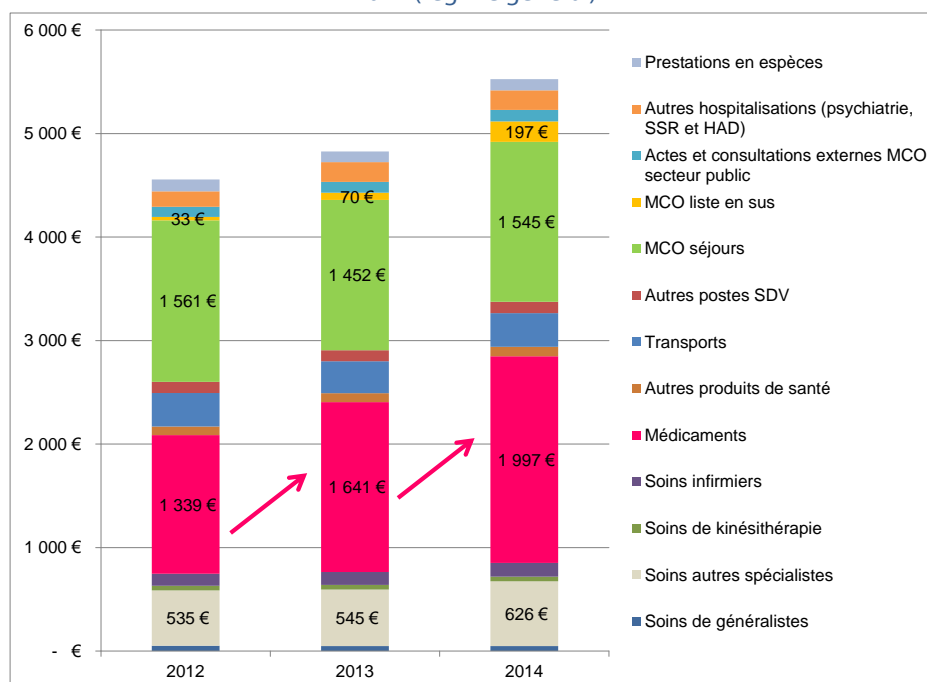
Elle peut expliquer aussi en partie le renchérissement du coût moyen de traitement par patient, dès lors que l'on traite moins les patients les moins à risque, qui se situent probablement dans la fourchette basse des coûts (et avec *contrario* un poids plus important des patients pris en charge à un stade plus avancé).

Néanmoins ce n'est pas la seule explication : l'analyse de la décomposition de cette dépense moyenne (Figure 11) montre que ce sont essentiellement les médicaments qui tirent la croissance : si l'on totalise les médicaments de ville et ceux de la liste en sus, c'est une augmentation de 60 % à laquelle on a assisté en deux ans. On retrouve là l'impact de l'arrivée de nouveaux traitements : ZYTIGA® et XTANDI® en 2012 (cancers métastasés, 1ère ligne), JEVTANA® en 2013 (cancers métastasés, 2ème ligne).

---

<sup>3</sup> Référencer les deux rapports charges et produits

Figure 11 – Cancer de la prostate en phase active - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014 (régime général)



## 2.2.2 Les maladies du foie et du pancréas<sup>4</sup>

La progression massive des dépenses liées au traitement de l'hépatite C est, comme on l'a indiqué plus haut, le phénomène qui domine pour ce groupe de pathologies.

Deux autres constats se dégagent de l'analyse des évolutions annuelles (Figure 12 et de la décomposition des dépenses (Figure 13) :

- si la progression des effectifs est similaire en 2013 et 2014, autour de +1 % par an, le coût moyen de traitement a baissé fortement en 2013 (-11%), avant d'enregistrer une progression de 77 % en 2014<sup>5</sup> ; ces évolutions reflètent sans doute l'attitude des praticiens soignant les patients atteints d'hépatite C, qui ont préféré éviter de traiter les patients dans l'attente d'un traitement (le sofosbuvir, introduit fin 2013 – début 2014) dont l'efficacité était réputée meilleure sur des patients naïfs de traitement ;
- une baisse des dépenses d'hospitalisation est attendue à terme du fait de la diminution des complications graves de l'hépatite C ; il sera intéressant de voir si ce gain, qui n'est pas encore visible en 2014, apparaît dans les années qui suivent.

<sup>4</sup> Hors mucoviscidose, incluse dans le groupe de maladies rares

<sup>5</sup> Il faudrait quand même expliquer que la dépense réelle est moindre (renversement écart ATU, enveloppe dans la FLSS)

Figure 12 – Maladies du foie et du pancréas Evolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes entre 2012 et 2014 – régime général

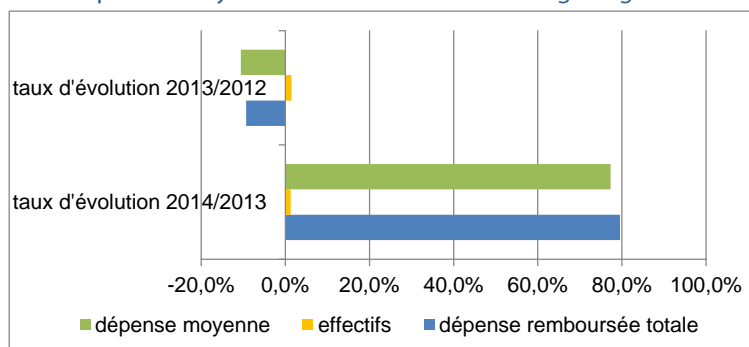
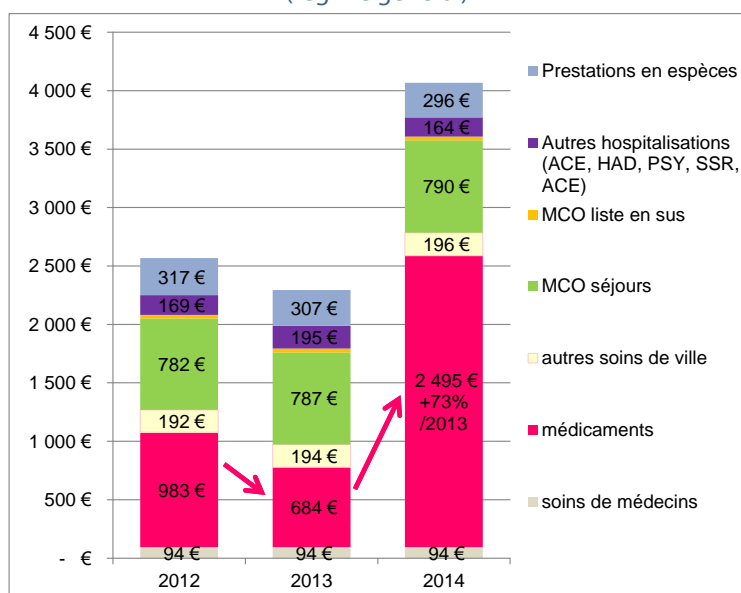


Figure 13 - Maladies du foie et du pancréas - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014 (régime général)



### 2.2.3 Le diabète

En 2014, 3,0 millions de personnes étaient traitées pour diabète, pour le seul régime général (soit environ 3,5 millions si on extrapole à la population française dans son ensemble), soit 5,3 % de la population. La progression des effectifs reste soutenue (+2,9 % par an en moyenne entre 2012 et 2014), en lien avec l'évolution des principaux facteurs de risque (obésité, sédentarité) et le vieillissement de la population, même si on observe un ralentissement sur les quatre dernières années (Figure 14). C'est cette croissance des effectifs qui tire la dépense totale (6,6 Md€ en 2014) sur les deux dernières années, car les dépenses moyennes par personne évoluent peu sur cette période récente (Figure 15). Tous les postes de dépenses restent relativement stables, et notamment les dépenses de médicaments (Figure 16), ce qui n'a pas toujours été le cas dans les années précédentes.



Figure 14 - Evolution du nombre de patients traités pour diabète de 2010 à 2014 – régime général

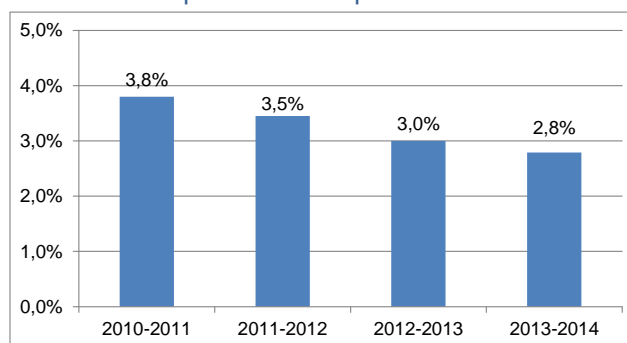


Figure 15 – Diabète - Evolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes entre 2012 et 2014 – régime général

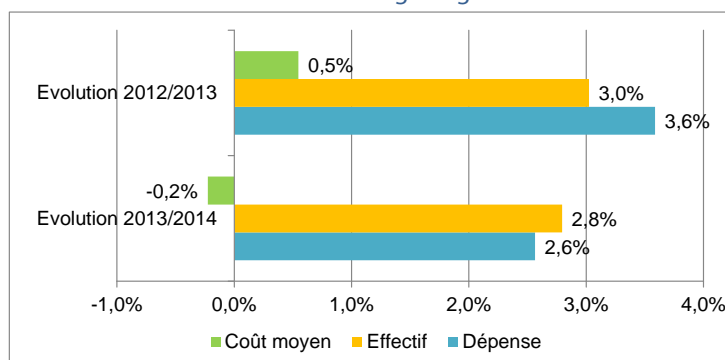
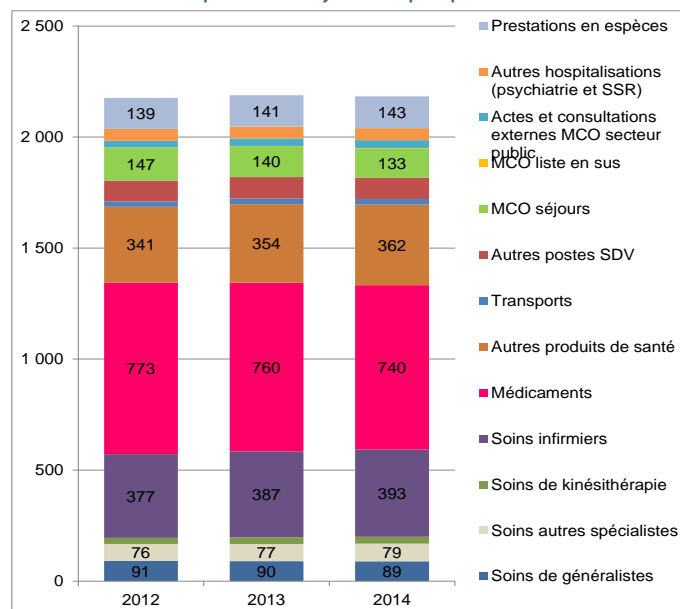


Figure 16 - Diabète - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014 (régime général)



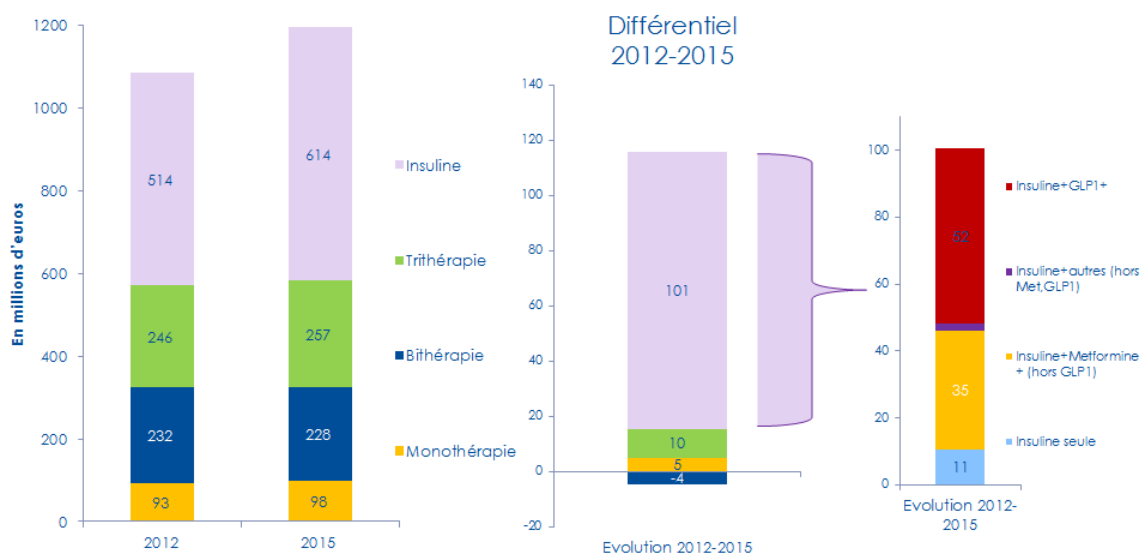
On peut penser que cette stabilité ne va pas se maintenir dans les années qui viennent, et qu'au contraire on risque d'assister à une dynamique de croissance très forte sur les traitements du diabète, avec une diffusion assez rapide de la dernière classe arrivée sur le marché, les agonistes du GLP1. Rappelons que le coût de traitement mensuel de ces médicaments se situe entre 55 € et 163 € à comparer à environ 40 € pour les gliptines inhibiteurs de la DPP-IV, apparues un peu avant les AGLP1, et à 3 € à 13 € pour la metformine et 1,5 € à 24 € pour les sulfamides, qui sont les traitements les plus anciens. Surtout, on peut anticiper une part

croissante d'associations insuline – AGLP1, ce qui renchérit encore fortement les coûts de traitement. Compte tenu des populations concernées, les enjeux économiques sont très importants.

Cette perspective n'est pas hypothétique : de fait, on voit déjà aujourd'hui des évolutions des schémas thérapeutiques qui vont dans ce sens, quand on inclut l'année 2015. Globalement, entre 2012 et 2015, les évolutions marquantes sont :

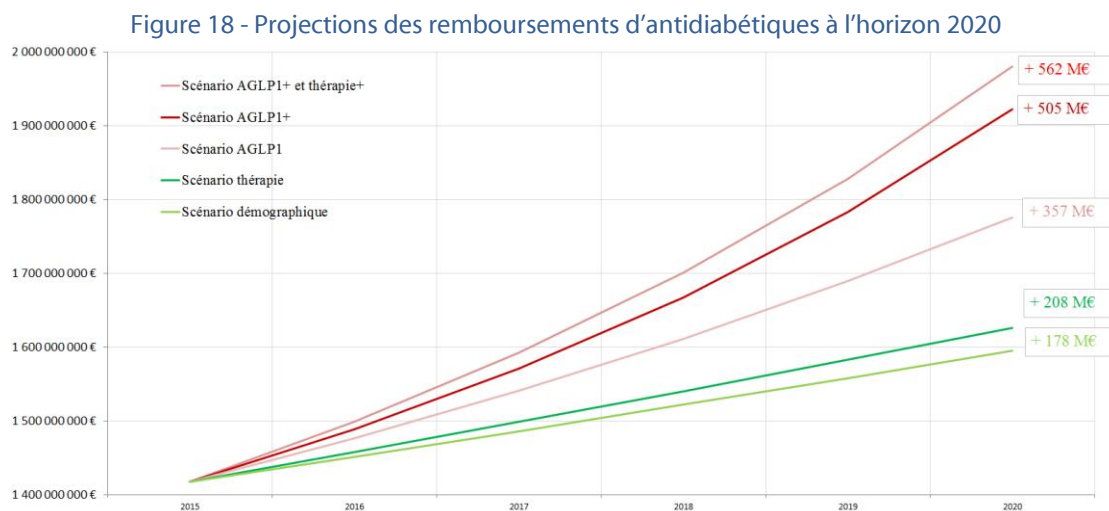
- une augmentation de l'insulinothérapie : 23 % des patients en 2012, 25 % en 2015 ; Cette augmentation s'observe pour toutes les tranches d'âge, elle ne reflète donc pas seulement un allongement de l'espérance de vie des personnes diabétiques, mais également un changement des pratiques et un recours plus fréquent à l'insuline. Au total, du fait d'un coût de l'insulinothérapie élevé, la part de l'insuline dans le coût des antidiabétiques a augmenté de 4 points de pourcentage passant de 47 % (514 millions d'euros) à 51 %;
- en monothérapie (39 % des patients en 2015), un recours croissant à la metformine, en ligne avec les recommandations de la HAS (66 % à 72%), une baisse des sulfamides (22 % à 15%), et une légère augmentation des gliptines, qui représentent 5 % des monothérapies en 2015, ce qui ne devrait pas être puisque qu'en monothérapie les inhibiteurs de la DPP-IV se situent en dehors des indications thérapeutiques remboursables ;
- en bithérapie (hors insuline), une part devenue majoritaire des associations faisant intervenir les molécules onéreuses, passant de 47 % à 51 %. En termes de coûts, leur part est passée de 69 % à 74 %;
- une hausse de la part des patients traités par association insuline et agoniste du GLP1, qui explique d'ailleurs la majeure partie de la hausse des coûts de l'insulinothérapie. Ainsi, entre 2012 et 2015, la part des patients traités par insuline seule est passé de 47 % à 44 %, par insuline et metformine de 36 % à 37 % et la part des personnes traités par association insuline et agoniste du GLP1 de 5 % à 8 %. En termes de coûts, alors que l'association insuline et agoniste du GLP1 ne représentait que 12 % du coût de l'insulinothérapie en 2012, elle a atteint en 2015 19%, soit une augmentation de 52 millions d'euros (62 M€ en 2012 contre 115 M€ en 2015). Cette hausse tient essentiellement à la hausse importante de personnes traitées entre 50 ans et 80 ans : +60 % de personnes traitées sous cette association entre 50 et 59 ans, +90 % entre 60 et 69 ans et +109 % entre 70 et 79 ans. Cette forte dynamique explique que cette association représente 30 % de l'évolution globale des effectifs en insulinothérapie alors qu'elle ne représentait que 5 % des patients en 2012.

Figure 17 - Evolution du coût des antidiabétiques par schéma thérapeutique (2012-2015)



Quelques hypothèses ont été simulées sur l'impact financier d'un mouvement de diffusion des AGLP1, notamment associés à l'insuline, avec cinq scénarios cumulatifs (Figure 18) :

- le premier scénario, démographique, simule uniquement une évolution constante à l'horizon 2020 des effectifs des patients traités par antidiabétiques selon le taux de croissance annuel moyen entre 2012 et 2015 ;
- le deuxième (scénario thérapie) ajoute à cette première tendance démographique une deuxième tendance observée entre 2012 et 2015 d'évolution du recours aux différents schémas thérapeutiques (mono, bi ou tri thérapie hors insulinothérapie, et insulinothérapie).
- le troisième (scénario des AGLP1) ajoute à ces deux tendances l'évolution tendancielle de la part de marché des analogues du GLP1 au sein de chaque schéma thérapeutique observée entre 2012 et 2015 ;
- les deux derniers scénarios reposent sur des valeurs cibles pour les parts de marché des analogues du GLP1 (Scénario AGLP1+) et pour les schémas thérapeutiques (mono-, bi-, tri-thérapie, insulinothérapie) fixés à dire d'experts. L'apparition de nouvelles molécules et formes d'administration des analogues du GLP1 (injections hebdomadaires et non plus journalières et meilleure tolérance) peut en effet entraîner un recours plus fréquent à ces derniers, en relai ou en ajout à l'insulinothérapie.



On voit que l'enjeu financier est majeur, alors que son importance est sans doute moins immédiatement perçue que celle des innovations dans des domaines tels que l'oncologie ou l'hépatite C.

### Encadré 3 – Le diabète et ses complications, un coût de 10 milliards d’euros pour l’assurance maladie en 2012

Dans la cartographie médicalisée des dépenses, le montant des dépenses affectées au diabète est de **7,9 milliards d’euros** en 2014.

Mais ce montant n’inclut pas, par construction, les dépenses liées à certaines complications du diabète, qui sont comptabilisées au titre des pathologies correspondantes : par exemple le coût des insuffisances rénales chroniques liées à un diabète est inclus dans le coût global de l’IRCT, et c’est la même chose pour les maladies cardiovasculaires.

Il a donc paru intéressant, en complément, de mener une analyse permettant d’appréhender l’ensemble du fardeau financier lié au diabète, en incluant les coûts des complications qu’il induit et des problèmes de santé qui lui sont associés. Cet exercice a été mené sur l’année 2012.

En 2012, la somme de l’ensemble des dépenses remboursées à des patients diabétiques (pour le diabète ou pour toute autre pathologie) s’élève à **19 milliards d’euros**, soit 15% des dépenses de l’assurance maladie individualisables pour tous les assurés (124 Mds €). Les dépenses hospitalières représentent 42% du total des dépenses des personnes diabétiques, les soins ambulatoires (honoraires médicaux, auxiliaires...) 31% et les dépenses en pharmacie 21%. La concentration des remboursements est forte puisque 10% des personnes diabétiques (280 000 personnes) ont concentré 51% des 19 milliards d’euros des dépenses des patients diabétiques.

La part de ces remboursements qui est *attribuable au diabète* a ensuite été distinguée de la part qui aurait pu être observée chez les individus diabétiques s’ils n’étaient pas diabétiques. Ceci conduit à une estimation du coût attribuable au diabète de **10 milliards d’euros**, soit 52% des dépenses totales remboursées des personnes diabétiques.

Parmi ces 10 milliards d’euros attribuables au diabète, on distingue les dépenses qui lui sont spécifiques (insuline, antidiabétiques, hospitalisation pour diabète...). Elles avoisinent **2,3 Mds€** (23% des 10 Mds€). Les médicaments antidiabétiques (oraux ou insuline) représentent une dépense d’environ 1,1 Mds€ soit la moitié des 2,3 Mds€ spécifiques au diabète ou 11 % de l’ensemble des remboursements attribuables au diabète (10 Mds€). On note que 800 M€ de remboursements correspondent aux dispositifs médicaux spécifiques au diabète (bandelettes, stylos à insuline et autres matériels nécessaires aux pompes à insuline). Enfin, les hospitalisations pour lesquelles un motif diagnostique principal de diabète a été renseigné représentent une part un peu plus modeste des dépenses spécifiques au diabète (270 M€ soit 12% des dépenses spécifiques).

A ces 2,3 milliards d’euros de dépenses spécifiques au diabète, s’ajoutent **7,7 Mds€** de surcroît de remboursements liés aux complications du diabète ou aux problèmes de santé qui lui sont fréquemment associés.

## 2.2.4 Les maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)

Les dépenses liées aux maladies inflammatoires chroniques représentent 2,4 Md€ en 2014 ; les maladies inflammatoires chroniques intestinales (qui comprennent la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique), la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante représentent chacune environ 700 M€. Ces dépenses ont progressé de 15 % en deux ans (Figure 19).

Pour la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, c'est le nombre de patients traités qui augmente fortement : +9 % et +17 % respectivement en deux ans.

La plus forte croissance de dépenses concerne les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) : +24 % en deux ans. Contrairement aux deux autres pathologies, ce sont moins les effectifs (+7%) qui expliquent cette dynamique que les coûts de traitement, qui sont passés de 2 783 € en moyenne en 2012 à 3 239 € en 2014, soit une progression de +16%.

La décomposition par poste de dépenses (Figure 20) montre que ces augmentations se concentrent sur les médicaments de ville (860 € à 1088 €) et les médicaments de la liste en sus (715 € à 907 €). Le coût moyen du traitement médicamenteux a ainsi, globalement, augmenté de +27 % entre 2012 et 2014. Cette progression très rapide est à mettre en rapport avec l'évolution des pratiques qui a été documentée dans le rapport sur les charges et produits pour 2016, et qui se traduit par une utilisation croissante des anti-TNF en première intention, sans prescription antérieure d'immunosuppresseurs, et par une proportion croissante de thérapies combinées associant anti-TNF et immunosuppresseurs. On en voit ici la traduction financière. La question qui doit être posée est :

- Soit les recommandations doivent évoluer dans le sens d'une utilisation plus large des anti-TNF, et dès lors la possibilité d'amortir les coûts de la recherche sur des volumes plus importants doit conduire à des baisses de prix très significatives,
- Soit les recommandations sont maintenues à l'identique compte tenu des connaissances actuelles, et les pratiques de prescription devraient être plus encadrées.

Figure 19 – Maladies inflammatoires chroniques - Evolution annuelle des dépenses totales, des effectifs et des dépenses moyennes entre 2012 et 2014 – régime général

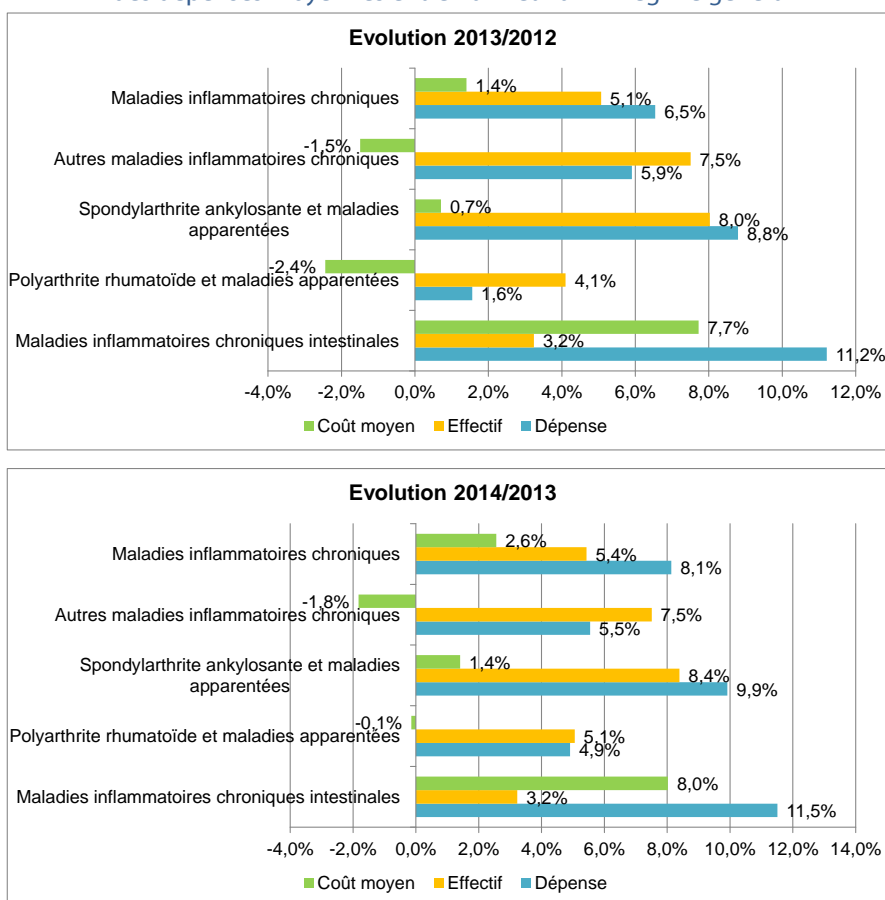
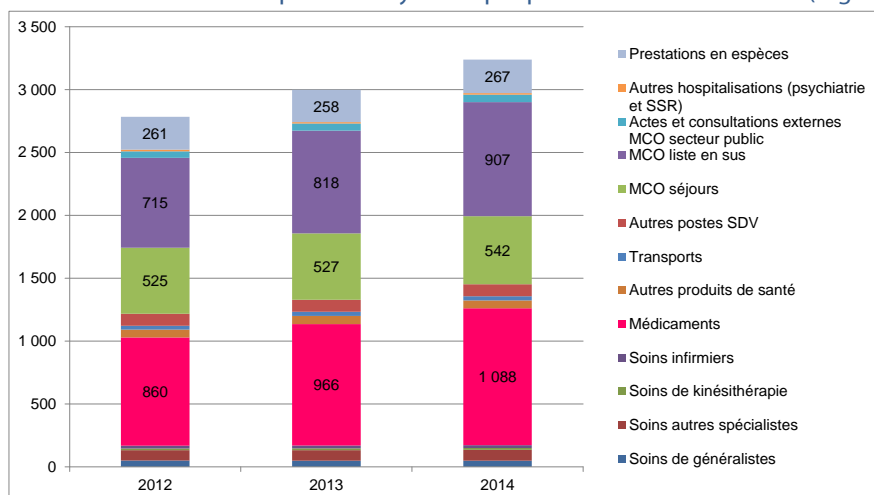


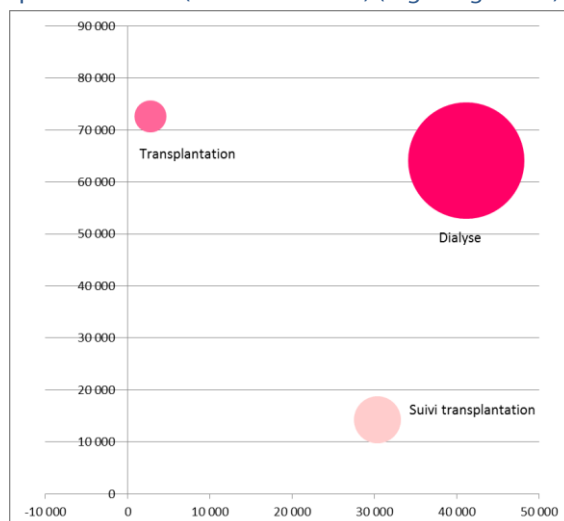
Figure 20 - MICI - Evolution des dépenses moyennes par poste entre 2012 et 2014 (régime général)



## 2.2.5 L'insuffisance rénale chronique terminale

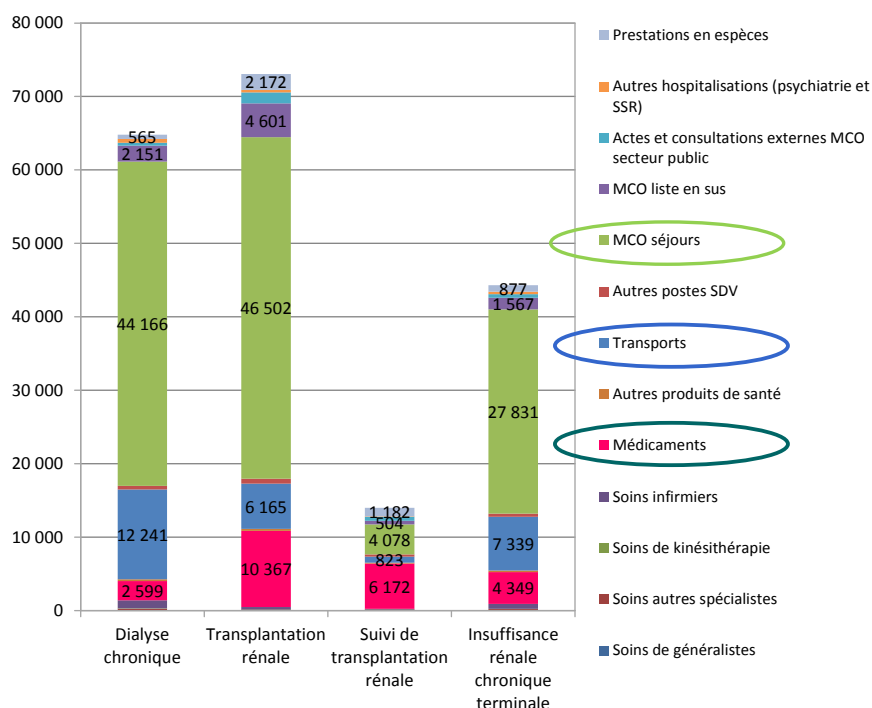
L'insuffisance rénale chronique terminale concerne peu de patients (74 000 pour le régime général), mais le coût annuel de traitement est très élevé : 44 000 €€ résultant d'une moyenne entre la dialyse (64 000 €€ 41000 patients), la greffe (73 000 €€ 2 700 patients par an) et le suivi de greffe (30 000 patients, 14 000 €€ (Figure 21).

Figure 21 – IRCT – Evolution des effectifs (axe des y), des dépenses remboursées moyennes par patient (axe des x) et des dépenses totales (taille de la bulle) (régime général) de 2012 à 2014



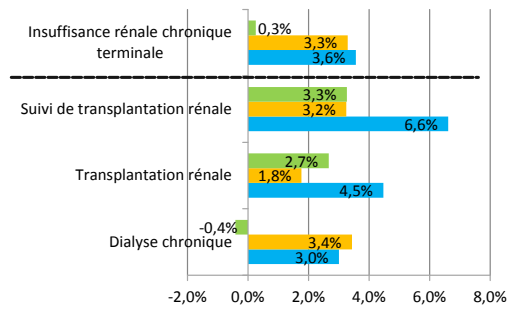
Les coûts sont pour une part importante des coûts d'hospitalisation (Figure 22). S'y ajoutent des dépenses de transports élevées (12 000 € en moyenne pour la dialyse, 6000 € pour la greffe) et pour la greffe, celui des médicaments (10 000 €).

Figure 22 – IRCT - Décomposition des coûts par poste de dépense (régime général) - 2014

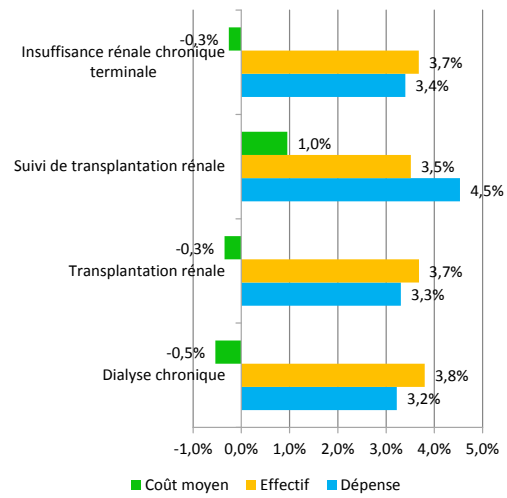


En termes d'évolution, on observe une légère baisse de la dépense moyenne entre 2012 et 2014, et surtout une baisse entre 2013 et 2014.

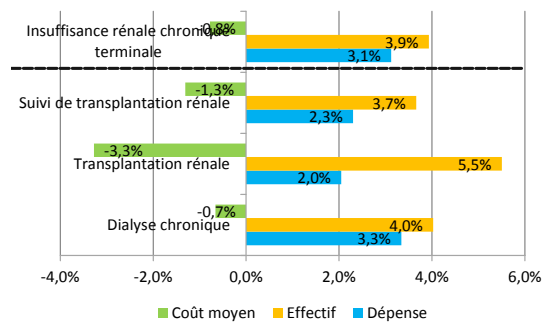
Evolution 2012/2013



Evolution TCAM 2012/2014



Evolution 2013/2014





### **Encadré : Un exemple d'analyse régionalisée : le parcours de l'insuffisance rénale chronique terminale dans la région Pays de la Loire**

La CNAMTS mène, dans les rapports sur les charges et Les parcours de soins des patients ayant une insuffisance rénale chronique terminale ont été étudiés au niveau national dans des précédents rapports sur les charges et produits. Cette étude a notamment mis en évidence la variabilité régionale de ces parcours et des dépenses qui y sont associées.

La Direction régionale de la gestion du risque des Pays de la Loire a réalisé, en partenariat avec la CNAMTS, une analyse de la prise en charge de l'IRCT au sein de la région. Cette démarche innovante, qui

#### *Une région d'excellence en matière de greffe*

La région Pays de la Loire se distingue du niveau national par ses résultats en matière de greffe rénale. En effet, si le taux standardisé de greffe en 2013 est similaire au niveau national (0,04 à 0,05 ‰ selon les départements des Pays de la Loire contre 0,05 ‰ France entière), la file active de patients greffés est plus élevée que la moyenne nationale dans quasiment tous les départements (taux de suivi de greffe de 0,49 à 0,58‰ contre 0,51 ‰ France entière). Le délai moyen d'accès à la greffe est également plus court dans la région, selon le registre REIN (15 mois contre 25 mois France entière).

La région affiche également des dépenses moyennes inférieures aux résultats nationaux, tant pour les patients greffés (64 900 € contre 75 270 € après affectation des dépenses spécifiques) que pour le suivi de greffe (13 940 € vs 14 710 € après affectation des dépenses spécifiques).

Ces résultats très positifs sont à mettre en regard de la politique et des pratiques des deux CHU de la région, Nantes et Angers, dont la politique en matière de greffe rénale, notamment préemptive est reconnue. Outre leur capacité à répondre de manière efficiente aux besoins de la région, ces établissements ont également une capacité d'attraction qui dépasse les frontières régionales. Ainsi, sur les 129 patients greffés en 2013 par le CHU de Nantes, un quart provenait d'une autre région.

#### *Un recours moindre recours à la dialyse avec des dépenses moins importantes*

Du fait d'une incidence moindre de facteurs de risque comme le diabète, le taux de dialyse est moins élevé dans la région qu'au niveau national (0,50 à 0,60 ‰ selon les départements des Pays de la Loire versus 0,69 ‰ au niveau national).

Les patients dialysés sont en moyenne plus âgés qu'au niveau national (77 ans contre 75 ans) et moins polypathologiques (respectivement 34 % de diabétiques contre 43 %, ou 64 % avec une maladie cardiovasculaire contre 69 %, par exemple). Cette structure différente se traduit d'ailleurs partiellement dans les dépenses, qui sont inférieures dans la région (62 299 € contre 65 091 €).

Le recours à la dialyse est en revanche encore trop centré sur les centres lourds (63 % des patients contre 56 % pour l'ensemble de la France), aux dépens de l'autodialyse (12 % chez des patients plus âgés pour lesquels l'autodialyse est plus difficile à mettre en œuvre, contre 19 %) et ce en dépit d'une montée en charge récente des unités de dialyse mobiles. L'offre reste structurée par les centres publics et privés non lucratifs avec une offre libérale très faible (5 néphrologues libéraux sur la région).

Comme au niveau national, la préparation à la dialyse semble perfectible, moins de la moitié des patients dialysés ayant eu une mise en place de fistule artério-veineuse entre 1 et 24 mois avant la mise en dialyse (40 % contre 41 % au niveau national), y compris pour la dialyse en centre (39 % contre 42 %). La fistule doit être pourtant fonctionnelle un mois avant le début de la dialyse.

#### *Une région performante disposant cependant de réelles marges d'amélioration*

L'analyse menée sur la région Pays de la Loire pointe les forces de la région dans les parcours de l'IRCT, comme sa politique en matière de greffe et une efficacité qui la place en meilleure position par rapport à la moyenne nationale en termes de dépense. Elle met également en évidence des points d'amélioration potentiels, comme le renforcement de la dialyse hors-centre

Cette analyse témoigne de la faisabilité et de l'intérêt de ce type de démarche, en particulier alors que de nouveaux plans régionaux de santé doivent être définis dans les mois à venir.

### *Quelques réflexions issues de ces analyses par pathologie*

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

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

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

## **Partie 2 - Les actions de gestion du risque pour assurer le respect de l'ONDAM 2017**

Les engagements de la France en matière de réduction des déficits publics ont conduit à mettre en œuvre un plan triennal pour l'efficacité et la performance du système de santé aux objectifs ambitieux (plan ONDAM). Ce plan a prévu, pour les années 2015 – 2017, un ensemble d'actions permettant de contenir la progression des dépenses dans les limites de l'ONDAM, qui a été fixé à +2% pour l'année 2015 et à +1,75% pour l'année 2016 ; le programme de stabilité présenté en avril 2015 prévoit pour 2017 un taux similaire à celui de 2016.

Le plan est structuré en quatre grands objectifs, partagés entre l'Etat et l'Assurance Maladie :

- Améliorer la pertinence et le bon usage des soins,
- Prendre le virage ambulatoire et mieux adapter les prises en charge en établissement,
- Améliorer la qualité de l'offre hospitalière pour mieux répondre à sa mission,
- Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments et l'adoption des génériques<sup>6</sup>.

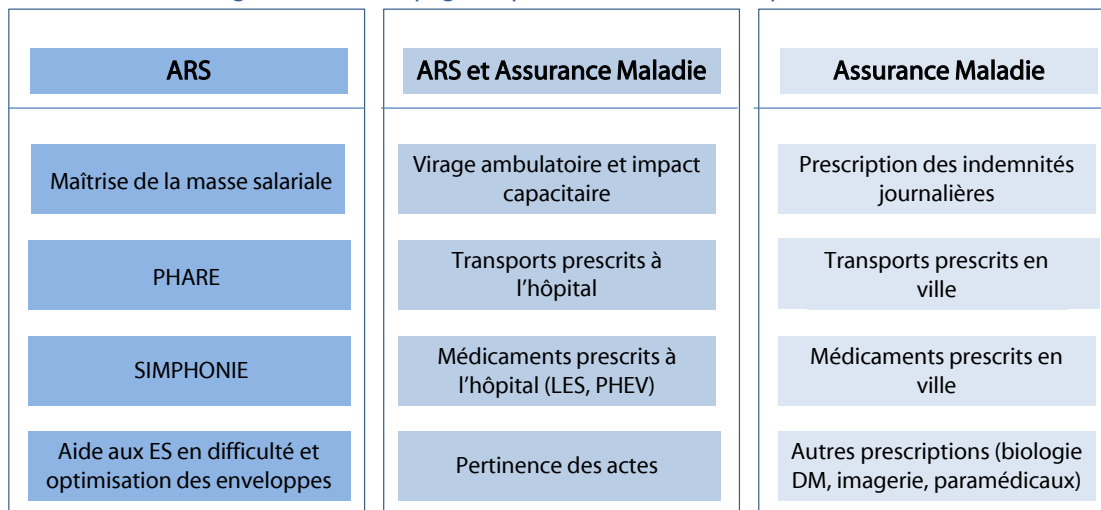
Le plan s'appuie sur des mesures prises au niveau national (par exemple sur les prix des médicaments, des dispositifs médicaux,...), mais également sur des actions déployées en région, sur le terrain, par les agences régionales de santé (ARS) et le réseau de l'assurance maladie. Ce déploiement est organisé autour de 12 blocs opérationnels, et l'Assurance Maladie est concernée, à titre principal ou secondaire, par huit d'entre eux (Figure 23) :

- elle en pilote quatre : les transports prescrits en ville, les médicaments prescrits en ville, la prescription des indemnités journalières et les autres prescriptions (biologie, imagerie, DM, paramédicaux, etc.) ;
- elle co-pilote avec les ARS quatre autres blocs d'actions, le virage ambulatoire et son impact capacitaire, la pertinence des actes, les transports prescrits en établissement de santé et les médicaments prescrits en établissement de santé ;
- les ARS pilotent les groupes d'actions orientés vers l'amélioration de la gestion des établissements et de l'organisation hospitalière (programme PHARE, maîtrise de la masse salariale, optimisation des enveloppes et aide aux établissements en difficulté, programme SIMPHONIE).

---

<sup>6</sup> Ces axes sont repris dans un nouveau contrat en matière de gestion du risque entre l'Etat et l'UNCAM, dénommé plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PNGDRESS).

Figure 23 – Découpage du plan triennal en blocs opérationnels



Les actions que l'Assurance Maladie mène dans le cadre du plan triennal poursuivent et développent la stratégie de gestion du risque et d'efficacité qu'elle déploie depuis une dizaine d'années, et dont la déclinaison opérationnelle doit permettre d'assurer, conjointement avec l'action de l'Etat et des ARS, le respect de l'ONDAM 2017.

### 3. Améliorer la pertinence et le bon usage des soins

En s'appuyant sur ses bases de données, sur les comparaisons internationales, sur les référentiels de bonne pratique, l'Assurance maladie mène en permanence des analyses des pratiques de soins, qui visent à identifier les marges de progrès possibles pour soigner mieux au meilleur coût : en améliorant les stratégies thérapeutiques, en optimisant les parcours de soins, en réduisant le mésusage et les actes non pertinents,...

Sur la base de ces constats, elle mobilise une palette de leviers qui concourent tous à promouvoir le « juste soin » et l'efficacité : actions d'accompagnement auprès des professionnels de santé pour promouvoir les bonnes pratiques, rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), promotion d'outils d'aide à la prescription l'utilisation de dossiers médicaux informatisés et le développement de la prescription électronique, mais aussi actions de sensibilisation ou d'accompagnement auprès des assurés, programmes pour optimiser les parcours de soins, contractualisation avec les professionnels et les établissements (avec les ARS), accords préalables, contrôles, mise sous objectifs,...

#### 3.1 Les actions d'accompagnement des professionnels de santé

Depuis quatre ans, l'assurance maladie réalise en moyenne 500 M€ d'économie de maîtrise médicalisée par an, uniquement sur les prescriptions des médecins libéraux. En 2015, ce montant est estimé à près de 600 M€ ; s'il n'atteint qu'à 85% l'objectif fixé à 700 M€, il est en nette progression par rapport aux économies 2014 qui étaient de 460M€.

Ces résultats sont obtenus notamment par des actions d'accompagnement auprès des professionnels de santé et des établissements, destinés à diffuser des messages sur le bon usage ou l'efficacité d'une prestation. Différents canaux de contacts sont mobilisés : échanges confraternels par les médecins conseils, visites des délégués de l'Assurance maladie (DAM), courriers. La COG 2014-2017 prévoit ainsi 510 000 contacts par an. En 2015, cet objectif a été dépassé, avec plus de 526 000 contacts réalisés auprès des professionnels de santé libéraux et un peu plus de 12 000 visites en établissements.

Chaque année, un programme national est établi avec :

- une programmation des visites des délégués d'assurance maladie et des médecins conseil auprès des professionnels de santé et des établissements, sur des thèmes dont l'enjeu est important en termes de potentiel de modification des pratiques,
- l'élaboration d'un contenu de visite (supports construits à partir d'un référentiel médical ou médico économique et soumis pour validation à la HAS, profils d'activité du professionnel sur le thème concerné),
- un ciblage des professionnels à visiter, sélectionnés en fonction de leur pratique telle qu'elle peut être analysée dans les bases de données.

En plus de ce programme national, des actions complémentaires de gestion du risque peuvent être définies par les caisses et les échelons médicaux, au niveau régional. En 2015, ces actions complémentaires ont concerné les indemnités journalières (5 régions), la LPP (8 régions), les masseurs-kinésithérapeutes (5 régions), les infirmières (2 régions), les transports (5 régions) et la iatrogénie (8 régions). Ces actions visent parfois des catégories particulières de professionnels (nouveaux installés, remplaçants collaborateurs, médecins à l'origine de signalements,...), des domaines spécifiques, par exemple en matière de LPP (auto-contrôle du diabète, oxygénothérapie...), des extensions ou renforcement de programmes nationaux (iatrogénie, IJ).

### 3.2 La prescription médicamenteuse

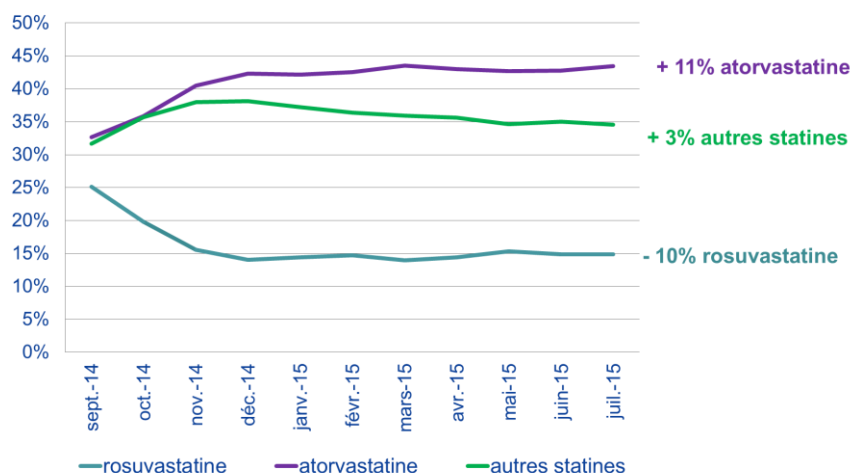
En 2017, les économies de maîtrise médicalisée attendues comporteront à nouveau un volet important sur la prescription médicamenteuse.

#### *Les médicaments de médecine générale*

Certaines classes thérapeutiques concernant des *médicaments largement prescrits en médecine générale* (hypocholestérolémiants, antibiotiques, antidépresseurs, antihypertenseurs, antiagrégants plaquettaires, antidiabétiques,...) font l'objet d'actions récurrentes, car les enjeux restent importants en termes de bon usage de ces produits. Notamment, si les volumes de consommation, traditionnellement élevés en France, se sont rapprochés de nos voisins (et ceci n'est pas sans lien avec les actions répétées d'accompagnement des prescripteurs), le recours aux innovations les plus récentes et les plus chères reste plus fréquent dans notre pays.

En complément des campagnes d'accompagnement des prescripteurs, le dispositif de demande d'accord préalable pour la rosuvastatine, dont l'impact a été significatif (Figure 24), sera poursuivi.

Figure 24 – Evolution mensuelle des parts de marché des familles de statines (en nombre de traitements)



De nouveaux enjeux se dessinent par ailleurs sur les traitements antidiabétiques (1,5 milliard d'euros en 2015, deuxième poste de dépense et de remboursements pour les médicaments remboursables délivrés en ville derrière les immunosuppresseurs), qui se caractérisent par un rythme d'innovation soutenu, avec notamment l'arrivée de deux nouvelles classes dans les dix dernières années, les gliptines ou inhibiteurs de la DPP-IV et les agonistes du GLP1 (AGLP1). Comme pour d'autres classes thérapeutiques, la structure de consommation française se distingue par la large place laissée aux antidiabétiques les plus récents et les plus chers, même s'ils ne présentent pas d'amélioration du service médical rendu, ou une amélioration faible. Le rapport sur les charges et produits publié l'année dernière avait d'ailleurs montré que ces classes de médicaments étaient, en 2013, utilisées largement en dehors des indications de l'AMM et des indications thérapeutiques remboursables définies par la HAS. Une campagne d'accompagnement sur les gliptines est actuellement déployée sur le terrain, mais l'enjeu pour les années à venir, comme cela a été développé dans la partie 1 – Cartographie des dépenses, concerne la diffusion des analogues du GLP1, pour lesquels des actions de promotion du bon usage seront à développer.

### *Les médicaments de spécialité*

Cependant, si des marges d'efficience existent encore sur les médicaments courants prescrits par les généralistes (notamment en termes de prescription dans le répertoire), c'est de plus en plus sur des classes de médicaments prescrits par les spécialistes que les enjeux de pertinence des prescriptions sont importants, compte tenu des prix des produits nouveaux et de leur dynamique de diffusion

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie, déploiera, dans la continuité de la première campagne réalisée sur les Anti-TNF en rhumatologie, une action d'accompagnement au sein des établissements de santé sur la thématique des biothérapies dans les maladies inflammatoires en rhumatologie et gastro-entérologie.

L'impact de la première campagne a été jugé positif, tant par la régulation positive obtenue des dépenses en anti-TNF, qui a permis de dépasser les objectifs de maîtrise médicalisée fixés à hauteur de 32 M€ sur ces spécialités pour l'année 2015, que par l'appréciation des échanges confraternels menés par les professionnels de santé visités, de plus en plus sensibilisés à la dimension médico-économique.

Fort de ce constat et au vu de la dynamique soutenue d'évolution de l'utilisation des biothérapies, la mise en place de cette nouvelle action de maîtrise médicalisée hospitalière et son extension au domaine de la gastro-entérologie apparaît pleinement opportune.

Un axe spécifique sera consacré à la place des biosimilaires dans la stratégie thérapeutique, dont la mise sur le marché a débuté fin 2014 en France, mais dont la diffusion reste à ce jour assez faible. Cela s'explique

avant tout par les conditions restrictives encadrant actuellement leur utilisation. Le rapport de l'ANSM paru en décembre 2013 interdisait en effet l'interchangeabilité des médicaments biologiques en cours de traitement. Jusqu'à présent, le recours à un médicament biosimilaire n'est donc possible que s'il a lieu dès le début du traitement.

Un nouveau rapport publié par l'ANSM en mai 2016, actualisant celui de 2013, prend acte de l'évolution rapide des connaissances et de l'analyse continue des données d'efficacité et de sécurité des médicaments biosimilaires au sein de l'Union Européenne. Dans ce contexte, l'ANSM conclut qu'il n'est désormais plus justifié de maintenir une position excluant formellement toute interchangeabilité en cours de traitement, tant que des conditions minimales d'information et de consentement du patient, de surveillance médicale et de traçabilité, sont réunies.

Cette nouvelle position de l'ANSM permet d'envisager une pénétration plus importante des médicaments biosimilaires, levier d'envergure pour la régulation des dépenses de médicaments de spécialité.

La recommandation temporaire d'utilisation (RTU) d'Avastin® (bévacizumab, Roche) dans le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) est entrée en application au 1er septembre 2015 pour une durée de trois ans. L'utilisation de cet anticancéreux dans une indication ophtalmologique a pour objectif d'optimiser la régulation des dépenses sur la classe des anti-VEGF très prescrite dans cette pathologie, dont l'incidence augmente avec le vieillissement de la population.

Neuf mois après son instauration, la RTU Avastin® n'est à ce jour que très peu utilisée, malgré les données rassurantes récemment disponibles sur la tolérance du bevacizumab dans la DMLA. Cette très faible utilisation s'explique selon les professionnels de santé par l'existence d'un certain nombre de freins à sa prescription.

Les leviers à mobiliser pour appuyer la diffusion de la RTU Avastin® concernent à la fois les conditions pratiques de son utilisation, mais aussi l'adhésion des prescripteurs : un accès facilité à la fabrication de la seringue d'Avastin® pour son utilisation ophtalmologique avec la mise en place de convention de sous-traitance entre PUI, une évolution potentielle à termes vers un statut de rétrocession permettant une utilisation en ambulatoire d'Avastin® et une réflexion sur l'augmentation possible de la durée de stabilité au-delà d'un mois, si les résultats le permettent.

Pour améliorer l'adhésion des prescripteurs à la RTU Avastin® dans la DMLA, il apparaît nécessaire de faire évoluer la mention du caractère indispensable de la prescription de cette spécialité, tel qu'indiqué dans le protocole. Des améliorations peuvent également être mises en œuvre sur l'information délivrée tant au prescripteur qu'au patient, avec la nécessité de disposer notamment d'une fiche de bon usage sur l'ensemble des traitements anti-VEGF disponibles dans le traitement de la DMLA, qu'ils disposent d'une AMM ou d'une RTU (ranibizumab, aflibercept & bevacizumab).

### *Les actions sur la iatrogénie*

La iatrogénie est responsable d'environ 7500 décès par an et de 3,4% des hospitalisations chez les patients de 65 ans et plus<sup>7</sup>. Elle peut être due à des effets indésirables évitables (prise de médicaments inadaptés à la situation, ou contre-indiqués, ou qui auraient pu être retirés de l'ordonnance), mais aussi à des effets indésirables non évitables (imprévisibles malgré une bonne démarche thérapeutique).

L'assurance maladie a réalisé une première campagne d'échanges confraternels sur le risque iatrogénique chez la personne âgée entre novembre 2014 et mars 2015, auprès d'environ 8 000 médecins généralistes. Ces médecins ont été visités prioritairement car on constatait qu'au sein de leur patientèle, au moins 5

---

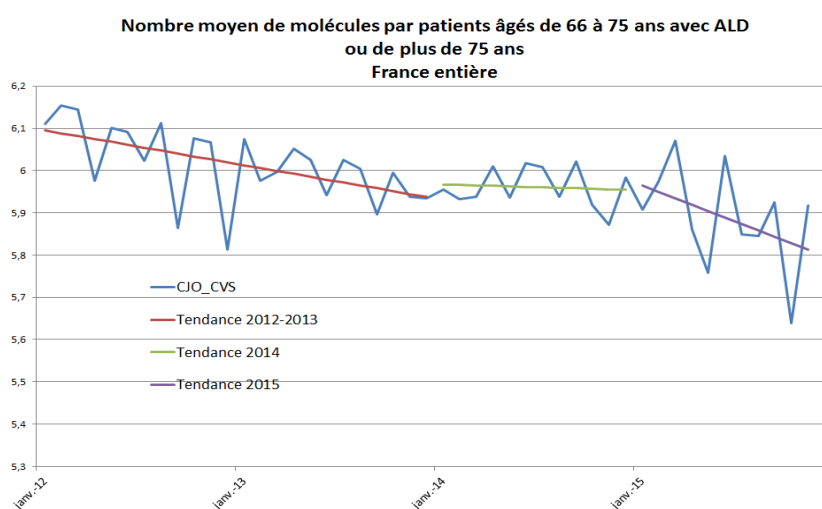
<sup>7</sup> Référence à préciser



patients âgés<sup>8</sup> avaient 3 molécules ou plus de la classe des psychotropes délivrées en moyenne par mois (tous prescripteurs confondus). L'objectif était, en partant de la prescription des psychotropes, de diminuer globalement le nombre de molécules prescrites. Rappelons qu'en 2013, plus de 10% des patients âgés<sup>9</sup> avaient plus de 10 molécules délivrées dans le mois (quel que soit le prescripteur), 5% avaient 10 molécules délivrées sur au moins une ordonnance dans le mois.

On observe globalement une tendance positive, avec une inflexion à partir de l'année 2015 (Figure 25) sur le nombre moyen de médicaments par patient (qui a baissé de 5,95 à 5,80) ; cette baisse est concomitante de la campagne d'entretiens confraternels, et même s'il n'est pas possible d'attribuer à cette seule action l'évolution positive observée, car d'autres interventions ont été menées dans la même période.

Figure 25 – Nombre moyen de molécules par patient (patients âgés de 66 à 75 ans avec ALD ou de plus de 75 ans)



Une seconde phase de mise en œuvre a démarré en 2016, ciblant la même population de médecins généralistes. Tirant les enseignements de la première phase, elle va cibler les traitements psychotropes et surtout l'initiation des traitements, phase cruciale dans la prise en charge. L'un des messages-clés sera de faire adopter le « réflexe iatrogénique » par le prescripteur en se basant sur des éléments cliniques, biologiques et d'effets indésirables.

Malgré les améliorations obtenues, il reste beaucoup à faire dans ce domaine et la iatrogénie restera un des volets de la maîtrise médicalisée en 2017.

Outre les campagnes auprès des prescripteurs, la CNAMTS soutient une expérimentation proposée par son conseil scientifique (appelée OPTIM-EHPAD), qui vise à organiser la conciliation médicamenteuse pour les personnes âgées lors de leur admission en EHPAD (Encadré 4). Une analyse présentée plus loin dans ce rapport (Partie 3.2) montre en effet que l'entrée en EHPAD apparaît comme un moment charnière dans le parcours des personnes âgées, qui s'accompagne de modifications très importantes dans la prise en charge pour des personnes en situation de grande fragilité, comme le montre l'importance du recours aux urgences hospitalières après l'admission.

Une réflexion est en cours pour développer une autre expérimentation en lien avec les EHPAD, en s'appuyant sur les commissions gériatriques, qui regroupent le médecin coordonnateur, le pharmacien, les médecins traitants et le cadre de soins, et peuvent être des lieux d'échanges sur les bonnes pratiques. L'Assurance Maladie pourrait contribuer à les alimenter par des retours d'informations sur les pratiques, à partir de ses

<sup>8</sup> Au sens : âgés de plus de 75 ans ou âgés de 66 à 74 ans avec au moins une ALD

<sup>9</sup> Id<sup>e</sup> note précédente

bases de données, à l'instar de ce qui est fait pour les groupes qualité. Une initiative en ce sens est en cours avec certains EHPAD.

#### Encadré 4 – L'expérimentation Optim EHPAD

L'amélioration de la prescription en EHPAD apparaît comme un objectif particulièrement pertinent en raison des caractéristiques des populations hébergées soient 600 000 sujets âgés vulnérables, polyopathologiques (6 pathologies en moyenne par résident), polymédiqués (dont le traitement chronique comprend en moyenne 6.5 molécules), à risque majeur d'effets indésirables associés aux soins (EIAS) médicamenteux et du potentiel de coordination entre médecin coordonnateur et médecin traitant autorisant la diffusion des bonnes pratiques gériatriques. Par ailleurs, la iatrogénie et le défaut d'observance médicamenteuse représentent un des 4 principaux facteurs d'hospitalisation dite « évitable », qu'il s'agisse de sujets âgés vivants à domicile ou de résidents d'EHPAD.

L'expérimentation OPTIM EHPAD vise, dans les 15 premiers jours après l'admission du résident en EHPAD, à réaliser une évaluation des traitements conjointe entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant pour une décision de prescription ajustée associant le résident et éventuellement sa famille.

Cette intervention utilise des méthodes d'amélioration de pratiques professionnelles et repose sur les références de bonne pratique de prescription chez les personnes âgées. L'outil OPTIM EHPAD proprement dit est un outil pratique de révision de la prescription, adapté aux résidents et aux spécificités de la pratique médicale en EHPAD. Il associe une approche globale de la prescription, des alertes iatrogéniques et une stratégie thérapeutique par situation clinique.

Au total, comme en 2016, les actions de maîtrise médicalisée portant sur la prescription de médicaments devraient pouvoir générer environ 430 millions d'euros d'économies.

### 3.3 Les arrêts de travail

Les dépenses d'indemnités journalières ont repris un rythme de croissance assez dynamique en 2014, après plusieurs années d'évolution très faible, et cette tendance haussière s'est poursuivie en 2015. Les facteurs explicatifs de cette progression ont été analysés et pour mieux maîtriser l'évolution de ce poste, et un plan d'actions renforçant les différents leviers dont dispose d'Assurance Maladie a été conçu et se déploie en 2016 – 2017.

#### *Les référentiels et l'optimisation des parcours de soins pour prévenir la désinsertion professionnelle*

La Cnamts a lancé il y a plusieurs années une démarche d'élaboration et de publication de « fiches repères » proposant des durées recommandées d'arrêt de travail (en fonction du type de poste occupé) pour des situations cliniques particulières. Les référentiels publiés jusqu'à présent concernent pour l'essentiel des arrêts de durée limitée, notamment des arrêts post intervention chirurgicale par exemple. Pour autant, l'analyse des pratiques de prescription actuelles montre parfois des écarts importants avec ces référentiels, et la nécessité dans certains cas d'un retour d'information au prescripteur, comme l'illustre l'exemple de *la chirurgie de l'épaule* détaillé plus loin dans ce rapport (page 80).

Au-delà des situations ponctuelles déjà couvertes par ces fiches repères, la difficulté est plus grande encore pour les arrêts longs, liés à des pathologies pour lesquelles l'enjeu est de prévenir les risques de chronicisation qu'aujourd'hui le médecin traitant et l'assurance maladie arrivent difficilement à contenir. C'est le cas des *lombalgies*, qui touchent une population nombreuse, entraînent un arrêt de travail dans 20% des cas, représentent près d'un tiers des arrêts de plus de six mois et constituent la 3<sup>ème</sup> cause d'invalidité pour le régime général. Pour cette pathologie, la prévention des risques de désinsertion sociale et professionnelle associés à la chronicisation apparaît comme le levier pertinent pour réduire les arrêts de travail associés et passe par une optimisation globale du parcours de soins (qui inclut d'autres éléments, recours à l'imagerie, à la kinésithérapie, à la chirurgie,...). C'est ce que montre l'analyse développée plus loin dans ce rapport (page 72). Les propositions qui sont formulées à partir de cette analyse participent de l'ensemble des actions de maîtrise du poste IJ en 2017, même si elles couvrent un champ plus large.

### *Les contrôles des assurés en arrêt de travail*

Les contrôles de la pertinence des arrêts de travail par le service médical demeurent un volet important des actions de maîtrise, avec 2,2 millions de contrôles réalisés tous les ans. L'objectif est aujourd'hui d'optimiser l'efficacité de ce travail de contrôle, en utilisant mieux les systèmes d'information à disposition des praticiens conseil pour mieux échelonner ces contrôles en fonction des pathologies et des situations de soins. Des instructions ont été données aux caisses et aux échelons médicaux en ce sens et des outils ont été développés par le réseau et diffusés en 2016. Ils devraient permettre une plus grande homogénéité des pratiques et une plus grande pertinence médicale de l'effort de contrôle, avec un renforcement sur les arrêts longs.

### *Des démarches graduées en direction des prescripteurs*

La prescription des arrêts de travail fait partie, de manière habituelle, des thèmes abordés par les délégués d'assurance maladie et les praticiens conseil dans les campagnes d'information et de sensibilisation des prescripteurs. Par ailleurs, des procédures spécifiques sont prévues pour la petite fraction d'entre eux dont les comportements de prescription d'arrêts de travail apparaissent très excessifs en comparaison aux pratiques habituelles de leurs confrères : il s'agit des entretiens préalables, de la mise sous objectif et de la mise sous accord préalable. Même si le nombre de praticiens est limité, ces procédures permettent de générer une économie de 50 M€ par an (vérifier).

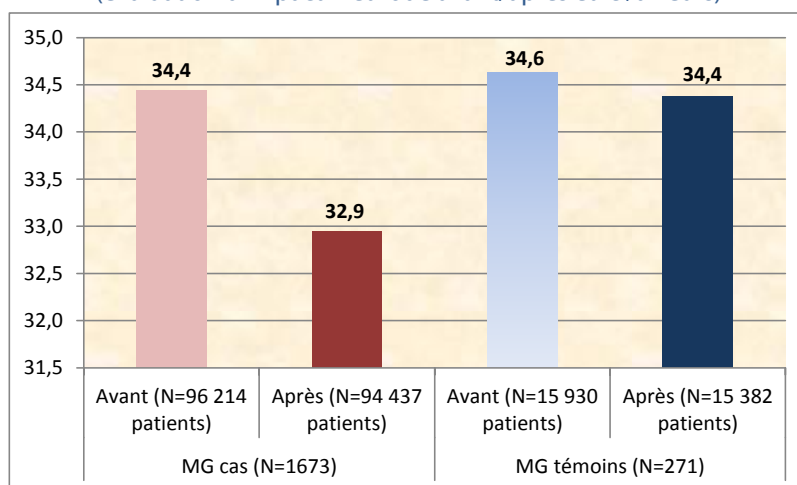
Complémentairement à ces démarches existantes, une modalité intermédiaire d'accompagnement a été mise en place à partir de 2015, fondée sur des entretiens confraternels approfondis pour des prescripteurs ayant une part importante de patients bénéficiaires d'arrêts de travail et une durée de ces arrêts élevée. La conception de ces entretiens a été renouvelée, avec des retours d'information adaptés à la patientèle du médecin et surtout des cas pratiques de patients sélectionnés en amont par le service médical, l'objectif étant d'utiliser ces exemples concrets tirés de la pratique du médecin pour illustrer les actions envisageables afin de prévenir la désinsertion professionnelle, les aides à disposition du médecin, les interactions possibles entre médecin traitant, médecin conseil, médecin du travail et service social.

Les interventions de l'assurance maladie auprès des prescripteurs s'opèrent donc aujourd'hui selon une démarche graduée en fonction des pratiques observées (Figure 26), et dont les modalités opérationnelles sont articulées dans un calendrier global (exemple **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** pour 2016 et début 2017).

Figure 26 – Démarche graduée en fonction de la situation du praticien



Figure 27 - Une nouvelle démarche d'accompagnement aux premiers résultats encourageants  
Evolution du nombre moyen d'indemnités journalières par patient ayant perçu des d'indemnités journalières (évaluation d'impact méthode avant/après et ici/ailleurs)



Une nouvelle démarche d'accompagnement personnalisée auprès des médecins généralistes qui donnent des résultats encourageants. Dans les 3 mois qui suivent la visite, on observe une diminution de 1,5 jour du nombre moyen d'indemnités journalières par patient sur les 1673 premiers médecins généralistes visités (cas) en 2015 (9000 médecins visités en tout). Cette action d'accompagnement sera reconduite sur la fin d'année 2016 et le premier trimestre 2017.

#### *La mise en place d'une fonction de « facilitateur »*

Pour renforcer l'efficacité des interventions auprès des assurés et des médecins traitants, la mise en place d'une fonction de « facilitateur » a été testée dans quelques échelons locaux du service médical en 2015 (Bouches-du-Rhône, Doubs, Loire-Atlantique). Il s'agit de confier à des techniciens du service médical des tâches permettant d'améliorer la gestion de cas d'arrêts de travail détectés comme complexes, et notamment :

- de venir en appui au médecin conseil dans ses relations avec l'assuré et le médecin traitant (préparation des contacts, rassemblement des éléments d'analyse utiles...) et de répondre aux demandes d'information des médecins traitants (ligne dédiée) ;
- de faciliter des relations entre les acteurs : médecin traitant, médecin conseil, médecine du travail, service social (et notamment d'optimiser le signalement au service social des assurés en risque de désinsertion professionnelle). Le constat a été fait en effet que la coordination entre ces différents

professionnels qui interviennent dans la gestion d'un arrêt de travail jusqu'à sa conclusion est mal assurée aujourd'hui, avec des informations éparses et un suivi lacunaire.

L'expérimentation sur ces trois échelons a été évaluée début 2016. Le service médical de Nantes a mené une enquête auprès des premiers médecins et assurés qui ont utilisé le service (environ 400 utilisateurs). Les médecins sont satisfaits de la facilité de contact du facilitateur et de son soutien pour les démarches médico-administratives de leurs patients en cas de difficulté à la reprise du travail. 92 % des assurés ont exprimé leur satisfaction sur la qualité de l'accompagnement, les conseils pratiques et les explications sur le rôle des différents intervenants reçus. Cette première phase d'expérimentation a permis de préciser les modalités opérationnelles de fonctionnement de ce dispositif et la décision a été prise d'étendre l'expérimentation à partir de mars 2016 sur une vingtaine d'échelons. Après une nouvelle évaluation fin 2016, ce dispositif pourrait être généralisé dès 2017.

### *La gestion du risque en entreprises*

Sensibiliser les employeurs à intérêt qu'ils ont à travailler sur la prévention des risques professionnels pour limiter l'absentéisme a été l'objectif des premières campagnes dites de « maîtrise médicalisée en entreprise », lancées entre 2008 et 2011, et qui ont été complétées par des initiatives locales telles que celle de la CPAM de la Manche en 2014-2015.

En capitalisant sur les résultats de ces premières expériences, la proposition est d'initier une nouvelle démarche reposant sur :

- des visites auprès d'un nombre limité d'entreprises, ciblées car atypiques en matière d'IJ maladie et AT/MP au regard de leur région et de leur secteur d'activité, ce ciblage devant être personnalisé et étayé médicalement sur les familles de pathologies les plus concernées (TMS, RPS,...),
- ces entreprises devant être de taille suffisante pour assurer la robustesse des données, préserver le secret médical et disposer de leviers agir,
- et avec un apport d'informations statistiques précises et comparatives, permettant à l'entreprise de se situer et de construire une démarche concrète d'amélioration.

Pour le ciblage, un travail est en cours pour adapter les algorithmes prédictif des motifs d'arrêts développés par certaines directions régionales du service médical dans le cadre du contrôle des IJ (*cf supra*).

L'action est préparée en 2016 et sera déployée en 2017.

## **3.4 Les actions sur les transports**

Les prescriptions de transport représentent plus de 4 Md€ et ont augmenté de 3,7% en 2015. 63% émanent des établissements, et les prescriptions de ces derniers augmentent rapidement : 4,5% en 2015, alors que la cible nationale était fixée à + 3%. Un renforcement des actions sur ce thème est programmé sur 2016 -2017.

### *L'extension des plateformes centralisées de commandes de transport*

Ces plateformes centralisent l'ensemble des prescriptions de transport au sein d'un établissement de santé et passent commande auprès de sociétés de taxis, VSL ou ambulance.

Leurs objectifs sont :

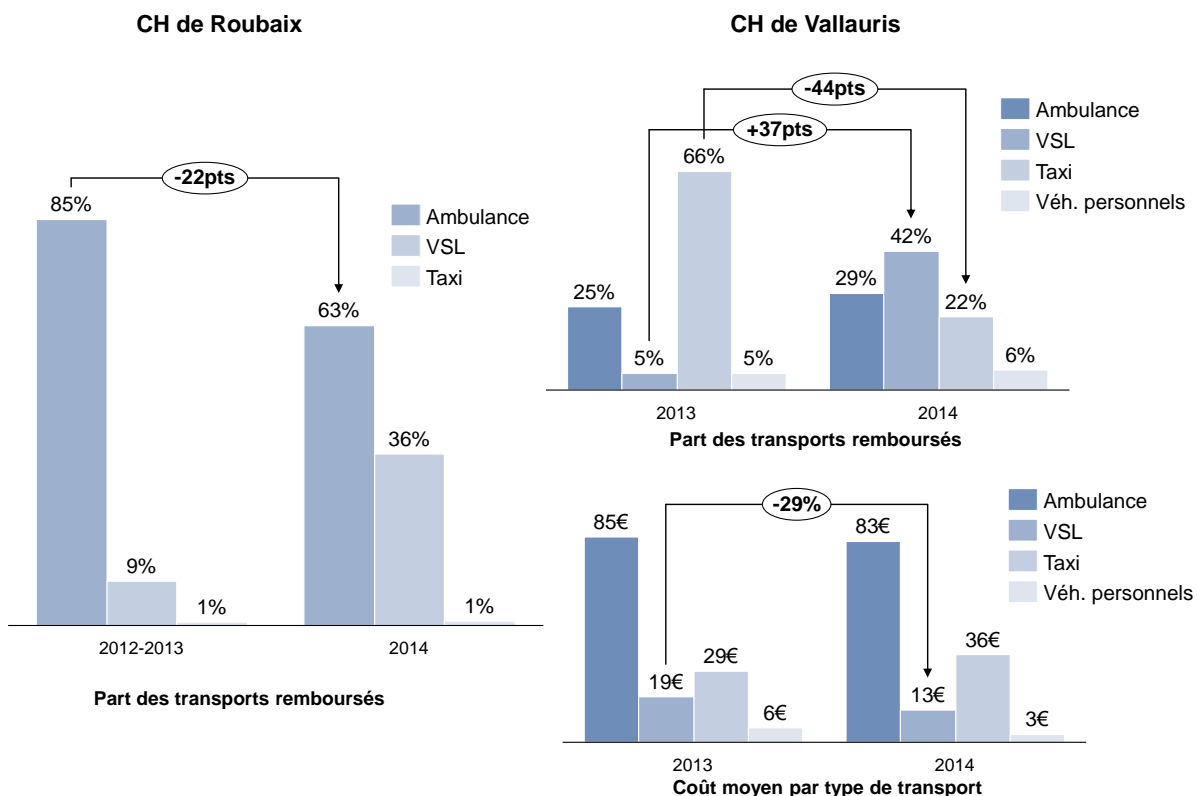
- de simplifier la commande de transports pour le personnel hospitalier,
- d'assurer davantage de transparence et d'équité,
- de favoriser le transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient, et notamment de réduire les cas d'indisponibilité de transports assis et les transports en ambulance non pertinents, mais aussi de favoriser le transport partagé ou l'utilisation des véhicules personnels,
- de réduire le nombre de prescriptions de transport non pertinentes, en permettant d'identifier et de responsabiliser les prescripteurs.

L'équipe gérant cette plateforme peut être recrutée au sein de l'établissement ou mise à disposition par la CPAM. Cette fonction de centralisation suppose le respect d'un cahier des charges précis, qui a été élaboré par la CNAMTS et par le Ministère de la santé, et qui garantit notamment le principe de « tour de rôle » (tous les transporteurs du territoire font partie du dispositif, et chacun est appelé à tour de rôle), et la recherche systématique d'un transport assis professionnalisé disponible lorsqu'un transport assis a été prescrit. Idéalement, un logiciel intègre directement ce cahier des charges.

Des expériences de plateformes initiées dans certains établissements de santé ont montré des résultats positifs (Figure 28) :

- au centre hospitalier de Roubaix, une bascule significative de l'ambulance vers le VSL et une économie globale de 11 euros par transport ;
- au centre hospitalier de Vallauris, pas d'impact sur le recours à l'ambulance, mais une augmentation du recours au VSL avec développement du transport partagé, qui a permis de diminuer d'un tiers le coût moyen d'un trajet, et au total une diminution globale des dépenses de transport de 18% sur an.

Figure 28 – Evolution des prescriptions de transports dans deux centres hospitaliers ayant mis en place une commande centralisée



D'autres expérimentations se sont mises en place, sous des formes variées, parfois sans accompagnement de l'ARS ou de l'Assurance Maladie, et avec des impacts variables, ce qui a conduit à l'élaboration par l'Assurance Maladie d'un cahier des charges national précisant les conditions de fonctionnement de telles plateformes, quel que soit leur mode de gestion (par l'établissement de santé, avec l'appui de l'assurance maladie ou un tiers).

Une enquête auprès du réseau de l'assurance maladie fin 2015 a permis d'identifier 26 départements intéressés par la démarche, avec plus de 35 établissements pressentis. Certains sont très avancés dans la démarche et sont prêts à démarrer, avec l'implication de l'ARS et l'assurance maladie ; pour d'autres le processus va être initié en 2016 en s'appuyant sur les dispositifs de contractualisation tripartites entre les établissements de santé, l'ARS et l'assurance maladie (contrats CAQOS simplifié qui comportent des objectifs de mise en place des plateformes, maîtrise des dépenses et développement du transport assis, partagé ou en véhicule personnel puis contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins à partir de 2017).

*Autres actions : référentiels, communication, contrôles, demandes d'accord préalable,*

L'assurance maladie a réalisé, avec des experts néphrologues, un travail d'élaboration d'un référentiel de prescription de transport pour les patients en dialyse (la dialyse représente 16% des dépenses de transports), sur le modèle des fiches repère « arrêts de travail » pour aider à la bonne prescription de transport. Ce référentiel sera soumis à la HAS puis diffusé aux prescripteurs fin 2016. D'autres fiches repère pourraient être proposées et diffusées en 2017 sur les transports itératifs.

Une campagne de communication générale sera également menée à partir de septembre 2016 auprès des prescripteurs et des assurés pour rappeler les règles de prise en charge et promouvoir le bon usage des transports remboursés par l'assurance maladie (transports personnels, transports partagés...).

Les contrôles des facturations menés en 2015 puis 2016 (environ 100 000 factures ciblées de transport sanitaire) se poursuivront et se focaliseront notamment sur les anomalies de facturation d'une distance supérieure au trajet mesuré par un distancier et les prescriptions réalisées *a posteriori*.

Une procédure de demande d'accord préalable est prévue par le code de la sécurité sociale (article R322-10-4) pour certains trajets particulièrement onéreux, supérieurs à 150 km ou les transports en série (au moins 4 trajets sur une période de 2 mois) vers un lieu distant de plus de 50km : l'assurance maladie va, sur la base d'un bilan des accords préalables donnés, définir des référentiels locaux permettant de contrôler le respect de la règle de l'établissement le plus proche et faire évoluer le dispositif pour en améliorer la pertinence et assurer un contrôle a priori des prescriptions générant les dépenses les plus lourdes.

### 3.5 Les actes diagnostiques et thérapeutiques

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

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

L'Assurance Maladie contribue également à l'amélioration de la pertinence des soins dans le cadre de la démarche pilotée par le Ministère et portant sur les actes chirurgicaux. Elle met en œuvre des actions d'accompagnement auprès des établissements et des professionnels de santé, et élabore des outils permettant la diffusion des recommandations médicales (référentiels de bonne pratique médicale, profils

d'activité, guide d'information pour les patients). Une évaluation de la liste des 33 thématiques prioritaires est en cours, ainsi que l'identification de nouvelles activités sur les 3 critères initiaux (volume d'activité annuel > 20 000, augmentation du taux de recours national 2010/2014, variations géographiques définies par un coefficient géographie > 0,20).

En 2017 :

- la pose de drain trans tympanique sera un nouveau thème déployé en région par l'Assurance Maladie et les ARS, dès la parution de la recommandation de la HAS, à laquelle la CNAMTS a contribué par l'étude des pratiques à partir de ses bases de données ;
- les évaluations des programmes d'accompagnement antérieurs seront diffusées (chirurgie du syndrome du canal carpien, cholécystectomie, thyroïdectomie, chirurgie bariatrique) ;
- le thème des examens pré anesthésiques sera particulièrement suivi, après l'incitation (fin 2016) des établissements à une action d'autoévaluation en vue d'améliorer leurs pratiques (diffusion des résultats de l'étude collaborative SFAR/CNAMTS à partir des bases de données de l'assurance maladie, transmission aux établissements par la CNAMTS de leurs profils d'activité, campagne d'affichage dans les établissements à destination des patients, accompagnement par un expert de la SFAR si demande des professionnels).

La MSAP portant sur les actes en établissements a été permise par la LFSS pour 2015 (Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014) : outre les thèmes mis en œuvre en 2016 (chirurgie bariatrique et chirurgie du syndrome du canal carpien), elle sera élargie à d'autres procédures chirurgicales (cholécystectomie et thyroïdectomie) dans les établissements n'ayant pas modifié leurs pratiques après les actions pédagogiques, dans le cadre d'un contrat tripartite (établissement/ARS/AM) en cohérence avec le PAPRAPS (Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins).

## 4. Prendre le virage ambulatoire

Le virage ambulatoire participe à l'optimisation des parcours de soins en évitant des séjours hospitaliers ou en réduisant la durée, en adoptant des prises en charge plus adéquates (hôpital de jour ou hôpital à domicile) ou en améliorant la prise en charge en ville pour faciliter le retour à domicile et éviter des réhospitalisations. Il implique des évolutions dans les établissements de santé et pour les professionnels qu'il faut accompagner dans leurs changements de pratique et d'organisation. L'Assurance maladie contribue à cette ambition de transformation de notre système de soins avec deux leviers principaux, le programme Prado et la mise sous accord préalable pour la chirurgie ambulatoire et l'orientation en SSR.

### 4.1 Le déploiement de PRADO

Le programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO) a été initié par l'Assurance Maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital – ville. Il contribue à répondre à plusieurs enjeux :

- accompagner et favoriser la réduction des durées de séjour à l'hôpital, en offrant une organisation sécurisant la prise en charge en aval,
- éviter le recours à des solutions d'aval inutilement coûteuses quand elles ne sont pas justifiées par l'état du patient (services de soins de suite et de réadaptation après certaines interventions chirurgicales,...),

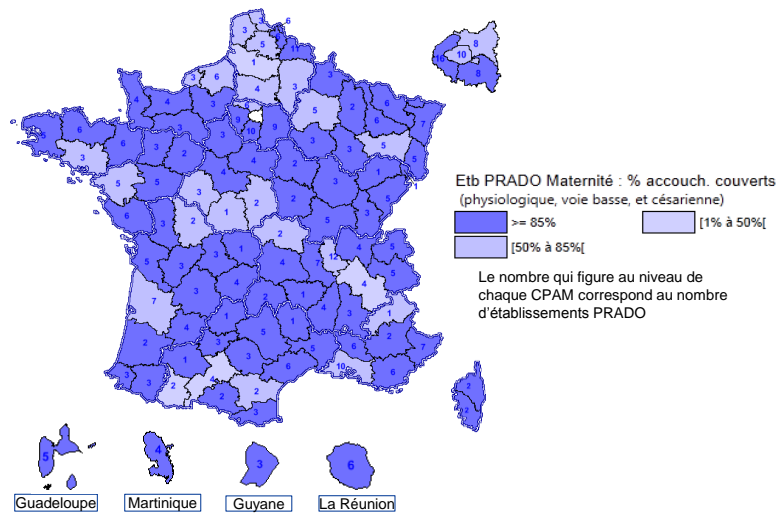


- prévenir les réhospitalisations et aggravations liées à l’insuffisance de suivi post hospitalisation.

D’abord initié sur les sorties de *maternité* en 2010, il a été étendu en 2012 aux sorties d’hospitalisation après *chirurgie orthopédique*. Depuis 2013, deux programmes concernant des *épisodes aigus de pathologies chroniques* ont été expérimentés et sont en cours de déploiement (*décompensation cardiaque* et *exacerbation de BPCO*) et deux autres sont en expérimentation depuis fin 2015 (*plaies chroniques* et *personnes âgées*), ainsi qu’un programme populationnel dans le cadre des expérimentations PAERPA<sup>10</sup>.

*Prado maternité* est aujourd’hui généralisé à l’ensemble du territoire et disponible dans 454 établissements, qui couvrent plus de 85% des accouchements France entière (Figure 29). Après la publication des recommandations de la HAS en 2014, le programme a été étendu aux sorties précoces. Cette extension est en cours d’expérimentation sur une vingtaine de départements. Pour l’année 2017, il est prévu que près de 400 000 couples mère/enfant adhèrent au programme.

Figure 29 – Déploiement de Prado maternité sur le territoire en mai 2016



Le programme chirurgie a été initié par le volet *orthopédie* (généralisé fin 2013) et porte sur les interventions pour lesquelles la HAS considère que la rééducation peut être réalisée en ville. Pour l’année 2017, il est prévu que 100 000 patients adhèrent au programme.

Dès mi 2016, le programme *chirurgie* va être étendu à toute chirurgie France entière, en lien avec le développement de la RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie), en débutant par la chirurgie digestive. Le nombre total de patients potentiellement concernés par le programme chirurgie est d’environ 500 000 par an (en incluant l’orthopédie).

Pour le programme pathologies chroniques :

- le volet *insuffisance cardiaque* sera généralisé en 2016 ; en 2017, il est prévu 100 000 adhésions au programme ;
- le volet BPCO est étendu en 2016, environ 1000 patients seront concernés en 2017 ;
- le volet plaies chroniques est actuellement en expérimentation sur 10 sites et sera étendu en 2017 suite à une première évaluation ;

<sup>10</sup> Personnes âgées en risque de perte d’autonomie

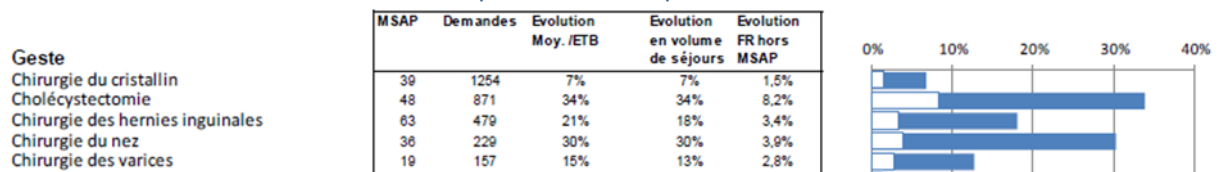
- une expérimentation sur un volet AVC sera lancée début 2017 sur une dizaine de sites.

Enfin le volet populationnel Personnes Âgées (de plus de 75 ans) va être étendu fin 2016 à une dizaine de sites en dehors des territoires PAERPA ; selon les résultats de l'évaluation, il sera proposé à l'ensemble des territoires fin 2017 selon.

## 4.2 la MSAP chirurgie ambulatoire

La *mise sous accord préalable* (MSAP) a été un des leviers du développement de la chirurgie ambulatoire : les établissements faisant l'objet de procédures MSAP se sont réorganisés et ont accru fortement leur taux de chirurgie ambulatoire sur les actes concernés en rattrapant, voire en dépassant celui des autres établissements. Ces résultats positifs déjà observés<sup>11</sup> sont confirmés par l'évaluation de la campagne 2013-2014 : pour les cinq gestes chirurgicaux qui concentrent 90% des demandes de MSAP (la chirurgie du cristallin, la cholécystectomie, la chirurgie des hernies inguinales, la chirurgie du nez et la chirurgie des varices), les établissements mis sous accord préalable ont enregistré une progression très supérieure à celle des autres établissements (Figure 30).

Figure 30 – Progression des taux de chirurgie ambulatoire pour cinq gestes chirurgicaux dans les établissements mis sous accord préalable et comparaison avec les autres établissements



Légende de l'histogramme :

- rectangle blanc : progression du taux de CA des établissements non soumis à la procédure
- rectangle bleu : progression du taux de CA des établissements soumis à la procédure

Cette procédure de MSAP sera poursuivie en 2016 et 2017 auprès des établissements les plus en retard. La liste des 55 gestes entrant dans la procédure continuera à être actualisée avant chaque campagne, en lien avec les sociétés savantes thématiques. L'objectif premier n'est plus l'augmentation du nombre de gestes, mais un renforcement des actions permettant d'augmenter le taux de chirurgie ambulatoire, en se concentrant sur les gestes présentant le plus de potentiel de substitution après analyse du score de performance en chirurgie ambulatoire (seront pris en compte dans ce score le volume, case-mix mais aussi le taux de réhospitalisation<sup>12</sup>). Des réflexions sont par ailleurs en cours avec l'AFCA sur des actions d'accompagnement qui pourraient précéder la procédure de mise sous accord préalable.

## 4.3 La MSAP SSR

La MSAP SSR permet depuis 2014 de mettre les services de court séjour sous accord préalable pour l'adressage des patients ayant subi une intervention orthopédique.

En 2014, ce dispositif a permis d'éviter plus de 7000 séjours en SSR (soit de l'ordre de 30 millions d'€). Il sera poursuivi en 2016 et 2017 avec chaque année 150 nouveaux établissements ciblés.

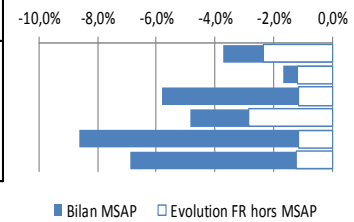
<sup>11</sup> Référencer les deux rapports charges et produits

<sup>12</sup> Le taux de réhospitalisation est à évaluer pour apprécier l'impact de l'organisation en ambulatoire sur la qualité et la sécurité des soins.

**Geste**

NB demandes	NB MSAP	Evolution Moy./ETB	Evolution en volume de séjours	Evolution FR	Evolution FR hors MSAP	
Arthroplastie de genou par prothèse totale de genou	1761	80	-5%	-3,7%	-3%	-2%
Arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche	862	80	2%	-1,7%	-1%	-1%
Chirurgie d'une fracture trochantérienne du fémur	195	38	-3%	-5,8%	-1%	-1%
Pose d'une prothèse totale de hanche suite à une fracture du col du fémur	142	38	-3%	-4,8%	-3%	-3%
Chirurgie de la coiffe des rotateurs	55	19	-4%	-8,6%	-1%	-1%
Ligamentoplastie du croisé antérieur du genou	68	25	-5%	-6,9%	-2%	-1%

baisse augmentation



## 5. L'efficacité de la dépense hospitalière

Cet objectif est porté principalement par les ARS, qui doivent, dans le cadre des dialogues de gestion avec les établissements de santé, auxquels l'Assurance Maladie participe, les inciter à maîtriser l'évolution de leurs dépenses et optimiser leurs achats (en veillant, pour les achats de produits de santé, à la cohérence avec les objectifs de prescription dans le répertoire). Cet objectif est décliné au sein de 4 blocs.

### *Optimisation des achats : le programme PHARE*

Une part importante des achats à l'hôpital est consacrée aux produits de santé et aux dispositifs médicaux. Pour développer et professionnaliser la fonction achats au sein des hôpitaux, le ministère a lancé début octobre 2011 le programme "Performance hospitalière pour des achats responsables" (PHARE). Son objectif : dégager, dans un contexte général de réduction budgétaire, des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, tout en maintenant le même niveau de qualité des soins.

Porté par les ARS dans les dialogues de gestion, plus de 100 établissements ont déployé un plan d'action achat (PAA) et on estime à 0,9 Md€ les gains achat réalisés sur les 3 dernières années.

Le déploiement de PHARE sera poursuivi en 2016-2017 avec la généralisation de la mise en place de PAA dans tous les établissements publics de santé et plateformes du secteur privé non lucratif sanitaires et l'adaptation de la démarche dans le contexte GHT. Les ARS seront particulièrement attentives à poursuivre la mise en œuvre des partages de bonnes pratiques dans l'animation des réseaux d'acheteurs existants.

### *Maîtrise de la masse salariale*

Dans cet objectif d'efficacité de la dépense hospitalière, les établissements publics de santé doivent poursuivre leur effort de maîtrise de la croissance de la masse salariale à +1,5 % par an en moyenne sur 2015-2017 (contre 2,1% en tendance historique) pour ne pas générer de déficit hospitalier. Cet effort implique un accompagnement des établissements par les ARS en déployant en 2016 et 2017 des outils performants de suivi, de contrôle et de pilotage des dépenses de personnel médical et non médical (représentant environ 2/3 de leurs coûts).

### *Aider les établissements en difficulté*

Il s'agit d'améliorer le suivi des établissements en difficulté financière, notamment sur le volet des effectifs. Pour cela, la supervision régionale renforcée pour ces établissements et les outils d'analyse financière sont standardisés.

Les ARS seront chargées d'animer les échanges de bonnes pratiques sur les plans d'action des établissements sont favorisés et les outils de capitalisation des accompagnements réalisés par l'ANAP seront diffusés.

### *Simphonie*

Le programme Simphonie a pour but de simplifier et de moderniser le parcours administratif hospitalier pour les patients. Il vise à générer des gains d'efficacité dans les processus d'accueil, de facturation et de recouvrement (550M€ de créances patients non recouvrées aujourd'hui après 1 an).

Les actions prioritaires en 2016-2017 sont notamment la mise en œuvre d'une simplification du parcours administratif du patient et un paiement des créances patient avant sa sortie de l'hôpital dans 70 établissements et la poursuite du déploiement de la facturation individuelle des établissements de santé en articulation avec l'Assurance Maladie.

## **6. Poursuivre les efforts sur les prix des médicaments ou des dispositifs médicaux et sur l'adoption des génériques**

### **6.1 Les prix des médicaments**

Combinées aux actions sur la pertinence de la prescription, les baisses de prix des médicaments ainsi que l'expiration de brevets permettant la diffusion de génériques pour populations massives ont fortement contribué à la maîtrise des dépenses dans les années récentes.

Les années qui viennent s'annoncent, on le sait, très différemment, avec la perspective d'innovations de traitement qui constituent des progrès importants dans le traitement de maladies graves ou orphelines. Ces perspectives sont évidemment très positives pour les patients, d'autant que le système français d'admission au remboursement des médicaments est l'un de ceux qui assurent une diffusion rapide et large de l'innovation médicamenteuse. Mais elles se traduisent déjà par une nouvelle dynamique des dépenses par rapport à la décennie passée, dont on a vu quelques illustrations dans l'évolution des coûts de traitement de certaines pathologies, présentée dans la partie 1 sur la cartographie médicalisée des dépenses.

Le débat se centre clairement aujourd'hui sur le juste prix de ces innovations, pour assurer un accès des patients aux traitements en préservant la soutenabilité du financement solidaire de nos systèmes de santé, tout en permettant une juste rémunération des industriels.

Pour trouver des solutions à cette équation complexe, il faut collectivement progresser :

- dans la transparence : le débat sur les coûts de la recherche et de l'innovation est nécessaire, même s'il n'est pas simple. Il n'est pas contestable que le développement de nouvelles molécules est un processus long, coûteux et comportant un niveau de risque élevé. Mais il paraît également logique que des revendications de prix qui menacent la soutenabilité d'un système donnent lieu à une exigence de transparence sur la formation de ces prix. Cette demande s'exprime dans tous les pays, comme l'illustre un article récent du New England Journal of Medicine qui relate que dix Etats des Etats-Unis ont introduit des législations visant rendre obligatoire cette transparence sur les coûts de recherche et développement<sup>13</sup> ;
- dans la coopération internationale, car les acheteurs sont aujourd'hui dispersés face à des industriels de stature mondiale. On note d'ailleurs déjà une intensification des échanges sur ces sujets au

---

<sup>13</sup> Reference à compléter

niveau de l'Europe et de l'OCDE, et des coopérations renforcées (par exemple entre les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg) ; la CNAMTS a d'ailleurs pris l'initiative de susciter une rencontre avec ces pays pour mener une réflexion commune ;

- dans les innovations des modes de rémunération des innovations. L'intérêt des paiements à la performance, testés dans de nombreux pays, est débattu, mais c'est sans doute une voie vers laquelle il faut aller, tout en étant très attentif aux modalités concrètes d'application. Beaucoup d'expériences montrent en effet la difficulté de faire fonctionner concrètement de tels accords lorsqu'il s'agit de remboursements a posteriori des industriels ;
- dans le recueil de données en vie réelle, qui est d'ailleurs une condition de faisabilité de modes de rémunération innovants. L'effort financier consenti par la collectivité appelle en effet une évaluation rigoureuse des performances attendues du traitement au vu des essais cliniques, mais aussi une vérification que ces résultats sont confirmés à l'usage dans la pratique courante, car l'expérience montre que l'efficacité en vie réelle peut différer de celle observée dans des conditions expérimentales (conditions d'utilisation et populations différentes, observance moindre,...). Les évolutions actuelles ne font que renforcer cette nécessité d'un suivi attentif des performances du médicament en vie réelle (arrivées précoces, AMM conditionnelles et adaptive pathways, faibles niveau de preuve du fait de petites populations dans les essais,...).

Par ailleurs, la dynamique des prix est telle aujourd'hui que dès la période ATU et post-ATU, les montants en jeu deviennent significatifs du point de vue macro-économique. Ceci conduit à se réinterroger sur les modalités de fixation du prix pendant cette période, qui peut être d'autant plus longue que le dispositif actuel n'incite pas l'industriel à conclure un accord rapidement. Le rapport charges et produits pour 2016 avait d'ailleurs proposé d'évoluer vers un remboursement ex-post de la différence entre le prix ATU / post-ATU et le prix réel (au lieu du prix facial actuellement).

## 6.2 La diffusion des génériques

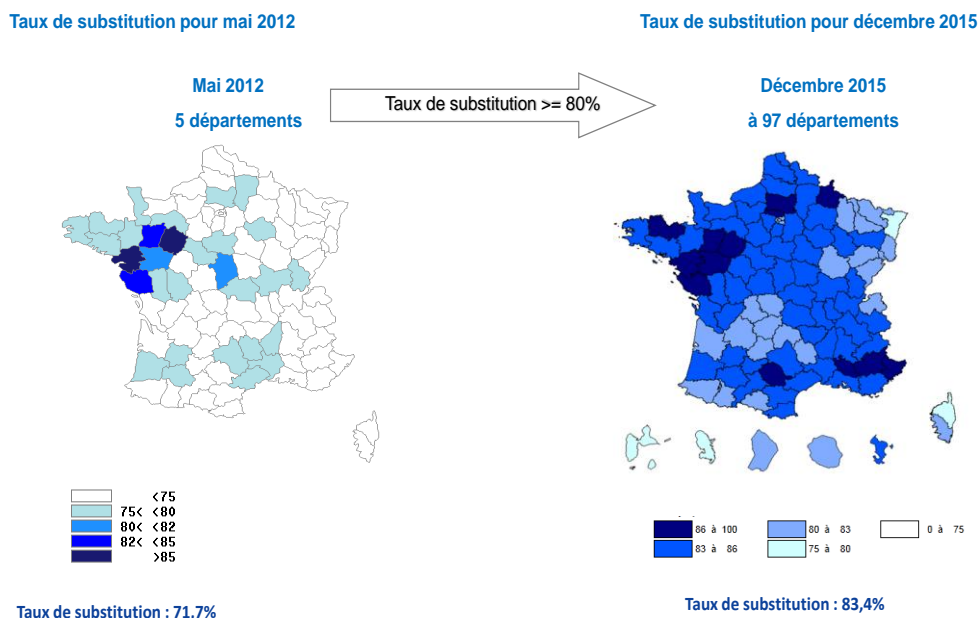
### *Une mobilisation de longue date de l'Assurance Maladie sur le sujet des génériques*

Une politique constante a été poursuivie notamment au travers des accords conventionnels

- avec les médecins : accord conventionnel sur la prescription en DCI en 2002 ; objectifs de maîtrise médicalisée et développement des génériques dans la convention médicale de 2005 ; accord tripartite sur le développement des génériques en 2006 ; CAPI (2009) puis ROSP (convention médicale de 2011), avec cinq indicateurs dédiés à la promotion de la prescription dans le répertoire (Axe optimisation des prescriptions/efficience) sur les vingt-quatre indicateurs du volet « qualité de la pratique médicale » ; les cinq classes ciblées ont vu une progression nette du recours aux génériques ;
- avec les pharmaciens : premier accord générique avec les syndicats de pharmaciens en janvier 2006 (objectif 70% de taux de substitution), puis 75 % en 2007 et 80 % en 2008 ; mise en place du dispositif « tiers payant contre générique » en 2007 ; depuis avril 2012, relance avec la convention nationale (+12 points de substitution – cf Figure 31)) :
  - objectif national du taux de substitution pour 2016 : 86%,
  - maintien du dispositif « tiers payant contre générique »,

- rémunération sur objectifs concernant les génériques, avec des objectifs de taux de substitution ciblés par molécules, et un engagement de stabilité de la délivrance de la même marque de générique pour les patients de plus de 75 ans.

Figure 31 – Taux de substitution en mai 2012 et en décembre 2015

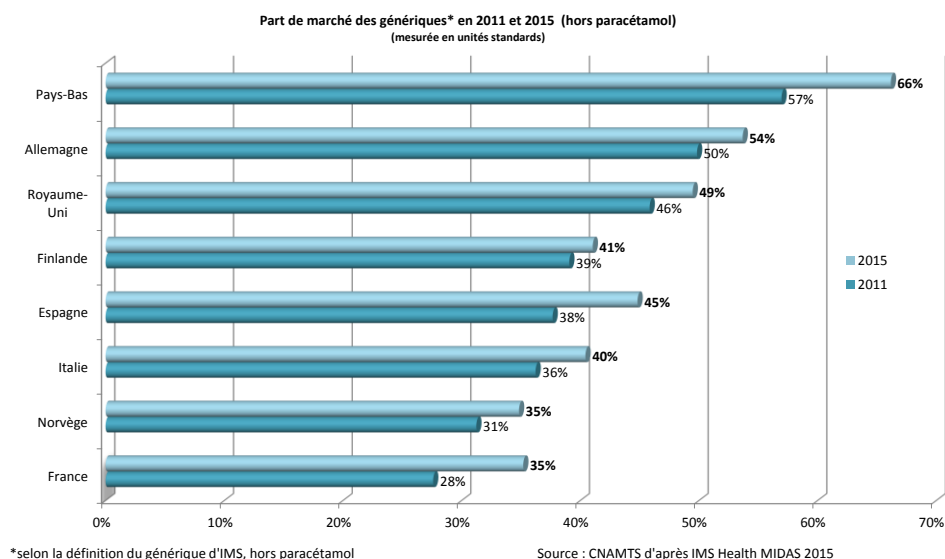


L'Assurance maladie a aussi mobilisé ses données pour confirmer en vie réelle, sur l'exemple d'une statine largement utilisée, la simvastatine, l'équivalence complète entre générique et princeps du point des résultats pour les patients.

### *Des marges de manœuvre qui peuvent être encore mobilisées*

Malgré les progrès accomplis et la mobilisation des prescripteurs et des pharmaciens (en 2015 le taux de prescription global dans le répertoire est de 43,2 %, le taux de substitution de 83,4%, au total une boîte de médicaments remboursée sur 3 de médicaments est un médicament générique), la France est encore en retrait par rapport à d'autres pays (Figure 32) :

Figure 32 – Part de marché des génériques en 2011 et en 2015 (hors paracétamol)



### *Des actions de communication en 2016 pour atteindre un objectif de +5 points en 2018*

Au-delà de l'ensemble des actions déjà déployées auprès des professionnels et des patients, la CNAMTS contribue au Plan national d'action de promotion des médicaments génériques en intensifiant la communication en direction de ces deux publics.

Ainsi des tables rondes ont été organisées en mars 2016 dans quatre villes de France, en partenariat avec le Collège de la Médecine Générale (CMG). Elles ont réuni une cinquantaine de professionnels de santé, avec l'objectif de partager l'expérience des médicaments génériques en médecine de ville, d'échanger sur les derniers freins à la prescription, d'identifier des leviers de facilitation, d'harmoniser les pratiques entre ville et hôpital, d'améliorer la communication auprès des patients... Une session de restitution a été organisée au congrès du CMG le 1er avril.

Au second semestre, une campagne grand public sera lancée en partenariat avec le Ministère des Affaires sociales et de la Santé et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM).

L'objectif est d'atteindre une progression du taux de générique de + 5 points en 2018.

## Récapitulatif des économies attendues

	Actions de l'Assurance Maladie contribuant au plan ONDAM	Economies attendues en 2017 (en M€)
<b>Bloc A</b> Efficacité de la dépense hospitalière	<i>Gestion liste en sus</i>	<b>100</b>
<b>Bloc B</b> Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	<i>Chirurgie ambulatoire</i>	<b>200</b>
	<i>Orientation et prise en charge des patients (PRADO, RAAC)</i>	<b>190</b>
<b>Bloc C</b> Produits de santé et promotion des génériques (hors baisse de prix)	<i>Actions sur les génériques</i>	<b>200</b>
	<i>Actions sur les biosimilaires</i>	<b>30</b>
<b>Bloc D</b> Pertinence et bon usage des soins	<i>Maîtrise médicalisée - Produits de santé</i>	<b>430</b>
	<i>    dont médicaments de médecine générale</i>	220
	<i>    dont médicaments de spécialité</i>	70
	<i>    dont iatrogénie</i>	100
	<i>    dont dispositifs médicaux</i>	40
	<i>Maîtrise médicalisée - Transports</i>	<b>75</b>
	<i>Maîtrise médicalisée - Indemnités journalières</i>	<b>100</b>
	<i>Maîtrise médicalisée - Paramédicaux</i>	<b>40</b>
	<i>Maîtrise médicalisée - Biologie</i>	<b>30</b>
<i>Maîtrise médicalisée - Actes</i>	<b>25</b>	
	<i>Pertinence des actes</i>	<b>20</b>
	<b>Total</b>	<b>1440</b>

Au sein du plan 2015-2017 d'économies de 11 milliards d'euros, soit 3,7 milliards par an environ, les économies attendues des actions de l'Assurance maladie (hors ajustement des tarifs des produits de santé et optimisation des dépenses hospitalières) sont estimées à 1,4 Md en 2017.



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

# 1. Agir sur les facteurs de risque pour prévenir les pathologies ou leur aggravation

## 1.1 Retour sur les propositions d'expérimentations concernant le surpoids et l'obésité et les complications associées

Dans le rapport sur les charges et produits pour 2016, un accent particulier a été mis sur la prévention et la prise en charge du surpoids et de l'obésité, avec notamment deux propositions :

- mettre en place, dans des territoires prioritaires, des expérimentations visant à modéliser des actions d'accompagnement et de prise en charge des enfants en surpoids et obèses et de leur famille, actions qui pourraient ensuite être déployées plus largement dès lors qu'elles auraient été évaluées comme efficaces et efficientes. Cette proposition a été reprise dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 6) ;
- lancer également une expérimentation à grande échelle de programmes intensifs de prévention du diabète par le changement des habitudes de vie, ciblés sur des adultes à haut risque, en surpoids et avec des niveaux de glycémie élevés.

Ces deux propositions se concrétisent aujourd'hui.

Ainsi la Cnamts, avec la Direction de la sécurité sociale et la Direction générale de la santé, met en place une expérimentation visant à prévenir l'obésité chez les enfants de trois à huit ans en surpoids ou à risque d'obésité. Elle consiste à offrir à ces enfants et à leur famille une prise en charge précoce et adaptée à leur situation de vie, grâce à la mise en place d'un forfait spécifique. Ce forfait propose une prise en charge diététique, psychologique et un bilan d'activité physique selon les besoins identifiés par le médecin qui suit l'enfant. C'est ce même médecin qui prescrit le forfait et en assure la coordination. Les bilans et consultations seront réalisés par des professionnels rattachés à des structures, notamment les centres mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et les maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, sélectionnées dans le cadre d'un appel à candidature.

Cette expérimentation a été dotée d'une base législative en LFSS 2016 et pourra être lancée dès que le décret d'application sera publié, l'objectif étant de démarrer avant la fin de l'année.

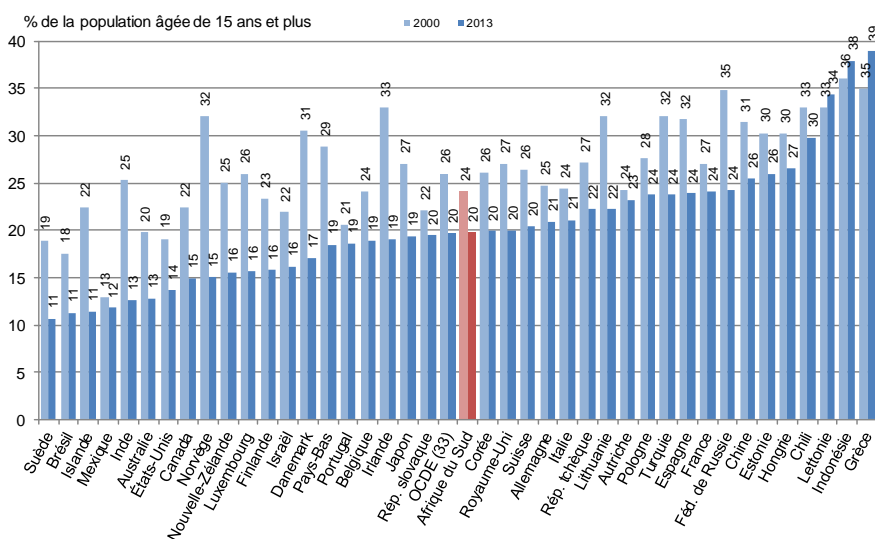
Les territoires sur lesquels aura lieu l'expérimentation sont situés en Seine-Saint-Denis, à la Réunion et dans les Hauts de France. Un comité de sélection choisira les structures retenues pour les expérimentations sur la base d'un cahier des charges national fixé par arrêté. Cette expérimentation sera financée par l'assurance maladie sur le FNPEIS et la CNAMTS réalisera l'évaluation.

Un programme pilote de prévention du diabète de type 2 chez des personnes à haut risque (personnes âgées de 45 à 70 ans, en surpoids, ayant une glycémie élevée et un score de risque élevé) est également lancé en partenariat avec la Direction générale de la santé. Ce programme devrait durer deux années, avec 10 contacts et 15h d'intervention prévus lors de la première année, et un contact l'année suivante. Les experts qui ont participé au travail ayant conduit à la proposition élaborent des recommandations opérationnelles détaillées. Trois Agences régionales de santé (ARS), correspondant à des territoires à haut risque à la fois d'obésité et de diabète, ont exprimé leur volonté de participer à ce programme : l'Île de France pour la Seine-Saint-Denis, La Réunion et l'Alsace (Bas-Rhin). L'expérimentation démarrera début 2017.

## 1.2 La lutte contre le tabagisme

Si notre système de santé affiche de bonnes performances dans de nombreux domaines, nous sommes mal placés en revanche en matière de prévention du tabagisme. 28% de la population de plus 15 ans fument quotidiennement d'après le dernier baromètre santé (2014) et 32,5% de nos adolescents de 17 ans (ESCAPAD 2014).. C'est un des taux les plus élevés des pays de l'OCDE, où la prévalence moyenne est de 20% en 2013 d'après l'OCDE (qui se fonde sur des chiffres un peu différents pour la France, 24 % en 2013) (Figure 33). Surtout, alors que dans de nombreux pays ont vu leur consommation nettement diminuer, la France se distingue par un recul relativement modeste du nombre de fumeurs quotidiens, malgré les politiques mises en œuvre depuis 2000 (hausse de prix, interdiction de fumer dans les lieux publics,...).

Figure 33 – Evolution de la population adulte déclarant fumer quotidiennement en 2000 et 2013 (en % de la population âgée de plus de 15 ans)



Source : OCDE

### Des enjeux de santé publique largement connus

Les risques pour la santé de la population de ce niveau de tabagisme élevé sont bien connus. Un fumeur multiplie son risque d'avoir un cancer broncho-pulmonaire par 30 ; on estime que 15 % des fumeurs développeront une BPCO, et que fumer multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde. D'autres pathologies ont un lien ou sont aggravées par la consommation de tabac : nombreux autres cancers, hypotrophie foétale, cécité, accidents vasculaires, gastrites, ulcères, diabète de type II, maladies parodontales... Il est responsable d'une baisse de la fertilité masculine et féminine, altère la capacité de cicatrisation et de récupération post-chirurgicale, et atténue l'efficacité de certains médicaments. Au total, selon les données les plus récentes, 78 000 décès chaque année en France seraient dus au tabac (soit 21 % des décès masculins et 7% des décès féminins).

Ces constats alarmants sont bien connus.

On sait aussi que l'arrêt du tabac réduit considérablement les risques ; en totalité si l'arrêt a lieu avant 30 ans, de près de 90 % s'il a lieu avant 40 ans<sup>14</sup>. Ainsi, après deux ans d'abstinence, le risque d'infarctus du myocarde et le risque d'AVC diminuent de 50 %. Après 5 ans, on estime que le risque de cancer du poumon a diminué

<sup>14</sup> Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors. Cancer: Disease Control Priorities op.cit

de moitié et au bout de 10 à 15 ans, l'espérance de vie rejoint celle d'une personne n'ayant jamais fumé<sup>15</sup>. Aussi, compte tenu de l'importance des risques et de la réversibilité de ceux-ci, la lutte contre le tabac est un enjeu de santé publique majeur. C'est l'ambition du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019, arrêté dans le cadre du plan cancer. Il vise à réduire le nombre de fumeurs quotidiens d'au moins 10% entre 2014 et 2019, avec l'objectif de passer d'ici à 2024 sous la barre des 20% de fumeurs quotidiens, objectif qu'un certain nombre de pays ont déjà atteint.

### *Des enjeux économiques également*

Le tabagisme a non seulement un coût en termes de santé de la population, mais aussi en termes économiques. Le coût des soins associés aux pathologies attribuables au tabac ont été estimés par la CNAMTS à un ordre de grandeur de 12 Md€ en 2013, dus pour moitié aux pathologies respiratoires, pour un peu moins d'un tiers aux cancers et pour un cinquième aux pathologies cardiovasculaires. Des estimations plus élevées ont été publiées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies<sup>16</sup> ; en ajoutant à ces coûts directs des coûts indirects et intangibles tels que les pertes de production, la valeur des vies humaines perdues, ..., le coût social, au sens le plus extensif du terme, pourrait être évalué à 120 Md€.

Dans tous les pays, des publications mettent en évidence ces coûts économiques élevés du tabagisme. Les coûts directs des soins ont été estimés récemment à 8,7% des dépenses totales de santé aux Etats-Unis<sup>17</sup>, le double si l'on y ajoute les pertes de production dues aux décès prématurés<sup>18</sup>.

#### 1.2.1 L'intérêt médico-économique des interventions pour réduire le tabagisme

Il est aujourd'hui également de plus en plus établi qu'un certain nombre d'interventions visant à réduire la prévalence du tabagisme sont non seulement efficaces, mais également qu'elles ont un rapport efficacité / coût favorable, en comparaison à beaucoup d'interventions de soins qui sont aujourd'hui remboursées par l'Assurance Maladie.

Ces interventions sont de natures diverses : accès à des médicaments d'aide à l'arrêt, psychothérapies ou conseils, hausse du prix des cigarettes, paquet neutre, campagnes médiatiques, interdiction de fumer dans les lieux publics, interventions communautaires, sur le lieu de travail, ...

Toutes ont démontré un effet, plus ou moins fort, sur la prévalence. Ainsi la Banque Mondiale estime qu'en moyenne, dans les pays développés, une augmentation de 10% du prix du tabac induit une baisse de la prévalence de 4%<sup>19</sup>. De la même manière, l'accès à un médicament d'aide à l'arrêt permet d'améliorer l'abstinence à 1 an de 6 à 15 points. Les soutiens non médicamenteux, qu'ils soient en face à face, en groupe,

---

<sup>15</sup> HAS – Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours – Argumentaire scientifique – octobre 2013

<sup>16</sup> Pierre Kopp. Le coût social des drogues en France - Note de synthèse, OFDT, Septembre 2015 et rapport complet (décembre 2015) : <http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2015/le-cout-social-des-drogues-en-france-decembre-2015/>

<sup>17</sup> Xu X, Bishop EE, Kennedy SM, Simpson SA, Pechacek TF. Annual Healthcare Spending Attributable to Cigarette Smoking: An Update. *American Journal of Preventive Medicine* 2014;48(3):326–33

<sup>18</sup> U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, 2014

<sup>19</sup> Jha P et al. Global Hazards of Tobacco and the Benefits of Smoking Cessation and Tobacco Taxes. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors. *Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition / The World Bank*; 2015

Ekpu V.U., Brown A.K. – The economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence : Review of evidence – Tobacco Use Insight 2015:8

par téléphone ou par internet ont aussi démontré leur efficacité, quoique dans des proportions moindres (entre 2 et 6 points)<sup>20</sup>. Dans ses recommandations, la HAS préconise une intervention combinée médicamenteuse et comportementale<sup>21</sup>, en s'appuyant sur une revue de la littérature rassemblant 41 essais qui établissait le risque relatif d'être abstinent à 6 mois à 1,88<sup>22</sup> après avoir reçu ce type d'intervention.

Il est intéressant de souligner par ailleurs que les évaluations médico-économiques de ces interventions montrent qu'elles ont un bon rapport coût-efficacité en comparaison à beaucoup d'autres d'interventions préventives ou curatives : dit autrement, le coût supplémentaire à consentir pour gagner une année de vie (ou une année de vie avec une bonne qualité de vie - QALY<sup>23</sup> -, autre indicateur largement utilisé) est plus faible que celui de beaucoup de stratégies thérapeutiques, notamment médicamenteuses, y compris dans le traitement de pathologies lourdes.

La plupart des interventions ont des coûts par QALY gagné se situant au-dessous de 10 000 € et souvent de 5000 €. Par exemple, il a été estimé à 2 600 £ dans le cas d'un programmes mis en place en Ecosse impliquant la mise à disposition de traitements nicotiques de substitution et un conseil individuel par un pharmacien, à 4 800 £ lorsqu'un soutien de groupe était proposé à la place du conseil par le pharmacien. L'agence américaine *Agency for Health Care Policy and Research* a estimé les ratios correspondant à des interventions de conseil par des généralistes ou des spécialistes, avec ou sans traitements substitutifs, et les a situés en 1998 dans une fourchette de 1108 \$ à 4542 \$. Le conseil à l'arrêt du tabac par le médecin traitant au cours de la consultation est d'ailleurs en général crédité d'un ratio coût-efficacité intéressant, voire même, dans certaines études anciennes, considéré comme générant des économies nettes en même temps que des gains en QALYs.

Par comparaison, on peut noter que sur les 30 premiers avis d'efficience rendus par la HAS et concernant des médicaments innovants, le « ratio différentiel coût-résultat », c'est-à-dire le coût additionnel pour une année de vie en bonne santé, se situait dans une fourchette très large, allant jusqu'à 200 000€/QALY ; la moitié des produits évalués avait un ratio supérieur à 50000€/QALY.

## 1.2.2 La problématique particulière des inégalités sociales de santé en matière de tabagisme

Le tabagisme est plus fréquent dans les milieux les moins favorisés, en France comme dans les autres pays européens, et il contribue fortement aux inégalités sociales de santé. Selon certains experts, la consommation de tabac aurait d'ailleurs une telle influence en tant que déterminant des inégalités en matière de santé général que, si l'on se trouvait en présence d'une population composée uniquement de non-fumeurs, les différences de mortalité entre les catégories sociales seraient divisées par deux<sup>24</sup>.

Les données des enquêtes Baromètre santé de l'INPES montrent que les inégalités sociales relatives au tabagisme se sont aggravées depuis une quinzaine d'années. La prévalence du tabagisme est ainsi en 2014 de 38% chez les personnes sans diplôme, contre 20% chez ceux dont le diplôme est supérieur au bac. Elle est

---

<sup>20</sup> West R, Raw M, McNeill A, Stead L et al – Health-care Interventions to promote and assist tobacco cessation ; a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development – *Addiction* – 110 1388-1403 - 2015

<sup>21</sup> HAS – Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours – Recommandations – octobre 2014

<sup>22</sup> Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T - Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation (Review) – *Cochrane Database of Systematic Review* - 2016

<sup>23</sup> QALY, quality adjusted life year.

<sup>24</sup> Jha et al., 2006

de 48% chez les demandeurs d'emploi, contre 30% chez ceux qui travaillent<sup>25</sup>. Les données de ces enquêtes montrent également que les fumeurs socialement défavorisés sont aussi nombreux à avoir envie d'arrêter de fumer que les autres, qu'ils sont aussi nombreux à faire des tentatives d'arrêt du tabac, mais qu'ils sont plus nombreux à échouer. Ce taux d'échec plus important pourrait s'expliquer par des niveaux de consommation et donc une dépendance plus forte au tabac, un entourage plus souvent fumeur et donc une norme sociale plus en faveur du tabac, et enfin des conditions de vie génératrices de stress, stress combattu notamment par le tabagisme<sup>26</sup>. Des études qualitatives ont également montré que ces fumeurs manifestaient une certaine défiance vis-à-vis de l'Etat, les messages de prévention délivrés par des grands opérateurs nationaux pouvant de fait être moins bien reçus<sup>27</sup>.

Une des difficultés est que la plupart des interventions généralement mises en œuvre en population générale pour réduire l'emprise du tabagisme, si elles sont globalement efficaces, ont aussi tendance à *augmenter les inégalités sociales vis-vis tabagisme*, dès lors que les catégories les plus favorisées se saisissent plus facilement des messages de prévention et des aides, et parviennent mieux à s'arrêter.

C'est ce que montrent deux publications récentes<sup>28,29</sup> qui passent en revue les résultats en termes d'équité d'un ensemble d'interventions destinées à réduire le tabagisme. La première est centrée sur les interventions populationnelles, l'autre sur les interventions individuelles. Les impacts en termes d'équité de 119 études populationnelles et de 29 interventions individuelles ont été synthétisés et sont résumés dans le Tableau 2. Si quelques interventions populationnelles (et en particulier la hausse des prix du tabac ou les dispositifs d'aide à l'arrêt développés au niveau d'un pays par les institutions publiques) offrent des résultats plutôt positifs, il ressort que la plupart des interventions ont un impact neutre ou négatif sur les inégalités sociales de santé, en les maintenant voire en les creusant.

---

<sup>25</sup> Guignard 2014

<sup>26</sup> (Kotz 2009).

<sup>27</sup> (Peretti-Watel 2009).

<sup>28</sup> Brown T, Platt S, Amos A. (2014). Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*.

<sup>29</sup> Brown T, Platt S, Amos A. (2014). Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults : a systematic review. *European Journal of Public Health*, Vol. 24, No. 4, 551–556

Tableau 2 - Répartition des interventions étudiées en fonction de leur impact sur les inégalités sociales de santé

Type d'intervention	Nombre d'études incluses	Nombre d'études ayant un impact sur les inégalités de santé		
		Positif	Neutre	Négatif
<b>Interventions populationnelles</b>				
Augmentation du prix des cigarettes	27	14	6	4
Politiques développant des espaces non-fumeurs (au travail, dans les bars ou les restaurants, dans la voiture...) implémentées au niveau infranational ou basées sur le volontariat	25	1	1	19
Politiques développant des espaces non-fumeurs implémentées à l'échelle d'un pays	19	2	9	6
Campagnes médiatiques visant à accroître les tentatives d'arrêts	18	3	2	5
Campagnes médiatiques visant à accroître les appels à des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt	12	5	3	3
Politiques réduisant ou interdisant la publicité pour le tabac ou augmentant les messages à caractères informatifs sur les paquets	9	2	7	0
Dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac développé au niveau d'un pays par les institutions publiques	9	4	2	0
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>37</b>
<b>Interventions individuelles</b>				
Comportementales et pharmacologiques	17	0	4	12
Comportementales seules – spécialiste	5	0	1	4
Comportementales seules – intervention brève	1	0	1	0
Comportementales seules – lignes téléphoniques et challenges « Quit and Win »	2	0	1	1
Comportementales seules – par SMS	1	0	1	0
Comportementales seules – par internet	2	0	2	0
Pharmacologiques seules	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>18</b>

**Lecture :** Un impact positif indique que les populations défavorisées sont plus sensibles à l'intervention que les populations favorisées (elle réduit les inégalités sociales de santé), un impact négatif accroît les inégalités sociales de santé et un impact neutre profite dans les mêmes proportions à l'ensemble des classes socioéconomiques.

**A noter :** l'impact de certaines interventions était contradictoire ou non significatif. C'est pourquoi la somme des interventions reportées dans le tableau (positif, neutre, négatif) ne correspond pas au nombre total d'études incluses

Les interventions individuelles sont particulièrement facteurs d'accroissement des inégalités sociales de santé. Elles permettent généralement de réduire la prévalence du tabagisme pour toutes les classes socioéconomiques, mais cette baisse est soit équivalente soit plus forte pour les populations favorisées, ce qui n'affecte pas les inégalités de santé ou les accroît. La prise en charge de la substitution nicotinique seule (sans suivi) semble être également facteur d'accroissement des inégalités sociales de santé<sup>30</sup>.

S'il n'y a pas de programme type permettant de réduire les inégalités sociales de santé, il y a cependant des caractéristiques de ces programmes qui permettent d'atteindre plus spécifiquement des publics défavorisés et de mieux les impliquer : l'analyse des interventions qui ont montré des résultats en matière de réduction des inégalités sociales de santé permet ainsi de dégager certaines caractéristiques communes :

- la première est de proposer les services là où sont les publics qu'on veut atteindre, plutôt que de chercher à les recruter dans les consultations tabac générales : ainsi les NHS stop smoking services anglais<sup>31</sup> et écossais<sup>32</sup> ont été installés prioritairement dans des zones défavorisées. En outre, les partenariats conclus avec l'équivalent des PMI (children centres), les centres de santé mentale, les services de justice pénale leurs permettent de recruter significativement plus de personnes issues de

<sup>30</sup> Fernandez et al, Social class, education, and smoking cessation: long-term follow-up of patients treated at a smoking cessation unit, Nicotine Tobacco Research, 2006

<sup>31</sup> Bauld, English Evaluation of Smoking Cessation Services (EESCS). Impact of UK National Health Service smoking cessation services: variations in outcomes in England, 2003

<sup>32</sup> Galbraith, Smoking Cessation Service Statistics (Scotland) 1st January to 31st December 2011, 2012

classes sociales très défavorisées (chômeurs de longue durée, prisonniers)<sup>33</sup>. Une expérimentation de *stop services smoking* mobile menée à Nottingham en 2014, avec un camion installé sur des parkings de supermarché, de zones industrielles et de centres de loisirs a permis d'attirer plus de personnes de catégorie sociale modeste et plus de fumeurs n'ayant jamais fait de tentative d'arrêt<sup>34</sup>.

- mettre en place des interventions proactive des organisations promouvant l'arrêt du tabac, avec des relances régulières, ont montré également des résultats positifs ;
- les interventions de groupe<sup>35 36 37</sup> seraient semble-t-il plus efficaces que les interventions individuelles pour réduire les inégalités. Elles le seraient encore davantage lorsqu'elles sont proposées en participation libre, sans rendez-vous ni présence obligatoire (« drop-in-rolling-groups») en ville. Des débats ont lieu sur les profils les mieux adaptés pour les interventions de conseil et de soutien, certaines interventions suggérant des conseillers d'aide à l'arrêt avec une formation spécifique plutôt que des soignants (infirmières, médecins) ;
- la formulation des messages, les registres sur lesquels ils jouent<sup>38, 39</sup> sont aussi des éléments essentiels - on retrouve là un des enseignements généraux des expériences de promotion de la santé. De même leur visibilité pour les publics ciblés est primordiale, et donc la stratégie médiatique pour que celui-ci soit vu par le plus grand nombre de personnes ;

Au total, il n'y a pas d'actions réellement spécifiques pour réduire les inégalités ; sans doute faut-il faire en sorte que les fumeurs socialement défavorisés bénéficient de davantage de soutien dans leur démarche d'arrêt du tabac, et de ce point de vue la synthèse des expériences publiées donne quelques clés de réussite, mais ne permet pas d'identifier un programme d'actions efficaces qu'il suffirait de simplement transposer en France pour obtenir des résultats équivalents. Il faut d'ailleurs souligner que, comme c'est souvent le cas, les interventions analysées sont principalement issues du monde anglo-saxon, dans lequel il est habituel de construire des programmes organisés d'expérimentation, avec des démarches d'évaluation solides permettant d'envisager leur extension. Une première étape pourrait être, en France, de construire un tel programme de recherche-action, c'est-à-dire de mettre en place, de manière structurée, un ensemble d'expérimentations bien conduites visant à tester différentes modalités d'intervention, menées à une échelle suffisante, en mobilisant un réseau d'équipes universitaires pour les évaluer afin d'en tirer des enseignements pour une politique globale.

### 1.2.3 Les actions de l'assurance maladie dans le cadre du programme national de réduction du tabagisme : quatre axes d'intervention

L'Assurance maladie a mis en place un programme d'actions qui s'inscrit dans le cadre du PNRT (programme national de réduction du tabagisme), pour renforcer les dispositifs de soutien à l'arrêt du tabac dans une stratégie globale et coordonnée. Cette stratégie multi-canal et multi-partenariale repose sur quatre axes :

---

<sup>33</sup> Department of Health, LOCAL STOP SMOKING SERVICES, Service delivery and monitoring guidance 2011/12, 2011

<sup>34</sup> Venn et al, Effectiveness of a mobile, drop-in stop smoking service in reaching and supporting disadvantaged UK smokers to quit, *BMJ*, 2014

<sup>35</sup> Ib-idem

<sup>36</sup> Hiscock R., Murray S, Brose LS, McEwen A, Leonardi Bee J, Dobbie F, Bauld L. (2013). Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers, *Addictive behaviours*.

<sup>37</sup> Benson F, Nierkens V, Willemsen MC, Stronks K. (2016). Effects of different types of smoking cessation behavioral therapy in disadvantaged areas in the Netherlands: an observational study, *Tobacco prevention and cessation*

<sup>38</sup> Durkin, S.J, Wakefield, M.A. Spittal, M.J. 2011. Which types of televised anti-tobacco campaigns prompt more quitline calls from disadvantaged groups? *HealthEduc. Res.* 26,998–1009

<sup>39</sup> Cantrell, J., Vallone,D.M., Thrasher,J.F.et al, 2013. Impact of tobacco-related health warning labels across socioeconomic, race and ethnic groups : results from a randomized web-based experiment. *PLoS ONE*.



## *1. Renforcer le rôle en prévention des professionnels de santé sur la thématique du tabac et du sevrage tabagique*

Toutes les études montrent l'intérêt que la question du tabac soit abordée dans la consultation avec les professionnels de soins de premier recours, et qu'un premier conseil soit apporté à ce niveau. C'est un élément essentiel d'une stratégie efficace et efficiente de lutte contre le tabagisme.

Une campagne de visites des médecins généralistes, mais aussi les sages-femmes, a été préparée et sera déployée à l'automne, pour relayer les recommandations de la HAS en matière d'aide à l'arrêt du tabac, proposer des outils, faire connaître les forfaits de prise en charge et les dispositifs d'accompagnements existants en complément de leur action notamment en faveur des personnes défavorisées.

Il est souhaitable également que cet effort du médecin traitant pour être attentif à la situation de son patient vis-à-vis du tabac et le conseiller s'il souhaite s'arrêter de fumer soit reconnu dans la rémunération sur objectifs de santé publique.

## *2. Améliorer l'accessibilité des forfaits de prise en charge des substituts nicotiniques*

Depuis 2007, l'Assurance Maladie prend en charge les médicaments d'aide au sevrage tabagique (essentiellement des substituts nicotiniques) à hauteur de 50 €€ par année civile et par bénéficiaire, ce qui représente en moyenne un mois de traitement. Ce forfait a depuis été augmenté à 150 €€ pour les femmes enceintes (2011), les jeunes de 20 à 25 ans (2014), les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU-C et les patients atteints d'une ALD cancer (2015). Cependant, alors même que l'envie d'arrêter de fumer serait partagée par près de 60% des fumeurs réguliers, et indépendante du niveau de diplôme et de la situation professionnelle, seules 170 000 personnes ont bénéficié de ce dispositif en 2015, pour une dépense de près de 8 millions d'euros. Toutefois, l'extension de la prise en charge a, semble-t-il, permis d'augmenter de façon très nette la couverture, puisque l'on comptait 20 % de bénéficiaires de plus en 2015 par rapport à 2014.

L'enjeu serait aujourd'hui d'évoluer vers un remboursement de ces médicaments sur prescription pour tous les fumeurs, pour simplifier l'accès aux traitements et relayer l'action des médecins, dont la prescription sera le prolongement de leur entretien avec les patients désireux d'arrêter.

Une étude française très récente<sup>40</sup> a estimé quels seraient les coûts et les bénéfices d'une substitution du forfait de prise en charge des TNS par un remboursement complet des médicaments d'aide au sevrage tabagique, combiné à 6 consultations médicales (médecins généraliste ou tabacologue principalement). Cette étude met en regard les coûts supplémentaires engendrés pour l'assurance maladie et les impacts sanitaires et financiers prévus sur trois pathologies responsables de plus de la moitié des décès liés au tabagisme (cancer du poumon, BPCO, maladies cardiovasculaires). Les résultats concluent à un ratio coût-efficacité différentiel moyen de l'ordre de 3 868 € par année de vie gagnée dans le cas du scénario de référence. Ces coût par année de vie gagnées sont comparables à ceux calculés pour les médicaments hypolipémiants ou anti-hypertenseurs en prévention primaire.

---

<sup>40</sup> Cadier B, Durand-Zaleski I, Thomas D, Chevreur K (2016) Cost Effectiveness of Free Access to Smoking Cessation Treatment in France Considering the Economic Burden of Smoking- Related Diseases. PLoS ONE 11(2): e0148750. doi:10.1371/journal.pone.0148750

### *3. Développer les offres d'accompagnement au sevrage tabagique sur Internet/téléphonie mobile*

Les évaluations scientifiques montrent que l'accompagnement par téléphone ou *via* les nouvelles technologies a une efficacité en matière de comportements de prévention. L'INPES (aujourd'hui Santé publique France) a publié récemment une synthèse de la littérature sur ce sujet<sup>41</sup>.

Santé publique France met en œuvre le dispositif d'aide à distance Tabac info service. Il est constitué d'un dispositif téléphonique, créé en 1998, d'un site internet et d'un ecoaching personnalisé par courriel, créé en 2005. Cet ecoaching est accessible via une application smartphone depuis 2015. Il constitue un accompagnement pour tous les fumeurs, et plus particulièrement les « intentionnistes », c'est-à-dire les fumeurs qui ont déterminé une date d'arrêt, pour son dispositif digital. C'est en fonction de cette date que s'articule l'envoi de courriels. L'internaute reçoit environ 45 mails ; un par jour, 15 jours avant la date d'arrêt, et 30 après. Le coaching est construit sur une logique de push, c'est-à-dire que l'internaute reçoit automatiquement un mail sans se connecter à Tabac info service. Santé publique France a réalisé un essai contrôlé randomisé pour documenter l'efficacité du coaching (Stamp). Cet essai montre une efficacité du dispositif à 3 mois. Il apporte également des éléments d'évolution de ce coaching concernant la durée d'envoi des mails, et le profilage des internautes. Le dispositif téléphonique a également fait l'objet d'une évaluation qui a montré son efficacité à 6 mois.

Santé publique France a noué un partenariat avec la CNAMTS pour développer une nouvelle version de ce dispositif de e-coaching, en tirant parti des leçons de l'expérience et en mettant en commun les expertises et les leviers d'action, avec l'objectif d'accroître encore l'utilisation et l'efficacité de ce dispositif.

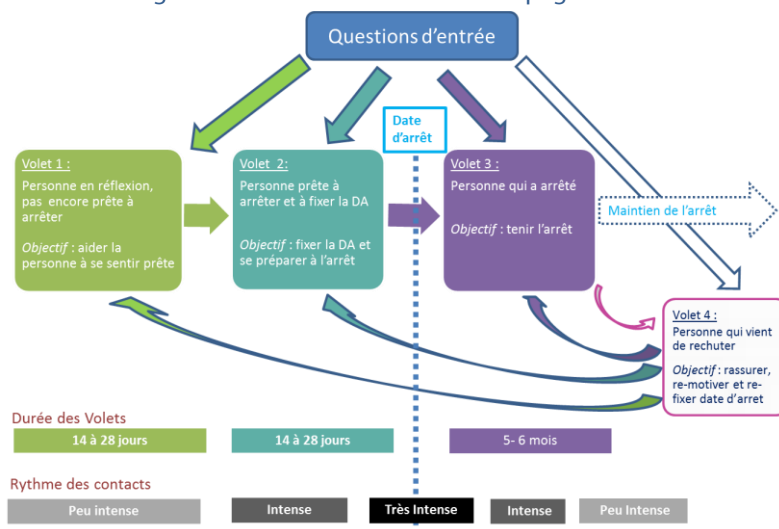
La conception de cette nouvelle version de l'ecoaching de Tabac info service, co-produite par Santé publique France et l'Assurance Maladie, s'appuie sur les enseignements de l'évaluation de l'e-coaching de Tabac Info Service, sur des théories et modèles de changement de comportement ainsi que sur les recommandations de la HAS sur le sevrage tabagique, sur des benchmarks des sites d'aide au sevrage via internet et des applications tabac existantes, sur une étude marketing sur les comportements des 18-30 ans vis-à-vis de l'arrêt du tabac et leurs attentes et besoins en accompagnement,... L'idée n'est pas d'informer ou de faire de la pédagogie, mais bien de soutenir la démarche de la personne en fonction du stade auquel elle se trouve (en réflexion, prête à arrêter, ayant arrêté, ayant rechuté – cf Figure 34), en utilisant tous les leviers (envoi de messages interactifs et personnalisés, communauté et réseaux sociaux, systèmes de récompenses symboliques, outils de suivi graphiques,...).

Santé Publique France et l'Assurance Maladie ont confié l'évaluation de l'évaluation du dispositif de e-coaching Tabac Info service à l'EHESP (Cf Encadré 5).

---

<sup>41</sup> Référence à compléter

Figure 34 – Architecture de l'accompagnement



### Encadré 5 – Le dispositif d'évaluation de l'e-coaching tabac info service

L'objectif de l'évaluation est de démontrer l'efficacité et les conditions d'efficacité du dispositif Tabac info service, qui sera pour cela comparé aux informations générales disponibles sur les autres ressources existantes. L'évaluation aura également pour but de décrire les variations éventuelles d'efficacité en fonction des caractéristiques des personnes (âge, sexe, niveau socioéducatif, caractéristiques du tabagisme, présence d'une maladie chronique ou non, etc).

Elle s'appuiera sur un essai pragmatique contrôlé randomisé individuel complété par une démarche intégrée d'analyse des processus, la population de l'essai étant constituée de tout fumeur, quel que soit l'âge, porteur ou non de maladie chronique, et quel que soit le régime social d'appartenance.

Le critère de jugement principal retenu est l'abstinence ponctuelle à 6 mois, c'est-à-dire la proportion de sujets se déclarant non-fumeurs depuis au moins 7 jours au moment de l'enquête. Cette mesure (point prevalence abstinence) est identifiée comme la plus appropriée dans le cadre des études d'évaluation d'intervention avec une recommandation du National Interagency Council on Smoking and Health pour une abstinence de plus de 7 jours à 6 mois, 24h à 3 mois et 30 jours à 12 mois (Velicer et al, 1992).

Les mesures seront réalisées à 3, 6, 12 mois à partir d'un mini site dans les deux bras selon quatre sources : un questionnaire d'inclusion pour les variables techniques, un auto-questionnaire initial à T0, trois autoquestionnaires de suivi (à trois, six et douze mois), un recueil en routine par le système internet de l'e-coaching. A chaque temps, une relance par email et SMS sera effectuée.

Ainsi les données recueillies seront analysées

- en ITT (Intention to treat) : tous les sujets randomisés sont analysés dans leur groupe d'attribution (= analyse principale).
- en Per protocole (PP) : ne sont sélectionnés pour analyse que les sujets ayant suivi le protocole assigné (=analyse secondaire) eut égard au risque important de contamination avec une probabilité non nulle que des sujets du groupe contrôle passe dans le groupe intervention.

Sera ainsi effectuée également une analyse en sous-groupes de l'efficacité, sur les variables de CSP, sexe, âge, stade d'entrée dans le dispositif.

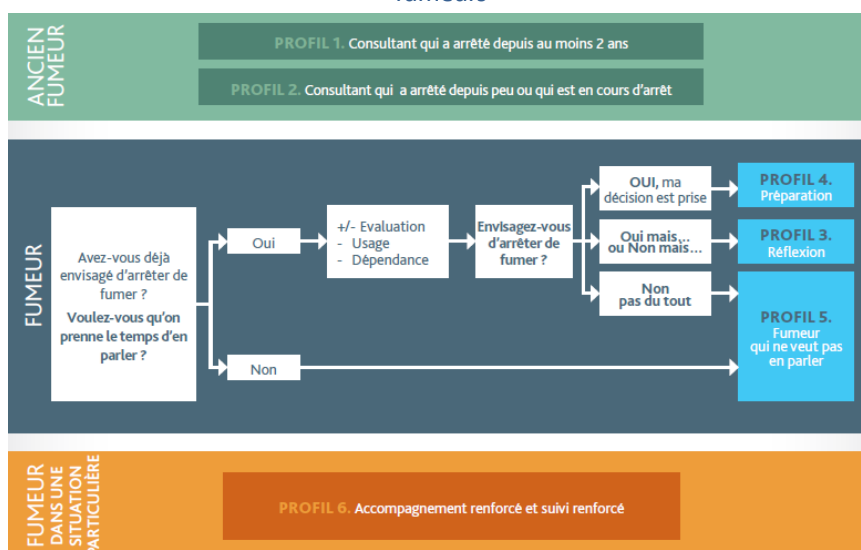
#### 4. Offrir des services de prévention de proximité plus ciblés pour certaines populations.

Si l'on ne veut pas creuser les inégalités de santé par des interventions très générales (dont d'ailleurs le e-coaching peut faire partie), il est nécessaire, comme cela a été exposé *supra*, de mettre en place des actions spécifiques.

D'ores et déjà deux initiatives ont été prises :

- Mise en place d'outils pour structurer l'offre tabac dans les Centres d'examen de Santé, et proposer aux fumeurs un accompagnement adapté à leur stade de motivation. Une boîte à outils est proposée (exemple adaptation de l'accompagnement en fonction du profil de la personne, , pour harmoniser les pratiques des centres (déroulé de l'examen de santé, parcours et module(s) tabac (information/atelier) dans l'offre de service des CES) ; l'objectif est d'offrir, via les CES, des services de proximité plus ciblés pour certaines populations dans l'accompagnement à l'abandon du tabac et ce, en lien avec la dynamique de prévention et d'éducation qu'ils portent auprès des populations précaires qui constituent plus de la moitié de leurs consultants.

Figure 35 – Extrait de la boîte à outils pour les Centres d'examen de santé – Les profils de fumeurs et anciens fumeurs



- Dans le cadre de l'opération « Moi(s) sans tabac », portée par santé Publique France, l'assurance maladie organise un appel à projets à destination des Caisses pour permettre le financement d'actions locales.

Le dispositif « Moi(s) sans tabac » s'inspire de l'expérience anglaise appelée « Stoptober », mis en œuvre en Grande Bretagne, chaque année depuis 2012 et déjà reprise dans d'autres pays (Nouvelle Zélande, Australie). Il s'agit d'un défi collectif national qui consiste à inciter, « recruter » et accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt sur une durée de 28 jours et qui se fait donc, pour tous les intéressés, dans la même temporalité. A l'issue de ces 28 jours - qui correspondent à la période après laquelle les signes les plus désagréables de sevrage sont considérablement réduits -, les chances d'arrêter de fumer de manière permanente sont 5 fois supérieures à ce qu'elles étaient au début de la tentative. Le dispositif anglais a montré son impact favorable sur la proportion de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt (il obtient une belle performance d'augmentation de 50 % du taux d'arrêt du tabac en comparaison avec les autres mois de l'année soit 350 000 tentatives

d'arrêts supplémentaires générées<sup>42</sup>) avec une efficacité identique quels que soient l'âge, le sexe, le profil social.

Le dispositif « Moi(s) sans Tabac » s'adresse à tous les fumeurs, et il a vocation à être répété chaque année, au moins sur la durée de l'actuel PNRT. Dans le cadre de cette opération générale, il peut cependant être opportun aussi de renforcer l'action vers les populations plus défavorisées et les plus touchées par le tabac, et c'est l'orientation retenue pour l'appel d'offres. Des critères sont donc précisés dans le cahier des charges : cibler préférentiellement les publics fragilisés, notamment pour les accompagner à l'arrêt durant le mois de novembre, privilégier et diriger des actions sur des territoires à forte prévalence tabagique.

Au-delà de ces deux actions, la mise en œuvre d'une stratégie visant à réduire les inégalités sociales concernant le tabagisme doit pouvoir en préalable s'appuyer sur un programme de recherches – expérimentations structuré, permettant de tester et d'évaluer une palette d'actions aux fins de généralisation.

---

<sup>42</sup> Brown J et al - How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? – Drug and Alcohol Dependence – 135(2014) – 52-58

## Propositions sur les actions de prévention du tabagisme

### **Proposition 1 – Conforter le rôle du médecin de traitant dans son rôle de premier conseiller anti-tabac**

Au-delà de la campagne de visites des médecins généralistes qui aura lieu à l'automne et permettra de diffuser les outils proposés par la HAS, l'inscription dans la rémunération sur objectifs de santé publique d'indicateurs relatif au recueil du statut tabagique permettra d'envoyer un signal pour inciter les médecins traitants à aborder ce sujet dans les consultations avec leurs patients.

### **Proposition 2 – Etendre la prise en charge des substituts nicotiniques**

Il s'agit de proposer le remboursement de ces médicaments sur prescription pour tous les fumeurs. Cette mesure devrait largement simplifier l'accès aux traitements par rapport à la mesure actuelle. En effet, elle permettra une prise en charge intégrale (si les assurés disposent d'une complémentaire santé ou de la CMU), avec dispense d'avance de frais (comme n'importe quel médicament remboursable) et sera en synergie avec l'action des médecins dont la prescription sera le prolongement de leur entretien avec les patients désireux d'arrêter. Le fait que la prescription ne sera plus nécessairement distincte des autres prescriptions sera également de nature à simplifier le travail du médecin généraliste. En termes financiers, le coût dépendra du taux de recours et du tarif de remboursement négocié entre les laboratoires pharmaceutiques et le CEPS.

### **Proposition 3 – Lancer le programme de e-coaching conjoint avec Santé Publique France, en promouvoir activement l'utilisation, le faire évoluer en fonction des évaluations**

La nouvelle version de tabac Info service devrait être lancée en septembre 2016. L'Assurance Maladie s'emploiera à en promouvoir l'utilisation, par exemple auprès des médecins généralistes qui peuvent conseiller cette démarche d'aide à leurs patients.

D'autres démarches pro-actives pourront être associées : par exemple les bénéficiaires de la prise en charge des substituts nicotiniques pourront être repérés dans les bases de l'Assurance maladie et bénéficieront, par le biais d'une stratégie multicanale (dont l'espace Prévention de Mon compte) d'une promotion des dispositifs d'accompagnement.

L'évaluation permettra de faire évoluer l'outil en fonction des résultats obtenus.

**Proposition 4 – Lancer conjointement avec Santé Publique France et en articulation avec le PNRT un programme de recherche - action permettant de tester des interventions destinées à réduire les inégalités sociales de santé liées au tabagisme**

Les actions de prévention indifférenciées en population générale ont tendance à accroître les inégalités de santé, même si elles sont efficaces globalement, et les résultats de la recherche le confirment pour le tabagisme, où les inégalités sociales sont importantes et augmentent. Si l'expérience internationale montre qu'il n'y a pas d'interventions réellement spécifiques pour réduire les inégalités, elle permet de dessiner les contours de ce qui pourrait être un programme d'actions, autour d'actions ciblées, pro-actives, offrant un soutien renforcé aux fumeurs socialement défavorisés dans leur démarche d'arrêt du tabac. Pour concevoir un tel programme, il serait nécessaire en préalable de construire, conjointement avec Santé Publique France, un programme structuré de recherche-expérimentation, qui mettrait en œuvre un ensemble d'interventions adaptées pour en vérifier expérimentalement l'efficacité et les conditions de généralisation.

Ce programme pourra évidemment inclure des actions locales déjà menées actuellement, y compris des interventions qui pourraient être proposées par les caisses locales dans le cadre de « moi(s) sans tabac ».

## 2. Optimiser les parcours de prévention et de soins

### 2.1 La lombalgie commune : éviter la chronicisation

La lombalgie est un symptôme fréquent, défini par des douleurs dans la partie basse de la colonne vertébrale. La prévalence de la lombalgie commune<sup>43</sup> est élevée d'après les données recueillies dans les enquêtes, plus de la moitié de la population française ayant au moins un épisode au cours d'une année<sup>44,45</sup>. Elle est qualifiée d'aigüe lorsqu'elle évolue depuis moins de quatre semaines, de subaiguë entre quatre et douze semaines et de chronique lorsqu'elle dure depuis plus de trois mois.

Ce symptôme est un motif de consultation fréquent – au deuxième des motifs de recours pour la lombalgie aigüe, au huitième rang pour la lombalgie chronique – chez les médecins généralistes, qui effectuent plus des trois quarts des consultations pour lombalgie<sup>2,46</sup>.

Les lombalgies représentent un enjeu de santé publique important du fait de l'altération de la qualité de vie qu'elles entraînent, pour une population nombreuse, et des risques de désinsertion sociale et professionnelle associés à la chronicisation.

Une lombalgie sur 5 entraîne un arrêt de travail, et cette pathologie est actuellement la 3<sup>ème</sup> cause d'invalidité pour le régime général<sup>47</sup>. Les arrêts de plus de 6 mois en maladie pour pathologies ostéo-articulaires (principalement dorsalgies et hernies discales) représentent près de 30% du nombre total d'arrêts de plus de 6 mois et connaissent une progression rapide.

Elles représentent aussi un enjeu économique : les dépenses associées, coûts directs (traitements, visites médicales, hospitalisations) mais aussi indirects (indemnités journalières, pensions d'invalidité, perte de productivité etc...), sont élevées dans tous les pays industrialisés. 85% sont générés par les lombalgies chroniques, même si celles-ci ne concernent que 10% des patients<sup>48</sup>.

#### *Des recommandations convergentes*

L'ANAES a publié en 2000 deux recommandations<sup>49,50</sup> concernant la prise en charge des lombalgies. En mai 2005, la HAS a publié un document sur la prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune<sup>51</sup>. Enfin la Société Française de Médecine du Travail a publié en septembre 2013 des

---

<sup>43</sup> La lombalgie commune par opposition à la lombalgie symptomatique correspond à des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause fracturaire, inflammatoire, tumorale ou infectieuse ou avec un tassement vertébral.

<sup>44</sup> Fassier, Jean-Baptiste. Prévalence, coûts et enjeux sociétaux de la lombalgie. *Revue du Rhumatisme*. 2011, 78; S38-S41

<sup>45</sup> Insee. Enquête Décennale de Santé 2002-2003. pp. 517-522.

<sup>46</sup> Depont F, Hunsche E, Abouelfath A, et al. Medical and non-medical direct costs of chronic low back pain in patients consulting primary care physicians in France. *Fundam Clin Pharmacol* 2010;24:101-8

<sup>47</sup> P.Cherin, C. de Jaeger, « La lombalgie chronique: actualités, prise en charge. » *Chronic low back pain: News and treatment*, sept. 2011.

<sup>48</sup> Poiraudau S, Lefevre-Colau MM, Fayard F, et al. Low back pain. *EMC-Rhumatol Orthop*. 2004, Vol. 1:295-319.

<sup>49</sup> ANAES Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique – ANAES – Décembre 2000

<sup>50</sup> ANAES Prise en charge diagnostique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution – Février 2000

<sup>51</sup> HAS prise en charge masso-kinésithérapique dans la lombalgie commune : modalités de prescription mai 2005



recommandations de bonne pratique intitulé « Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges »<sup>52</sup> (document labellisé par la HAS).

Ces quatre recommandations françaises renvoient vers les mêmes messages clés:

- Devant un patient lombalgique, le praticien doit rechercher afin de les exclure les lombalgies symptomatiques<sup>53</sup>, évaluer l'intensité de la douleur, l'aspect fonctionnel et la composante anxio-dépressive, et rechercher des facteurs psychologiques et socio-professionnels afin de les prendre en charge spécifiquement pour éviter un passage à la chronicité ;
- La lombalgie commune aiguë est spontanément résolutive dans la majorité des cas (90% guérissent spontanément en un mois<sup>54</sup>) ;
- Le traitement de la lombalgie aiguë est avant tout médical, la masso-kinésithérapie n'est pas recommandée à ce stade ; elle en revanche montré une efficacité dans la lombalgie subaiguë (4<sup>ème</sup> semaine d'évolution) ou chronique (3<sup>ème</sup> mois d'évolution) ;
- La réalisation d'examens d'imagerie avant sept semaines d'évolution n'est pas recommandée ; elle est même considérée comme potentiellement néfaste, car susceptible d'ancrer le patient dans l'idée de la maladie ;
- Or précisément il est essentiel, contrairement à une croyance répandue, que la personne lombalgique maintienne son activité (physique et/ou professionnelle) même au début des symptômes, pour éviter la chronicisation,
- Une action est par ailleurs à mener pour une meilleure prévention des lombalgies en milieu de travail, avec une approche multidimensionnelle.

L'ensemble des recommandations étrangères<sup>55,56,57</sup> conduit aux mêmes messages clés. La recherche des facteurs de risques est traduite de manière imagée dans certains pays en « drapeaux rouges » (qui désignent des facteurs de risque physiques) et « drapeaux jaunes » (pointant des facteurs de risque psycho-sociaux de passage à la chronicité)<sup>58</sup>.

### *Un consensus sur ce que devrait être un parcours optimal*

Un groupe de travail a été mise en place à la CNAMTS associant la SFR, la SOFMER, le CMG et la SFMT ainsi que des représentants des masseurs-kinésithérapeutes. Il a permis de préciser les trois étapes clés de la prise en charge d'une lombalgie commune :

---

<sup>52</sup> Document élaboré par la Société Française de Médecine du Travail en partenariat avec l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), la Section Rachis de la Société française de Rhumatologie (SFR), l'Institut national de Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), la Société Française de Médecine Physique et Réadaptation (SOFMER), le Service de Santé au travail et Education pour la santé de l'Université de Liège (STES)

<sup>53</sup> Lombalgie symptomatique ou lombalgie liée à une affection identifiée et qui relève d'un traitement spécifique.

<sup>54</sup> Lombalgie chronique, définition et prise en charge – La revue du praticien – vol.58 ; 265-271

<sup>55</sup> NICE clinical guideline 88 - Low back pain -Early management of persistent non specific low back pain - May 2009

<sup>56</sup> Canada - Guideline for the Low Back Pain Evidence-Informed Primary Care Management of low back pain – nov. 2011

<sup>57</sup> European guidelines for the management of chronic non specific low back pain - 2006

<sup>58</sup> Surveillance médico-professionnelle du risque lombaire pour les travailleurs exposés à des manipulations de charges – Société française de médecine du travail – octobre 2013

- J0 ou période correspondant à la phase aiguë de la lombalgie durant moins de 4 semaines,
- S4 ou période correspond à la phase subaiguë de la lombalgie,
- M3 ou période correspond à la phase chronique lorsque la symptomatologie lombaire se poursuit au-delà de 3 mois.

Plusieurs messages se dégagent de cette segmentation en 3 phases, un message commun et des messages plus spécifiques à chaque étape.

Le message commun se résume par :

- Expliquer, rassurer, réduire les peurs surtout s'il existe des risques de chronicisation
- Favoriser l'activité physique (travail, vie quotidienne)
- Préserver l'insertion socio-professionnelle

Les messages spécifiques varient en fonction de l'évolution dans le temps des symptômes.

- En phase aiguë, il est important d'initier très tôt un traitement médical antalgique, sans recourir à l'imagerie dont l'effet est potentiellement iatrogène à ce stade.
- En phase subaiguë, l'accent est mis sur la nécessité de réévaluer les traitements, les facteurs de risque, et de s'entourer d'un avis spécialisé en particulier lorsqu'il existe des risques de passage à la chronicité.
- Au-delà de trois mois d'évolution en l'absence d'amélioration, il est important d'insister sur la nécessité d'orienter le patient vers des consultations spécialisées pluridisciplinaires.

Parallèlement à ces messages vers les professionnels de santé, l'ensemble des experts s'accorde sur la nécessité d'accompagner les patients en leur livrant des informations simples et pratiques afin de les écarter de nombreuses fausses croyances et peurs.

C'est d'ailleurs dans cet objectif qu'a été réalisé en 1996 par une équipe britannique (Royal College of General Practitioners) un « back book », un « livret du dos », écrit pour donner des explications au patient et relayer un certain nombre de messages. Ce livret a été traduit et adapté pour les patients français. Le groupe de travail l'a retravaillé en une version plus synthétique. Il pourra être diffusé aux patients par l'intermédiaire de leur médecin traitant.

### *Des parcours de soins actuels difficiles à cerner avec précision mais qui soulèvent des interrogations*

En l'absence de codage des pathologies aiguës dans le SNIIRAM, il est difficile de repérer les lombalgies au stade aigu, en amont des arrêts de travail de plus de 6 mois (au-delà de six mois d'arrêt le motif est codé systématiquement par le médecin conseil). Il n'est donc pas possible, à partir des données de remboursement, d'estimer le nombre de patients concernés.

Si l'on tente néanmoins d'approcher la question, on peut indiquer que parmi les bénéficiaires du régime général de plus de 18 ans<sup>59</sup>, on dénombre environ 2 650 000 personnes ayant eu, sur l'année 2013, un acte d'imagerie lombaire sans chirurgie du rachis l'année précédente ni comorbidités (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante ou autres maladies inflammatoires chroniques). On peut en inférer que ces personnes souffrent de lombalgies, même si le chiffre ainsi obtenu minore la réalité du phénomène.

On peut d'ailleurs souligner au passage que ces actes d'imagerie, bien que non recommandés en général au stade aigu, apparaissent largement pratiqués, ce qui rejoint d'ailleurs les constats faits par les experts consultés<sup>60</sup>.

Sur la période de deux ans encadrant l'imagerie du rachis lombaire (un an avant et un an après), on comptabilise 458 000 arrêts de travail dont on peut estimer qu'ils sont en rapport avec la lombalgie<sup>61</sup> ; ces arrêts ont concerné 348 000 patients. Là encore ce chiffre minore la réalité, puisque les arrêts ne sont identifiés que pour la population ayant eu un acte d'imagerie.

Si on se limite aux premiers arrêts (un patient pouvant en avoir plusieurs sur les deux ans), les arrêts de plus de six mois sont peu nombreux (6 700) mais représentent 24% du total des IJ (Tableau 3).

Tableau 3 – Nombre estimé de premiers arrêts pour lombalgie pour les patients ayant eu une imagerie du rachis lombaire en 2013, sur une période de deux ans encadrant l'examen

Risque	Arrêts de moins de 6 mois			Arrêts de plus de 6 mois			TOTAL		
	Nombre d'arrêts	Nombre d'IJ	Montants*	Nombre d'arrêts	Nombre d'IJ	Montants*	Nombre d'arrêts	Nombre d'IJ	Montants*
Maladie	262 100	7 M	216	4 500	2 M	57	266 600	9 M	274
ATMP	78 900	3 M	135	2 200	1 M	52	81 100	4 M	186
TOTAL	341 000	10 M	351	6 700	3 M	110	347 700	13 M	461

Source : SNIIRAM – 2012 à 2014 \*En millions d'euros

Les parcours de soins des patients ayant eu arrêt de travail pour lombalgie ont été analysés, en faisant l'hypothèse que le début du premier arrêt coïncide avec le début des symptômes.

Pour les patients ayant eu un arrêt long (plus de six mois), on peut faire les constats suivants (Figure 36 et Figure 37) :

- 37% des patients ont eu recours à des soins de kinésithérapie durant les quatre premières semaines ; à nouveau il est délicat de statuer sur le caractère excessif de ce recours, dans la mesure où la lombalgie peut avoir débuté avant le début de l'arrêt ; ceci invite néanmoins à rappeler les recommandations de la HAS dans ce domaine.
- Près de 30% ont eu une consultation de médecin spécialiste médical (rhumatologue, ou MPR) entre S4 et M3. Dans les 12 mois, ce taux s'élève jusqu'à près de 60%. On peut néanmoins souligner que sur cette période, 30% ont eu une consultation d'un chirurgien (orthopédique ou neuro) sans avoir consulté de spécialiste médical (rhumatologue, MPR).

<sup>59</sup> Régime général au sens strict, hors section locales mutualistes, soit environ les trois quarts de la population française.

<sup>60</sup> Voir plus loin la composition du groupe de travail constitué.

<sup>61</sup> Le repérage des arrêts dus à une lombalgie se base sur les consommations de soins une semaine avant et pendant l'arrêt : certains actes ou hospitalisations sont exclus (ex : appendicectomie), d'autres sont inclus (ex : acte d'imagerie du rachis). Voir l'annexe pour plus de détail.

- 75% des arrêts se prolongent au-delà de six mois.

Figure 36 – Proportion de patients (avec arrêt de plus de 6 mois) ayant eu recours à certains types de soins en fonction du délai du temps depuis début du premier arrêt J0 : moins de 4 semaines, entre 4 semaines et 3 mois, entre 3 et 6 mois, entre 6 et 12 mois – le graphique de droite indique les proportions cumulées

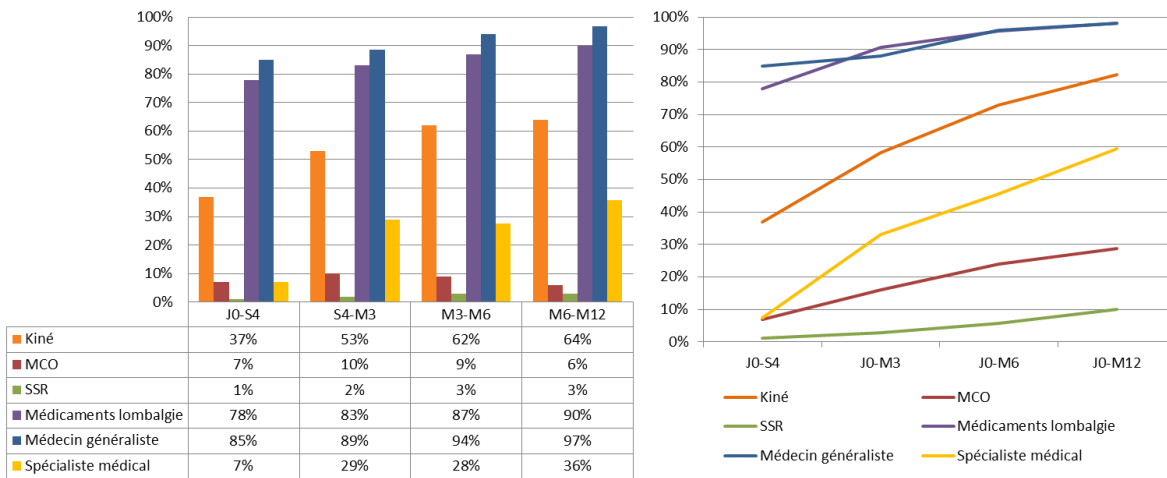
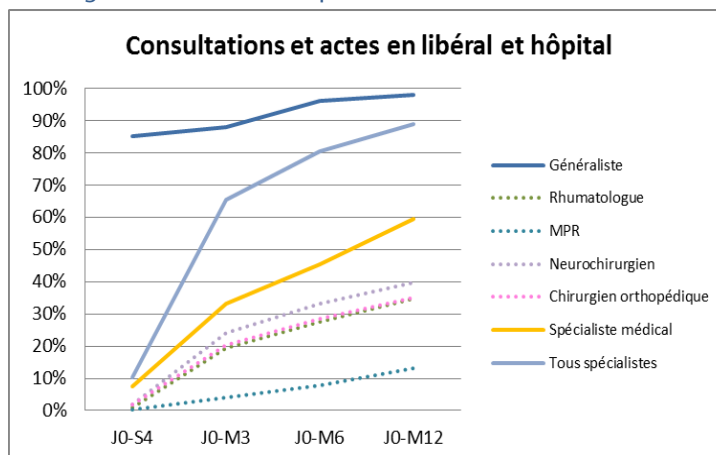


Figure 37 – Détail des spécialités des médecins consultés



Pour les patients ayant des arrêts de moins de 6 mois, une analyse similaire a été menée, mais les résultats sont plus difficiles à interpréter, car une part des lombalgies ayant donné lieu à ces arrêts se sont résolues sans atteindre la phase chronique, voire la phase subaiguë. Il est donc normal que le recours au spécialiste ne soit pas systématique. Néanmoins, on peut constater qu'entre un mois et 3 mois, seuls 15% ont eu une consultation de médecin spécialiste médical, alors que 35% ont eu un arrêt de travail sur cette période. Ces chiffres passent respectivement à 14% et 18% dans la période entre trois et six mois, et à 15% et 18% entre six et douze mois. Là aussi, le recours au médecin spécialiste médical apparaît tardif pour les malades toujours en arrêt maladie.

Au total, même si le parcours de soins des patients lombalgiques n'a pu être approché que partiellement, on peut tirer des constats effectués les conclusions suivantes :

- le recours au spécialiste médical est présent mais paraît tardif par rapport aux préconisations des sociétés savantes ;
- les arrêts de plus de 6 mois montrent un recours important à certains chirurgiens (neurochirurgiens et/ou chirurgiens orthopédiques) alors que le recours au spécialiste médical est à privilégier ;

- le recours au spécialiste médical est également tardif pour les arrêts de moins de 6 mois bien qu'un avis spécialisé dès la phase subaiguë soit préconisé, ce d'autant qu'il existe des facteurs de risque de chronicisation ;
- de même, les soins de masso-kinésithérapie sont présents mais sont sans doute réalisés trop précocement au stade de la lombalgie aiguë ;
- de plus, le recours à l'imagerie du rachis lombaire semble trop fréquent malgré les recommandations qui vont à l'encontre de cette pratique.

### *Arrêts de travail pour lombalgie : des risques variables selon les secteurs d'activité*

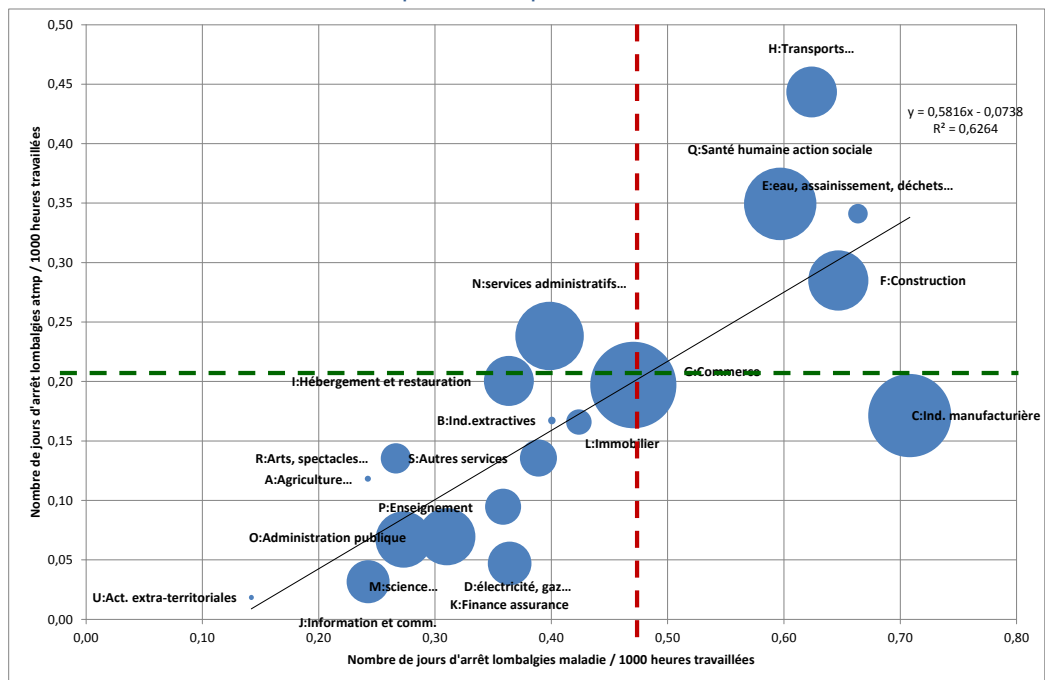
En termes absolus, l'industrie manufacturière est le domaine qui compte le plus d'arrêts de travail pour lombalgie (Tableau 4), mais c'est lié au fait que ce secteur emploie beaucoup de salariés. Si l'on rapporte les jours d'IJ maladie et AT-MP aux heures travaillées, la construction, les transports et l'entreposage, la santé humaine et l'action sociale, le secteur de la production et distribution d'eau, de l'assainissement, de la gestion des déchets sont ceux où le risque de lombalgies est le plus élevé (Figure 38). Il faut souligner également que pour tous les secteurs sauf l'industrie manufacturière et les activités de services administratifs, on observe une corrélation entre la fréquence des arrêts en maladie et en AT-MP : les secteurs surreprésentés en maladie le sont en ATMP, et les secteurs sous-représentés en maladie le sont aussi en ATMP. Ceci confirme qu'il faut bien appréhender la problématique des lombalgies globalement.

Tableau 4 – Répartition des arrêts et des IJ par domaine d'activité professionnelle (arrêts constatés)

NAF1	Domaine d'activité	Nombre d'arrêts	Nombre d'IJ	Montants*
C	Industrie manufacturière	68 800	1 780 000	68 M €
G	Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	48 800	1 510 000	53 M €
Q	Santé humaine et action sociale	46 900	1 480 000	48 M €
F	Construction	31 200	1 000 000	39 M €
H	Transports et entreposage	27 300	880 000	36 M €
N	Activités de services administratifs et de soutien	22 300	800 000	26 M €
I	Hébergement et restauration	12 400	450 000	15 M €
M	Activités spécialisées, scientifiques et techniques	12 200	300 000	12 M €
O	Administration publique	11 800	300 000	9 M €
K	Activités financières et d'assurance	9 500	220 000	9 M €
S	Autres activités de services	6 700	200 000	6 M €
J	Information et communication	6 600	130 000	5 M €
P	Enseignement	4 600	130 000	4 M €
L	Activités immobilières	3 900	110 000	4 M €
E	Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution	3 900	110 000	4 M €
R	Arts, spectacles et activités récréatives	2 900	80 000	3 M €
	Autres domaines d'activités	1 100	30 000	1 M €
	<b>TOTAL</b>	<b>320 900*</b>	<b>9 500 000</b>	<b>344 M €</b>

Source : SNIIRAM – 1ers arrêts - 2012 à 2014 - \* le nombre d'arrêts est inférieur à celui indiqué précédemment car certains codes NAF sont non renseignés ou mal renseignés

Figure 38 – Indice de gravité par secteur (=nombre de jours d'IJ pour lombalgies par millier d'heures travaillées) pour les risques maladie et AT-MP



## Proposition sur les lombalgies

### Proposition 5 - Mettre en place un ensemble d'actions pour améliorer le parcours de soins des patients lombalgiques et prévenir la désinsertion sociale et professionnelle

La proposition 25 du rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie » pour 2016 prévoyait « d'apporter des outils aux médecins traitants pour la prescription des arrêts de travail », notamment par l'élaboration et la diffusion de recommandations relatives aux pathologies chroniques.

L'enjeu essentiel, pour les lombalgies, est d'améliorer le parcours de soins du patient pour éviter la chronicisation et la désinsertion sociale et professionnelle. Pour cela, il est proposé :

1. de promouvoir auprès des médecins généralistes, qui sont en première ligne pour la prise en charge de cette pathologie fréquente, ce parcours optimisé, et notamment :

- de repositionner 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),
- d'attirer son attention sur l'importance pour leurs patients de rester actifs (vie quotidienne, travail), l'intérêt d'une imagerie et 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 S4 afin de prévenir la désinsertion socio-professionnelle ;

2. de diffuser aux patients, par l'intermédiaire de leur médecin traitant, le livret du dos élaboré par le groupe de travail impliquant les sociétés savantes (version simplifiée du document existant) ;

3. d'envisager une campagne grand public pour relayer les messages essentiels sur la lombalgie et éviter les nombreuses fausses croyances (peurs et attentes des patients). Une campagne de ce type a été menée en Australie il y a près de 20 ans, et semble avoir montré une amélioration significative sur les connaissances de la population, avec à la clé une diminution significative (20%) des coûts médicaux globaux.

4. de mobiliser également les entreprises avec deux types d'actions :

- une campagne assez large sur le thème de l'absentéisme lié aux lombalgies. Elle s'appuiera sur les nombreux documents existants, notamment ceux élaborés par l'INRS. Elle pourra être relayée par les CTN et les branches professionnelles les plus concernées par ce sujet (santé, transport, BTP, eau, assainissement, déchets...),
- et une action plus ciblée sur certaines entreprises ayant une proportion d'IJ maladie / accidents du travail atypique par rapport à leur secteur d'activité, en matière de lombalgies : cette action permettra de positionner la part des lombalgies au retard de l'absentéisme global de l'entreprise et de porter des messages de prévention et des propositions d'actions concrètes et, le cas échéant, en lien avec services de santé au travail. Cette action sera l'occasion, grâce à un message croisé, maladie/AT d'insister sur le caractère multi-factoriel de cette pathologie et l'impact de l'environnement de travail également sur les lombalgies déclarées en maladie. Il est proposé d'expérimenter cette action en 2016 et de la généraliser en 2017.

## 2.2 La prise en charge des affections des tendons de l'épaule

La coiffe des rotateurs est un ensemble d'éléments musculaires et tendineux qui joue un rôle important dans les mouvements et la stabilité de l'épaule. Les lésions ou pertes de fonction d'un ou de l'ensemble de ces éléments provoquent des modifications anatomiques dont peuvent résulter à des degrés divers raideur, douleur, instabilité ou perte de force.

Les atteintes traumatiques pures sur des tendons sains (observées par exemple lors d'une luxation de l'épaule chez le sujet jeune) sont relativement rares. Dans ces situations une réparation chirurgicale est habituellement proposée, ces indications ne concernent cependant que 5% de l'intervention de l'épaule sous arthroscopie<sup>62</sup>.

Les atteintes dégénératives des tendons (tendinopathie, rupture partielle ou complète) sont beaucoup plus fréquentes et augmentent avec l'âge (bien qu'elles ne soient pas systématiquement symptomatiques). L'analyse menée se concentre sur celles-ci, en excluant les atteintes traumatiques évoquées ci-dessus.

Il existe des référentiels médicaux qui permettent d'encadrer la prise en charge de ces lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs. Ils proposent en première intention une approche médicale (traitements oraux ou infiltrations ou masso-kinésithérapie); le traitement chirurgical n'est pas systématique, puisqu'une proportion non négligeable de cas (40 à 80% en cas de ruptures) est susceptible de s'améliorer de façon acceptable par un traitement conservateur instauré de façon précoce. Le traitement chirurgical ne devrait dès lors concerner que les patients pour lesquels on vise un gain d'amélioration fonctionnelle en cas de douleurs, de faiblesse musculaire ou d'incapacités persistantes après un traitement conservateur.

### *Une prise en charge chirurgicale de plus en plus fréquente*

Toutes indications confondues, le recours à la chirurgie sur les tendons de l'épaule a augmenté de 76% entre 2006 et 2014<sup>63</sup>, avec plus de 88 600 séjours hospitaliers concernés aujourd'hui (50 200 en 2006). Le nombre d'actes correspondant a été presque multiplié par deux (76 600 à 153 200), plusieurs actes étant fréquemment associés pour la même épaule et/ou pour le même patient.

La chirurgie peut être réalisée à ciel ouvert ou par arthroscopie ; c'est cette seconde technique qui s'est développée rapidement depuis 2006, le recours à la chirurgie à ciel ouvert ayant un peu diminué (Figure 39). Le recours à la chirurgie de l'épaule sous arthroscopie a fortement augmenté depuis 2006. En effet, hors atteintes traumatiques pures, depuis 2006 le nombre de séjours en lien avec une chirurgie de l'épaule par arthroscopie a progressé de 124% passant de 28 294 séjours en 2006 à 64 836 séjours en 2014.

---

<sup>62</sup> - HAS Note de problématique 2013 Pertinence de l'arthroscopie d'autres localisations [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

<sup>63</sup> -Données PMSI MCO



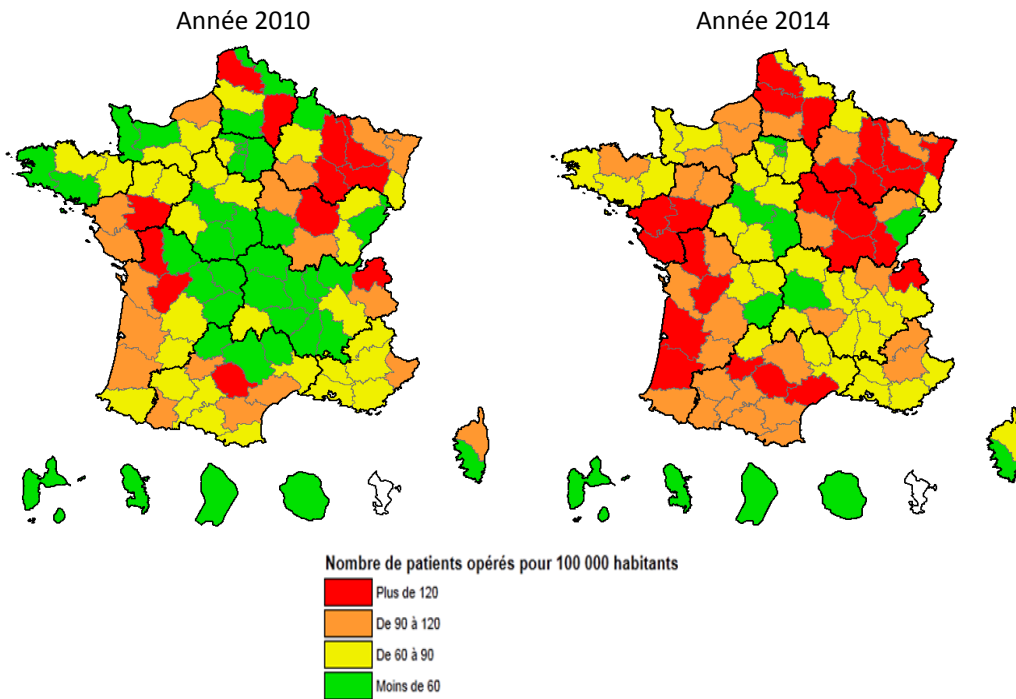
Figure 39 – Evolution du nombre de séjours en lien avec la chirurgie sur les tendons de l'épaule



### *Une disparité géographique des taux de recours à l'intervention chirurgicale*

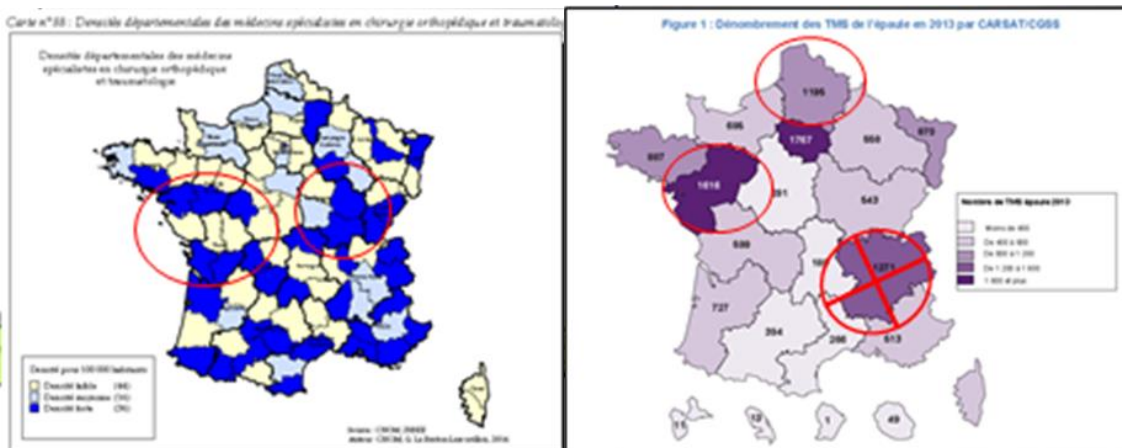
Les taux de recours à la chirurgie pour tendinopathie et rupture de la coiffe des rotateurs sont très variables selon les départements (plus du simple au double, même en tenant compte des différences de structures des populations par âge et sexe) (Figure 1), sans que l'on puisse établir un lien avec l'offre de soins ou la prévalence des maladies professionnelles (Figure 41).

Figure 40 - Nombre de patients opérés pour une chirurgie arthroscopique pour tendinopathie de l'épaule pour 100 000 habitants (années 2010 et 2014).



Nota : les taux de recours sont fondés sur le lieu de résidence des patients – Ils sont standardisés par rapport à la structure d'âge et de genre observée au niveau national en 2014.

Figure 41 – Densités de chirurgiens orthopédiques et dénombrement des troubles musculo-squelettiques (TMS) de l'épaule reconnus



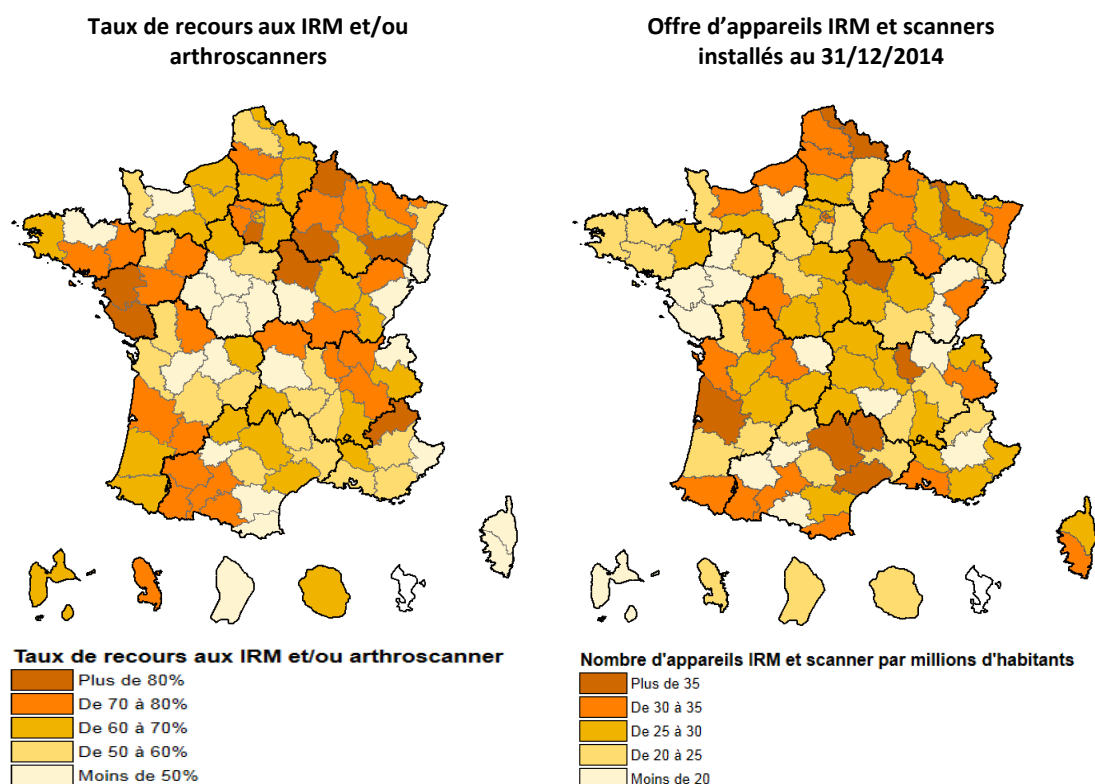
## Des parcours de soins pré et post-opératoires dont la pertinence est à confirmer

L'analyse des parcours de soins **pré-opératoires** a été menée pour l'ensemble des patients du régime général<sup>64</sup> ayant eu une chirurgie arthroscopique de l'épaule en 2014, et n'ayant subi aucune hospitalisation dans l'année précédant la chirurgie de l'épaule. L'analyse a été circonscrite aux atteintes dégénératives, en excluant les patients avec une rupture traumatique, une fracture ou une luxation. Elle porte sur 37 466 patients. Pour avoir un recul suffisant, les parcours de soins **post-opératoires** ont été analysés pour les patients opérés en 2013, hors traumatismes, et sans hospitalisation dans les 2 ans suivant la chirurgie de l'épaule, soit au total 25 598 patients.

**En pré-opératoire**, les recommandations de la HAS préconisent un traitement conservateur préalable à l'intervention pour les tendinopathies sans rupture (en cas de rupture, il n'est pas formellement préconisé). Or on peut noter que 23% des patients opérés en 2014 n'ont eu aucun soins de kinésithérapie ni infiltrations durant les deux ans précédant leur opération. Ce constat se retrouve dans les mêmes proportions chez les personnes de plus de 65 ans (22%).

La HAS recommande également des examens d'imagerie (IRM, arthro-scanner ou arthro-IRM) pour l'évaluation préopératoire. Là encore, on peut constater que 36% des patients opérés n'ont pas eu d'IRM, arthroscanner ou arthro-IRM, et 39% pour les plus de 65 ans. La proportion de patients ayant eu ces examens est hétérogène sur le territoire, sans qu'on puisse établir un lien évident avec la répartition des équipements.

Figure 42 – Taux de recours aux IRM et/ou arthroscanners et densité d'équipements



Au total 11% des patients n'ont eu ni kinésithérapie ou infiltrations, ni IRM, arthroscanner ou arthro-IRM.

En **post-opératoire** :

<sup>64</sup> Hors sections locales mutualistes.

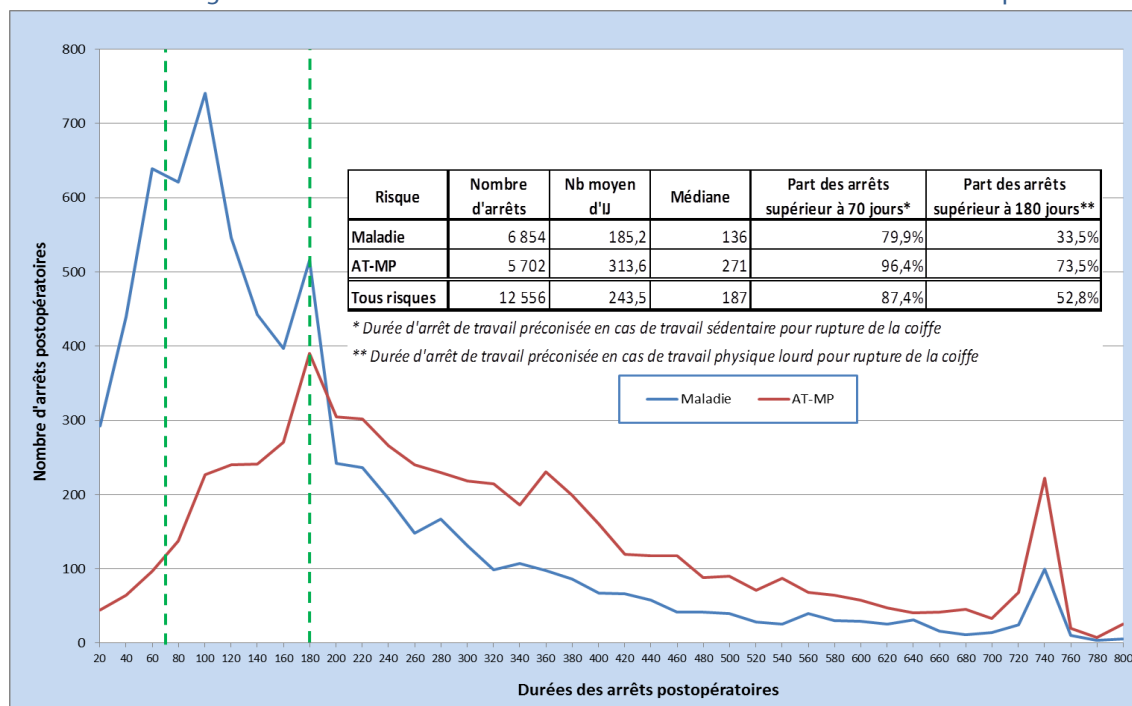
- La quasi-totalité des patients (94%) ont recours à des soins de kinésithérapie postopératoires, pour un nombre moyen de 48 actes. Pour près de la moitié des patients, ces soins se sont prolongés au-delà des six mois suivant l'intervention, alors que l'arrêt de la rééducation post-opératoire est prévu au plus tard à la fin du 6<sup>ème</sup> mois post-opératoire par les recommandations de la HAS<sup>65</sup>. Les patients concernés totalisent ainsi en moyenne 66 actes de masso-kinésithérapie (le référentiel de masso-kinésithérapie diffusé par la CNAMTS après avis de la HAS prévoit après réinsertion ou suture de la coiffe prévoit un nombre maximum de 50 séances dans la majorité des cas).

Tableau 5 - Recours aux soins de masso-kinésithérapie selon le risque

Risque	Patients ayant eu recours aux soins de kinés			Patients ayant eu recours aux soins de kinés au-delà de 6 mois après l'intervention		
	Nombre de patients	% des patients concernés	Quantités par patients	Nombre de patients	% des patients concernés	Quantités par patients
Risque Maladie	18 286	93%	44,4	8 320	42%	62,1
Risque AT-MP	5 790	97%	60,3	3 932	66%	73,5
<b>Ensemble</b>	<b>24 076</b>	<b>94%</b>	<b>48,2</b>	<b>12 252</b>	<b>48%</b>	<b>65,8</b>

- Les fiches repères de durées indicatives d'arrêts de travail, élaborées par la CNAMTS après avis de la HAS, prévoient un maximum de 180 jours d'arrêt après chirurgie pour rupture de coiffe, en cas de travail physique lourd. Or 53% des arrêts ont des durées supérieures à cette borne maximale. Les durées moyennes d'arrêt sont de 244 jours, elles sont beaucoup plus élevées pour le risque AT-MP que pour le risque maladie.

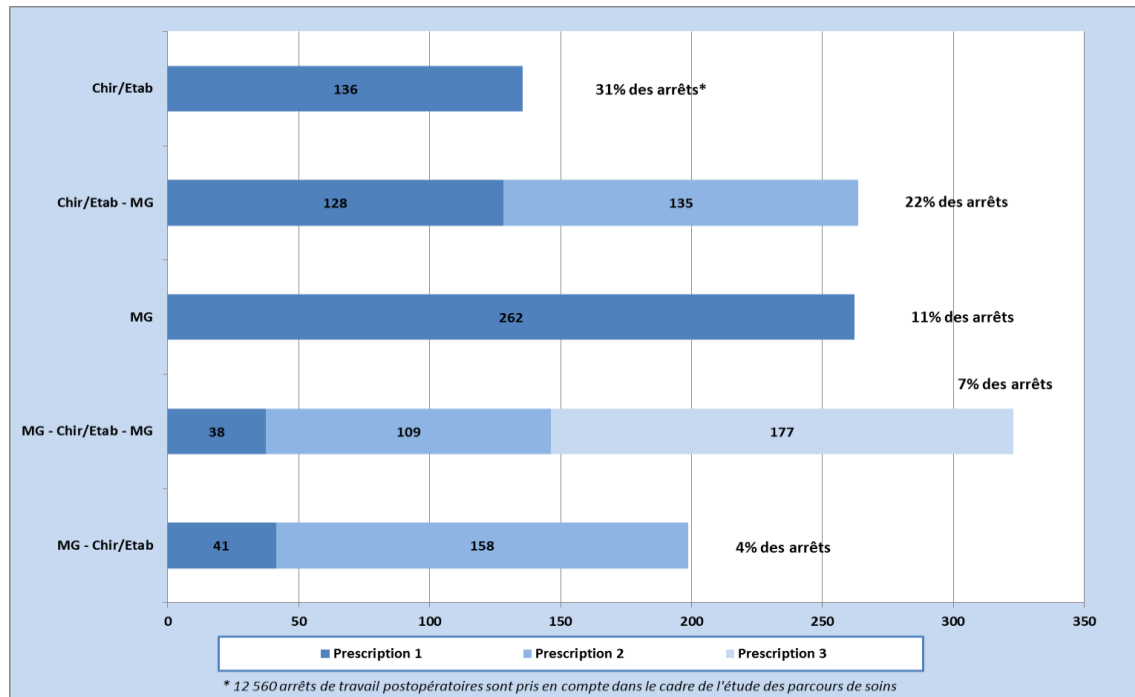
Figure 43 - Distribution de la durée des arrêts de travail en fonction du risque.



<sup>65</sup> «Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après chirurgie des ruptures de coiffe ou arthroplasties d'épaule» - HAS, janvier 2008

Les arrêts postopératoires prolongés ou prescrits entièrement par les médecins généralistes durent en moyenne presque deux fois plus longtemps que ceux prescrits entièrement par les chirurgiens (ou les établissements), ceux-ci ayant une durée assez constante, que l'arrêt soit prolongé ou non (Figure 44). C'est sans doute lié à la nécessité, pour le généraliste, d'adapter l'arrêt à l'état du patient après une première période, ce qui est d'ailleurs prévu explicitement par les fiches repères, qui ne donnent que des durées indicatives ; néanmoins dans ce cas précis, le décalage global entre les repères proposés et la durée des arrêts interroge.

Figure 44 - Durées des arrêts de travail postopératoires en fonction du type de prescripteur



## **Proposition sur la prise en charge chirurgicale des lésions de l'épaule**

### **Proposition 6 – Préciser les référentiels et les diffuser auprès des professionnels et des patients**

Pour optimiser la prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs, la CNAMTS se propose de saisir la HAS pour que celle-ci, comme elle le fait pour d'autres situations cliniques, élabore un document de points clé précisant la place et la nature du traitement conservateur et les actes d'imagerie souhaitables avant une indication chirurgicale. Les recommandations devraient pouvoir être élaborées d'ici fin 2016.

Sur la base de ces recommandations, une campagne d'accompagnement et d'information pourrait dès lors être déployée par l'Assurance maladie en 2017 auprès des professionnels et des patients concernés.

Les établissements pourront être ciblés selon des indicateurs « pertinence » (taux d'évolution des actes, pourcentage d'actes sans examens complémentaires ou traitement conservateur préalable).

## 2.3 La BPCO : améliorer la détection précoce

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique définie par une obstruction permanente et progressive des voies aériennes. Le tabagisme est la cause prépondérante de la BPCO (plus de 80% des cas) mais la part des expositions professionnelles et autres sources d'obstruction bronchique (pollution atmosphérique intérieure et extérieure, tabagisme passif<sup>66</sup>) dans la survenue des BPCO est évaluée à environ 15%<sup>67</sup>.

On estime, même si les données épidémiologiques sont peu nombreuses<sup>68</sup>, que cette affection touche 3,5 millions de français, dont les deux tiers ignorent le diagnostic. Elle est longtemps non ressentie par le malade et évolue à bas bruit en l'absence de prise en charge adaptée : à un stade avancé, elle entraîne une insuffisance respiratoire qui limite le moindre effort de la vie quotidienne, altère fortement la qualité de vie, et est associée à des comorbidités qui grèvent le pronostic de survie des malades.

En 2013, environ 145 000 personnes atteintes de formes sévères de la maladie bénéficiaient d'une oxygénothérapie de longue durée (associée ou non à un traitement par ventilation)<sup>69</sup>. En 2014, 43 000 patients ont été admis en ALD 14 (insuffisance respiratoire chronique grave) et 370 000 malades relevaient de cette ALD<sup>70</sup>.

L'OMS estime que la BPCO sera la troisième cause mondiale de mortalité en 2030<sup>71</sup>.

### *Un enjeu connu de prévention primaire, mais aussi de détection précoce*

La mobilisation contre le tabac est la première arme pour lutter contre cette maladie, non seulement pour empêcher son apparition, mais aussi pour améliorer la situation des personnes déjà malades, pour lesquelles l'efficacité du sevrage tabagique a été démontrée sur l'amélioration ou la stabilisation de la fonction respiratoire, quel que soit le stade de sévérité de la BPCO.

Au-delà, un enjeu majeur est de la détecter précocement, car plus tôt la maladie est diagnostiquée, plus on peut en ralentir l'évolution, avec une prise en charge qui permet de diminuer l'obstruction des voies aériennes. Or aujourd'hui elle est mal repérée par les patients, qui en banalisent les symptômes, et insuffisamment diagnostiquée par les professionnels de santé de première ligne. Ce diagnostic repose, comme le rappelle le guide Parcours de soins BPCO de la HAS<sup>72</sup>, sur un examen de spirométrie permettant de mesurer la capacité respiratoire ; pour différencier la BPCO de l'asthme, la mesure doit être refaite après prise de bronchodilatateur.

C'est pourquoi la Société Française de Pneumologie de Langue Française avait insisté, dans ses recommandations de 2003<sup>73</sup> sur le rôle important du médecin généraliste pour assurer la détection précoce

---

<sup>66</sup> Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, et al. « An official American Thoracic Society public policy statement : Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease ». Am J Respir Crit Care Med 2010;182:693-718.

<sup>67</sup> INRS - Mars 2014

<sup>68</sup> Fuhrman C, Delmas MC, pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. Épidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. Rev Mal Respir 2010;27(2):160-8

<sup>69</sup> INSERM, Mai 2015

<sup>70</sup> Source : CNAMTS-DSES. Champ : régime général y compris sections locales mutualistes

<sup>71</sup> The global burden of disease: 2004 update publié en 2008

<sup>72</sup> Guide Parcours de Soins BPCO – HAS –juin 2014

<sup>73</sup> Actualisation des recommandations de la SPLF pour la prise en charge de la BPCO - Rev Mal Respir 2003 ; 20

d'une BPCO<sup>74</sup>, en raison de son sous-diagnostic. Le nombre de personnes atteintes de BPCO non diagnostiquée étant estimé à environ 2 millions<sup>75</sup>, le diagnostic ne peut reposer sur les seuls 2 675 pneumologues actuellement recensés en France<sup>76</sup> (secteur public et/ou libéral).

Cette orientation a été reprise dans le plan BPCO 2005-2010<sup>77</sup>, qui prévoyait:

- de prévenir la BPCO dans la population générale (Axe 3), notamment en formant les médecins généralistes à l'utilisation des outils de mesure du souffle et à la prise en charge des anomalies du souffle détectées et, en diffusant des appareils de mesures (mini spiromètres) aux professionnels concernés,
- de renforcer l'accompagnement et l'information des professionnels de santé (Axe 4),
- d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des malades (Axe 5) en favorisant l'accès à un dépistage et un diagnostic précoce et en améliorant la prise en charge et le suivi des patients.

D'autres pays ont d'ailleurs des démarches comparables : ainsi en Angleterre, les recommandations du NICE<sup>78</sup> préconisent la détection de la BPCO par spirométrie chez les sujets fumeurs et/ou ex-fumeurs, âgés de plus de 35 ans, présentant un des symptômes suivants : toux chronique, expectoration, dyspnée à l'effort, bronchites à répétition. Ce dépistage peut être réalisé par de nombreux professionnels de santé accompagnés : médecins généralistes, masso-kinésithérapeutes et infirmières spécialisées en pneumologie.

### *Des médecins généralistes désireux de s'impliquer mais en attente d'un appui renforcé*

Une enquête a été menée auprès de médecins généralistes, avec une première phase qualitative, puis une phase quantitative sur un échantillon de 500 praticiens, pour appréhender leur perception de la BPCO, des freins au diagnostic, de leur place dans la prise en charge et de celle du pneumologue, ainsi que leurs difficultés et leurs attentes.

- Le constat de retard du diagnostic de la BPCO est largement partagé (80% des médecins connaissent ce constat et 87% le partagent).
- Le rôle du médecin généraliste est reconnu pour faire prendre conscience au patient de sa maladie et le faire entrer dans un circuit de soins (89%), pour inciter et accompagner le patient dans le sevrage tabagique (93%),
- Mais les praticiens reconnaissent aussi les limites de leur intervention actuellement : 37% se déclarent peu efficaces, 60% assez efficaces dans la détection précoce de leurs patients BPCO, 74% disent rencontrer des difficultés dans l'évaluation précise du stade de sévérité.

---

74 B. Housset, « Rôle du médecin généraliste dans la détection précoce de la BPCO »- BEH thématique 27-28 / 3 juillet 2007

75 Issu de l'étude de A. Quach et coll. Prevalence and underdiagnosis of airway obstruction among middle-aged adults in northern France: The ELISABET study 2011-2013. Respiratory Medicine, dont le taux de personnes diagnostiquées BPCO sans connaissance de leur état s'élevait à environ 75%. Rapporté aux 3.5 millions de personnes atteintes d'après la HAS, on obtient plus de 2 millions de personnes non diagnostiquées.

76 Conseil national de l'Ordre des Médecins :

[https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2015.pdf](https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf)

77 Ministère de la santé. Programme d'actions en faveur de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010. Connaitre, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO, 2005

78 Nice : <http://www.nice.org.uk/guidance/cg101/resources/guidance-chronic-obstructive-pulmonary-disease-pdf>



- Des attentes en matière d'équipements en minispiromètres / spiromètres (58% et 47% resp.) et en matière de formation (50%) sont exprimées.

## **Propositions sur la détection et la prise en charge précoce de la BPCO**

### **Proposition 7 – Mettre en place dans deux à trois départements un programme pilote pour favoriser la détection et la prise en charge précoce de la BPCO et l'évaluer en vue d'une généralisation**

Ce programme articule plusieurs actions :

- la distribution par l'assurance maladie d'appareils permettant la mesure du souffle (spiromètres) aux médecins généralistes volontaires (sur le modèle de la distribution des appareils d'automesure tensionnelle dans le cadre de la détection de l'hypertension artérielle « blouse blanche » en 2013) ;
- un accompagnement de ces médecins à l'utilisation du spiromètre et à la prise en charge de la BPCO, qui conditionnerait la mise à disposition de l'équipement et représenterait un engagement de leur part dans ce programme et la garantie de résultats de tests fiables. Les sociétés savantes (CMG, SPLF et FFP) proposent un pré requis des connaissances via internet ou par conférence web, un accompagnement présentiel d'une demi-journée et une procédure de contrôle qualité des résultats des premiers tests de spirométries effectués par des pneumologues référents ;
- la diffusion d'un questionnaire d'auto-détection auprès des assurés<sup>79</sup>. Des travaux ont montré en effet que dans le cadre d'une action de diagnostic précoce de la BPCO, la distribution d'auto-questionnaires standardisés et validés peut aider à identifier les sujets à haut risque d'obstruction bronchique. Le questionnaire GOLD, disponible sur plusieurs sites dont le site Ameli, sera adressé plus spécifiquement aux patients des médecins inclus dans le programme (personnes adultes ne présentant pas de BPCO) par les canaux de contact habituels de l'Assurance maladie, et incitera ces personnes à se rendre chez leur médecin traitant afin d'entamer un dialogue sur ce sujet et d'effectuer une mesure du souffle par spirométrie ;
- le renforcement du sevrage tabagique par le médecin traitant (articulation avec le projet de programme de soutien à l'arrêt du tabac de l'Assurance Maladie).

Sur les territoires concernés, une campagne d'accompagnement permettra de proposer aux médecins de participer à l'expérimentation.

Ce programme pilote devra faire l'objet d'une évaluation médico-économique rigoureuse, qui permettra de juger de l'opportunité de le déployer à grande échelle.

---

<sup>79</sup> Auto-questionnaire dépistage de la BPCO inspiré du questionnaire GOLD

[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/questionnaire\\_depistage\\_bpcO\\_gold\\_web.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/questionnaire_depistage_bpcO_gold_web.pdf)

L'action pilote permettra de tester :

- la sensibilité et la sensibilité de l'auto-questionnaire GOLD ;
- le taux d'adhésion des médecins généralistes et de commande d'un spiromètre (estimé par les experts à 10% à 20%) ;
- les conditions opérationnelles de mise en place synchronisée des différentes composantes du programme ;
- les résultats observés, sur le plan de l'efficacité mais aussi du rapport coût-efficacité. En termes d'impact économique, si la détection précoce de la BPCO favorise une prise en charge à un stade moins avancé de la maladie, nous ne disposons pas en effet aujourd'hui d'études permettant d'objectiver les coûts potentiellement évités grâce à cette prise en charge.

### 3. Développer des prises en charge adaptées pour les patients les plus complexes

#### 3.1 Les malades chroniques à haut risque : l'exemple du pied diabétique

Les plaies chroniques des membres inférieurs sont des complications graves du diabète, qui témoignent d'un stade avancé d'atteinte des nerfs et/ou des artères périphériques et peuvent conduire à une amputation d'un orteil, pied, jambe ou cuisse. Pourtant, la neuropathie et l'artériopathie peuvent être prévenues et leur évolution ralentie par un bon contrôle du diabète et de leurs autres facteurs de risque, et les plaies du pied et l'amputation par une prise en charge spécialisée.

Selon la Haute autorité de santé, le niveau du risque podologique doit être mesuré tous les ans chez les patients diabétiques. Ce niveau de risque de plaie ou d'amputation est codifié en 4 grades de risque croissant (0 à 3)<sup>80</sup>, sur la base d'un examen clinique simple, requérant par exemple l'usage d'un simple monofilament que le médecin ou le podologue applique sur la plante des pieds. Patients et professionnels de santé doivent rechercher régulièrement une plaie débutante, car elle est insensible du fait de l'atteinte nerveuse. La présence d'une plaie du pied chez tout patient diabétique est une urgence et doit conduire à adresser le patient dans les 48 heures à un centre expert pour avis sur la prise en charge, afin de diminuer le risque d'hospitalisation pour plaie et d'amputation.

De façon concordante, les récentes recommandations<sup>81</sup> insistent sur deux modalités de prise en charge ambulatoire : un comportement d'auto-soin appris dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique, et un suivi par un podologue pour fraisage d'hypercallosité et si nécessaire mise en place de semelles orthopédiques et/ou de chaussures sur mesure pour diminuer les pressions plantaires. L'Assurance Maladie prend en charge depuis 2008 un *forfait podologique pour soins de prévention par le pédicure-podologue*, pour les patients diabétiques de grade 2 et de grade 3, avec respectivement 4 et 6 séances remboursées par an. La prise en charge de ces soins à domicile est possible depuis 2013.

*Cependant, on observe des dysfonctionnements importants dans les parcours de soins des patients diabétiques à haut risque podologique, à partir du grade 2, tant pour prévenir la survenue d'une plaie qu'une hospitalisation pour plaie ainsi que l'amputation.*

##### 3.1.1 Les amputations et hospitalisations pour plaie du pied, des complications encore fréquentes avec un pronostic sévère

Les données épidémiologiques françaises sur le sujet sont nombreuses, grâce au Sniiram et aux études Entred 2001 et 2007<sup>82</sup>. L'incidence de l'amputation est 12 fois plus élevée chez les personnes diabétiques que chez les personnes non-diabétiques. En 2007, environ 10 % des patients diabétiques étaient concernés par la présence ou l'antécédent d'une plaie chronique.

Pour le seul régime général d'Assurance maladie, environ 9 000 personnes diabétiques subissent chaque année une amputation d'orteil, de pied, de jambe ou de cuisse. Environ 22 000 sont hospitalisées pour une plaie du pied. Les taux d'hospitalisations pour ces deux motifs (respectivement 272 et 730 pour 100 000

---

<sup>80</sup> Selon la classification internationale l'International Working Group on Diabetic Foot (IWGDF : <http://iwgdf.org>).

<sup>81</sup> Recommandations 2015 de l'IWGDF

<sup>82</sup> Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques. Voir notamment : Fagot-Campagna A and col. Que retenir du bilan d'ENTRED 2007-2010 ? Médecine des Maladies Métaboliques 2010 ;4 : 212

patients diabétiques), à titre de comparaison, les taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral rapportés par l'InVS étaient de respectivement de 382 et 559 pour 100 000 personnes diabétiques en 2013.

Les inégalités sociales sont particulièrement marquées sur ce type de complication du diabète : le risque d'hospitalisation pour plaie ou amputation est 30 % supérieur chez les personnes diabétiques de bas niveau socio-économique, comparativement à celles de haut niveau socio-économique<sup>83</sup>. Les hommes sont beaucoup plus atteints que les femmes, ce qui est lié à la fois à une neuropathie et artériopathie plus fréquente, mais aussi à des comportements différents en ce qui concerne les facteurs de risque (dont le tabac), mais aussi l'attention portée aux pieds. Enfin, le pronostic au stade d'hospitalisation pour plaie ou amputation est particulièrement sévère, puisque respectivement 27 % et 36 % de ces patients sont de nouveau hospitalisés pour amputation et environ un quart décèdent dans les 12 mois qui suivent.

Si le nombre de personnes amputées augmente, en lien avec l'augmentation du nombre de personnes diabétiques, en revanche les taux standardisés, c'est à dire les effectifs rapportés aux nombres de personnes diabétiques avec des structure d'âge et sexe comparables, ont diminué entre 2008 et 2014, de 301 à 262 pour 100 000, et semblent s'être stabilisés depuis 2012 (Figure 45). En d'autres termes, à âge et sexe identique, on a moins de risque d'être amputé en 2014 qu'en 2008. On observe aussi un peu plus d'amputations au niveau d'un orteil (47 % en 2008 versus 49 % en 2014) et un peu moins au niveau de la cuisse (17 % versus 15 %). Enfin on constate des améliorations de la prise en charge hospitalière, avec un geste de revascularisation beaucoup plus fréquent avant amputation (39 % versus 46 %), ce qui assure une meilleure cicatrisation après le geste chirurgical.

Cette diminution relative du risque d'amputation s'accompagne d'une concentration vers les populations moins accessibles à la prévention podologique : les hommes (69 % des personnes amputées en 2008, 73 % en 2014) et les populations précaires, qui chez les moins de 60 ans représentaient 41 % des personnes amputées en 2014, contre 30 % en 2008<sup>84</sup>.

Si le taux standardisé d'amputation diminue, celui des hospitalisations pour plaie du pied augmente fortement depuis 2008, de 508 à 701 pour 100 000 personnes diabétiques en 2014 (Figure 45), soit de 12 180 à 22 350 personnes ; on peut penser que cette évolution reflète une prise en charge un peu plus précoce et plus efficace, qui peut permettre d'éviter l'amputation, par une mise en décharge imposée et des soins de plaie optimisés. Néanmoins dans certaines régions à haut risque, le taux d'hospitalisation pour plaies est inférieur à la moyenne nationale, et le recours à l'hospitalisation précoce y serait donc insuffisant (Figure 46). Par exemple, on retrouve à La Réunion un fort taux d'amputation mais un faible taux d'hospitalisation pour plaie.

---

<sup>83</sup> Fosse-Edorh S, Fagot-Campagna A, Detournay B, Bihan H, Eschwege E, Gautier A, Druet C. Impact of socio-economic position on health and quality of care in adults with type 2 diabetes in France: the Entred 2007 study. *Diabet Med*. 2015 doi: 10.1111/dme.12783

Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Hartemann A. le poids des complications podologiques chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France en 2013. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2015 ; 34-35 :638

<sup>84</sup> Le marqueur de précarité utilisé combine le bénéfice de la CMU-C (remplacé par d'autres dispositifs au-delà de 60 ans), les codes de précarité du PMSI et certains codes dit de « petits régimes » (bénéficiaires du RSA...)

Figure 45 – Taux bruts et taux standardisés d'amputation des membres inférieurs (AMI) et d'hospitalisations pour plaie du pied (PP) pour 100 000 patients diabétiques (régime général) – Evolution de 2008 à 2014

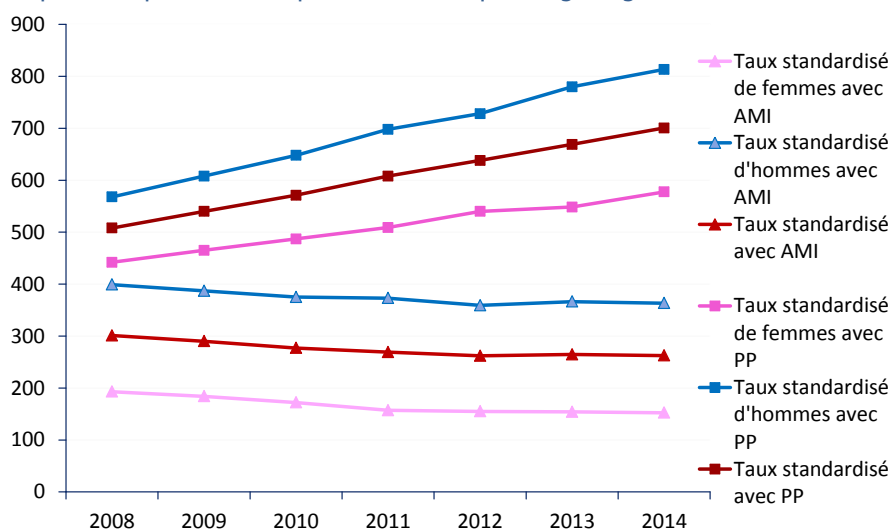
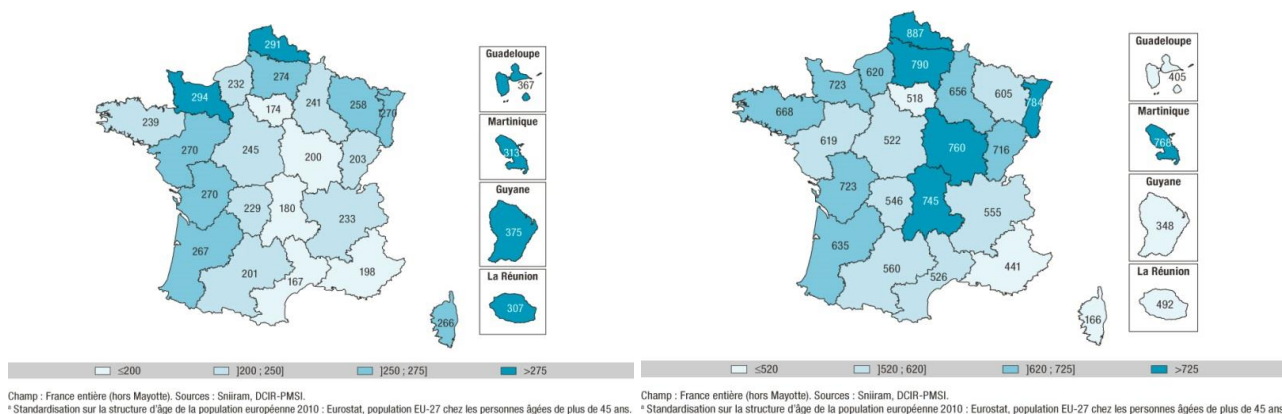


Figure 46 – Taux d'incidence standardisés des hospitalisations (France entière, 2013) pour 1000 000 personnes diabétiques traitées pharmacologiquement – (source bulletin épidémiologique hebdomadaire N°34-35 du 10 novembre 2015)

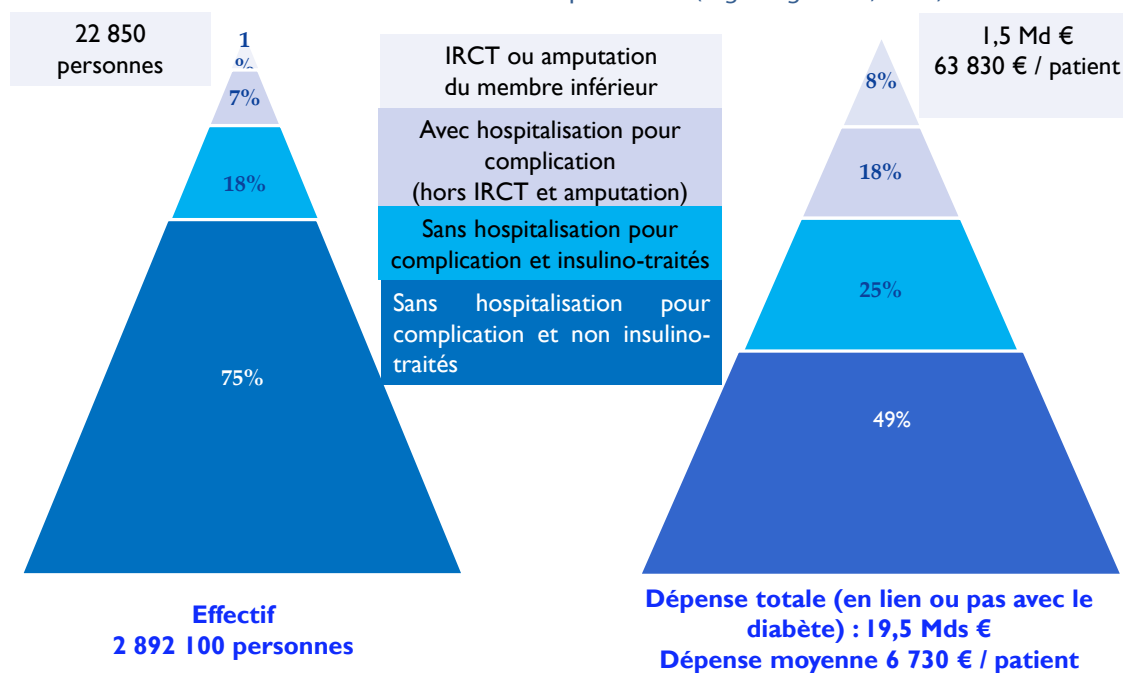


### 3.1.2 Un coût très élevé des soins liés aux complications podologiques, qui concernent peu de patients diabétiques

Peu de personnes sont concernées par les complications terminales du diabète, mais ces personnes ont des dépenses remarquablement élevées. Ainsi en 2012, si un patient diabétique a une dépense moyenne de 6 730 € (dépense totale, liée au diabète ou non<sup>85</sup>), les patients qui ont été pris en charge pour dialyse ou amputation ont, eux, une dépense de 63 830 € en moyenne ; alors qu'ils représentent moins de 1 % de la population totale (22 850 personnes sur 2,9 millions de diabétiques affiliés au régime général d'Assurance maladie), leurs dépenses totalisent 1,5 milliard d'euros, soit 8 % de la dépense totale (Figure 47).

<sup>85</sup> Voir xxx (référence à la partie cartographie où l'étude est présentée) ; les coûts imputables au diabète et à ses complications représentent un peu moins de la moitié (10 Md€ sur 19 Md€).

Figure 47 – Répartition des effectifs de patients diabétiques selon quatre niveaux de risque et dépenses d'assurance maladie correspondantes (régime général, 2012)



Le coût spécifique du pied diabétique (amputation ou plaie du pied hospitalisée) est estimé pour 2012 à 660 millions d'euros<sup>86</sup>, dont 350 millions d'euros liés aux patients avec amputation et 310 liés aux patients ayant eu un séjour hospitalier en soins aigus pour plaie du pied. Avec une moyenne de 179 et 122 jours d'hospitalisation dans l'année respectivement pour les deux types de patients, l'hospitalisation en MCO et en SSR représente près des trois-quarts de cette dépense, avec un montant estimé à 487 millions d'Euros. Encore s'agit-il d'une estimation par défaut : les patients pris en charge exclusivement en ville ou consultation externe pour plaie, mais aussi ceux ayant eu une hospitalisation pour plaie ou amputation l'année précédente n'ont pas été comptabilisés, alors qu'ils ont probablement des soins infirmiers et de kinésithérapie coûteux, et pour une part des frais d'hospitalisation en soins de suite et réadaptation.

On retrouve dans la population des patients diabétiques une gradation des niveaux de risque qu'on illustre souvent, comme ci-dessus, par une pyramide, avec à l'extrémité une petite fraction de patients à très haut risque qui concentrent des coûts très élevés. L'enjeu de prévenir ou de retarder l'apparition des complications terminales de la maladie est à la fois un enjeu majeur de santé, pour des personnes dont la survie est réduite et la qualité de vie lourdement altérée, mais aussi un enjeu pour la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

<sup>86</sup> La dépense attribuable à la prise en charge de ces complications podologiques a été estimée par des modèles comparant les patients diabétiques hospitalisés pour amputation et ceux hospitalisés pour plaie du pied aux patients diabétiques n'ayant pas subi de tels événements en 2012. Cette comparaison a été faite à âge et sexe relativement comparables. Il est à noter cependant qu'il est parfois difficile d'isoler le coût spécifique au pied diabétique, car les patients concernés ont de multiples complications du diabète : par exemple, respectivement 11 % et 4 % des personnes hospitalisées pour amputation ou plaie sont aussi dialysées, alors que cette complication est elle-aussi rare.

### 3.1.3 Des améliorations possibles sur la prévention et la prise en charge

#### *Des retards constatés dans la prise en charge*

En 2014, pratiquement tous les patients diabétiques ayant eu une prise en charge par forfait podologique (98 %) bénéficient d'une prise en charge médicale pour Affection de longue durée, soit diabète (85 %) , soit d'artériopathie des membres inférieurs (6 %), soit autre. *Pourtant on constate des retards dans la prise en charge ambulatoire, en amont d'une hospitalisation.* Ainsi une étude pilote menée en 2015 par la Société Francophone du diabète dans 21 centres et auprès de 200 patients a constaté que seulement 10 % des patients ayant une plaie du pied avaient été adressés dans les 48 heures à un centre expert, la moitié d'entre eux n'arrivant qu'après 4 semaines d'évolution<sup>87</sup>. De ce fait, 30 % de ces patients ont dû être hospitalisés.

#### *Une bonne montée en charge du forfait podologique, mais une cible prioritaire encore insuffisamment couverte*

L'assurance maladie prend en charge depuis 2008 un *forfait podologique pour soins de prévention par le pédicure-podologue*, pour les patients diabétiques de grade 2 et de grade 3, avec respectivement 4 et 6 séances remboursées par an.

Cette prestation s'est diffusée largement, avec 250 000 personnes diabétiques bénéficiaires du forfait en 2014. Cet effectif est cependant encore inférieur à la population que l'on estime relever de ce type de soins, évaluée à 340 000 personnes, et la population la plus à risque est peut-être insuffisamment couverte. En effet lorsque l'on analyse le profil des patients diabétiques ayant débuté des soins podologiques en 2013 (soit environ 50 000 patients, âgés de 69 ans en moyenne), on constate qu'il s'agit bien, fréquemment, de patients ayant un diabète compliqué (39 % traités par insuline, 35 % avec un marqueur de maladie cardio-neurovasculaire), mais que :

- seulement 45 % sont des hommes, alors que leur risque podologique est plus élevé que celui des femmes,
- et un tiers des patients n'ont bénéficié que d'une seule séance dans le cadre du forfait podologique sur 12 mois, et seulement un autre tiers d'au moins 4 séances, comme il est recommandé.

Il est possible – et c'est une explication avancée par les professionnels de la santé<sup>88</sup> - que le forfait ou la technique de gradation ne soient pas toujours bien connus des médecins prescripteurs, conduisant à la prescription de forfaits pour les patients en grade 0. Les podologues ne prendraient alors en compte qu'une seule séance dans le cadre d'un forfait, car elle a été prescrite et pour ne pas pénaliser le patient non éligible, mais ils ne renouveleraient pas la séance.

*Une action a d'ailleurs été engagée par l'Assurance maladie entre novembre 2014 et mars 2015, sur l'ensemble du territoire, afin d'informer les médecins généralistes de l'existence et des modalités d'utilisation du forfait podologique et de distribuer mémos et monofilaments. Des mémos sont aussi disponibles pour les podologues. L'impact de cette action sera évalué à un an, lorsque les données seront disponibles.*

---

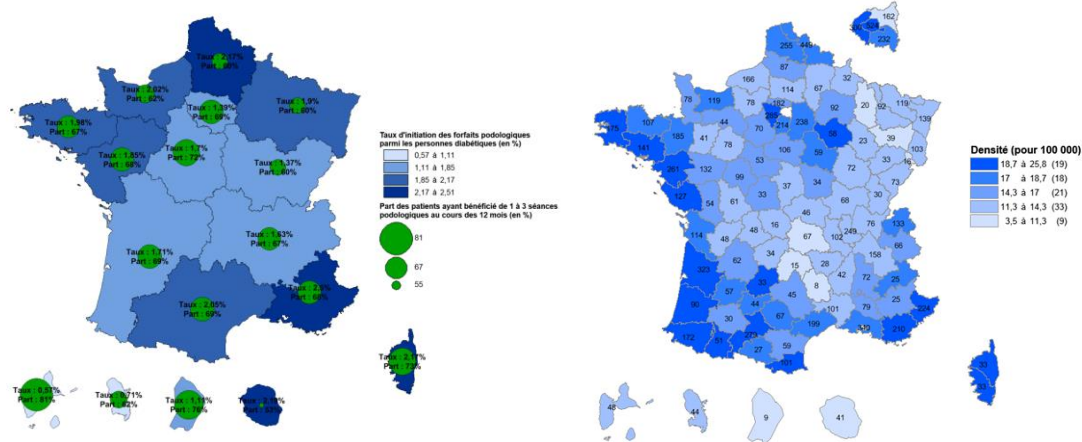
<sup>87</sup> Communication du Pr A Hartemann faite au congrès du Pied diabétique, Montpellier, février 2016

<sup>88</sup> Congrès du pied diabétique, Montpellier, février 2016

D'autres explications sont avancées à l'usage encore insuffisant du forfait podologique, comme l'absence de motivation des patients les plus précaires, qui ne perçoivent pas l'urgence de tels soins, ou encore l'avance de frais qui peut constituer un frein. En 2015, seuls 30 % des forfaits podologiques facturés à la date de janvier 2016 ont fait l'objet d'un tiers payant. La généralisation du tiers payant pour les patients en ALD en 2016 devrait permettre de lever ce frein.

On constate par ailleurs des écarts régionaux dans le taux d'initiation du forfait podologique, de 1,4 % en Ile de France et Bourgogne Franche-Comté à 2,5 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et de 0,6 ou 0,7 % en Martinique et Guadeloupe à 2,2 % à La Réunion. La part de patients qui n'ont bénéficié que d'une seule séance varie de 30 % en Normandie à 46 % en Corse, et de 24 % à la Réunion à 48 % en Guadeloupe. La part de ceux qui ont bénéficié de moins de 4 séances varie de 60 % dans les Hauts de France par exemple à 73 % en Corse, et de 53 % à La Réunion à 81 % en Guadeloupe (Figure 48).

Figure 48 – Taux d'initiation des forfaits podologie pour les patients diabétiques et part des patients ayant bénéficié de 1 à 3 séances (à gauche) et effectif / densité de pédicures-podologues par département



D'autres problématiques existent pour la prévention des plaies aggravées ou des amputations de ces patients à haut risque, au-delà du forfait podologique, telles que *l'accès à du matériel spécifique* (semelles ou chaussures adaptées) qui peut être problématique, ou s'agissant de soins très spécialisés qui concernent peu de patients, la question des compétences et des savoir-faire spécifiques des professionnels (infirmières, podologues) qui les prennent en charge.

*Des initiatives pour améliorer la prise en charge post-hospitalisation avec le déploiement de programmes tels que Prado plaies chroniques*

Le programme Prado Plaies chroniques est actuellement expérimenté afin de diminuer les durées de cicatrisation et les récurrences par un accompagnement du patient lors de son retour au domicile, après hospitalisation pour plaie chronique. Ce programme s'adresse aux personnes ayant été hospitalisées chez lesquelles un ulcère veineux ou des escarres ont été diagnostiqués, ainsi qu'aux personnes diabétiques ayant une plaie du pied.

L'objectif du programme est de s'inscrire dans une politique globale d'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques en France en associant :

- des actions hospitalières de prévention des escarres (par exemple l'extension du programme « Sauve ma peau » mis en place par l'ARS IDF en 2014<sup>[1]</sup> à d'autres territoires)
- des actions en direction des équipes de soins de proximité avec des visites DAM portant sur l'amélioration des pratiques dans le cadre de la GDR (remise de mémo et/ou promotion de



l'application smartphone « e-mémo plaies chroniques » téléchargeable gratuitement sur google play et app store).

- une expérimentation du programme de retour à domicile après hospitalisation pour les patients porteurs de plaies chroniques dans un 1er temps puis extension aux patients porteurs de plaies chroniques et consultant en soins externes.

L'offre est composée de 3 axes de prise en charge, l'initialisation du suivi médical, la mise en place de l'aide à la vie si nécessaire et l'accompagnement attentionné par l'équipe de soins de proximité avec le recours à l'expertise de la plaie. Pour les plaies du pied diabétique, l'avis d'expert est organisé systématiquement dans un délai idéalement donné par l'expert lors de l'hospitalisation (suite à une visite du patient ou un avis dématérialisé) ou à défaut à 1 mois.

L'expertise des plaies peut se faire en consultation ou par télémedecine en s'appuyant sur les organisations existantes disponibles sur le terrain (dans ou en dehors du cadre de l'art 36 de la LFSS 2014).

### *En synthèse, un constat contrasté*

D'un côté, des améliorations de la prise en charge ont conduit à une diminution ou une stabilisation des taux d'amputation et, en parallèle, à un recours de plus en plus fréquent à l'hospitalisation pour plaie du pied.

Cependant des disparités régionales persistent et surtout, la prise en charge en amont de l'hospitalisation pourrait être améliorée. La connaissance des professionnels et des patients, la participation financière pour des patients souvent défavorisés socialement, l'offre et l'organisation des soins sur le territoire peuvent aujourd'hui constituer des freins. On note en particulier :

- un retard à l'adressage des patients avec plaie vers un centre spécialisé ;
- une formation des infirmiers sur ces soins spécifiques de qualité variable, avec un nombre de patients soignés faible en moyenne ;
- une prescription de matériel (semelles ou chaussures adaptées) complexe, car nécessitant des connaissances spécifiques de la part des professionnels et une avance de frais ainsi qu'un montant restant à la charge des patients ;
- une formation des médecins sur la gradation du risque podologique encore insuffisante ;
- même si le forfait podologique est davantage utilisé, des difficultés qui demeurent pour atteindre complètement la cible des patients les plus à risque (hommes et précaires), et de respecter le nombre de séances requis.

## Propositions sur la prise en charge du pied diabétique

### **Proposition 8 - Poursuivre les actions pour améliorer la prise en compte du risque podologique par les professionnels et les patients**

- Information des professionnels de santé, endocrinologues et médecins généralistes, sur la nécessité et la technique de gradation du risque podologique, ainsi que sur la prescription du forfait podologique (évaluer la campagne DAM réalisée en 2014-2015 auprès des médecins généralistes, la développer auprès des endocrinologues libéraux qui suivent des patients diabétiques, évaluer les connaissances des médecins lors du renouvellement de l'enquête Entred en 2017) ;

- Information des patients : générale, en utilisant tous les canaux (site ameli, site d'associations, sophia,...), individualisée auprès des patients entrant dans le forfait podologique (par courriers) ; évaluer les connaissances des patients lors du renouvellement de l'enquête Entred en 2017.

### **Proposition 9 - Développer une filière ambulatoire et hospitalière spécifique pour les patients à très haut risque ou avec plaie du pied avec un maillage territorial**

Peu de patients sont concernés par cette complication rare, mais extrêmement grave et coûteuse. Ces personnes à très haut risque, à la fois podologique et d'autres complications du diabète, relèvent d'une prise en charge plus spécialisée et intensifiée que les 3,5 millions de patients diabétiques suivis régulièrement par leur médecin traitant. Or notre système de santé semble peiner à les orienter au mieux, sauf au sein du milieu hospitalier et à un stade tardif.

Pour renforcer la pro-activité du système vis-à-vis de cette fraction particulièrement fragile de patients diabétiques, il est proposé que les patients concernés fassent l'objet d'un repérage, réalisé par un professionnel expert dans ce domaine, qui ouvrirait droit à une orientation dans une filière hautement spécialisée incluant la collaboration de diabétologues, podologues et infirmiers spécifiquement formés, et offrant une prise en charge spécifique, c'est à dire certes des soins podologiques spécifiques, mais aussi des soins infirmiers spécifiques, un matériel de chaussage adapté et la possibilité d'avis spécialisés rapides.

Cette filière serait à la fois hospitalière et ambulatoire.

Pour l'hospitalisation, il est nécessaire d'identifier les services hospitaliers MCO et SSR prenant en charge ces patients complexes au stade le plus grave, et d'assurer la visibilité de cette filière de recours très spécialisée. Une réflexion est à mener sur une tarification adaptée des prises en charge en hospitalisation de jour.

La filière ambulatoire pourrait être assurée aussi par des centres hospitaliers labellisés à partir d'un cahier des charges national (certains se sont déjà spécialisés dans la prise en charge du pied diabétique en consultation et font face à une forte demande), mais un niveau de recours intermédiaire pourrait être aussi assuré par des maisons de santé pluridisciplinaires.

La rémunération de ces prises en charge, pour les patients ainsi repérés, pourrait être redéfinie sous forme d'un forfait dédié.

**Proposition 10 - Mieux organiser la prise en charge en cas d'hospitalisation et assurer la continuité de soins spécialisés en sortie d'hospitalisation**

L'expérimentation du Prado Plaies chroniques (ou des services offerts de même type qui ont été développés dans certaines régions) doit être poursuivie et développée, afin de raccourcir les séjours MCO et SSR et assurer la continuité de soins spécialisés lors du retour à domicile des patients afin de diminuer le risque de récidives. Actuellement 44% des patients sont réhospitalisés pour plaie dans l'année suivant leur sortie de l'hôpital. Un objectif de diminution de 2% à l'horizon de 2018 pourrait être retenu.

## 3.2 Les personnes âgées en EHPAD

Les progrès majeurs de prise en charge médicale ont conduit à un allongement important de l'espérance de vie et à un vieillissement de la population française. Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, 11,5 millions de personnes étaient âgées de 65 ans ou plus, soit 17,6 % de la population française<sup>89</sup>. Si les tendances actuelles se poursuivent, près d'une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans en 2060<sup>90</sup>. Cet allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'un accroissement de la fréquence des polyopathologies<sup>91</sup> et des déficits sensoriels ou moteurs. En conséquence, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente. Elles étaient ainsi 1,2 million (7,8 % des 60 ans ou plus) à percevoir l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en France métropolitaine en 2012 et pourraient être 2,3 millions en 2060<sup>92</sup>.

Ces évolutions constituent un défi majeur pour l'organisation et le financement du système de santé français. Le maintien à domicile des personnes âgées, la limitation du recours aux soins hospitaliers évitables ou inadaptés et une meilleure coordination entre les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement de cette population sont aujourd'hui des priorités de l'action publique que l'on retrouve par exemple dans les dispositifs PAERPA. Le recours aux dispositifs de maintien à domicile, comme l'HAD, est fréquemment cité comme un outil pertinent à cette fin.

Le développement récent de nouvelles sources de données, comme la base Resid-EHPAD et les progrès des systèmes d'information permettent aujourd'hui d'améliorer la connaissance des soins et prises en charge de cette population et d'envisager un suivi longitudinal, en complément des enquêtes qui constituaient la principale source d'information jusqu'à présent<sup>93</sup>. Ce chapitre présente les premiers résultats issus de ces analyses autour des sujets suivants : l'état de santé à l'entrée et le devenir des résidents en EHPAD dans l'année qui suit leur entrée, ainsi que le recours à l'HAD en EHPAD.

### 3.2.1 Les personnes admises en EHPAD : un état de santé très dégradé et une surmortalité élevée par rapport à la population générale

Une analyse a été menée sur la population des personnes accueillies pour la première fois en EHPAD au cours du premier trimestre 2013 et affiliées au régime général, soit 25 500 personnes<sup>94</sup>. Les caractéristiques de ces nouveaux résidents ont été comparées à celles des personnes de même âge de la population du régime général domiciliées hors d'un EHPAD ou d'un établissement de santé autorisé à dispenser des soins de longue durée (ES SLD), afin de mieux comprendre les pathologies qui conduisent à l'admission en EHPAD et d'étudier les modifications du parcours de soins induites par cette admission.

---

<sup>89</sup> Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2015 - Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre. Insee; 2016 janv. Insee Première, n°1581.

<sup>90</sup> Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans. Insee; 2010 oct. Insee Première, n°1320.

<sup>91</sup> Charges et produits pour 2016 (partie cartographie)

<sup>92</sup> Lecroart A, Froment O, Marbot C, Roy D. Projection des populations âgées dépendantes - Deux méthodes d'estimation. Drees et Insee; 2013 sept. Dossiers solidarité et santé, n°43

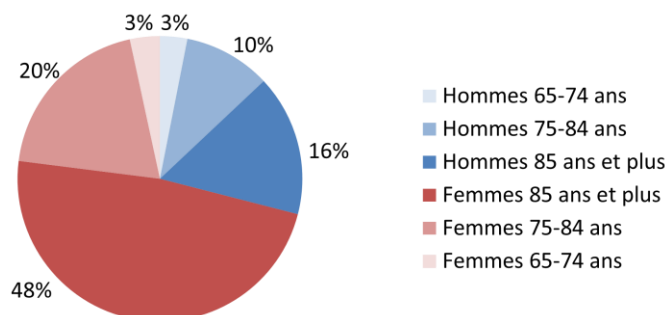
<sup>93</sup> Il s'agit d'un appariement entre le système d'information Resid-EHPAD, le Sniiram - PMSI et l'outil de cartographie des pathologies et des dépenses. Voir encadré plus loin.

<sup>94</sup> En 2013, ce sont 651 000 personnes qui étaient hébergées en EHPAD ou unités de soins de longue durée (USLD), quelle que soit leur affiliation à un régime d'Assurance maladie. Près de 372 000 d'entre elles étaient hébergées en EHPAD, affiliées au régime général, âgées de 65 ans et plus, et avaient eu au moins un remboursement de soins à la fois en 2012 et en 2013. Cet effectif représente 4,5 % de la population de 65 ans et plus affiliée au régime général.

### *Une surmortalité élevée, notamment chez les moins âgés*

L'âge moyen des nouveaux résidents en EHPAD était de 86 ans et 71 % étaient des femmes. Les femmes de 85 ans et plus représentaient ainsi près de la moitié (48 %) de la population. Seulement 6 % des nouveaux résidents étaient âgés de 65 à 74 ans, ils se répartissaient à proportion égale entre femmes et hommes.

Figure 49 – Répartition selon l'âge et le sexe des patients admis en EHPAD au premier trimestre 2013



Plus d'une personne sur cinq admise en EHPAD au premier trimestre 2013 est décédée dans le courant de 2013 (22 %). La mortalité était moins élevée chez les femmes que chez les hommes, ce qui reflète les différences d'espérance de vie entre femmes et hommes. La mortalité s'élevait très rapidement avec l'âge de 16 % à 35 % chez les hommes respectivement âgés de 65 à 74 ans et ceux de 85 ans et plus, et de 14 % à 21 % chez les femmes des mêmes groupes d'âge.

Toutefois, en comparaison à la population générale hors EHPAD et ES SLD de même âge et sexe, la fréquence de décès est d'autant plus élevée que les nouveaux résidents sont moins âgés et sont des femmes. Ainsi le décès était 9 fois plus fréquent chez les hommes et 16 fois plus chez les femmes âgés de 65-74 ans nouvellement admis en EHPAD que dans la population générale de même âge, 6 fois plus fréquent – hommes et femmes confondus - dans la tranche 75-84 ans et 2 à 3 fois plus fréquent à partir de 85 ans. Ces résultats témoignent de la grande fragilité des personnes admises en EHPAD, et particulièrement des moins âgées et des femmes. L'analyse des pathologies (cf infra) confirme que la maladie contribue davantage à l'admission en EHPAD des personnes les plus jeunes et la dépendance à celle des plus âgées.

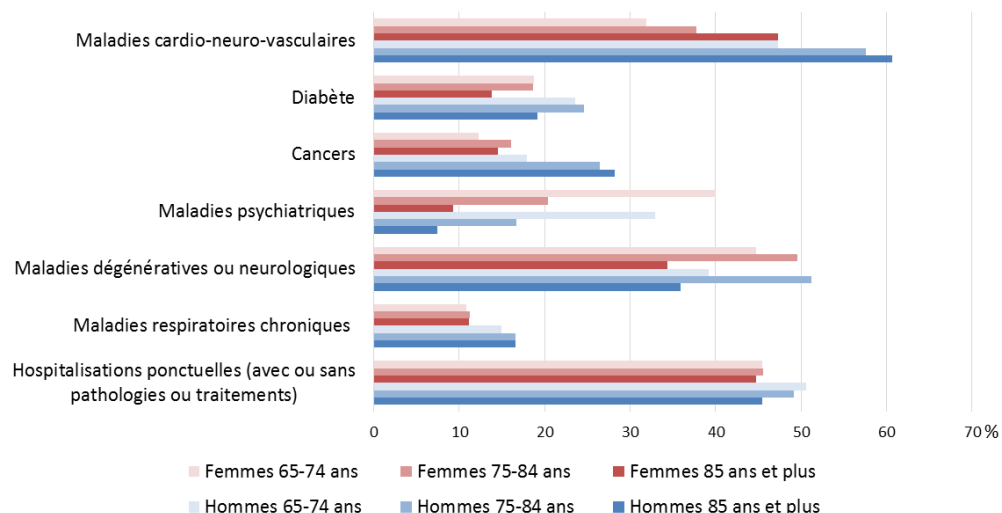
### *Une fréquence très élevée des maladies neurologiques, dégénératives ou psychiatriques, particulièrement chez les patients les moins âgés, avant l'admission en EHPAD*

Au cours de l'année 2012, donc juste avant l'admission en EHPAD, 86 % des futurs résidents présentaient au moins une pathologie chronique<sup>95</sup>. Les pathologies les plus fréquentes étaient les maladies cardio-neurovasculaires (48 %), les démences (34 %), les cancers (18 %), le diabète (17 %) et les maladies psychiatriques (14 %). Le profil des pathologies variait selon la classe d'âge des résidents. Ainsi, les maladies cardio-neuro-vasculaires dans leur ensemble étaient plus fréquemment retrouvées chez les personnes les plus âgées (85 ans et plus). Chez les patients les plus jeunes (65-74 ans) les accidents vasculaires cérébraux (22 % des hommes et 16 % des femmes) et les maladies psychiatriques (40 % tous sexes confondus contre 9 % chez les 85 ans et plus) étaient plus fréquemment documentés. Les démences étaient plus fréquemment retrouvées dans la tranche intermédiaire 75-84 ans (41 % des hommes, 42 % des femmes), et, parmi les 65-74 ans, davantage chez les femmes (34 %) que chez les hommes (25 %). Enfin, les hospitalisations dites ponctuelles c'est à dire non liées à des pathologies chroniques apparaissaient fréquemment (46 %) avec de

<sup>95</sup> Parmi les pathologies cardio-neurovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies psychiatriques, neurodégénératives, inflammatoires ou rares, le VIH, l'insuffisance rénale chronique terminale, les maladies du foie et du pancréas et autres affections de longue durée.

faibles variations par âge et sexe, ce qui témoigne probablement soit de pathologies traumatiques, soit de pathologies infectieuses ayant compliqué la prise en charge ambulatoire, soit de la réalisation d'investigations diverses.

Figure 50 : Fréquence de différentes pathologies à l'entrée en EHPAD par âge et par sexe pour les patients entrés en EHPAD au premier trimestre 2013 (données 2013 - source Sniiram / resid-EHPAD)



Les pathologies des personnes ne semblaient pas influencer sur le type EHPAD dans lequel elles étaient hébergées (tarif global ou partiel, avec ou sans pharmacie à usage intérieur). La seule différence notable portait sur la démence, retrouvée un peu plus fréquemment chez les personnes accueillies dans les établissements à tarif global que dans ceux à tarif partiel (38 % versus 32 %).

On retrouve chez les résidents en EHPAD une surreprésentation de certaines pathologies par rapport à la population générale du même âge. Ainsi, les hommes et les femmes âgés de 65-74 ans résidant en EHPAD sont 30 et 40 fois plus souvent concernés par la démence, 11 fois plus souvent par la maladie de Parkinson, 10 fois plus souvent par une maladie neurologique, essentiellement l'épilepsie, et 21 et 18 fois plus souvent par un trouble psychotique que la population générale hors EHPAD et ES SLD du même âge. Ces hommes et femmes de 65-74 ans ont aussi eu 14 et 9 fois plus souvent une hospitalisation pour un épisode cardio-neuro-vasculaire aigu, en particulier pour accident vasculaire cérébral (22 et 28 fois plus souvent) et insuffisance cardiaque aiguë (7 et 13 fois plus souvent). Ces pathologies ont donc probablement fortement contribué à l'admission en EHPAD.

Dans le groupe âgé de 75 à 84 ans, ce sont les maladies psychiatriques et neurodégénératives qui étaient beaucoup plus fréquentes (de l'ordre de 5 à 7 fois) que dans la population générale de même âge. Après 85 ans, ce sont les pathologies neurologiques, dégénératives, psychiatriques et cardio-neurovasculaires qui dominaient, mais avec un sur-risque moins marqué, de l'ordre de 2 à 3. En revanche, il existait peu de différences de fréquence avec la population générale pour d'autres pathologies somatiques n'entraînant pas forcément de handicap direct au long cours, comme les cancers ou le diabète, sauf lorsque celui-ci était traité par insuline, et le sur-risque était alors très modéré, de l'ordre de 1,3 à 2,3 fois celui de la population générale.

## Une augmentation du recours aux psychotropes après admission en EHPAD

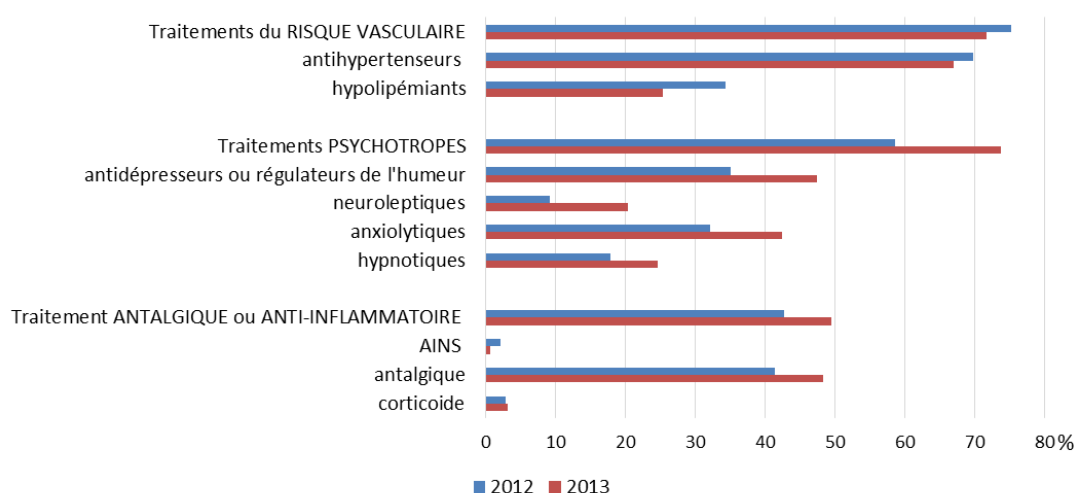
Le recours aux médicaments n'a pu être étudié qu'au sein des EHPAD qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur<sup>96</sup>, c'est à dire pour 79 % des personnes hébergées.

Après admission en EHPAD, comparativement à la situation antérieure, on observait une discrète augmentation du recours (3 délivrances sur 12 mois) aux médicaments de la démence, de 17,5 % à 19 %, peut-être lié à un diagnostic récent. De façon plus préoccupante, le recours déjà très fréquent aux psychotropes s'accroissait fortement, passant de 59 % avant admission en EHPAD à 74 % après celle-ci, qu'il s'agisse des traitements antidépresseurs (35 % versus 47 %), anxiolytiques (32 % versus 42 %), hypnotiques (18 % versus 25 %) et même neuroleptiques (9 % versus 20 %).

Si ceci peut parfois témoigner d'une situation aiguë survenue juste avant l'admission et qui a entraîné l'admission en EHPAD, ce recours massif aux psychotropes est préoccupant et signe un accompagnement difficile à mettre en œuvre dans les EHPAD. La HAS a mis en place entre 2006 et 2016 un programme pilote auprès de divers professionnels de santé, incluant des outils et des recommandations visant à diminuer la fréquence d'utilisation des différentes classes de psychotropes chez les personnes âgées (anxiolytiques, hypnotiques et neuroleptiques) et à améliorer la prise en charge des situations cliniques à l'origine des prescriptions. Elle avait déjà noté que plus d'une personne sur deux consomme des psychotropes après 70 ans. Or, ces médicaments peuvent entraîner de nombreux effets secondaires, augmenter le risque de chute, de confusion... Ce constat est toutefois à nuancer quant au recours aux traitements antidépresseurs. En effet, l'utilisation plus fréquente de ces traitements peut au contraire être le signe d'une meilleure prise en charge de la dépression, fréquente chez la personne âgée dépendante.

Parallèlement, des plans de santé publique, notamment les plans « Psychiatrie et Santé mentale », « Bien Vieillir » ou encore « Alzheimer » ont contribué à la diffusion de ces messages et actions. Des actions spécifiques aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou institutionnalisées ont ainsi été conduites. Les résultats de ces actions semblaient donc encore largement insuffisants en 2013.

Figure 51 : Fréquence du recours à différents traitements médicamenteux pendant l'année avant et l'année après l'entrée en EHPAD chez les résidents entrés en EHPAD au premier trimestre 2013 survivants à un an (données 2013 - source : Sniiram Resid-EHPAD)



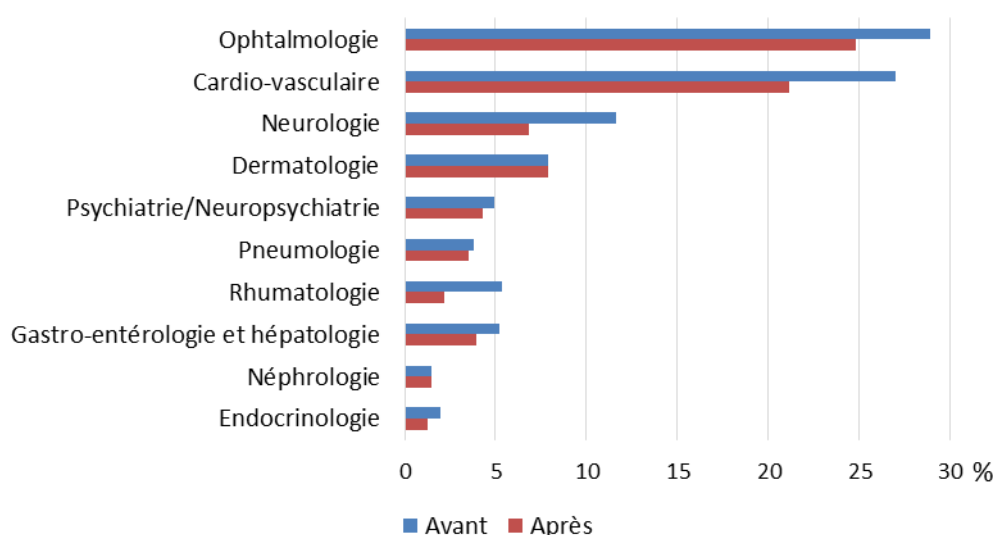
<sup>96</sup> Pour ces EHPAD, on dispose des consommations de médicaments qui peuvent être chaînées au patient. Lorsque l'EHPAD a une pharmacie à usage intérieur, la consommation médicamenteuse est incluse dans le forfait et n'est pas observable dans les bases de remboursement.

### 3.2.2 Des modifications marquées du recours aux soins après admission en EHPAD

*Un patient sur deux change de médecin traitant, le recours aux médecins spécialistes diminue mais le recours aux masseurs kinésithérapeutes augmente fortement*

Près d'un patient sur deux (46 %) a changé de médecin traitant après l'admission en EHPAD, ce qui peut être lié au changement de domicile, à l'absence d'offre de visites à domicile du médecin lui-même, ou au mode d'organisation de l'EHPAD. Ce changement, s'il n'est pas accompagné, peut générer des difficultés dans la connaissance de l'histoire médicale du patient et de sa prise en charge souvent très complexe, ainsi que dans la relation du soigné avec les soignants, à un moment de vulnérabilité particulière. D'autant que le recours annuel aux spécialistes libéraux ou en consultation externe hospitalière observé en 2013 chutait, pour le cardiologue de 27 % à 21 %, pour le neurologue de 12 % à 7 %, mais aussi pour l'ophtalmologue de 29 % à 25 %, chez ces patients devenus probablement moins mobilisables (Figure 52)<sup>97</sup>.

Figure 52 – Pourcentage de patients ayant recours à un spécialiste dans les 12 mois avant et après l'admission en EHPAD



Le recours au masseur kinésithérapeute libéral est analysable pour les établissements à tarif partiel. Il a augmenté très fortement, *de 43 % des patients avant l'admission à 64 % après celle-ci*. Si les maladies ayant causé l'admission en EHPAD peuvent en partie justifier ce recours, on relève cependant *un nombre moyen d'actes annuels chez ceux qui ont eu recours aux soins de kinésithérapie qui tend à augmenter très fortement*, en doublant presque de 47 à 84 actes par personne (pour les patients toujours vivant à 12 mois). L'EHPAD fournit donc là une offre de soins fréquente, dont le niveau semble très élevé, y compris en tenant compte d'une augmentation de besoins engendrés par l'état de santé des personnes hébergées<sup>98</sup>.

<sup>97</sup> L'analyse est restreinte aux patients qui survivent à 12 mois, afin de garder la comparabilité temporelle.

<sup>98</sup> Les soins infirmiers étant intégrés au forfait de l'établissement, ils ne peuvent être individualisés et n'ont donc pu être analysés.



### *Une diminution de la fréquence et de la durée des hospitalisations en court séjour après entrée en EHPAD*

Avant l'admission en EHPAD, 75 % des personnes ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année. Ce taux chutait à 40 % l'année suivant l'admission<sup>99</sup>. Le nombre moyen de jours passés à l'hôpital sur une année chutait également, de 21 jours avant l'admission à 11 jours après celle-ci. Ces fréquences, et le nombre élevé de jours d'hospitalisation avant admission peuvent s'expliquer par la survenue ou l'aggravation de la pathologie qui a elle-même provoqué l'admission en EHPAD.

En revanche, la proportion de séjours sans nuitée sur 12 mois augmentait, de 12 % avant l'admission à 22 % après celle-ci. Un séjour sans nuitée sur deux après l'admission est survenu dans le cadre de l'urgence, c'est à dire que le patient a été adressé en urgence vers un hôpital, sans que cela ait nécessité de véritable hospitalisation par la suite.

### *Une très grande fréquence de l'hospitalisation en urgence chez les résidents en EHPAD, au-delà de la première année*

Au-delà d'un recours ponctuel, les urgences constituent également le circuit préférentiel d'accès à l'hospitalisation pour cette population. En effet, lorsqu'une hospitalisation survient chez un résident en EHPAD, quel que soit son âge, elle se fait par le biais des urgences dans 64 % des cas. À titre de comparaison, ce pourcentage est de 45,6 % pour l'ensemble des personnes âgées de 80 ans et plus et de 15 % dans la tranche d'âge 30-70 ans, en population générale. Ce taux est plus faible pour les EHPAD ayant une PUI, quel que soit le mode de tarification (tarif global avec PUI : 52 %, sans PUI : 64 %, tarif partiel avec PUI : 60 %, sans PUI 67 %).

L'importante dispersion de ce taux semble témoigner d'une très grande variabilité de pratiques entre les différents EHPAD. Ainsi, le taux était inférieur à 55 % pour le premier quartile et supérieur à 79 % pour le troisième quartile.

Comme on l'a vu plus haut, les résidents en EHPAD sont une population particulièrement fragile, dépendante et exposée à de nombreuses pathologies. Pour autant, les EHPAD sont censés fournir un environnement avec un niveau de médicalisation et d'accompagnement correspondant à cette fragilité et cette dépendance. On recense par ailleurs un nombre croissant d'initiatives de filières gériatriques, d'équipes mobiles de gériatrie ou de procédures d'accès direct à l'hospitalisation censées prévenir la survenue de ces hospitalisations.

Dans ces conditions, le recours massif à l'hospitalisation par les urgences soulève de nombreux questionnements sur le parcours des résidents en EHPAD. Le passage aux urgences peut témoigner d'un événement de santé non prévu qui prend au dépourvu ou dépasse les compétences des équipes des EHPAD. Il peut également signaler l'absence, la non-mobilisation ou l'échec des dispositifs de « contournement » des urgences. Il peut enfin répondre à des considérations d'ordre organisationnel ou tarifaire pour les établissements de santé. Quels qu'en soient les motifs, un tel taux de recours ne peut en tout état de cause être considéré comme normal, surtout dans les établissements présentant les taux les plus élevés.

*L'entrée en EHPAD apparaît donc comme un moment charnière dans le parcours des personnes âgées. Davantage motivée par des raisons médicales chez les patients les plus jeunes et par un état de dépendance chez les plus âgés, elle s'accompagne de modifications très importantes dans la prise en charge des personnes, qu'il s'agisse des traitements prescrits ou des modalités de recours aux soins et en particulier du*

---

<sup>99</sup> Idem note 54

*médecin traitant. L'état de santé très dégradé à l'entrée en EHPAD s'accompagne d'un sur-risque de mortalité par rapport à la population générale, surtout chez les patients les moins âgés.*

### 3.2.3 Une faible utilisation de l'HAD en EHPAD

#### *Le dispositif HAD en EHPAD*

Depuis février 2007, les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont autorisés à intervenir en EHPAD. Cette intervention « vise à éviter ou raccourcir l'hospitalisation éventuelle des résidents, source de désorientation, qui peut favoriser la perte de repères, et facteur d'aggravation de sa pathologie »<sup>100</sup>.

Les bénéfices attendus de cette intervention sont autant sanitaires (évitement d'hospitalisations prolongées et de réhospitalisation, sources d'aggravation de la dépendance des personnes âgées), qu'économiques (évitement de coûts des transports sanitaires importants, désengorgement des urgences).

#### *Un dispositif marginal dans les parcours de soins des personnes âgées*

En 2014, l'HAD représentait une part très faible de la prise en charge des personnes âgées de 80 ans et plus avec 21 836 séjours, dont 4 646 concernaient des résidents d'EHPAD. Le taux de recours à l'HAD des résidents en EHPAD de 80 ans et plus était de 0,7 % contre 0,6 % pour les patients du même âge en population générale.

Dans les parcours de soins des personnes âgées de 80 ans et plus, l'HAD se situe principalement en aval du MCO : 65,6 % des patients pris en charge en 2014 l'étaient en aval direct d'une hospitalisation MCO. Un tiers des personnes admises en HAD était transféré par la suite en MCO.

A l'inverse pour les résidents en EHPAD de 80 ans et plus, l'HAD se situe en amont du MCO : 67 % des résidents de 80 ans et plus sont admis en HAD antérieurement à leur hospitalisation en MCO et 33 % des résidents de 80 ans et plus entrent en HAD après une hospitalisation en MCO ou SSR.

#### *Une réponse circonscrite aux pansements complexes et aux soins en fin de vie chez les plus de 80 ans*

La population âgée de 80 ans résidant en EHPAD et ayant recours à l'HAD présentait un niveau de dépendance, évalué par l'indice de Karnofsky, légèrement plus important que celui des non-résidents. Chez les résidents de 80 ans et plus, trois séjours sur sept correspondaient à une prise en charge de type « pansements complexes », un séjour sur quatre à des soins palliatifs et un séjour sur huit est lié à un traitement intraveineux. Ces constats sont conformes au rôle de « support de coordination » dévolu à l'HAD pour les patients lourds et complexes.

Plus de la moitié (53 %) des prises en charge étaient liées à trois motifs principaux : ulcères et escarres pour 28 %, affections malignes pour 18 % et accidents vasculaires cérébraux pour 7 %.

---

<sup>100</sup> Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.

Afin d'apprécier le rôle de substitution à l'hospitalisation de l'HAD pour les résidents de 80 ans et plus pour les indications les plus fréquentes (ulcères, maladies neurodégénératives, tumeurs malignes, insuffisance cardiaque), le ratio entre les prises en charge HAD et MCO a été calculé indication par indication, à niveaux de dépendance et de sévérité équivalents. L'HAD est plus mobilisé pour les affections dermatologiques où elle représente 2 séjours sur 5, mais elle reste très peu mobilisée pour les autres indications (état grabataire, démence et tumeurs malignes), représentant moins d'un séjour sur 8.

*L'impact du recours à l'HAD en EHPAD sur le taux de réhospitalisation est difficile à établir, en raison d'un effectif de patients trop faible*

Sur l'ensemble des séjours MCO réalisés chez des patients âgés de 80 ans et plus en 2014, le taux de réhospitalisation était de 3,3 % (Figure 53). Ce taux était plus faible chez les résidents en EHPAD (3,2 %) par rapport aux non-résidents (3,9 %). Les taux de réhospitalisations étaient cependant beaucoup plus élevés pour les personnes qui étaient prises en charge en HAD, qu'elles soient résidentes en EHPAD (4,5 %) ou non (7,1 %).

Les motifs d'hospitalisation et de réhospitalisation les plus fréquents étaient les affections cardiovasculaires, les soins palliatifs, les lésions traumatiques et les pneumopathies, pathologies connues pour être à haut risque de réhospitalisation.<sup>101</sup>

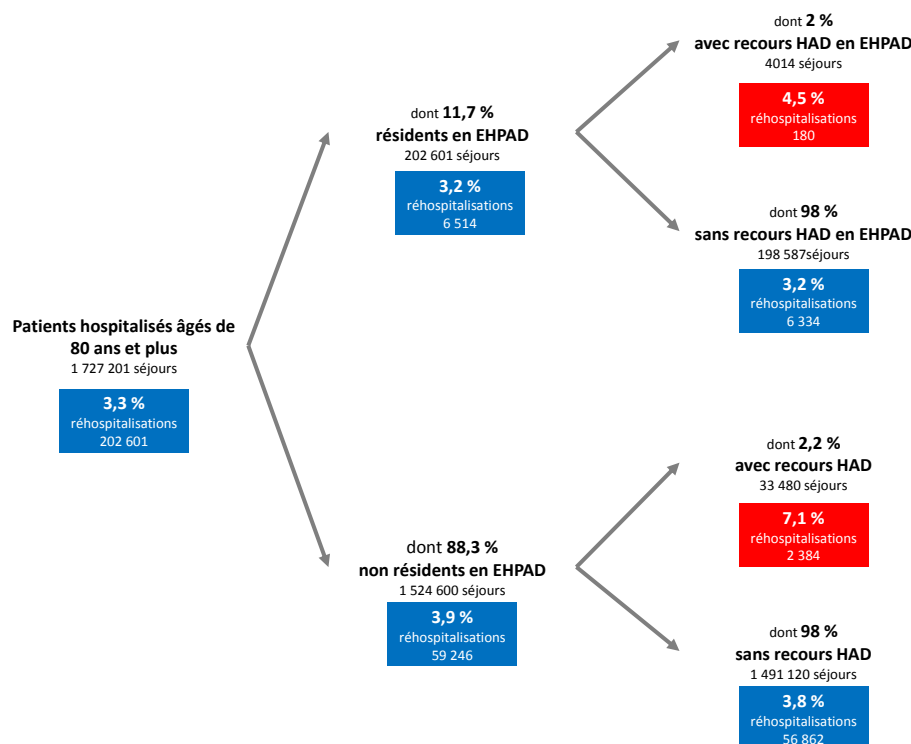
Cette différence de taux de réhospitalisation peut s'expliquer de différentes manières. Les patients éligibles à l'HAD, dans le contexte actuel, présentent un état de santé dégradé et des pathologies particulièrement lourdes et propices aux réhospitalisations, cette population n'est donc pas comparable aux autres patients et le sur-risque constaté pourrait résulter d'un biais de sélection. Par ailleurs, ce phénomène paradoxal de majoration de risque lorsque des personnes regagnent un environnement où les aides ont été renforcées à domicile ou en EHPAD a déjà été décrit dans la littérature<sup>102</sup>. En effet, une attention particulière leur est portée et des signaux plus faibles que pour la population générale peuvent résulter en une hospitalisation. L'évaluation de l'impact réel de l'HAD sur les réhospitalisations nécessiterait de mener une étude comparative avec des patients présentant des caractéristiques et des pathologies proches. Le faible effectif de patients pris en charge en HAD en EHPAD limite aujourd'hui les possibilités de réalisation de ce genre d'étude.

---

101 Dharmarajan K., Hsieh A.F., Lin Z., Bueno H., Ross J.S., Horwitz L.I. , et al. Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia JAMA 2013 ; 309 : 355-363

102 Gagnon A.J., Schein C., McVey L., Bergman H. Randomized controlled trial of nurse case management of frail older people J Am Geriatr Soc 1999 ; 47 : 1118-1124

Figure 53 : Répartition des séjours MCO chez les patients âgés de 80 ans et plus en 2014 en fonction de leur prise en charge en EHPAD et HAD et taux de réhospitalisation dans les 30 jours en 2014\*



\* : est considéré comme une réhospitalisation tout séjour MCO survenant dans les 30 jours après la sortie d'un séjour MCO et ayant le même motif – 5 premiers caractères du GHM identiques ; seuls les séjours 2014 sont considérés, sans lien avec les séjours 2015, le taux de réhospitalisation présenté est probablement une sous-estimation

L'HAD en EHPAD est un mode de prise en charge qui peine donc à se développer, malgré la publication d'un texte renforçant ses missions en 2013<sup>103</sup>. Son volume d'activité très limité ne permet pas de mesurer toute l'efficacité de ce dispositif ; en particulier, il ne permet pas de démontrer un éventuel impact sur une moindre fréquence des hospitalisations et réhospitalisations.

### *Le dispositif HAD en EHPAD, un mode de prise en charge encore en devenir*

Les résultats de cette analyse témoignent du difficile développement de l'HAD chez les personnes âgées de 80 ans et plus, particulièrement en EHPAD. Les taux de recours restent très faibles, l'intervention de l'HAD reste principalement circonscrite à son champ de compétences spécifiques sur des prises en charge spécialisées sur les plaies chroniques complexes (ulcères, escarres) ou en fin de vie. L'HAD peine en revanche à démontrer sa capacité à se substituer à une hospitalisation conventionnelle pour cette population fragilisée et à intervenir précocement en EHPAD pour des pathologies somatiques cardio-neuro vasculaires ou en post chirurgical, qui sont pourtant les principales pourvoyeuses d'hospitalisation et de réhospitalisations chez les résidents.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation :

- le cadre réglementaire actuel de l'activité d'HAD en EHPAD est un facteur limitant : n effet, les conditions d'admission en HAD des résidents en EHPAD définies par le décret du 24 mars 2009

103 Circulaire DGOS/R4 n°2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.

reposent sur un nombre limitatif de prises en charge parfois définies de manière imprécise. Par ailleurs, certaines prises en charge (comme l'assistance respiratoire) ne peuvent être réalisées qu'en association avec d'autres prises en charge HAD, réduisant de fait le champ d'intervention de l'HAD ;

- il persiste encore une méconnaissance des prescripteurs médicaux hospitaliers ou libéraux de l'HAD en général, et du dispositif HAD en EHPAD en particulier ;
- l'absence de protocoles ou arbres décisionnels partagés entre les EHPAD, les établissements de santé et les HAD ne facilite pas le recours à l'HAD en dehors de son champ d'expertise habituel ;
- enfin, les difficultés d'accès à un avis médical pour les résidents afin d'assurer la continuité des soins dans des délais compatibles avec l'état du patient, notamment en raison de la nécessité d'une expertise spécialisée pour certains traitements, fragilisent l'intervention de l'HAD.

#### Encadré 6 – Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et l'outil Resid-Ehpad

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont été créés par la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées en 1999. Ils sont signataires d'une convention tripartite avec le conseil départemental et l'Agence régionale de santé, par laquelle ils se sont engagés sur les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier et sur la qualité de prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. La loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit à l'article 58 de substituer progressivement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens à ces conventions tripartites. Cette nouvelle catégorie d'établissements relevant du secteur médico-social, médicalisés et habilités à recevoir des personnes âgées dépendantes, s'est substituée progressivement depuis 2002 à certaines maisons de retraite, unités de soins de longue durée (USLD) ou plus rarement, aux logements-foyers.

Des informations sont également collectées concernant les établissements : option tarifaire (tarif partiel ou global, conditionnant les postes de soins couverts par le forfait versé par l'Assurance maladie à l'établissement), présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI, conditionnant le fait que les médicaments et dispositifs médicaux hors liste de l'arrêté du 30 mai 2008 entrent dans le forfait versé par l'Assurance maladie ou non et sont donc repérables individuellement ou non).

L'outil Resid-ehpad permet depuis 2012 aux Ehpad et USLD, rattachés à une caisse pivot du régime général, de transmettre de manière automatisée à l'Assurance maladie les listes de leurs résidents et de leurs mouvements avec les dates d'entrée/sortie. Resid-ehpad ne contient pas de données médicales ni sociales. Ces données, restituées de façon anonyme et chaînables au Sniiram, sont considérées comme exhaustives depuis 2013. Elles sont disponibles avec un historique de 33 mois glissants. Leur chaînage au Sniiram permet d'appréhender les caractéristiques, consommations de soins et prise en charge des personnes résidentes en Ehpad.

## Propositions sur la prise en charge des patients en EHPAD

### **Proposition 11 – Modifier le cadre réglementaire et préciser les modalités de l'intervention de l'HAD en EHPAD pour favoriser son développement**

Le développement de l'HAD en EHPAD passe par un repositionnement des structures sur des segments d'activité qu'elles n'occupent pas aujourd'hui et qui sont pourtant, comme on l'a vu plus haut, de gros pourvoyeurs d'hospitalisations et de réhospitalisations.

Le cadre réglementaire actuel de l'activité d'HAD ne facilite cependant pas un tel repositionnement. En effet, les conditions d'admission en HAD des résidents en EHPAD définies par le décret du 24 mars 2009 reposent sur un nombre limitatif de prises en charge parfois définies de manière imprécise. Par ailleurs, certaines prises en charge (comme l'assistance respiratoire) ne peuvent être réalisées qu'en association avec d'autres prises en charge HAD, réduisant de fait le champ d'intervention de l'HAD.

L'évolution de ce cadre réglementaire apparaît aujourd'hui comme une condition nécessaire au développement de l'HAD en EHPAD. Mais au-delà, si l'on veut que l'HAD se développe sur d'autres prises en charge, au-delà de son champ d'expertise classique, il faudra définir assez précisément le contenu des activités que ces interventions nécessitent, et en assurer la connaissance et l'utilisation par les praticiens, en veillant à la pertinence des prescriptions.

### **Proposition 12 : Envisager les modalités de mise en place et de financement d'une «transmission structurée» entre praticiens lors de l'entrée en EHPAD d'un résident qui change de médecin traitant**

L'entrée en EHPAD est une phase critique pour une population particulièrement fragile. Environ la moitié des résidents admis en EHPAD changent de médecin traitant à cette occasion, entraînant un risque de perte d'informations et de continuité dans la prise en charge.

L'objectif est d'assurer une transmission optimale d'information entre l'ancien et le nouveau médecin traitant, avec le médecin coordonnateur, en particulier en ce qui concerne la reconstitution de l'histoire de la personne et la conciliation de la prise en charge médicamenteuse. Il s'agit donc d'un échange structuré, avec une revue des antécédents, des pathologies, des traitements, permettant de passer le relai au nouveau médecin traitant qui va suivre la personne au sein de l'EHPAD. Cette problématique de la transmission d'information est majeure, et c'est d'ailleurs un objectif que poursuit l'expérimentation Optim-EHPAD décrite plus haut (partie 2). Cet échange structuré pourra recourir aux moyens de la télémédecine, et sa rémunération sera définie dans le cadre conventionnel.

### **Proposition 13 : Développer de nouveaux indicateurs de qualité de prise en charge en EHPAD en utilisant les possibilités offertes par la base Resid-EHPAD**

Les analyses disponibles permettent de mettre en évidence un niveau de variabilité élevé des parcours de soins et de la qualité des prises en charge des résidents entre les différents EHPAD. Il reste en revanche beaucoup à faire pour mieux caractériser cette variabilité et ses déterminants. L'utilisation des données de Resid-EHPAD permet d'envisager des analyses auparavant impossibles ou très complexes. En particulier, il est possible de tenir compte du profil des résidents et dès lors de pouvoir comparer les établissements sur des bases plus pertinentes. A titre d'exemple, les indicateurs suivants pourraient être envisagés :

- recours aux urgences avec retour direct en EHPAD ;
- taux d'entrée en hospitalisation par un service d'urgence (versus admission directe en court séjour gériatrique ou service de spécialité) ;
- taux d'hospitalisation en MCO suite à fracture du col du fémur / taux de résidents ayant subi une pose de prothèse totale de hanche dans l'année qui suit leur entrée en EHPAD ;
- taux de patients hospitalisés ayant un diagnostic de dénutrition, d'infection associée aux soins ou d'escarres ;
- taux de prescription des neuroleptiques,...

## **4. Promouvoir des modes de rémunération incitant à la qualité et à l'efficacité**

### **4.1 La radiothérapie**

#### **4.1.1 Le paysage de la radiothérapie en France**

*Une modalité de traitement qui connaît des évolutions importantes*

La radiothérapie est essentielle dans le traitement du cancer : comme la chirurgie, elle permet la destruction locale de la tumeur. Sa place dans la stratégie thérapeutique a évolué du fait de progrès technologiques importants au cours de la dernière décennie.

Les principaux cancers traités par radiothérapie sont: le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer bronchique, les cancers ORL, le cancer du rectum, le cancer de l'utérus, les cancers cutanés et les lymphomes. Le cancer du sein et le cancer de la prostate recouvrent 40 % des indications. Le nombre de traitements augmente progressivement, de 177 000 en 2007 à 204 000 en 2014.

Un traitement de radiothérapie se déroule en 2 temps : la préparation (détermination du volume cible et des organes à risque, balistique) et les séances d'irradiation, en règle quotidienne étalées sur plusieurs semaines. Le fractionnement – c'est-à-dire le nombre de séances et leur étalement – est variable selon la technique et le protocole. Les évolutions technologiques permettent de plus en plus de personnaliser le traitement sur le profil du patient et le profil biologique de la tumeur ; la tendance est qu'avec des appareils de plus en plus précis, l'escalade de la dose d'irradiation au niveau de la tumeur est possible sans risque pour les organes adjacents à la tumeur, autorisant pour certaines localisations une diminution du nombre de séances.

Il existe plusieurs techniques d'irradiation :

- la radiothérapie conformationnelle, la plus utilisée en France ;
- la radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité (RCMI), en plein essor, dont les indications sont limitées par la HAS à quelques localisations dont le cancer de la prostate, les cancers ORL, les tumeurs du rachis et de la voûte du crâne et de façon récente le cancer du col de l'utérus et le cancer du canal anal ; cette technique permet de maximiser la dose d'irradiation sur les zones tumorales en préservant les organes à risque ;
- la radiothérapie en conditions stéréotaxiques, qui permet d'éviter des interventions chirurgicales et dont les indications sont également limitées par la HAS : tumeurs cérébrales, malformations vasculaires, tumeurs broncho pulmonaires. Cette technique permet de réaliser des traitements en moins de 10 séances.

Les systèmes de contrôle balistique ont également évolué avec l'évolution des modalités d'irradiation, qui nécessitent des contrôles plus précis et plus fréquents. Des systèmes d'imagerie embarquée sur les accélérateurs permettent de recalibrer au mieux les volumes cibles au moment de l'irradiation (radiothérapie guidée par l'image ou IGRT). Des systèmes d'asservissement au rythme respiratoire améliorent la précision du traitement pour les tumeurs dites « mobiles » (sein, poumon...).

### *Une offre de radiothérapie qui s'est renforcée et modernisée dans la période récente*

La radiothérapie est réalisée en France par 82 centres publics et par 85 cabinets libéraux ; ces derniers réalisent 48,5% des traitements.

Les mesures du 2<sup>ème</sup> Plan Cancer ont permis en partie, de rattraper le retard en termes d'équipements, de renforcer et de moderniser le parc français d'accélérateurs. A fin 2014, selon les données de l'Observatoire de la Radiothérapie<sup>104</sup> :

- 80 % des accélérateurs ont moins de 10 ans et 37,7% ont moins de 5 ans ;
- 88 % des centres sont équipés pour pratiquer la RCMI.

Le nombre de centres pratiquant les traitements par RCMI est passé de 30 % en 2010 à 82 % en 2014.

#### 4.1.2 Des enjeux de coût et de qualité

En 2015, le montant des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie est de 492 M€ pour la radiothérapie libérale. Il est de 500 M€ en 2014 pour la radiothérapie publique<sup>105</sup>.

---

<sup>104</sup> Observatoire national de la radiothérapie, disponible sur le site de l'INCA.



Les dépenses de radiothérapie libérale ont connu une progression extrêmement rapide sur les dernières années, +39% entre 2011 et 2015, sans rapport avec l'évolution du nombre de patients traités qui n'a augmenté, lui que de +1,5% sur la période (Tableau 6). Cette progression s'accélère encore sur les deux dernières années (+11,4% en 2015).

Tableau 6 – Evolution de l'activité et des dépenses du secteur libéral depuis 2011

Année	Montant des dépenses remboursées	Evolution	Nombre de patients	Evolution	Dépense moyenne par patient	Evolution
2011	355 366 026		86 602		4 103	
2012	381 747 094	+7,4%	85 141	-1,7%	4 484	9,3%
2013	396 053 883	+3,8%	84 715	-0,5%	4 675	4,3%
2014	441 544 854	+11,5%	84 827	+0,1%	5 205	11,3%
2015	492 059 962	+11,4%	87 921	+3,6%	5 597	7,5%
Evolution 2011-2015		+38,4%		+1,5%		+36,4%

Source SNIIRAM

Un tel rythme de progression interpelle, la question étant de savoir s'il est en rapport avec l'amélioration du service rendu au patient grâce aux nouvelles techniques plus performantes.

Car ces nouvelles techniques, qui représentent un gain réel pour les patients, ne se développent pas à un rythme aussi rapide qu'on pourrait le souhaiter. Ainsi par rapport aux référentiels européens<sup>106</sup>, la France accuse un retard dans l'utilisation de la radiothérapie conformationnelle par modulation d'intensité (RCMI) et de la radiothérapie en conditions stéréotaxiques. Ce constat est d'ailleurs fait également par la profession dans le livre Blanc de la radiothérapie publié en 2013 par la Société Française de Radiothérapie. Malgré la progression importante en termes d'équipements, la RCMI n'est utilisée que pour 22 % des traitements en 2014, alors qu'elle devrait atteindre l'objectif de 30% des traitements dans les indications validées par la HAS.

En 2015, sur 85 centres :

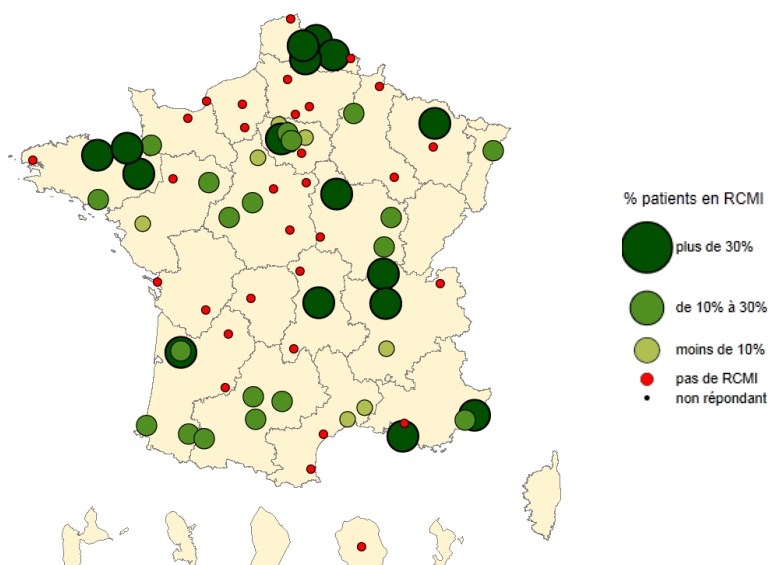
- 36 n'ont facturé à l'Assurance Maladie aucune préparation en RCMI,
- 9 pour moins de 10% des traitements,
- 18 entre 10 et 30% des traitements,
- 16 entre 30 et 50% des traitements,
- et 6 pour plus de 50% de leurs traitements.

En l'absence de codage précis de la tumeur, il est impossible de justifier cette diversité de pratique.

<sup>105</sup> Les données pour le secteur public sont issues du PMSI et sont disponibles avec une année de décalage.

<sup>106</sup> Et notamment ceux du Department of Health, Radiotherapy Services in England de 2012

Figure 54 – Répartition des centres selon le taux de patients traités par RCMI - novembre 2014 (source : enquête CNAMTS)



techniques allongeant le temps de traitement, leur développement sans augmentation du parc des accélérateurs porte le risque d'augmenter le délai de mise en œuvre des traitements, ce qui représenterait un véritable préjudice pour les patients. Le 3<sup>ème</sup> plan cancer recommande d'ailleurs de « garantir une offre adaptée en équipements de radiothérapie afin de faciliter les orientations adéquates et réduire les délais d'accès ».

Ce constat d'un accès inégal aux techniques innovantes et de délais de mise en traitement variables est repris dans le livre blanc publié en 2013 par la Société française de Radiothérapie, qui appelle à la mise en place d'indicateurs nationaux sur ces délais.

Des dépenses de radiothérapie qui augmentent très rapidement, et en même temps un retard dans la diffusion des innovations qui ne garantit pas que tous les patients aient accès rapidement à la technique d'irradiation la mieux adaptée : tel est le constat global que l'on peut faire aujourd'hui.

#### 4.1.3 Des règles de tarification inadaptées à l'évolution des techniques

Il est normal de s'interroger sur la croissance très rapide des dépenses facturées par patient, et sur la légitimité de telles évolutions. Or s'il est certain que la diffusion des nouvelles techniques a induit des coûts supplémentaires pour les centres, l'inadéquation des règles de tarification actuelles ne permet pas de juger si l'augmentation des montants facturés est à la mesure de ces surcoûts ; on peut penser que ce n'est pas toujours le cas, et en tout état de cause, la variabilité des modalités de facturation d'un centre à l'autre traduit des pratiques difficilement justifiables.. Tous ces éléments plaident donc pour une réforme du mode de financement de la radiothérapie libérale.

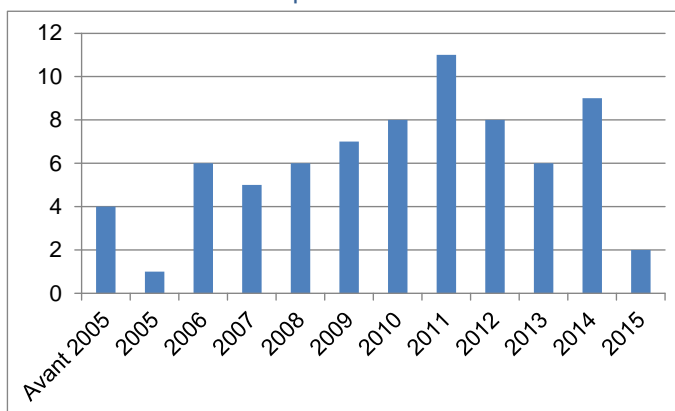
##### *Des surcoûts liés aux nouvelles techniques*

Il n'est pas douteux qu'il y ait derrière cette progression de réelles augmentations de coût pour les centres, liées au développement des nouvelles techniques.

Celles-ci supposent d'abord des investissements importants, et la moitié des centres en ont effectivement réalisé depuis 2011 (Figure 55). Les données de l'observatoire de la radiothérapie montrent d'ailleurs une augmentation de 11% du nombre d'accélérateurs entre 2009 et 2013, et les dispositifs avancés se diffusent

au fur et à mesure de leur renouvellement (22% de renouvellements entre 2011 et 2014) : dispositifs d'imagerie portale ou additionnels (+31 points depuis 2009), systèmes de repositionnement (+25 points depuis 2009), possibilité de réaliser de la modulation d'intensité (+25 points depuis 2010).

Figure 55 – Répartition des centres de radiothérapie libérale selon l'année de l'investissement le plus récent



Source : observatoire de la radiothérapie (74 centres pour lesquels l'information est disponible)

Les nouvelles techniques entraînent également des coûts de personnel supplémentaire, et un allongement du temps par patient.

### *Une tarification inadaptée*

La tarification telle qu'elle est conçue aujourd'hui ne permet pas de prendre en compte ces différences de coûts de revient selon la technique, contrairement au secteur public.

Le secteur public est financé par la T2A, avec des GHS de séances de préparations des traitements et des GHS de séance d'irradiation. La révision complète, en 2010, des actes de radiothérapie des chapitres 17 et 18 de la CCAM a permis de modifier l'algorithme de groupage PMSI et de différencier ainsi des GHS différents en fonction des techniques et des accélérateurs utilisés. A titre d'exemple, une séance de radiothérapie conformationnelle 3D sera facturée 133,96€ si elle se fait sans contrôle du positionnement, 168,59€ avec contrôle du positionnement (voir

Encadré 7). Le tarif de séance est plus élevé pour la RCMI que pour la radiothérapie conformationnelle, et il est beaucoup plus élevé si elle est effectuée sur une machine dédiée (420,43€) que sur un accélérateur polyvalent 178,57€.

Ce n'est d'ailleurs pas sans poser problème, car le nombre d'appareils dédiés ne cesse de croître dans le secteur public pour des raisons strictement financières, sans réelle justification scientifique d'une amélioration de la qualité du traitement, notamment pour les cancers de la prostate.

On voit donc que dans le secteur public, la tarification T2A prend en compte le déploiement des nouvelles techniques. L'augmentation des dépenses (+9,7% en 2014 hors modifications de tarifs) résulte d'ailleurs plus d'un effet de structure (part croissante des techniques plus récentes et plus onéreuses au sein des séances) que d'une augmentation du volume des patients traités.

A l'inverse, dans le secteur libéral, où le financement ne repose que sur les honoraires des radiothérapeutes, la tarification des actes<sup>107</sup> ne prend pas en compte ces évolutions des modalités de traitement. Le tarif est unique quelle que soit la technique de préparation, 3D, RCMI ou en conditions stéréotaxiques, alors que les coûts de revient sont différents. Il ne permet pas de rendre compte de l'utilisation des nouvelles techniques de contrôle de la cible et de les tarifier, contrairement aux GHS dans le public (cf

---

<sup>107</sup> Valorisations basées sur les cotations issues de la NGAP, le Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO) ayant refusé l'application de la méthodologie de la CCAM avec progression vers les tarifs cibles. Les actes permettant la tarification libérale sont inscrits dans 3 chapitres de la CCAM : chapitre 17 pour les préparations et reprises de préparations de traitement, chapitre 18 pour les gestes complémentaires des actes de préparation, chapitre 19 pour les séances d'irradiations avec des libellés issus de la NGAP et le supplément pour contrôle balistique par imagerie portale.

Encadré 7).

Les modalités de tarification actuelles du secteur libéral sont donc inadaptées à l'évolution des techniques, qu'elles ne permettent pas de rémunérer de façon différenciée.

Dès lors les centres ont adapté leurs modalités de facturation de façon diverse, utilisant les possibilités offertes par la nomenclature. On voit ainsi que globalement :

- dans les années 2010 -2012, l'augmentation des dépenses a été liée à la modification de la structure des actes de préparation au profit des techniques les plus performantes, mieux tarifées.
- à partir de 2013, les actes de préparation contribuent peu à la dynamique des dépenses de radiothérapie (un peu plus de 4% de la croissance à peine supérieure à celle du nombre de patients). Par contre les actes d'irradiation et le supplément pour imagerie portale contribuent à eux-seuls à 60% de la hausse des dépenses au cours de la dernière année.

La possibilité d'utiliser des multiplicateurs en fonction du nombre de faisceaux utilisés explique cette hausse constante. Ainsi dans la RCMI par Arc Therapy, certains centres facturent sur la base de 180 faisceaux, soit le maximum de la possibilité de facturation, multipliant d'autant les suppléments pour imagerie portale. C'est ainsi que ces supplément représentent aujourd'hui 33% des dépenses de radiothérapie.

Un exemple de facturation des séances d'irradiation : 33 séances d'irradiation en radiothérapie conformationnelle 3D.

#### Tarification dans le secteur public

- Tarif avec le GHS 9632 (sans contrôle du positionnement) : 4420 € (33\*133,96€)

- Tarif avec le GHS 9631 (avec contrôle du positionnement) : 5563 € (33\*168,59€)

#### Tarification dans le secteur libéral

Il faut connaître la dose totale délivrée pour l'ensemble du traitement avec le type d'accélérateur utilisé pour calculer le tarif des séances d'irradiation à l'aide des codes du chapitre 19.

Ainsi si la dose totale délivrée est égale à 75 Grays et que l'accélérateur délivre une énergie de 25 MeV ou plus, sur des champs de moins de 300 cm<sup>2</sup>, les codes à utiliser sont les suivants :

- YYYY356 : Irradiation de moins de 300 cm<sup>2</sup> en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus,

- YYYY244 : Irradiation de moins de 300 cm<sup>2</sup> en champs fixes par accélérateur par fraction de 0,9 Grays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus,

- YYYY050 : Irradiation de moins de 300 cm<sup>2</sup> en champs fixes par accélérateur par fraction de 9 centigrays pour les faisceaux de 25 MeV ou plus.

- 4 modificateurs sont à mentionner face au code de chacun des actes pour approcher la dose d'irradiation en arrondissant à l'entier le plus proche.

Code CCAM du chapitre 19	Tarif en vigueur	Modificateur(s)*	Occurences	Honoraires
YYYY356	167 €	W, V	8	1 336 €
YYYY244	16.70 €	Q	3	50.10 €
YYYY050	1.67 €	H	2	3.34 €
<b>TOTAL</b>				<b>1389,44€</b>

\*modificateurs de multiplications H= +100%, Q= +200%, V=+300%, W= +400%

A ce tarif s'ajoutent les contrôles balistiques par imagerie portale (code CCAM YYYY166), pour 7 semaines de traitement et 4 faisceaux à raison de 3 contrôles par semaine et par faisceau. Mais en application des dispositions générales de la CCAM), 4 modificateurs, quels qu'ils soient, peuvent être facturés avec YYYY166, supplément de chacun des 3 actes d'irradiation. Ainsi, pour chaque YYYY166, un même modificateur peut être utilisé 4 fois.

Code CCAM	Tarif	Modificateur(s)	Occurrences	Honoraires
YYYY166 (YYYY356)	25.05 €	W, W, W, W	17	425.85 €
YYYY166 (YYYY244)	25.05 €	W, W, W, W	17	425.85 €
YYYY166 (YYYY050)	25.05 €	W, W, W, W	17	425.85 €
Total			51	<b>1 277.55 €</b>

Le tarif total pour les séances d'irradiation en secteur libéral est de 2667 euros dans le respect des règles de facturation, qu'il y ait ou non contrôle du positionnement de la cible.

### *Une hétérogénéité des modalités de facturation*

Il est frappant de constater que les modalités de facturation varient beaucoup d'un centre à l'autre, ce qui interpelle sur l'utilisation de la nomenclature.

En moyenne, la facturation d'un traitement est composée à hauteur de 23% par les actes de préparation, de 44% par les séances d'irradiation et de 33% par l'imagerie portale. Sur les 85 centres, 32 ont une facturation proche de cette répartition moyenne, mais :

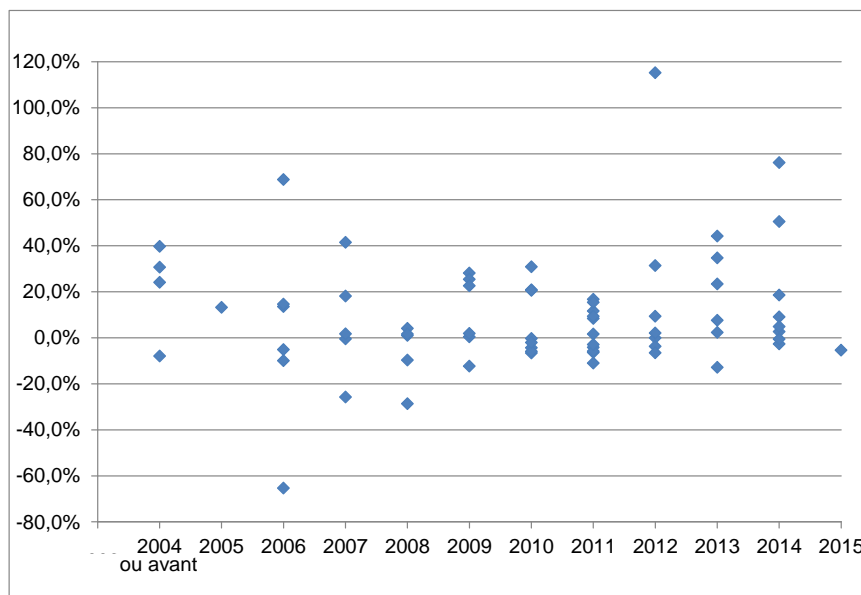
- 31 centres ont une facturation faisant appel aux faisceaux d'irradiation dits « grands champs » bénéficiant d'une meilleure rémunération au chapitre 19 de la CCAM, mais dont les indications sont très limitées aujourd'hui du fait des progrès technologiques des accélérateurs ;
- 12 centres ont une part de l'imagerie portale beaucoup plus élevée, en moyenne 42% du montant total de la facture,
- 5 centres facturent de la cyclothérapie, technique obsolète mais dont la rémunération est plus élevée ;
- 4 centres ont un taux de reprise de préparation très élevés (14,2 % versus 5,3% en moyenne).

Compte tenu de l'inadaptation des règles de facturation à l'évolution des techniques et de l'hétérogénéité constatée dans l'utilisation de ces règles, il est difficile de conclure sur la légitimité de la croissance des montants facturés, et de faire la part des choses entre :

- des augmentations opérées pour pouvoir financer le renouvellement du parc et les surcoûts liés aux nouvelles techniques,
- et des optimisations de facturation rendues possibles par une certaine latitude laissée par les règles actuelles.

On peut en tout cas observer que le fait d'avoir fait des investissements dans les années récentes ne paraît pas corrélé à une plus forte augmentation du prix moyen facturé par patient sur les deux dernières années (Figure 56).

Figure 56 - Evolution du prix moyen de traitement entre 2013 et 2015 et date de l'investissement le plus récent



Guide de lecture : chaque centre est positionné en fonction de l'année de son dernier investissement, croisée avec l'augmentation des dépenses entre 2013 et 2015. On voit que même des centres qui n'ont pas investi récemment augmentent fortement la facturation des traitements.

### *Une évolution nécessaire des modalités de financement*

Ce constat de l'inadaptation du système actuel aux techniques récentes (RCMI et radiothérapie en conditions stéréotaxiques) et aux évolutions de pratique (hypo fractionnement) n'est pas nouveau. Ce constat partagé par les institutions, les fédérations hospitalières, le syndicat des radiothérapeutes libéraux a entraîné l'inscription dans la LFSS 2014 du projet d'expérimentation un nouveau modèle unique de tarification de la radiothérapie dans les 2 secteurs, public et libéral, pour les tumeurs du sein et de la prostate. A l'issue de 3 ans de travaux avec l'ATIH, qui a tenté de mener des enquêtes de pratiques et de coûts, avec les fédérations hospitalières et les professionnels de santé, ce projet n'a pu être mis en œuvre.

Les éléments présentés ci-dessus plaident pour reprendre les travaux et pour réviser globalement le modèle de facturation de la radiothérapie libérale, au-delà de mesures ponctuelles. Un premier travail d'estimation de coûts a été mené dans cette perspective.

#### 4.1.4 Une première estimation du coût de la RCMI et de la radiothérapie en conditions stéréotaxiques

A partir des facturations existantes, le montant moyen d'un traitement remboursé peut être calculé : en 2015 il est de 5524 € au total, de 4629 € pour la radiothérapie conformationnelle 3 D et de 9571€ pour la RCMI. Néanmoins ces montants n'ont qu'une valeur indicative, en raison de la sous-déclaration des traitements par RCMI.



C'est pourquoi la CNAMTS a conduit, avec l'aide d'une société de conseil, une étude de type microcosting dans 3 centres libéraux afin de mesurer le coût de revient d'un traitement par RCMI et d'un traitement en conditions stéréotaxiques ainsi que d'identifier les facteurs de variation de ces coûts.

L'objectif était de vérifier :

- la faisabilité de la mise en œuvre de la tarification des actes des chapitres 17 et 18 de la CCAM pour les centres libéraux selon un modèle T2A (honoraires médicaux + forfait technique), pour permettre une tarification différenciée selon les techniques et à la séance,
- la pertinence de distinguer les honoraires médicaux, les dépenses d'investissements et les dépenses de fonctionnement,
- et poser ainsi les fondements d'un nouveau modèle tarifaire.

### *Principaux résultats de l'étude de micro costing*

Cette étude a été menée auprès de 3 centres disposant d'au moins 4 accélérateurs, avec une file active comprise entre 2000 et 3000 patients par an. Les 3 centres pratiquent la RCMI et la radiothérapie en conditions stéréotaxiques. Elle a permis, à partir des données réelles de ces trois centres, d'établir des coûts de revient moyens pour les traitements réalisés selon les différentes techniques de RCMI, et pour la radiothérapie en conditions stéréotaxique selon le recours ou non à une machine dédiée (voir description de la méthode et des éléments pris en compte en Encadré 8). Le tableau suivant présente les coûts moyens observés selon les 4 activités identifiées

TECHNOLOGIE	ACTIVITES				Coût d'un traitement
	SCANNER	DOSIMETRIE	IRRADIATION	SUIVI	
	Repérage anatomique de la tumeur permettant son contourage et celui des organes à risque	Choix de la technique et calcul balistique		Consultations médicales de suivi et la consultation d'annonce par un manipulateur	
RCMI par faisceaux fixes	131 €	1 529 €	3 350 €	665 €	5 705 €
RCMI par Arc-thérapie	131 €	1 529 €	3 294 €	665 €	5 650 €
Radiothérapie en conditions stéréotaxiques par machine dédiée	131 €	1 758 €	3 348 €	202 €	5 439 €
Radiothérapie en conditions stéréotaxiques par machine polyvalente	131 €	1 758 €	1 886 €	202 €	3 978 €

## Encadré 8 – Méthodologie de l'étude de micro costing

Rappel : la méthode se base sur la collecte d'informations permettant de déterminer l'ensemble des tâches réalisées lors d'un traitement de radiothérapie et de calculer le coût complet de chaque tâche.

Le traitement de radiothérapie a été décomposé en 4 activités principales :

- l'acquisition des données « scanner » pour le contourage de la tumeur et des organes à risque
- la dosimétrie : choix de la technique d'irradiation et de la balistique
- les séances d'irradiation
- le suivi médical et la consultation d'annonce par le manipulateur (mesure 40 du plan cancer n°1)

Ces 4 activités peuvent varier en fonction :

- des caractéristiques du patient (comorbidités, précédente irradiation),
- de la localisation anatomique de la tumeur,
- du gradient de dose entre la tumeur et les organes à risque qui va déterminer le choix de la technique d'irradiation,
- du nombre de cibles,
- du volume des cibles.

Ainsi le cout d'un traitement par RCMI de la prostate est sensiblement différent de celui d'un cancer ORL et le cout d'un traitement par RCMI de la prostate peut être différent d'un patient à l'autre.

Chaque activité est multipliée par son taux d'occurrence lors du traitement. Les taux d'occurrence tiennent compte pour chaque traitement des facteurs suivants :

- le taux de dossiers simples, difficiles, complexes et exceptionnels pour la dosimétrie ; cette notion s'appuie sur des données horaires variant d'une journée de travail pour les cas exceptionnels à 2h pour les cas simples, 6h pour les cas complexes et 3h 30 pour les cas difficiles ; ces durées sont fortement dépendantes de la tumeur et de l'anatomie du patient ;
- le taux de refus des dossiers après dosimétrie nécessitant une reprise de celle-ci ;
- le taux de patients devant refaire un scanner en cours de traitement, en raison d'un amaigrissement;
- le taux de reprise de dosimétrie en cours de traitement ;
- le taux de descente de patient de la table d'irradiation pour non-respect des consignes de traitement (pour la prostate : vessie pleine / rectum vide) ;
- le nombre de fractions (séances).

Cette étude de micro costing dans trois centres libéraux fournit une première estimation de coût des traitements par RCMI et par radiothérapie en conditions stéréotaxiques.

Il s'agit de coûts moyens estimés, et il peut y avoir une marge de variation autour des hypothèses qui fondent le calcul (par exemple réalisation d'un 2<sup>ème</sup> scanner, reprise de la dosimétrie, allongement des séances liées au non-respect par le patient des consignes...), mais il s'agit bien de coûts observés à partir d'une activité réelle.

Ils peuvent être amenés à évoluer : ainsi les radiothérapeutes ont indiqué un glissement actuel du traitement des cancers de la prostate par RCMI à faisceaux fixes vers la RCMI par Archthérapie, qui permet d'augmenter le nombre de patients traités par jour en raison d'une diminution de la durée de la séance sur ce type d'appareil. Si cette tendance se confirme, le cout d'un traitement par Archthérapie devrait augmenter du fait

de l'augmentation du nombre de cas complexes en dosimétrie, celle-ci étant qui réalisée par du personnel avec un salaire plus élevé que les manipulateurs.

L'étude permet de montrer que :

- *la radiothérapie en conditions stéréotaxiques sur machine dédiée* est moins coûteuse que la RCMI ; l'accélérateur coûte plus cher, les séances sont plus longues et la dosimétrie plus complexe, mais la diminution du nombre de séances (divisé quasiment par 10) permet de baisser les coûts, avec une durée de traitement plus courte ; le coût total est également diminué d'éventuels nouveaux scanners, de reprises de dosimétrie et de consultation de suivi ;
- *la radiothérapie en conditions stéréotaxiques sur machine polyvalente* est moins coûteuse que sur machine dédiée, du fait des coûts d'achat et de maintenance très élevés d'une machine dédiée (+200 k€ par an par rapport à une machine polyvalente) et du faible nombre de séances chaque année pour amortir ce coût (2 652 séances en moyenne pour une machine dédiée, versus 9 266 pour une machine polyvalente).

Les données confirment également la difficulté à définir séparément des forfaits techniques et des honoraires médicaux, en raison de la diversité de la gestion de ces entreprises tant en matière d'investissement que d'utilisation des ressources humaines.

#### *En conclusion :*

L'inadaptation des règles de tarification actuelles, ne reflétant pas les écarts de coûts et utilisées de façon variable selon les centres, appelle une révision du modèle de financement de la radiothérapie libérale. Celui-ci doit permettre de financer l'innovation à son juste prix et favoriser l'accès pour les patients à la technique d'irradiation la plus adaptée.

L'étude de micro costing menée sur des centres ayant réalisé des investissements majeurs au cours de ces dernières années, a permis d'établir qu'il y a un sens à tarifier les traitements de radiothérapie au forfait et non à la séance, et elle donne des clefs pour étudier la proposition des professionnels de santé sur la distinction entre honoraire médical et forfait technique en distinguant un forfait « équipement » et un forfait « fonctionnement ». Deux possibilités sont envisageables :

- une tarification forfaitaire tout compris par traitement en différenciant par technique
- une tarification forfaitaire avec 3 composantes : technique, fonctionnement et honoraire médical, et à plusieurs niveaux, plus difficile à mettre en place du fait d'un travail en équipe tant pour la préparation que pour le suivi du traitement avec des délégations nombreuses prévues par les décrets de compétence.

Ce travail devra être poursuivi en partenariat avec la DGOS et l'ATIH. Il faut notamment poursuivre l'étude des coûts de revient, l'étendre à des centres ayant 2 accélérateurs seulement, pour vérifier les valeurs sur des structures avec des capacités d'investissement moindre, inclure la radiothérapie conformationnelle 3D qui représente 80% des traitements actuels.

Si une tarification au traitement est retenue, une réévaluation à un rythme régulier des tarifs est à prévoir en raison des évolutions technologiques et des pratiques médicales.

## Propositions sur la radiothérapie

### **Proposition 14 – Mettre en œuvre une réforme de la tarification de la radiothérapie libérale fondée sur des forfaits différenciés par technique**

L'inadaptation des règles de tarification actuelles, qui ne permettent pas de prendre en compte le coût des nouvelles techniques plus performante, et sont utilisées de façon variable selon les centres, impose une révision du modèle de financement de la radiothérapie libérale. Celui-ci doit permettre de financer l'innovation à son juste prix et favoriser l'accès pour les patients à la technique d'irradiation la plus adaptée.

Il est donc nécessaire de reprendre et compléter les travaux menés dans le cadre des expérimentations prévues par l'article 43 de la LFSS 2014.

Le premier travail de micro-costing réalisé à la demande de la CNAMTS montre la faisabilité d'un modèle de ce type : les actes décrivant les séances de radiothérapie aux chapitres 17 et 18 de la CCAM peuvent permettre, sous réserve de quelques aménagements, de construire un algorithme conduisant à une tarification forfaitaire.

Ce travail permet déjà de poser des premiers éléments de coût, mais il doit être bien sûr être étendu et approfondi, en partenariat avec la profession, la DGOS et l'ATIH, en incluant l'ensemble des techniques (notamment la radiothérapie conformationnelle 3D qui représente la majorité des traitements actuels) et en élargissant le panel à des centres ayant moins d'accélérateurs et de capacités d'investissements. Différentes hypothèses de forfaitisation (globale ou différenciant la composante technique, la composante de fonctionnement et l'honoraire médical) sont à étudier.

### **Proposition 15 – Promouvoir les machines polyvalentes pour la radiothérapie en conditions stéréotaxiques**

L'étude de micro-costing confirme que la radiothérapie en conditions stéréotaxiques sur machine polyvalente est beaucoup moins coûteuse que sur machine dédiée, du fait des coûts d'achat et de maintenance très élevés d'une machine dédiée et du faible nombre de séances chaque année pour amortir ce coût.

L'utilisation de ce type d'équipement doit donc être favorisée. Or actuellement le nombre d'appareils dédiés ne cesse de croître, notamment dans le secteur public (pour la radiothérapie en conditions stéréotaxiques et pour la RCMI), pour des raisons financières plus que liées à l'amélioration de la qualité du traitement, qui n'est pas démontrée scientifiquement, car le système de tarification leur est favorable.

### **Proposition 16 – Favoriser les regroupements de centres libéraux pour accroître le nombre d'accélérateurs par centre et envisager que les centres libéraux acquièrent le statut d'établissement de santé**

La moitié des centres ne dispose que de deux accélérateurs, ce qui est un frein à la diffusion des nouvelles modalités de radiothérapie, qui allongent le temps de traitement, et présente un risque d'augmentation des délais de traitement. Dans le cadre de la réforme à venir du régime des autorisations, l'accession des centres libéraux au statut d'établissement de santé favoriserait les possibilités de groupements.

## 4.2 La réhabilitation améliorée après chirurgie

### 4.2.1 Une réponse aux exigences du virage ambulatoire

La réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) est une modalité d'organisation des soins chirurgicaux adoptée par de nombreux pays depuis le début des années 1990 (Angleterre, Pays Bas, Suède, Danemark, USA). Sa mise en œuvre permet de limiter les durées de séjours hospitaliers, d'accélérer la récupération, de réduire les complications post-opératoires et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Bien que certains établissements pionniers aient importé cette pratique en France, sa diffusion reste encore très limitée alors qu'il s'agit d'un levier important pour favoriser le virage ambulatoire. Ce constat a conduit l'Assurance Maladie à proposer dans le rapport « Charges et produits pour 2016 » de réaliser une analyse médico-économique pour comparer la RAAC à une prise en charge conventionnelle (proposition n°30) devant servir de base à une politique incitative à son développement. Cette étude a été réalisée en 2016 et ses résultats sont présentés ci-après.

### 4.2.2 Evaluation médico-économique de la RAAC : principaux résultats

#### *Description des patients RAAC*

L'âge moyen et la répartition par sexe des patients ayant bénéficié de la RAAC ne différait pas significativement de celui de la population générale (Tableau 7).

Le niveau de sévérité moyen des séjours des patients des ES RAAC était significativement inférieur à celui de l'ensemble des patients, ce qui s'explique par le fait que seuls les patients ayant un score anesthésique ASA 1 et 2 sont éligibles à la RAAC.

Il est important de noter qu'au-delà de ces résultats moyens, la distribution des scores de sévérité pour une même spécialité varie beaucoup entre les établissements de l'étude. Ainsi, pour la chirurgie de la hanche, la proportion de patients avec un niveau de sévérité 1 variait entre 36,8 % et 81,6 %.

Tableau 7 - Effectifs et caractéristiques des patients opérés en 2014 en RAAC comparés aux valeurs de l'ensemble des patients ayant bénéficié de la même intervention en 2014

	2012						2014					
	Effectif		Age moyen (ans)		Niveau de sévérité moyen		Effectif		Age moyen (ans)		Niveau de sévérité moyen	
	RAAC	France	RAAC	France	RAAC	France	RAAC	France	RAAC	France	RAAC	France
<b>Chirurgie bariatrique</b>	775	37 820	41,0	39,7	1,29	1,29	1 162	46 981	41,3	40,5	1,13	1,26
<b>Côlon</b>	124	47 587	69,3	66,4	2,43	2,36	94	45 947	69,0	66,7	2,32	2,44
<b>Gynécologie</b>	258	66 538	56,7	54,7	1,30	1,30	314	64 180	56,5	54,8	1,2	1,31
<b>Orthopédie Genou</b>	1 986	91 619	70,1	70,5	1,50	1,54	2 204	102 962	69,9	70,3	1,32	1,5
<b>Orthopédie Hanche</b>	2 452	152 837	69,5	72,4	1,46	1,63	2 646	158 760	69,6	72,5	1,44	1,67
<b>Urologie</b>	201	21 874	64,2	64,0	1,39	1,51	156	19 967	64,0	64,7	1,32	1,58
<b>Total</b>	<b>5 796</b>	<b>418 275</b>	<b>65,1</b>	<b>65,1</b>	<b>1,46</b>	<b>1,61</b>	<b>6 576</b>	<b>438 797</b>	<b>64,1</b>	<b>65,0</b>	<b>1,34</b>	<b>1,61</b>

## Encadré 9 – Méthodologie de l'étude

L'étude a consisté à étudier la durée de séjours et les dépenses liées de l'épisode de soins en vie réelle chez les patients pris en charge dans des établissements pratiquant la RAAC (ES RAAC) et chez l'ensemble des patients pris en charge dans les mêmes spécialités (tous ES français) pour 5 spécialités chirurgicales en 2012 et en 2014, de comparer pour chaque année les patients des établissements RAAC à l'ensemble des opérés et de comparer l'évolution entre 2012 et 2014.

Il a été possible d'identifier 140 établissements qui, sur la période 2012-2014, avaient appliqué un programme de RAAC plus ou moins avancé. Après analyse des données PMSI et en partenariat avec l'association Grace, 13 établissements ont finalement été retenus pour l'étude, avec une ancienneté et une file active de patients RAAC suffisantes. Cinq spécialités chirurgicales ont été retenues pour l'étude : côlon, chirurgie bariatrique, orthopédie (hanche et genou), gynécologie et urologie. Ces spécialités concernaient 24 services sur les 13 établissements.<sup>1</sup>

La population prise en charge dans ces services était de 5 796 patients en 2012 et 6 576 patients en 2014, qui ont été inclus dans l'analyse (soit respectivement 1,4 et 1,5 % de l'ensemble des patients opérés pour ces indications dans la population générale en 2012 et 2014).

L'étude de coûts concernait l'ensemble de la consommation de soins des patients inclus durant le mois précédant le séjour hospitalier, le séjour lui-même et les 3 mois suivants sa sortie. Les dépenses de ville, de séjours hospitaliers MCO et SSR ont été identifiées à partir des données SNIIRAM PMSI.

### 4.2.3 Les durées moyennes de séjour des établissements pratiquant la RAAC sont plus courtes, et l'écart s'est creusé entre 2012 et 2014, signe d'un effet propre de la RAAC, elle permet également une diminution du recours au SSR

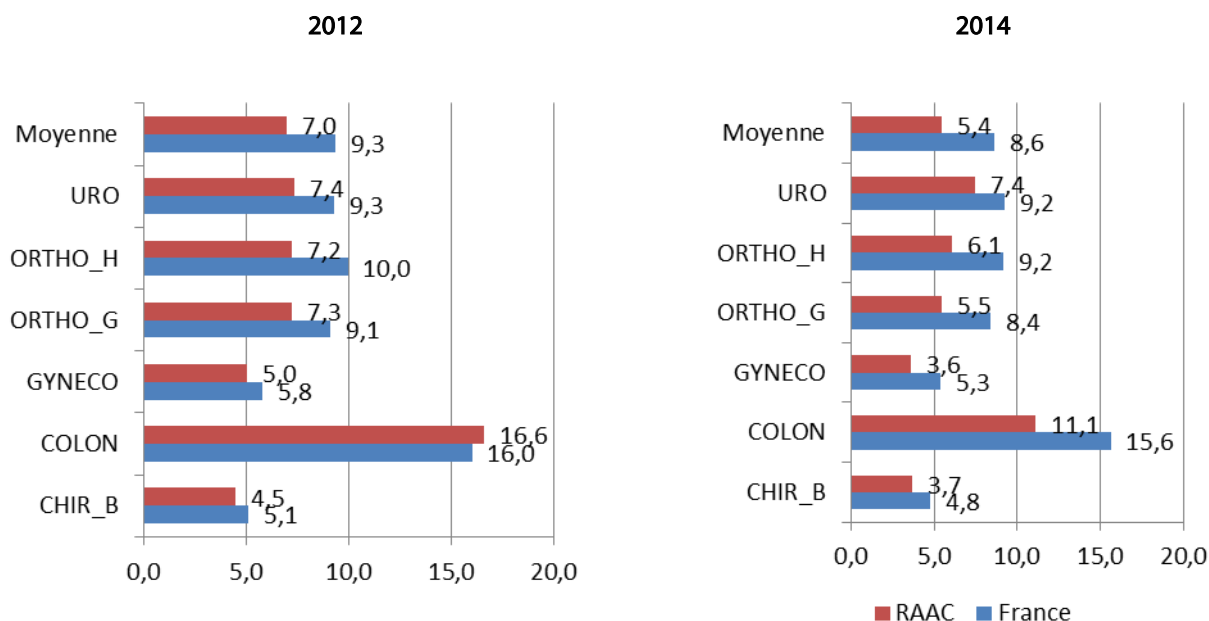
---

#### *Impact sur la DMS et les dépenses en MCO*

La durée moyenne de séjours (DMS) dans les ES RAAC était plus courte que la moyenne nationale pour chacune des spécialités étudiées, en 2012 comme en 2014, à l'exception de la chirurgie du côlon (Figure 57). Pour cette spécialité, la DMS était supérieure de 0,6 jours dans les ES RAAC en 2012.

La différence moyenne de DMS toutes spécialités confondues était de 2,3 jours en 2012 et 3,2 jours en 2014.

Figure 57 : Durées moyennes de séjour pour 7 spécialités chirurgicales pour les établissements pratiquant la RAAC et l'ensemble des établissements en 2012 et 2014



On observe d'une manière générale une diminution des DMS entre 2012 et 2014. Afin d'isoler l'effet propre de l'organisation RAAC sur la DMS, une analyse de « différence des différences » a été réalisée. Cette méthode consiste à comparer la différence de DMS entre les ES RAAC et l'ensemble des ES en 2012 à celle retrouvée en 2014. Si cette différence s'accroît, cela signifie que l'organisation RAAC permet une réduction des DMS plus importante que la tendance générale par un effet qui lui est propre.

Les résultats de cette analyse montrent que les ES RAAC ont vu leur DMS baisser de 0,9 jours de plus que l'ensemble des ES sur la moyenne des 5 spécialités (Tableau 8). Cette tendance est retrouvée pour chacune des spécialités étudiées, à l'exception de l'urologie, pour laquelle la différence en 2014 est supérieure de 0,1 jours à celle de 2012.

Tableau 8 : Analyse des différences de différence de DMS entre 2012 et 2014 pour les ES RAAS et l'ensemble des ES

	DMS 2012 (jours)			DMS 2014 (jours)			Différence de différence 2012-2014 (jours)
	RAAC	France	Différence	RAAC	France	Différence	
<b>Chirurgie bariatrique</b>	4,5	5,1	-0,6	3,7	4,8	-1,1	-0,5
<b>Côlon</b>	16,6	16	0,6	11,1	15,6	-4,5	-5,1
<b>Gynécologie</b>	5	5,8	-0,8	3,6	5,3	-1,7	-0,9
<b>Orthopédie Genou</b>	7,3	9,1	-1,8	5,5	8,4	-2,9	-1,1
<b>Orthopédie Hanche</b>	7,2	10	-2,8	6,1	9,2	-3,1	-0,3
<b>Urologie</b>	7,4	9,3	-1,9	7,4	9,2	-1,8	0,1
<b>Total</b>	7	9,3	-2,3	5,4	8,6	-3,2	-0,9

Si cet effet peut paraître modeste pour certaines spécialités, il convient de noter que pour certains séjours de patients relevant du niveau de sévérité 2, la durée de séjour correspondait exactement à la celle de la borne basse du GHS, laissant penser que des effets de codage existent et que des gains de DMS plus importants pourraient être envisagés.

A tarifs constants, la baisse de la DMS ne permet pas de générer des économies directes pour l'Assurance Maladie. En revanche, on peut estimer les économies de production potentielles liées à cette baisse de DMS à partir des données de l'échelle nationale commune des coûts (ENCC). Un coût pondéré par séjour, tenant compte du case-mix et de la répartition public / privé a été calculé pour chaque spécialité et les charges variables ont été isolées. Les économies potentielles ont été calculées sur ces charges variables au prorata de la diminution de DMS (écart relatif de DMS en 2014 entre les ES RAAC et l'ensemble des ES) pour chaque spécialité et en moyenne (Tableau 9).

En moyenne, l'écart de DMS lié à la RAAC permet une économie de 580 € par séjour. En posant l'hypothèse que 40 % des séjours réalisés en France en 2014 pour les spécialités concernées se fassent en RAAC, on peut estimer une réduction de 100 M€ du coût des séjours sur une année.

Tableau 9 : Calcul des économies potentielles sur le coût des séjours hospitaliers MCO lié à la RAAC en 2014

	Coût séjours pondéré	Charges variables	Ecart de DMS 2014	Economies
<b>Chirurgie bariatrique</b>	4 764 €	1 435 €	23%	309 €
<b>Côlon</b>	10 794 €	3 717 €	29%	1 054 €
<b>Gynécologie</b>	4 224 €	1 383 €	32%	425 €
<b>Orthopédie Genou</b>	7 910 €	1 853 €	35%	623 €
<b>Orthopédie Hanche</b>	7 212 €	1 884 €	34%	616 €
<b>Urologie</b>	6 473 €	2 191 €	19%	403 €
<b>Total</b>	<b>7 017 €</b>	<b>1 955 €</b>	<b>31%</b>	<b>580 €</b>

### *Impact sur le taux de recours au SSR*

Sur les 6 576 patients inclus en 2014, seuls 1 481 ont eu recours au SSR, soit 22%. Cependant 95 % de ces patients relevaient de la spécialité orthopédie. Pour cette spécialité, le taux de recours au SSR pour les ES RAAC était inférieur à celui de l'ensemble des ES aussi bien pour le genou que pour la hanche, en 2012 et en 2014. Le fait que les patients éligible à la RAAC sont en général moins complexes que l'ensemble des patients peut expliquer une partie de cet écart.

Entre 2014 et 2012, le taux recours au SSR pour les patients de spécialité genou a diminué de façon plus importante pour les ES RAAC que pour l'ensemble des ES. On observe le phénomène inverse pour la spécialité orthopédie hanche, où le taux de recours au SSR a crû pour les ES RAAC, alors qu'il diminuait de façon importante pour l'ensemble de ES, réduisant ainsi l'écart entre les deux.

En moyenne, le différentiel de recours au SSR s'est creusé de 0,5 % entre les ES RAAC et l'ensemble des ES sur la période 2012-2014. Les comportements très différents entre les spécialités incitent à la prudence dans l'interprétation de l'effet de la RAAC sur le recours au SS, qui mériterait d'être analysé de façon spécifique.



#### 4.2.4 Le développement de la RAAC ne s'est pas accompagné d'une augmentation des dépenses préopératoires

La RAAC n'a en moyenne pas d'impact sensible sur les dépenses préopératoires (différence des différences : + 1€. Les différences s'équilibrent entre les spécialités dont les dépenses augmentent (gynécologie, côlon) et celles pour lesquelles elles diminuent (chirurgie bariatrique, urologie) (Tableau 10).

Sur ce point il est important de noter que les protocoles de RAAC prévoient de plus en plus fréquemment une phase de « pré-habilitation » avant le séjour (par exemple un bilan nutritionnel ou kinésithérapie préopératoire), dont l'effet est peu visible sur les résultats de la présente étude du fait d'un développement trop récent, mais dont il faudra tenir compte à l'avenir.

Tableau 10 : Impact de la RAAC sur les dépenses du mois précédant l'hospitalisation hors médicament (dépenses recensées : actes de kinésithérapie, soins infirmiers, actes de radiologie, analyses et prélèvements, consultations, visites)

	Dépenses 2012 (€)			Dépenses 2014 (€)			Différence de différence 2012-2014 (€)
	RAAC	France	Différence	RAAC	France	Différence	
<b>Chirurgie bariatrique</b>	84 €	83 €	1 €	53 €	65 €	-12 €	-13 €
<b>Côlon</b>	341 €	332 €	9 €	190 €	164 €	26 €	17 €
<b>Gynécologie</b>	289 €	301 €	-12 €	146 €	144 €	2 €	14 €
<b>Orthopédie Genou</b>	160 €	156 €	4 €	217 €	208 €	9 €	5 €
<b>Orthopédie Hanche</b>	169 €	165 €	4 €	211 €	199 €	12 €	8 €
<b>Urologie</b>	170 €	181 €	-11 €	141 €	239 €	-98 €	-87 €
<b>Total</b>	160 €	157 €	3 €	180 €	176 €	4 €	1 €

#### 4.2.5 L'effet de la RAAC sur les dépenses postopératoires varie selon la spécialité considérée

En moyenne, les dépenses post-opératoires des patients des établissements RAAC sont plus élevées que celle de l'ensemble des patients en 2012 comme en 2014 (Tableau 11). Ces dépenses ont diminué pour les deux populations entre 2012 et 2014, mais l'étude de la différence des différences montre que la diminution a été plus importante pour les patients RAAC, de l'ordre de 277€supplémentaires.

Tableau 11 : Impact de la RAAC sur les consommations dans les trois mois suivant l'hospitalisation, hors médicament et SSR (actes CCAM, en K, actes de kinésithérapie, soins infirmiers, actes de radiologie, analyse et prélèvements, consultations, visites, indemnités journalières, dispositif médicaux)

	Dépenses 2012 (€)			Dépenses 2014 (€)			Différence de différence 2012-2014 (€)
	RAAC	France	Différence	RAAC	France	Différence	
<b>Chirurgie bariatrique</b>	2 242 €	2 006 €	236 €	1 873 €	1 762 €	111 €	-125 €
<b>Côlon</b>	1 884 €	2 114 €	-230 €	2 319 €	2 216 €	103 €	333 €
<b>Gynécologie</b>	1 741 €	1 282 €	459 €	1 694 €	1 308 €	386 €	-73 €
<b>Orthopédie Genou</b>	6 729 €	8 680 €	-1 951 €	6 246 €	7 456 €	-1 210 €	741 €
<b>Orthopédie Hanche</b>	5 715 €	6 295 €	-580 €	5 265 €	6 272 €	-1 007 €	-427 €
<b>Urologie</b>	2 560 €	2 072 €	488 €	3 264 €	2 433 €	831 €	343 €
<b>Total</b>	5 230 €	4 936 €	294 €	4 759 €	4 742 €	17 €	-277 €

La situation est très variable en fonction des spécialités. Pour la chirurgie du côlon, alors que les patient des établissements RAAC avaient des dépenses inférieures de 230€ à l'ensemble des patients en 2012, la situation s'est inversée en 2014 où ils avaient une dépense supérieure de 103 €€L'effet propre de la RAAC sur ces dépenses estimé par la « différence des différences » est de +333 €€Pour les spécialités orthopédie genou et urologie, l'effet propre de la RAAC semble également conduire à une augmentation des dépenses post-opératoires.

Pour les autres spécialités en revanche, la RAAC a conduit à une diminution plus forte des dépenses post-hospitalisation que pour l'ensemble des patients, la plus notable étant l'orthopédie genou avec un gain relatif de 427€ par patient.

Ces effets contrastés peuvent s'expliquer par de nombreux facteurs, propres à chaque spécialité. Il peut s'agir d'un déport de coûts hospitaliers sur la ville (suivi renforcé par exemple) pour les augmentations, ou à l'inverse d'une meilleure maîtrise et pertinence du suivi post-opératoire par le biais d'une protocolisation permettant de mieux maîtriser les coûts.

#### 4.2.6 Les patients pris en charge dans les ES RAAC ont des dépenses de médicaments supérieures à l'ensemble des patients, en préopératoire comme en post-opératoire

En 2014, les patients pris en charge dans les établissements RAAC avaient une dépense de médicament supérieure de 16,4 € en moyenne à l'ensemble des patients. Ces coûts supplémentaires étaient répartis équitablement entre le préopératoire (7,7€) et le postopératoire (8,7€) (Tableau 12).

Tableau 12 : Dépenses de médicaments avant et après l'hospitalisation pour les patients des établissements RAAC et l'ensemble de patients en 2014

	Pré-hospitalisation			Post-hospitalisation			Total		
	RAAC	France	Différence	RAAC	France	Ecart	RAAC	France	Différence
Chirurgie bariatrique	8,90 €	10,20 €	-1,30 €	104,40 €	96,30 €	8,10 €	113,30 €	106,50 €	6,80 €
Côlon	21,40 €	20,10 €	1,30 €	-	-€	*	-	-	-
Gynécologie	15,50 €	12,80 €	2,70 €	60,58 €	68,35 €	-7,80 €	76,08 €	81,15 €	-5,10 €
Orthopédie Genou	27,60 €	13,70 €	13,90 €	85,03 €	77,37 €	7,70 €	112,63 €	91,07 €	21,60 €
Orthopédie Hanche	24,90 €	13,90 €	11,00 €	97,13 €	87,37 €	9,80 €	122,03 €	101,27 €	20,80 €
Urologie	16,00 €	17,10 €	-1,10 €	101,97 €	112,87 €	-10,90 €	117,97 €	129,97 €	-12,00 €
<b>Total</b>	<b>21,90 €</b>	<b>14,20 €</b>	<b>7,70 €</b>	<b>96,04 €</b>	<b>83,39 €</b>	<b>8,70 €</b>	<b>117,94 €</b>	<b>97,59 €</b>	<b>16,40 €</b>

\* : pour les dépenses en lien avec le côlon, les écarts étaient extrêmement importants en lien avec les traitements anticancéreux. Les données n'ont donc pas été incluses en post-hospitalisation.

La spécialité orthopédie présente une consommation de médicaments fortement supérieure en RAAC pour la hanche et le genou, particulièrement en pré-hospitalisation. Cette augmentation pourrait correspondre à la mise en œuvre de protocoles, notamment relatifs à la prévention de la douleur.

#### 4.2.7 La RAAC induit une diminution du coût total des soins mais pas nécessairement des dépenses

Les patients pris en charge dans les ES pratiquant la RAAC ont un profil de dépenses différent de l'ensemble des patients opérés la même année, variable selon la spécialité considérée.

Si les dépenses préopératoires constatées varient peu, les dépenses postopératoires sont impactées par la RAAC, à la baisse pour certaines spécialités, à la hausse pour d'autres.

Pour les patients des établissements RAAC, le recours au SSR baissent de façon modérée, alors que les dépenses de médicament avant et après l'hospitalisation augmentent.

Du strict point de vue des dépenses de santé, l'impact de la RAAC apparaît modéré, à tarification de séjours hospitaliers identique. En effet, l'essentiel des gains économiques se fait par la réduction des durées de séjours hospitaliers. Les gains économiques théoriques sur la partie hospitalière sont en revanche potentiellement importants (de l'ordre de 580 € par séjour en moyenne).

L'intérêt économique du développement de la RAAC se trouve donc dans la transformation de ces gains économiques en économies de dépenses pour l'Assurance Maladie, sachant qu'une partie de ces gains devra être consacrée à l'augmentation des dépenses pré et post-hospitalisation ainsi qu'à la structuration de la RAAC dans les établissements qui ne l'ont pas encore faite.

Les modes de tarification actuels des séjours hospitaliers constituent en théorie un incitatif médico-économique fort pour les établissements qui souhaitent recourir à la RAAC. En effet, alors que les tarifs sont calculés sur la base de séjours plus longs et plus coûteux, la RAAC permet de dégager en moyenne 580€ d'économies par séjour, ce qui permet notamment de dégager des ressources pour financer la montée en charge de la RAAC. La nécessité de mettre en place un mode de financement incitatif spécifique à la RAAC n'apparaît ainsi pas évidente de prime abord.

Deux arguments militent cependant pour aller dans ce sens. D'une part, le développement encore modeste de la RAAC en France laisse penser que l'incitation économique n'est que théorique et qu'elle souffre d'une lisibilité insuffisante pour les acteurs de terrain, un modèle alternatif portant des incitations plus claires

pourrait être très utile. D'autre part, les modalités de financement actuelles ne permettent pas de redistribuer directement les économies générées sur les coûts hospitaliers vers les dépenses pré et post-hospitalisation, et rendent difficile le suivi et la maîtrise de ces dernières.

Les coûts d'entrée dans la RAAC pouvant constituer une barrière à son développement, une diminution des tarifs des séjours de chirurgie entraînant la diminution ou la suppression de la marge permettant aux établissements d'y faire face serait un signal qui n'inciterait aucunement les établissements qui ne sont pas dans la dynamique à faire des efforts dans ce sens.

A l'inverse, la mise en place d'un forfait propre à la RAAC comprenant, outre le séjour lui-même, une partie des dépenses pré et post-hospitalisation, incluant en particulier les consultations et le suivi médical spécialisé apparaît comme une piste intéressante. Cette solution, expérimentée avec un certain succès dans d'autres pays, présente l'avantage d'envoyer un signal clair aux acteurs en faveur du développement de la RAAC. Dans cette configuration, un partage des économies réalisées entre le payeur et les offreurs de soins avec une visibilité sur une période de 3 ans est un facteur susceptible de rassurer les acteurs et de les inciter à s'engager dans une telle démarche.

Etant données les situations variables selon le type de chirurgie, il pourrait être pertinent d'expérimenter la mise en place de ce type de forfaits sur une ou deux spécialités chirurgicales. La spécialité d'orthopédie, hanche et genou paraît être un candidat pertinent pour cette expérimentation.

#### 4.2.8 Exemple de calibrage d'un forfait à l'épisode de soin

Afin de tester en réel la faisabilité de sa proposition, l'assurance maladie propose de réaliser une expérimentation avec quelques établissements, sous conditions de contractualisation : les structures recevraient un montant fixe durant l'ensemble de l'expérimentation afin de sécuriser leurs recettes sur un segment homogène de patients, de déconnecter le montant payé de la durée de séjour (hausse de sa marge qui suppose un effacement de la borne basse en sévérité 2) et d'obtenir un montant forfaitaire garanti sur trois ans, alors que les tarifs varient chaque année.

Les acteurs n'ayant actuellement que peu d'« intérêt » à entrer dans un système de financement forfaitaire par rapport au paiement à l'acte, la garantie sur un temps donné du maintien du tarif du GHS à son niveau actuel ainsi que l'ajustement du financement à la performance et à la qualité en seraient les modes d'incitation.

Les établissements de santé seraient gagnants sur ce financement, sur la maîtrise de leur prise en charge et sur l'intéressement qu'ils auraient à la qualité et à la performance de leur coordination, pour laquelle ils seront eux-mêmes obligés de contractualiser avec les autres professionnels de santé. L'Assurance Maladie, elle, n'aurait plus à supporter les dépenses liées à des réinterventions évitables.

La performance des établissements pourrait être jugée à partir d'indicateurs tels que la réduction de la DMS, le taux de réhospitalisation, le taux d'infections associées aux soins (IAS), la lutte contre la douleur (qui peut être appréhendée par exemple au travers de la consommation d'antalgiques), mais aussi des indicateurs de résultats rapportés par les patients (PROMs) ou la satisfaction des patients. Un indice synthétique pourrait être construit à partir des indicateurs retenus, et les résultats pourraient donner lieu à une modulation du forfait au parcours.

Ce forfait pourrait comprendre :

- les examens et consultations diagnostiques et anesthésiques préopératoires, ainsi que les analyses biologiques préopératoires et l'ECG,
- l'intervention chirurgicale, le dispositif implanté, les médicaments administrés, le séjour hospitalier,

- ainsi que des soins consécutifs à l’hospitalisation, pour lesquels plusieurs options d’inclusion dans le forfait sont possibles :
  - au minimum la consultation de contrôle postopératoire dans les 3 mois,
  - éventuellement des soins de suite et de réhabilitation (modalités à définir),
  - et une forme de garantie sur les complications : ce peut être le traitement des complications et les réinterventions pendant une certaine durée (une période de 2 ans est prise comme référence en Suède, voire de 5 ans en cas d’épisode infectieux survenu au cours des 24 premiers mois), y compris si les soins sont dispensés dans un autre établissement hospitalier.

Un premier travail d’estimation du montant de ces forfaits, en fonction de l’intervention (prothèse de hanche et de genou) et du périmètre pris en compte, a été réalisé, et démontre la faisabilité opérationnelle de ce modèle. Il conviendrait de l’approfondir dans le cadre de l’expérimentation.

Dans d’autres pays, la mise en place de ces forfaits pour des épisodes de soins bien définis a conduit à des résultats positifs, comme le montre par exemple l’expérience suédoise, qui vient de donner lieu à une évaluation approfondie présentée ci-dessous.

## 4.3 Les forfaits par épisode de soins : retour sur l'expérience du modèle Orthochoice en Suède

### 4.3.1 Forfaits par épisode : les grands principes

Les modalités de financement des acteurs du système de santé ont un impact clairement établi sur l'organisation et le fonctionnement de ces acteurs. De fait, la réforme de ces modalités est devenue un élément incontournable de la conduite du changement dans la plupart des systèmes de santé.

Les limites des modalités classiques, comme le financement à l'activité dans les hôpitaux, le paiement à l'acte ou la capitation sont devenues évidentes dans un contexte où les maladies chroniques imposent des prises en charge d'une complexité croissante, impliquant de nombreux acteurs sur une longue durée.

Parmi ces limites, trois occupent une place importante :

- la fragmentation du financement de acteurs d'un même parcours, qui ne favorise pas la coordination et peut parfois inciter à des comportements défavorables à l'intérêt collectif (diminution excessive des DMS encourt séjour au détriment du SSR, par exemple) ;
- le lien avec l'activité qui porte un caractère inflationniste marqué et n'empêche pas la réalisation d'actes inutiles ou redondants, voire qui peut y inciter ;
- l'absence de prise en compte de la qualité et de la performance, qui n'incite que trop peu les acteurs à réaliser des efforts dans ce sens.

Depuis plusieurs années, des réflexions et des expérimentations ont été menées dans de nombreux pays pour développer des modèles alternatifs permettant de dépasser ces limites. Deux grands types de modèles ont été conçus dans ce cadre : le paiement à l'épisode de soins (*bundle payment*) et le paiement à la performance, certains modèles pouvant intégrer les deux de façon mixte. Derrière ces dénominations génériques, on trouve une très grande diversité de modèles.

Le principe du paiement à l'épisode de soins est simple. Il s'agit de payer sous la forme d'un forfait global unique l'ensemble des interventions nécessaires à la réalisation d'un épisode de soins préalablement défini, au lieu de payer individuellement les intervenants concernés. Ceux-ci auront donc une incitation forte à organiser le parcours des patients de façon coordonnée et à réduire ou supprimer les actes ou interventions non pertinentes ou nécessaires.

Ces modèles peuvent être regroupés en deux grandes familles. La première est construite autour d'une pathologie ou d'un acte chirurgical (prothèse de hanche, décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque...), tandis que la seconde, plus rare, se rapproche de la capitation en couvrant l'ensemble des soins pour une population donnée.

C'est la première famille qui a fait l'objet du plus grand nombre d'expérimentations et d'évaluations, et ce dans plusieurs pays. Il est difficile de déterminer de façon synthétique l'intérêt ou la pertinence du paiement au forfait, tant les modèles varient en fonction de la pathologie considérée et du périmètre de prestations incluses dans le forfait. Par ailleurs, en l'absence de recul sur certaines expérimentations, il convient de rester prudent sur les résultats qu'elles ont obtenus et sur leur caractère durable et transposable au système français.

La France n'est pas éloignée de ces réflexions, plusieurs expérimentations de paiement au forfait pour des épisodes de soins ayant été proposées dans les lois de financement de la sécurité successive (radiothérapie, insuffisance rénale chronique). Plus récemment, une mission a été confiée à Mr Olivier Véran sur l'évolution

du mode de financement des établissements de santé. Dans son rapport d'étape, la mission préconise de poursuivre la réflexion sur la définition de forfaits et parcours pour les prises en charge de pathologies chroniques médicales. Notamment sur la base de programmes cliniques intégrés, comme pour la hanche et le genou.

Les difficultés rencontrées par les expérimentations en France et à l'étranger de paiement au forfait permet d'anticiper quatre conditions favorisant leur réussite :

- le forfait doit correspondre à un modèle ou un protocole de soins clairement défini permettant d'en connaître précisément les bornes et les coûts ;
- l'incitatif économique ou financier seul ne suffit pas à faire évoluer les organisations. Il envoie tout au plus un signal aux acteurs et nécessite d'être accompagné notamment d'éléments relatifs à la qualité et d'une réflexion organisationnelle qui doit être accompagnée ;
- certaines barrières réglementaires ou de modalités de financement compliquent ou rendent impossible la mise en place de forfaits par ailleurs correctement conçus ;
- la réussite des expérimentations repose sur une volonté politique et managériale forte, tant les changements peuvent être profonds pour les organisations.

### 4.3.2 Le modèle Orthochoice

#### *Description*

L'un des modèles les plus intéressants est le programme Orthochoice développé en Suède dans le Comté de Stockholm, dont le rapport charges et produits pour 2014 avait déjà présenté quelques grandes lignes.

Ce programme a été lancé en 2009 pour les patients bénéficiant de la pose d'une prothèse de hanche ou de genou (des programmes similaires ont été lancés pour d'autres pathologies, cataracte, chirurgie du rachis notamment).

Le principe du programme est de proposer un paiement forfaitaire pour la pose de prothèse de hanche ou de genou pour les patients ayant un score anesthésique ASA 1 ou 2. Le forfait couvre les éléments suivants :

- les soins pré-hospitaliers,
- le séjour chirurgical et la prothèse,
- les soins hospitaliers et en ville pendant un mois post-opératoire ;
- les dispositifs médicaux (prothèse) ;
- la rééducation en établissement (mais pas la kinésithérapie de ville) ;
- l'ensemble des soins liés aux complications en lien avec la prothèse (infection, réintervention, changement de prothèse) survenant dans les deux ans, voire dans les cinq ans en cas d'infection traitée par antibiotiques survenant dans les deux ans après la chirurgie.

L'introduction d'une part liée à la performance de 3,2 % maximum du tarif, basée sur des résultats rapportés par le patient PROMs fait partie des évolutions envisagées de ce modèle (voir encadré). Ces modalités ont été testées avec un certain succès dans la chirurgie du rachis.

Ce modèle est particulièrement complet, parce qu'il allie paiement au forfait et paiement à la performance. L'une des caractéristiques majeures en est la garantie à deux voire cinq ans, qui couvre un ensemble de complications préalablement définies. Il a évolué au fil du temps pour prendre en compte les enseignements et critiques formulés lors de sa mise en œuvre.

Les objectifs de ce modèle étaient de réduire les coûts de production, d'améliorer la qualité en améliorant la prise en charge de la douleur (paiement à la performance) et diminuant les complications (garantie à 5 ans) et de réduire les délais d'attente pour la chirurgie (près de 40 % des patients attendaient plus de 90 jours en 2007)

### *Evaluation*

Plus de 5 ans après son lancement, une évaluation a été réalisée par les équipes de l'université Karolinska et la société IVBAR. Les résultats en ont été publiés récemment et montrent l'impact du programme.

En 4 ans, 71 % des patients opérés pour des prothèses de hanche ou de genou dans le Comté de Stockholm l'ont été selon le modèle Orthochoice (soit plus de 12 500 patients). Le modèle a permis une résorption des files d'attente (moins de 5 % de patients attendant plus de 90 % en 2012 contre 37 % en 2009) tout en assurant une maîtrise des volumes.

Des gains de productivité de 16 % ont été enregistrés dans les établissements participants, principalement en augmentant le nombre de patient opérés par équipe et par jour et en réduisant la durée de séjours (une journée de moins en moyenne).

Par ailleurs, le coût moyen payé sur un patient sur une période de deux ans a diminué de 20 %. La principale explication avancée par les évaluateurs est celle de l'efficacité de la période de garantie, qui a permis de diminuer significativement la survenue de certaines complications concernées. En effet, le taux d'hospitalisations pour complications en lien avec la prothèse a diminué de 18 % et le taux de réintervention à deux ans de 23 %. Une analyse de différence des différences montre que cette baisse significative a eu lieu alors que le taux de réintervention augmentait dans les autres Comtés suédois.

Les auteurs ont documenté de manière qualitative une amélioration et un renforcement de la qualité du suivi de ces patients qui peut expliquer ces résultats. Par ailleurs, les réinterventions réalisées par tout autre opérateur que l'équipe initiale étaient refacturés à celle-ci par le Comté, ce qui limite le risque que la réduction des complications résulte d'un effet de codage (les montants refacturés à ce titre sont passés de 1,4 M€ en 2009 à 380 000€ en 2011).

Par ailleurs, une baisse des prescriptions d'opiacés (-21 %) et d'antibiotiques (-9 %) a été documentée, témoin d'un changement bénéfique de pratiques médicales.

Les indicateurs de qualité n'ont pas été dégradés par l'intensification de la prise en charge, les indicateurs PREMs ayant même été légèrement améliorés.

Ce programme a donc permis au Comté de Stockholm de prendre en charge 21 % de patients en plus pour un coût total en baisse de 3 %, tout en améliorant la qualité des soins et en diminuant les principales complications associées.

### 4.3.3 Enseignements pour la France

S'il est toujours difficile de transposer à l'identique des modèles d'organisation issus d'autres pays, l'exemple d'Orthochoice incite à aller au-delà du simple paiement au forfait pour expérimenter l'introduction d'éléments liés à la qualité.



D'après les responsables du programme suédois, la garantie de 5 ans est un élément fondamental du programme. En effet, sur ce type de chirurgie, il est possible de contenir des complications précoces (30 ou 90 jours post-opératoires) par antibiothérapie et ils considèrent l'incitation comme insuffisante pour l'amélioration des pratiques. En revanche, l'extension de la garantie à une période beaucoup plus longue, ne peut se faire sans une modification profonde et une amélioration des pratiques, ce qu'ils estiment avoir documenté dans leur rapport.

L'intérêt de cette garantie réside également dans son modèle économique. Il est possible de modéliser la survenue des complications, leurs coûts et donc les économies engendrées par leur diminution. Le forfait pourrait tenir compte de ces économies et proposer un partage des gains avec les établissements.

Concernant la part liée à la performance (douleur rapportée par le patient), l'expérimentation suédoise a semble-t-il été très bien acceptée par l'ensemble des acteurs. La Suède a cependant une culture plus ancienne et forte que la France en la matière, et il pourrait être préférable dans un premier temps de se contenter de mesures de ces indicateurs, avant de lier une partie du paiement à leur valeur et leur évolution.

## **Propositions sur la réhabilitation améliorée après chirurgie**

### **Proposition 17 – Mettre en place une expérimentation de paiement au forfait pour la réhabilitation améliorée après chirurgie en orthopédie pour la chirurgie du genou et de la hanche**

Cette expérimentation se ferait avec des établissements volontaires, dont une partie ne pratique aujourd'hui pas la RAAC. Elle et aurait pour objectif d'évaluer la faisabilité et l'impact de ce mode de rémunération et de déterminer les conditions d'une éventuelle généralisation.

Le périmètre du forfait au parcours peut être plus ou moins étendu, plusieurs options pouvant être testées.

La question se pose notamment de l'inclusion de la rééducation, qui peut faire intervenir des acteurs différents de ceux réalisant l'intervention chirurgicale (établissements de SSR ou masseurs-kinésithérapeutes de ville). Il est possible cependant d'envisager des contractualisations entre ces acteurs.

Le principe d'une garantie sur les complications apparaît comme un levier fort d'amélioration dans l'expérience suédoise et devrait être inclus dans l'expérimentation. L'association avec des indicateurs de performance permettrait également de renforcer l'attention à la qualité. Parmi les indicateurs de qualité envisageables, l'expérience du patient sur l'amélioration de sa situation fonctionnelle pourrait être testée. Ces « patient reported outcome measures » (PROMs) sont peu utilisés en France alors qu'ils se développent dans d'autres pays. Ils sont par exemple utilisés en Suède pour moduler le forfait au parcours dans le cas de la chirurgie du rachis.

## 5. Réguler l'offre de soins

### 5.1 Les dispositifs médicaux de la LPP, un secteur mal connu et faiblement régulé

En 2014, le régime général de l'Assurance Maladie a remboursé 4,3 milliards d'euros au titre des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), hors dispositifs implantables. Ce poste, regroupant une grande variété de produits et de soins (les lits médicaux, les fauteuils roulants, la fourniture d'oxygène, les prothèses diverses, le matériel pour le traitement du diabète, les aides auditives et visuelles, etc.) connaît une croissance soutenue. Sur la période 2010-2014, la dépense a augmenté de 836 millions d'euros pour le régime général.

La quasi-totalité des secteurs de la LPP présente une dynamique forte, liée essentiellement à une croissance des volumes. Le taux de recours augmente sensiblement avec l'élargissement du périmètre de la LPP pour la prise en charge à domicile de pathologies chroniques et graves, permettant ainsi des sorties plus précoces de l'hôpital. L'amélioration des technologies, la miniaturisation des équipements, les innovations concourent également au développement des dispositifs médicaux en ville. Enfin, la dynamique des volumes est aussi liée au vieillissement de la population, à la chronicisation et à l'augmentation de la prévalence des pathologies (diabète, cancers...) ou encore à leur meilleur dépistage. Ainsi, la liste des produits et prestations est le reflet des tendances lourdes qui s'opèrent dans le système de soins, comme le virage ambulatoire et l'allongement de la durée de traitement de certaines pathologies. Pour autant, malgré la croissance rapide des volumes, les prix ont relativement peu évolué, ce qui reflète la difficulté de réguler un secteur particulièrement fragmenté.

#### 5.1.1 Une croissance des dépenses particulièrement dynamique

Les dépenses présentées au remboursement pour les dispositifs médicaux délivrés en ville atteignaient en 2014 5,1 milliards d'euros, conduisant à une dépense remboursée par le régime général de l'Assurance Maladie de l'ordre de 4,3 milliards d'euros (Tableau 13). Sur les quatre dernières années, les montants remboursables ont progressé de 6,1 % par an en moyenne alors que sur la même période, les dépenses liées à l'ensemble des soins de ville n'ont progressé annuellement que de 2,4 %. La LPP fait donc partie des postes de dépenses les plus dynamiques, à l'instar du transport (+4,6 %) ou des honoraires des auxiliaires médicaux (+6,4 %) ; compte tenu des masses financières qu'elle représente, cette évolution constitue un des facteurs de risque importants pour le respect de l'ONDAM.

Tableau 13 - Montants et évolution des dépenses de la LPP

		2010	2011	2012	2013	2014
<b>Montant remboursable</b>	<b>Montant</b>	3 998 M€	4 233 M€	4 464 M€	4 759 M€	5 060 M€
	<b>Évolution n/n-1</b>		5,9 %	5,4 %	6,6 %	6,3 %
<b>Montant remboursé</b>	<b>Montant</b>	3 438 M€	3 580 M€	3 749 M€	4 031 M€	4 275 M€
	<b>Évolution n/n-1</b>		4,1 %	4,7 %	7,5 %	6,0 %
<b>Taux de remboursement</b>		86,0 %	84,6 %	84,0 %	84,7 %	84,5 %

Source : Sniiram

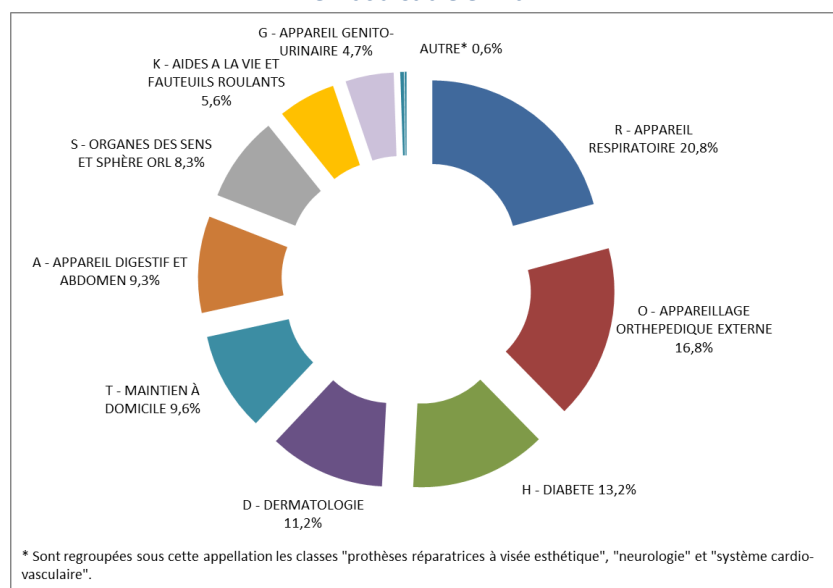
Les dépenses remboursées de dispositifs médicaux en ville sont assez concentrées : trois classes sont prédominantes et représentent plus de la moitié des montants remboursés en 2014 (Figure 58). Il s'agit de la classe respiratoire (traitement respiratoires, apnée du sommeil, oxygénothérapie, etc.), de l'appareillage

orthopédique externe (orthèses et orthoprothèses) et du diabète (contrôle de la glycémie, pompes à insuline, etc.)

Avec plus d'un milliard de dépenses, la classe respiratoire rassemble tous les dispositifs et prestations liés aux diverses affections respiratoires : BPCO, apnée du sommeil, mucoviscidose. La pression positive continue (PPC) pour le traitement de l'apnée du sommeil engendre la dépense la plus importante. C'est aussi un poste en très forte augmentation (+ 9,8 % par an entre 2010 et 2014) qui a contribué à hauteur de 63 % à la croissance totale de la classe (et second poste qui contribue le plus à la croissance de la LPP). Cette progression peut s'expliquer par le fait que la reconnaissance de l'apnée du sommeil dans l'altération de la qualité de vie est relativement récente et est diagnostiquée et traitée depuis une dizaine d'années. Il faut de plus s'attendre à ce que ces montants continuent d'augmenter dans les années à venir : la Haute Autorité de santé (HAS) a en effet modifié récemment ses recommandations pour le traitement de cette pathologie, élargissant la population potentiellement bénéficiaire. Ainsi l'augmentation en 2015 est de l'ordre de 23% en volume, et la tendance 2016 encore plus impressionnante.

La deuxième classe de dispositifs pour le montant des dépenses regroupe, sous l'appellation « appareillage orthopédique externe », aussi bien du petit appareillage souvent fabriqué en série (bas de contention, colliers cervicaux, ceintures lombaires, etc.) que du grand appareillage pour personnes handicapées ou amputées fabriqué sur mesure. Avec 526 millions d'euros présentés au remboursement en 2014, les orthèses constituent plus de la moitié des dépenses de la classe (62 %) et leur évolution est un peu plus forte que celle de la LPP (+7,6 % par an en moyenne). Les orthoprothèses représentent 23 % de la classe et sont en augmentation de 4,9 % par an.

Figure 58 - Poids de chacune des 12 classes technico-thérapeutiques de la LPP dans le total du montant remboursable en 2014



Source : Sniiram

Enfin, la troisième principale classe regroupe les dispositifs destinés au traitement du diabète par l'injection d'insuline (seringues, pompes, etc.) ou au contrôle de la glycémie (lecteurs et bandelettes jetables notamment). Bien que le diabète soit une pathologie dont la prévalence augmente régulièrement, la dépense globale présentée au remboursement de cette classe a augmenté moins rapidement que l'ensemble de la LPP (+2,9 % par an en moyenne) pour atteindre 666 millions d'euros en 2014. Cela est dû en partie aux actions initiées en 2011 visant à contenir l'usage des bandelettes pour les diabétiques de type 2.

En termes de dynamique des dépenses, les progressions annuelles moyennes les plus importantes sont enregistrées pour les classes « maintien à domicile » (8,4 %) et « appareil digestif et abdomen » (7,5 %).

Le virage ambulatoire, l'augmentation de l'espérance de vie et la chronicisation des maladies conduisent à un accroissement mécanique des besoins en soins à domicile et donc d'aide au maintien à domicile. De fait, cette classe technico-thérapeutique est une de celle qui augmente le plus au sein de la LPP, de 8,4 % par an en moyenne. Les dépenses liées à la location de lits médicalisés représentent 167 millions d'euros et ont augmenté de 9,8 %, contribuant ainsi à 40 % de la croissance dans la classe. Cette augmentation est uniquement due à une progression des quantités, alors que les prix et la structure de cette classe n'ont pas bougé. De même, les dispositifs concernant la perfusion à domicile (antibiothérapie, traitement du cancer, traitement de la douleur, maladie de parkinson, etc.) représentent 42 % des dépenses de la classe et contribuent pour 47 % à la croissance.

Autre poste très dynamique, au sein de la classe « appareil digestif et abdomen », les nutriments pour supplémentation orale (soupes, crèmes dessert, boissons lactées, etc.) destinés principalement aux personnes âgées dépendantes, représentent 223 millions d'euros de dépenses et augmentent de 8,5 % par an. La légère baisse des prix (-3 %) n'a pas compensé la forte augmentation des quantités délivrées (+41 %) liée notamment à l'extension des indications aux patients dénutris en général.

Tableau 14 - Montants remboursables et taux de remboursement des 12 classes technico-thérapeutiques de la LPP

	Montant remboursable		Contribution à la croissance 2010-2014	Taux de remboursement	
	2014	Taux de croissance annuel moyen 2010- 2014		2014	Évolution en points 2010-2014
R - Respiratoire	1 052,4 M€	6,3 %	22 %	83 %	-2,5
O - Appareillage orthopédique externe	852,1 M€	6,8 %	19 %	77 %	-3,0
H - Diabète	666,4 M€	2,9 %	7 %	97 %	0,2
D - Dermatologie	567,1 M€	6,7 %	12 %	78 %	-1,4
T - Maintien à domicile	484,6 M€	8,2 %	12 %	95 %	0,6
A - Appareil digestif et abdomen	472,5 M€	7,6 %	11 %	89 %	-0,3
S - Organes des sens et sphère ORL	419,6 M€	4,8 %	7 %	64 %	-4,3
K - Aides à la vie et fauteuils roulants	281,6 M€	6,4 %	6 %	92 %	0,5
G - Appareil génito-urinaire	236,0 M€	5,1 %	4 %	93 %	0,8
E - Prothèses réparatrices a visée esthétique	17,7 M€	2,8 %	0 %	95 %	-0,1
N - Neurologie	9,6 M€	12,1 %	0 %	77 %	-1,8
C - Système cardio-vasculaire	0,1 M€	25,0 %	0 %	96 %	-13,7
<b>Total général</b>	<b>5 059,7 M€</b>	<b>6,1 %</b>	<b>100 %</b>	<b>85 %</b>	<b>-1,5</b>

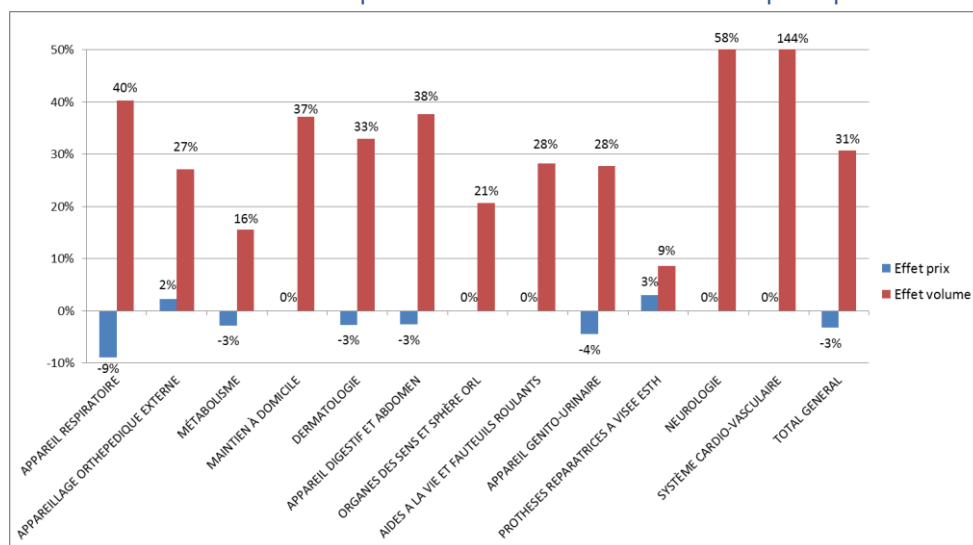
Source : Sniiram

### *Une croissance de la dépense tirée par un effet volume important non compensée par des baisses de prix*

De manière générale, l'évolution des dépenses est due soit à un effet de volume (variation des quantités délivrées ou du poids relatif de chaque dispositif à l'intérieur de la classe), soit à un effet prix (variation des prix unitaires des dispositifs). Concernant la LPP, la progression des dépenses s'explique essentiellement par une augmentation importante des volumes (+31 %) alors que l'effet prix est de - 3 % (Figure 59). Quelles que soient les classes considérées, les effets de volume sont très importants et toujours positifs, traduisant une augmentation des taux de recours des assurés du régime général à la LPP. En revanche, les effets prix sont

relativement faibles, voire nuls, à l'exception de la classe « respiratoire » où les prix ont diminué de - 9 % sur la période 2010-2014.

Figure 59- Structure de l'évolution des dépenses des 12 classes technico-thérapeutiques entre 2010 et 2014



Source : Sniiram

Une forte partie de la croissance des dépenses remboursées de la LPP est liée à un petit nombre de produits et prestations. Ainsi 11 postes représentent à eux seuls trois-quarts de l'évolution des montants remboursables entre 2010 et 2014 (Tableau 15). En premier lieu viennent les orthèses (+ 170 M€, les dispositifs pour le traitement de l'apnée du sommeil, dont les remboursements ont augmenté de 145 millions d'euros entre 2010 et 2014 (contribution de 14 % à la croissance), puis les pansements primaires ou actifs (10 %).

Tableau 15 - Les 11 dispositifs qui contribuent le plus à la croissance de la LPP

Dispositif	Montant remboursable en 2010	Montant remboursable en 2014	Contribution à la croissance 2010-2014
Orthèses	392,5 M€	562,2 M€	16,4 %
Pression positive continue pour apnée du sommeil, prestation seule	319,6 M€	464,7 M€	13,7 %
Pansements primaires ou actifs	253,0 M€	364,9 M€	10,5 %
Nutriments pour supplémentation orale	161,0 M€	223,2 M€	5,9 %
Traitements respiratoires, prestations avec oxygène	129,5 M€	182,4 M€	5,0 %
Lits médicaux, location	115,1 M€	167,0 M€	4,9 %
Autotraitement du diabète, pompes externes	70,8 M€	110,9 M€	3,8 %
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles, déambulateurs	78,8 M€	117,5 M€	3,7 %
Perfusion, diffuseurs portables et divers	79,0 M€	116,0 M€	3,5 %
Orthoprothèses	163,0 M€	197,3 M€	3,2 %
Autotraitement du diabète, matériel d'injection pour pompes	69,7 M€	103,6 M€	3,2 %
<b>Total</b>	<b>1 831,9 M€</b>	<b>2 609,6 M€</b>	<b>73,7 %</b>

Source : Sniiram

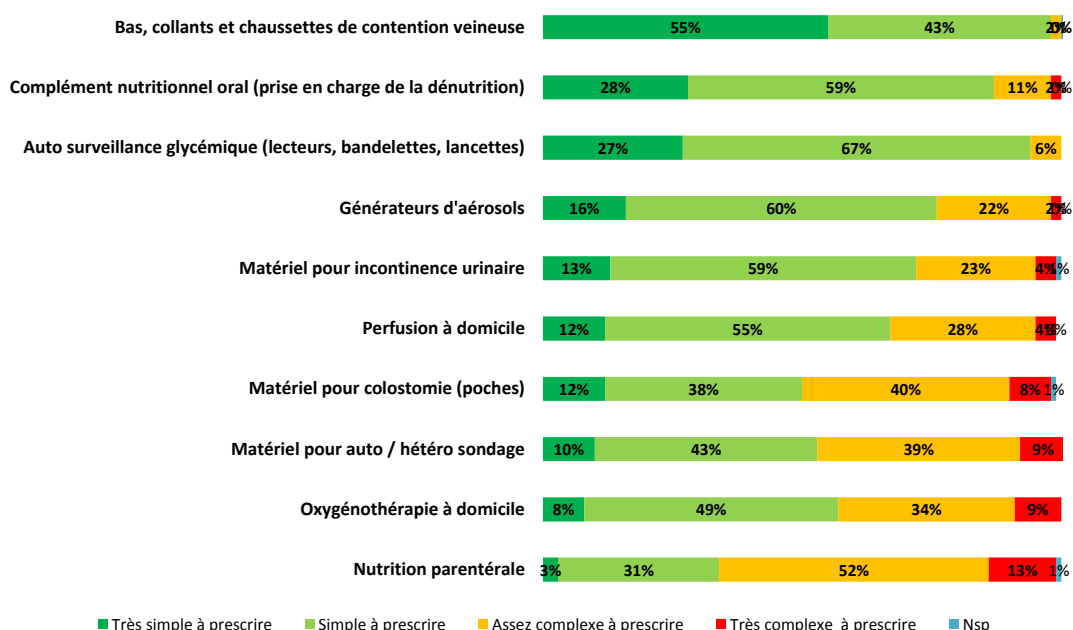
## 5.1.2 Des dispositifs et prestations complexes nécessitant des prescriptions précises

Les risques de non pertinence et de gaspillage associés à cette croissance très rapide des dépenses de la LPP sont d'autant plus préoccupants que le secteur apparaît mal connu par les prescripteurs. La LPP regroupe une très grande variété de produits et de soins (lits médicaux, fauteuils roulants, fourniture d'oxygène, prothèses diverses, matériel pour traitement du diabète, aides auditives et visuelles, etc...) et les études cliniques indépendantes sont peu nombreuses. Or, l'acte de prescription nécessite de disposer de connaissances précises sur les dispositifs disponibles et leurs différentes indications, ce qui ne semble pas toujours le cas. Un des facteurs explicatifs de la croissance des dépenses résiderait d'ailleurs dans le fait que la prescription de ces produits n'est pas optimisée, ne favorisant pas ainsi le bon usage.

Une étude conduite par BVA pour le compte de l'Assurance maladie montre à cet égard que l'expérience des médecins généralistes dans la prescription de dispositifs médicaux et de prestations inscrites à la LPP se concentre naturellement sur les domaines qui font partie de leur pratique courante : bas, collants et chaussettes de contention, auto-surveillance glycémique et compléments nutritionnels. Pour les autres prestations qui font moins partie de leur quotidien, les médecins généralistes sont nombreux à répondre que la prescription est complexe voire très complexe (Figure 60). C'est le cas particulièrement de la nutrition parentérale qui a été inscrite récemment à la LPP, de l'oxygénothérapie (400 M€€de dépense), le matériel pour colostomie (80 M€€, la perfusion à domicile (plus de 200 M€€ ou l'incontinence urinaire (80M€€. Cette difficulté serait directement liée à la méconnaissance des différents produits et prestations pris en charge et de leur indications.

En outre, l'évolution régulière des nomenclatures et des indications des différents postes de la LPP nécessitent d'informer les prescripteurs. A titre d'exemple, les indications des sièges coquilles ont récemment été revues par la CNEDiMTS et la population concernée par la prise en charge largement réduite. La modification de nomenclature qui suivra ce nouvel avis de la CNEDiMTS devra s'accompagner d'une large information des médecins prescripteurs à l'image de la campagne d'information réalisée par le délégué de l'assurance maladie sur les compléments nutritionnels oraux.

Figure 60 – Réponses d'un échantillon de généralistes à la question :  
Pour chaque type de produit ou prestation cité ...diriez-vous que leur prescription vous semble...



Sur des domaines particuliers, l'imprécision relative des prescriptions, engendrée par la complexité de la LPP, confère aux prestataires un rôle dans l'orientation de la prescription qu'ils ne devraient pas détenir : adaptation de la prescription initiale, ou bien proposition aux médecins de modèles d'ordonnances, voire d'ordonnances pré-remplies.

Ainsi, les prestataires jouent un grand rôle non seulement dans la délivrance, mais aussi dans la définition et l'orientation de la prescription, alors même qu'ils sont parties prenantes. Le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) négocie d'ailleurs directement avec les prestataires des accords visant à modifier la structure des délivrances des prestations d'oxygénothérapie, notamment entre l'oxygène liquide et les dispositifs alternatifs moins coûteux pour l'Assurance Maladie. Cela illustre bien que dans le domaine de la LPP, l'interlocuteur de la maîtrise médicalisée n'est pas uniquement le prescripteur, mais également le prestataire lui-même. Suite à la signature de ces accords, le volume des prestations d'oxygène liquide a fortement diminué au profit de forfaits alternatifs moins coûteux, sans intervention de l'Assurance Maladie auprès des médecins prescripteurs. La convention entre les prestataires de soins à domicile et l'assurance maladie participe également de ce même objectif (voir encadré) en régulant et encadrant les pratiques des prestataires.

#### Encadré 10 – La convention nationale entre les prestataires de soins à domicile et l'assurance maladie

La signature, le 15 juillet 2015, d'une nouvelle convention rénove et consolide le partenariat entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les trois principales organisations professionnelles représentant les acteurs de la prise en charge à domicile des malades chroniques et des personnes âgées ou handicapées.

Dans ce secteur-clé du champ des dispositifs médicaux et des prestations associées, au regard des enjeux économiques et sanitaires, la finalité de cet accord est double : d'une part, adapter les pratiques professionnelles aux exigences de qualité des prestations et de maîtrise des dépenses afin de répondre à une demande croissante ; d'autre part, moderniser les échanges entre l'Assurance Maladie et les prestataires en sécurisant les circuits de facturation grâce à Sesam Vitale et la dématérialisation des ordonnances.

Sur la qualité, la convention comprends un certain nombre de bonnes pratiques professionnelles, parmi lesquelles figurent notamment la formation des salariés du prestataire, ainsi que les relations avec les professionnels de santé. L'interdiction pour le prestataire de participer à la rédaction des ordonnances, mais également à la réalisation du diagnostic ou de prêter du personnel directement ou indirectement à un établissement ou un professionnel de santé, y est ainsi clairement stipulée et sera dès lors opposable à l'ensemble des prestataires.

Les signataires ont également reconnu l'intérêt de mettre à disposition des outils (modèles types et aides à la prescription) visant à aider le prescripteur, lorsqu'il le souhaite, dans sa rédaction des ordonnances, qui seront fournis par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

### 5.1.3 La qualité des prestations de soins à domicile : un fort enjeu

La qualité des prestations à domicile (oxygénothérapie, PPC, pompes à insulines, perfusion à domicile, nutrition entérale) et la constance de cette qualité sur l'ensemble du territoire constituent des enjeux importants en termes de santé publique. Or, sur un marché représentant plus du tiers des dépenses de la LPP en ville et comptant un très grand nombre d'acteurs très diversifiés par leur statut (prestataires privés, associations ou pharmaciens) ou par leur taille (très petites entreprises et sociétés de stature nationale),

l'homogénéité de la qualité de service n'est pas assurée. Comme le soulignaient les auteurs du rapport de l'IGAS en 2010, « le problème de la qualité des prestations est posé par les conditions très libérales d'installation, d'exercice et du mode de rémunération des prestataires qui créent les conditions d'un démarchage actif et contestable auprès des prescripteurs».

Ainsi, afin de garantir des standards en termes de services aux patients (à défaut d'objectiver la qualité de la prestation), les nomenclatures des prestations inscrites à la LPP imposent un certain nombre de critères et de spécifications minimales que doivent remplir les prestataires. Par exemple, la nouvelle nomenclature pour la perfusion à domicile définit avec précision les modalités de la prestation pour en garantir la qualité. Elle prévoit explicitement les conditions du suivi du patient avec le service à l'origine de la prescription et avec les autres professionnels intervenant à domicile. Le texte confirme également le rôle du prestataire dans la formation et l'accompagnement du patient et/ou de ses aidants à son traitement, y compris au travers d'une astreinte infirmière. Des obligations similaires existent également pour l'oxygénothérapie ou l'insulinothérapie par pompe.

Si les voies conventionnelles et les contrôles de l'assurance maladie peuvent permettre, dans une certaine mesure, d'objectiver et de contrôler la qualité des pratiques et le respect des contraintes imposées, deux éléments complémentaires seraient de nature à encourager les bonnes pratiques :

- recueillir des informations permettant d'objectiver la qualité du service rendu concrètement sur le terrain, notamment à partir de l'expérience des patients ; un certain nombre de pays mettent en place des indicateurs de qualité construits à partir d'un recueil auprès des patients sur leur expérience des soins, et cette démarche apparaît très pertinente pour les prestations de soins à domicile ;
- mettre en œuvre des modalités de rémunération prenant en compte la qualité du suivi des prestataires. Celle-ci peut notamment être mesurée, dans certains cas, au travers de l'adhésion du patient – facteur majeur, on le sait, de l'efficacité, de la qualité et de la sécurité du traitement. Aider les patients à mieux adhérer à leur traitement est d'ailleurs un des objectifs des prestataires, et doit s'inscrire dans leur démarche de qualité de prise en charge et d'accompagnement. L'adhésion au traitement pourrait ainsi constituer un indicateur de qualité pris en compte dans leur rémunération, afin de les inciter à apporter au patient le meilleur service et à être à l'écoute de ses difficultés, de ses attentes et de la mobilisation de ses propres compétences. Cette rémunération à la performance des prestataires n'induirait aucune modification de la prise en charge pour le patient. A cet égard, les technologies numériques permettent maintenant de suivre en continu le bon usage d'un dispositif, d'apprécier la qualité de la prestation et de mener en temps réel les actions permettant le cas échéant de l'optimiser au profit du patient, réduisant ainsi les risques sur l'adhésion au traitement des malades chroniques. Des aménagements législatifs et réglementaires sont nécessaires pour autoriser ces transmissions d'informations, qui seraient faites avec l'accord du patient, et en encadrer les règles de transmission et de conservation.

#### 5.1.4 Des difficultés à fixer les prix et à les faire évoluer

Le prix des dispositifs médicaux remboursables sont fixés par le Comité économique des produits de santé (CEPS) sur la base des avis émis par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) et de la HAS qui donnent une évaluation de l'amélioration du service attendu (ASA), ou un avis d'efficience. Ces avis sur le service attendu ou l'amélioration du service attendu permettent d'orienter la tarification par rapport à des dispositifs médicaux de même finalité thérapeutique et déjà inscrits sur la liste des produits et prestations. Aux termes de l'article R-165-4 du Code de la sécurité sociale, les produits ou prestations qui n'apportent ni amélioration ni économie pour l'assurance maladie ne peuvent être inscrits à la LPP. Selon cet article, dès lors que l'amélioration du service attendu est classée de niveau V, il y aurait toute légitimité à ne pas inscrire ces nouveaux dispositifs, ou de les inscrire à des tarifs



inférieurs aux dispositifs comparables déjà inscrits sur la liste des produits et prestations (nouveaux pansements arrivant sur le marché, nouveaux stents etc...)

La justification d'un tarif similaire aux dispositifs comparables se fonde parfois sur la justification d'économies réalisées grâce à une commodité d'usage, permettant une meilleure observance des traitements, ou grâce à une substitution à d'autres soins plus onéreux. Cependant les avis de la HAS, qui se basent sur des critères cliniques, ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer l'avantage revendiqué par les fabricants (ou les prestataires) sur le plan de cette commodité d'usage pour le patient, ou sur des éventuelles économies réalisées sur une substitution partielle ou totale d'une stratégie thérapeutique plus onéreuse. .

De fait, il est très fréquent qu'un nouveau dispositif bénéficie d'un prix équivalent à ses concurrents sans pour autant justifier d'une amélioration du service attendu, mais uniquement sur la base des avantages revendiqués par le fabricant, non étayés par une évaluation scientifique rigoureuse. Cela conduit à ce que ne soit pas toujours suivie la règle selon laquelle un produit n'apportant pas d'amélioration (ASA de niveau V) doit permettre une économie de traitement.

A la fois pour garantir une certaine transparence pour les assurés et les prescripteurs sur les qualités relatives des dispositifs, mais aussi pouvoir justifier ou non d'une baisse de prix par rapport aux comparateurs, les évaluations devraient pouvoir donner des éclairages sur les avantages en termes de commodité d'usage, ou sur des économies par substitution à des stratégies thérapeutiques supposées plus onéreuses.

La dynamique des prix en fonction du cycle de vie des produits ou des évolutions en volume est aussi relativement lente. Comme le souligne l'IGAS, « chaque baisse de prix intervient en effet dans un environnement micro-économique particulier, avec des logiques propres que le CEPS doit étudier avant de procéder à une négociation. De plus, le CEPS doit parfois faire face lors de ces négociations à une multiplicité de parties prenantes : fabricants (eux-mêmes atomisés en plusieurs fédérations professionnelles défendant des intérêts spécifiques par sous-secteurs), pharmaciens, PSAD. Ces contraintes sont à l'origine de délais important pour certaines négociations. Enfin, les baisses de tarifs d'une classe entière de DM proposées par le CEPS (par ex. les implants orthopédiques) sont parfois contestées et déboutées en Conseil d'Etat, par défaut notamment de bases législatives et réglementaires. »

C'est pourquoi on observe, pour la grande majorité des secteurs, et malgré des hausses de volume parfois considérables, pas ou peu de baisse de prix. Comme on l'a vu plus haut, la location hebdomadaire de lits médicalisés, qui a cru de 39 % de 2010 à 2014, n'a pas vu son tarif modifié sur la période. De même, les compléments de nutrition orale ont augmenté en volume de 41 % en quatre ans, et la baisse de prix n'a été que de 3 %. Dernier exemple, les pansements primaires qui ont progressé de 44 % entre 2010 et 2014 n'ont subi qu'une baisse de prix de -2 % sur la période.

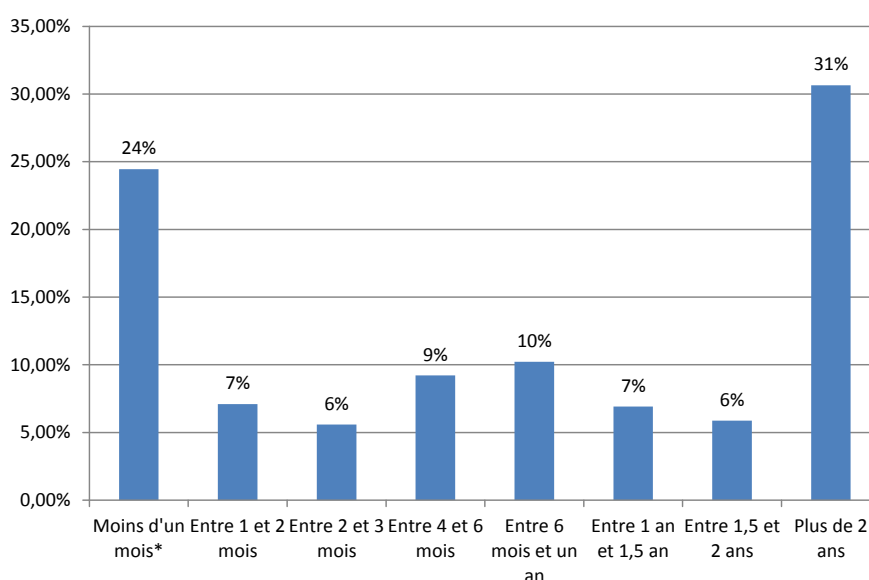
### 5.1.5 Un équilibre économique entre achat et location à étudier en fonction des durées d'utilisation

Avec le vieillissement de la population, la chronicisation des pathologies et l'existence de traitement à vie, on peut se poser la question de l'arbitrage entre location et achat des dispositifs médicaux destinés au maintien à domicile. C'est notamment le cas pour les lits médicaux (remboursés uniquement à la location), des véhicules pour personnes handicapées (qui existent à l'achat et à la location) ou encore des appareils à pression positive continue (PPC) remboursés dans le cadre d'une prestation hebdomadaire globale incluant la mise à disposition de l'appareil.

La question d'optimisation économique pour l'assurance maladie mérite d'être posée : quand un dispositif est utilisé pendant plusieurs années, la location est-elle efficiente ? A l'inverse, l'achat n'est pas toujours pertinent notamment pour des soins de très courte durée.

Par exemple, les lits médicaux qui sont remboursés sur la base de 14 € par semaine sont « amortis » au bout de 60 à 70 semaines de location. Or, plus de 35 % des patients incidents ont des durées de location supérieures à 78 semaines (18 mois). On peut concevoir que les marges dégagées par ces locations de longue durée fassent partie de l'équilibre économique des prestataires ; encore faut-il s'assurer que cet équilibre soit équitable avec l'assurance maladie sur le long terme. Avec une croissance de près de 10 % par an de ce poste, il est justifié de s'interroger sur les modes de tarification qui seraient les plus adaptés aux locations de longue durée.

Figure 61 - Répartition des patients en fonction de leur durée de location de lit médical

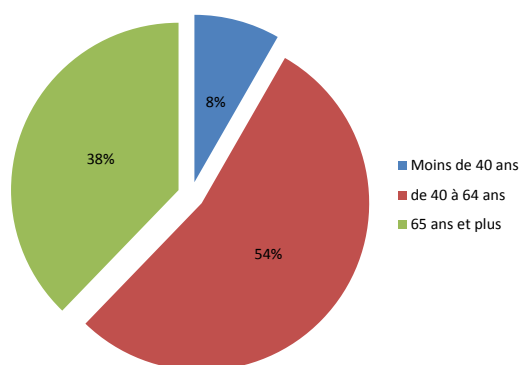


**Source :** Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie, Datamart de Consommation Inter-Régime (DCIR)

**Champ :** Assurés ayant eu un remboursement de forfait de livraison entre janvier et mars 2013 (voir onglet "Liste") et des remboursements pour location de lit entre janvier et décembre 2015.

Sur les appareils à pression positive continue (PPC), la logique est un peu différente de celle des lits. D'une part, les assurés qui débutent un traitement par PPC sont relativement jeunes (62 % ont moins de 65 ans) et en cas d'efficacité et d'adhésion au traitement, ils sont destinés à le poursuivre pendant de longues années. D'autre part, le coût de la prestation par PPC comprend non seulement la mise à disposition de l'appareil mais également les consommables et le service apporté au patient. Toutefois, compte tenu du montant que peut représenter le traitement par PPC sur le long terme (14 000 € par patient pour 15 ans de traitement), il conviendrait de s'interroger sur l'intérêt, là encore, d'une tarification alternative pour les patients au long cours, incluant une partie achat ou modulant la part rémunérant la location.

Figure 62 - Répartition des nouveaux patients traités par PPC en 2015 par tranche d'âge



Source : DCIR, tous régimes.

**Champ** : les patients sont considérés comme nouvellement traités s'ils n'ont pas eu de remboursement de PPC dans les six mois précédents.

### 5.1.6 Les effets pervers des mécanismes incitatifs pour la liste en sus

À la dépense de produits et prestations délivrés aux patients en ambulatoires s'ajoute celle relative aux dispositifs médicaux achetés par les établissements de santé, publics et privés. Ces dispositifs médicaux font l'objet d'un suivi et de modalités de remboursement différents selon qu'ils sont :

- inclus dans les GHM : il s'agit de tous les types de dispositifs médicaux, allant des dispositifs médicaux implantables (hors liste en sus) à des dispositifs médicaux stériles ou non stériles de toutes sortes (pansements, systèmes de perfusion, seringues, lits médicaux,...). Ces dispositifs médicaux sont financés dans le cadre de la tarification à l'activité : leur coût est ainsi inclus dans les GHS et leur prix d'acquisition est le résultat des stratégies d'achat des établissements ;
- inscrits sur la liste en sus, qui correspond aux dispositifs médicaux implantés plus de 30 jours dans le corps humain et remboursés individuellement par l'assurance maladie en plus des dépenses liées aux GHS. Ils représentent un montant de dépenses pour l'assurance maladie de 1,4 Md€ en 2014.

Pour chacun des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, le CEPS fixe un tarif de responsabilité, les établissements étant assurés d'être remboursés par l'assurance maladie à concurrence de ce tarif. Cependant, afin d'inciter les établissements de santé à négocier leur prix d'achat à un prix inférieur au tarif, l'assurance maladie procède au remboursement du prix d'achat réel plus une partie de la différence entre le tarif et le prix d'achat réel : ce dispositif est nommé « écart au tarif indemnisable » (ETI). En pratique, cela signifie que les établissements gardent 50 % des rabais qu'ils obtiennent auprès des distributeurs, et en restituent 50% à l'assurance maladie.

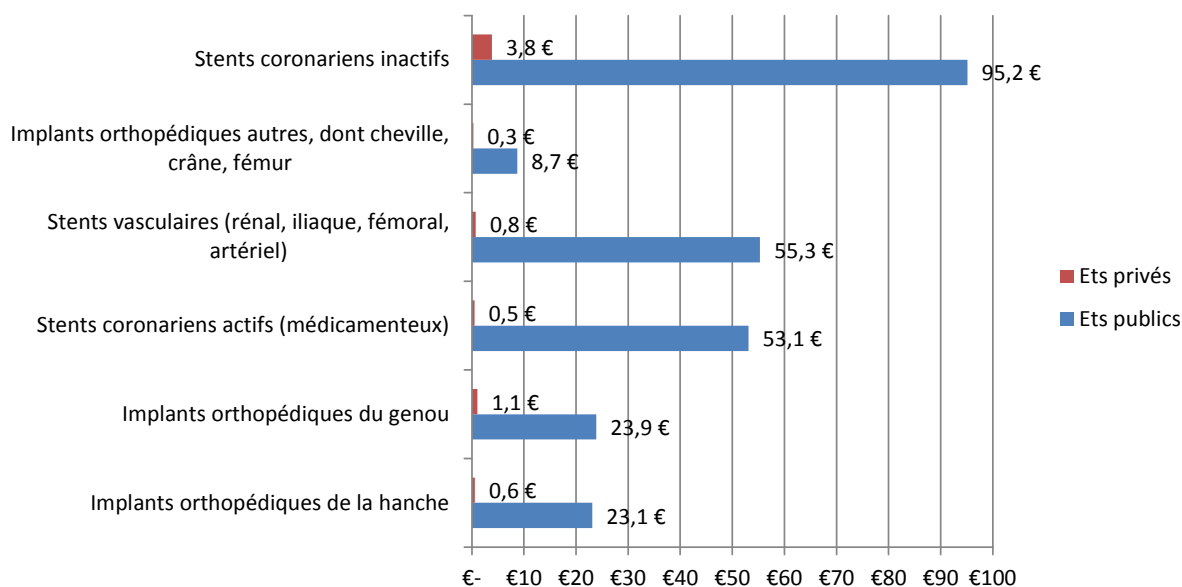
On peut constater que globalement ce dispositif a un impact relativement limité en termes d'économie et que les politiques d'achat (et de facturation) varient fortement d'un établissement à l'autre. En effet, le montant total de l'écart indemnisable s'élevait en 2014 à environ 30 millions d'euros, soit moins de 2 % du total des dépenses engagées. Mais cette moyenne correspond à un taux de 3,3 % dans le secteur public contre seulement 0,1 % dans le privé. Cette différence de taux se retrouve quel que soit le type de dispositifs implantables, et ne semble pas liée à l'ampleur des volumes de dispositifs posés dans les établissements. Par exemple, pour les prothèses de hanches ou de genoux, dont 60 % sont posées dans les cliniques privées, les rabais obtenus s'élèvent à 10 % dans le public et à seulement 0,2 % dans le privé. De même, dans les établissements publics, ces ristournes atteignent 12 % pour les stents coronariens actifs et même 38 % pour les stents coronariens inactifs. *A contrario*, pour des volumes de même ordre de grandeur dans les cliniques

privées, on n’observe quasiment aucun rabais. Il est assez paradoxal d’imaginer que ces établissements à but lucratif payent le prix fort pour des dispositifs implantables pour lesquels les établissements publics obtiennent des remises significatives. Il apparaît plus probable que d’autres types de négociations s’opèrent qui échappent à la facturation à l’assurance maladie, et donc à la régulation des tarifs.

Néanmoins, même au sein des établissements publics de santé, les pratiques ne sont pas uniformes et les rabais obtenus varient beaucoup d’un établissement à l’autre. Pour un tarif de responsabilité de 550 €, la ristourne sur un stent coronarien inactif standard peut atteindre 280 € dans certains établissements ; dans d’autres hôpitaux, elle ne dépasse pas 200 €. Les rabais sont moins importants en moyenne pour les stents coronariens actifs (médicamenteux), mais les situations sont là aussi variables, l’APHP parvenant à récupérer un quart du tarif et encaissant sur ce seul poste 1,6 M€ en écart indemnisable, tandis que d’autres établissements avec des volumes importants ne font pas mieux que des taux de 2 %.

Le montant dérisoire de l’ETI par rapport aux dépenses engagées, l’inexistence de ceux-ci dans le secteur privé et l’extrême variabilité entre les établissements laissent craindre une sous déclaration importante au détriment de l’assurance maladie, ou des pratiques commerciales non transparentes échappant à la régulation. De surcroît, outre le fait que le mécanisme de l’ETI ne conduit pas à des économies substantielles, il ne permet pas non plus de révéler les prix de marché utiles à la régulation globale des tarifs.

Figure 63 - Montant moyen des écarts indemnisables pour quelques catégories de dispositifs médicaux implantables, pour le secteur public et le secteur privé, en 2014.



## Propositions sur la LPP

### **Proposition 18 – Renforcer la connaissance et la pertinence des prescriptions de dispositifs et prestations inscrits à la LPP**

Pour améliorer la qualité de la prescription et son adéquation au besoin du malade, ainsi que la transparence sur les rôles respectifs des médecins et des prestataires, il est nécessaire de réduire l'asymétrie d'information entre les professionnels de la LPP et les prescripteurs. Des actions d'information auprès des professionnels prescripteurs seront conduites par l'assurance maladie sur des secteurs identifiés. Il faut également favoriser le développement des outils susceptibles de faciliter la prescription de la LPP, avec notamment les logiciels d'aide à la prescription, des modèles d'ordonnances remplissables en ligne sur Espace Pro de l'assurance maladie et à terme la prescription électronique en ligne.

Par ailleurs les indications et les conditions de prescription doivent être mieux cadrées dans un certain nombre de domaines, à l'instar de ce qui a été fait récemment pour les sièges coquilles, afin de ne rembourser que ce qui est vraiment utile. Là également des actions d'accompagnement de l'assurance doivent être déployées sur le terrain, auprès des prescripteurs, pour assurer le respect de ces indications.

### **Proposition 19 – Accroître la qualité des prestations fournies sur l'ensemble du territoire par la transparence et par des modes de rémunérations prenant en compte cette qualité**

Deux pistes sont à explorer :

- Lancer un dispositif de recueil d'information, en lien avec les associations de patients, qui permettrait d'objectiver la qualité de l'accompagnement, le respect des spécifications minimales, mais aussi des aspects de type « expérience patient ». Cette remontée d'information pourrait alimenter des indicateurs de qualité qui feraient l'objet d'un retour d'information aux prestataires ;

- Au-delà du retour d'information, il est possible d'envisager dans certains cas une modulation de la rémunération des prestataires en fonction de la performance correspondant à la qualité du service rendu et à son corollaire en termes d'adhésion des patients, qui conditionne l'efficacité du traitement, et qui pourrait un indicateur de résultat de la qualité de l'intervention du prestataire. En outre, la télétransmission d'information doit être encadrée, afin de permettre un échange d'information plus rapide et de façon sécurisée entre les patients, les prescripteurs et les prestataires dans le but de construire la meilleure prise en charge globale possible pour les patients. Une disposition législative est nécessaire pour mettre en place ces évolutions au service de la qualité des soins.

### **Proposition 20 – Sécuriser les fondements de la doctrine du CEPS par une assise législative et réglementaire pour favoriser les baisses de prix sur ce secteur**

Le défaut de critères légaux de fixation des prix conduit à fragiliser la pérennité de l'approche conventionnelle. Ainsi en avril 2016, la suspension d'une baisse de prix sur les prothèses de hanche a montré qu'un accord pouvait être remis en cause car l'un des éléments utilisés par le CEPS pour justifier des niveaux de baisse demandés ne figurait pas dans les critères légaux de fixation de prix. Par ailleurs, plusieurs laboratoires questionnent le bien fondé des plans de baisses de prix annuels du CEPS au regard de ces mêmes critères, alors même que ces diminutions de prix permettent la réalisation des économies attendues du CEPS.

**Proposition 21 – Pour les dispositifs médicaux et prestations utilisés sur le long terme par les patients, étudier les modes de tarification alternatifs à la location**

Les locations d'équipement interviennent pour certains dispositifs sur des durées très longues et une réflexion doit être menée pour adapter les modes de rémunération dans ces situations, ce qui peut passer par un achat ou par un tarif de location dégressif.

**Proposition 22 – Améliorer la transparence des mécanismes incitatifs sur les achats de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus**

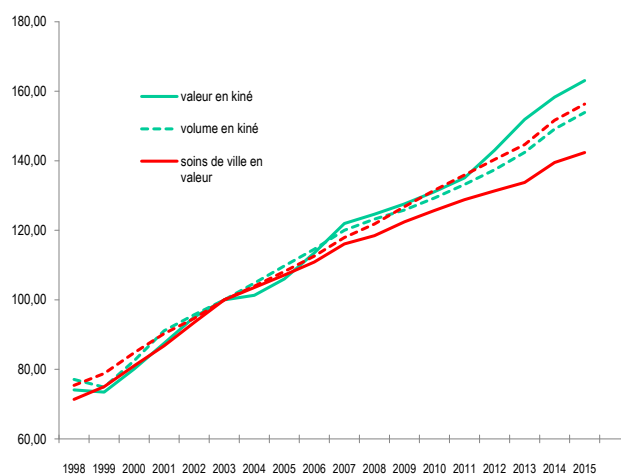
La transparence est la condition nécessaire du fonctionnement correct de ce mécanisme, conçu pour favoriser la mise en concurrence des industriels par les acheteurs, inciter ces derniers à négocier les prix et récupérer ainsi des économies au profit de l'ensemble du système. Cette transparence est insuffisante aujourd'hui et doit être améliorée. A ce titre, la capacité des agences régionales de santé à pouvoir vérifier les clauses contractuelles conclues entre fournisseurs et acheteurs devrait être renforcée.

## 5.2 La régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Les dépenses d'assurance maladie pour des soins de masso-kinésithérapeutes réalisés en ville se sont élevées en 2014 à 3,5 milliards d'euros, soit 4,5% des dépenses totales. Plus de 9 millions de personnes (régime général) ont bénéficié d'un soin, soit 15% de la population, avec en moyenne 23 actes par personne traitée ; le taux de recours augmente naturellement avec l'âge : 27% chez les 65 ans et plus, 35% chez les 80 ans et plus.

Au cours des cinq dernières années, la croissance de ces dépenses a été relativement élevée, de l'ordre de 4 % par an en moyenne. En dix ans, ce sont 1,8 milliard d'€ de dépenses supplémentaires qui ont été consacrés à ces soins.

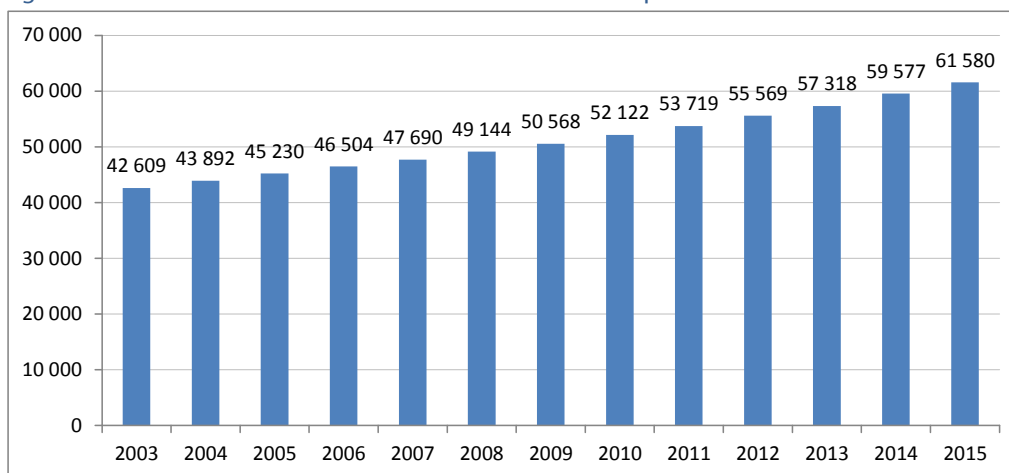
**Evolution en valeur et volume des dépenses de MK et soins de ville**  
**Base 100 2003**



Cette croissance des dépenses est soutenue par une augmentation importante des effectifs de professionnels libéraux qui ont augmenté de près de moitié entre 2003 (43 000 professionnels) et 2015 (61 600) (Figure 64), soit une croissance de l'ordre de 3% par an ; le rythme s'accélère même sur les années récentes (+ 3,5 % en moyenne annuelle sur les quatre dernières années). Si le nombre de places ouvertes en France pour les étudiants masseurs-kinésithérapeutes – qui a presque doublé en quinze ans (passant de 1 369 en 1999 à 2 631 en 2015) – explique en partie ce phénomène, les professionnels formés à l'étranger contribuent également très fortement à l'essor démographique. Chaque année depuis 2003, les nouveaux diplômés de masso-kinésithérapie autorisés à exercer sont près de quatre sur dix à avoir étudié hors de France ; au total 17 000 masseurs-kinésithérapeutes inscrits en 2015 ont été formés à l'étranger, soit 27 % des effectifs<sup>108</sup>.

<sup>108</sup> Source : Portrait des professionnels de santé, Drees, février 2015

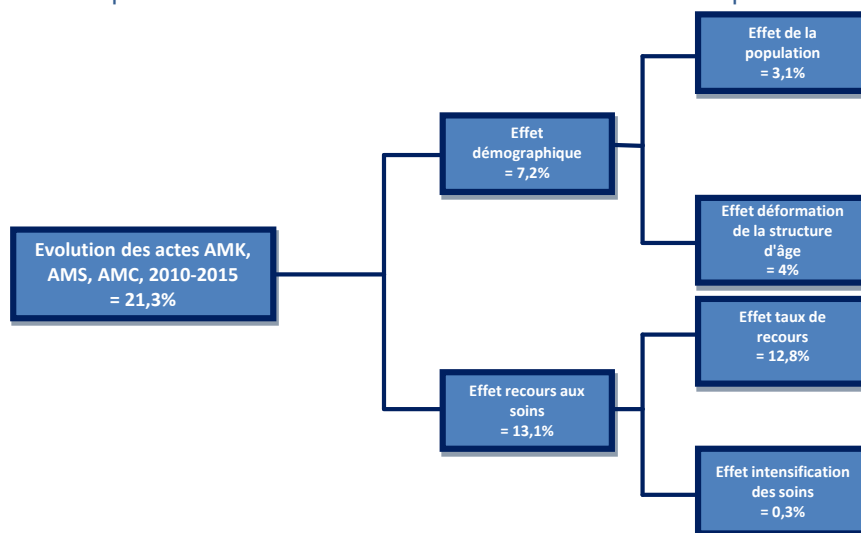
Figure 64 - Évolution des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes libéraux entre 2003 et 2015



Malgré cet afflux de nouveaux professionnels, les honoraires moyens ont continué à progresser au rythme de +1,6% en moyenne entre 2003 et 2015, et ce rythme moyen s'est maintenu sur la période récente.

Il est certain que l'évolution démographique (augmentation et vieillissement de la population) induit une augmentation des besoins de soins de masso-kinésithérapie. Néanmoins elle n'explique qu'un tiers de la croissance du volume des actes entre 2010 et 2015 : en d'autres termes, à âge identique, on recourt plus souvent aux actes de masseur-kinésithérapeute en 2015 qu'en 2010, et c'est ce qui explique la majorité de la croissance (Figure 65). Cette augmentation du recours correspond-elle à une évolution des besoins de la population ? Il est difficile de répondre à cette question, notamment parce que l'absence de nomenclature sur les actes de masseurs-kinésithérapeutes ne permet pas d'analyser en détail l'évolution de la structure de la consommation. Aujourd'hui en effet l'essentiel des actes se répartit sur quelques lettres-clés (AMC, AMK et AMS) et une trentaine de cotations, qui ne reflètent pas la diversité des actes et des prises en charge.

Figure 65 – Décomposition de la croissance des actes de masso-kinésithérapie entre 2010 et 2015



Quantitativement, cette notion de « besoin » est difficile à objectiver, comme en témoigne l'extrême disparité de répartition de masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire. En effet, la densité de professionnels varie du simple au quadruple d'un département à l'autre, avec 39 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis à 170 dans le département des Hautes-Alpes. Au total, près d'un tiers des départements (souvent au nord de la France) ont une densité inférieure de plus de 30 % à la moyenne nationale (81 pour 100 000 habitants) alors que le pourtour méditerranéen et les départements alpins sont



relativement bien dotés. Ainsi, au lieu de corriger les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins, la forte croissance des effectifs au cours des dix dernières années – bien que bénéficiant à l'ensemble des départements – a eu plutôt tendance à accroître ces disparités : le ratio interquartile des densités départementales<sup>109</sup>, qui était de 1,6 en 2015 est aujourd'hui de 1,7. C'est pourquoi on peut s'interroger sur l'adéquation aux besoins de la population.

Par ailleurs, ces disparités de densité induisent de forte différence en termes d'activité des masseurs-kinésithérapeutes en fonction de leur département d'exercice (Figure 66). Dans les départements où la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est élevée :

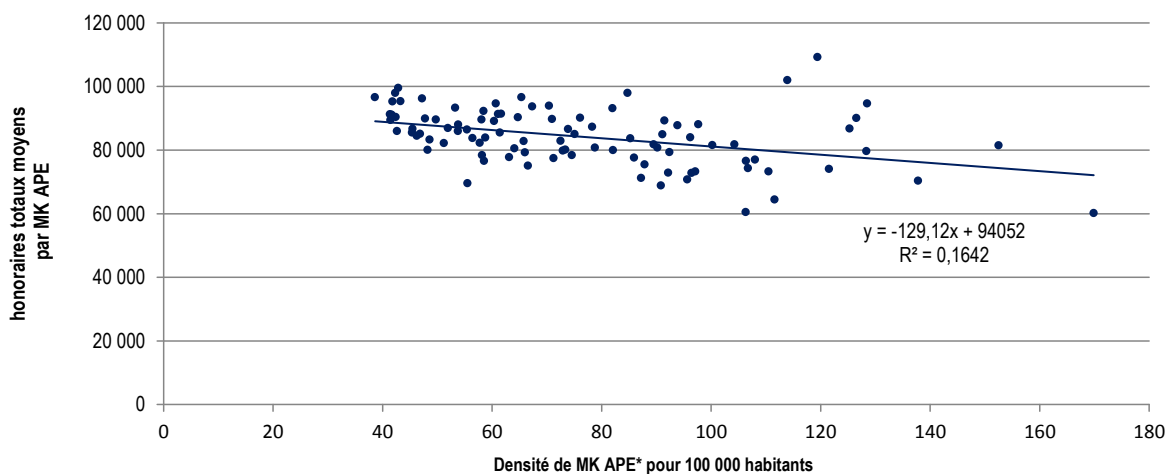
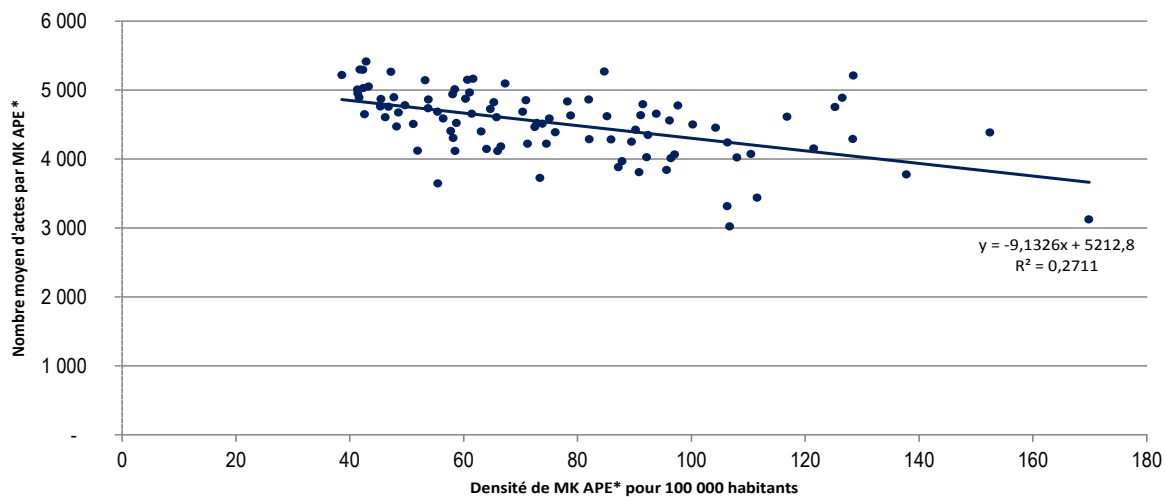
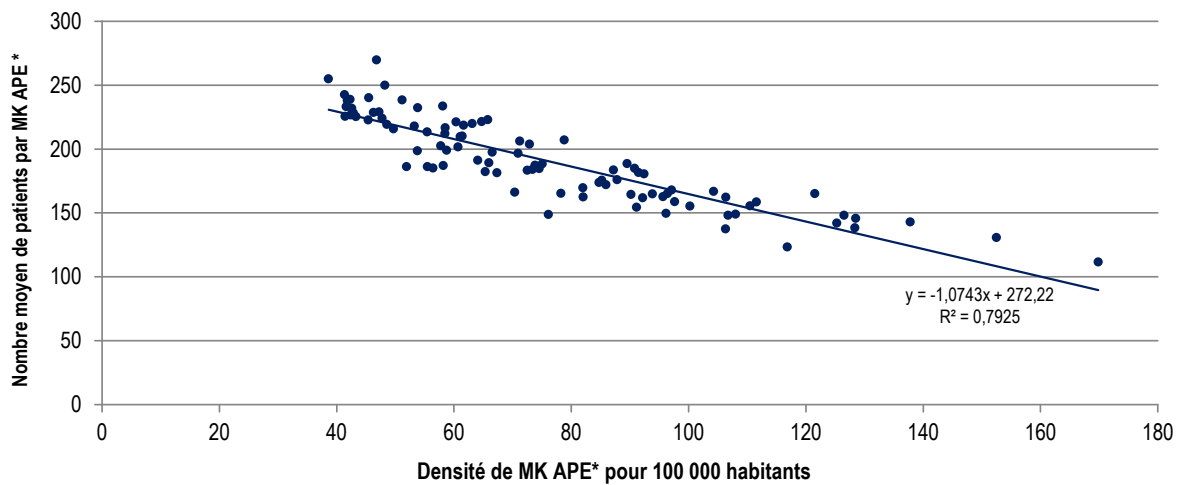
- les professionnels ont moins de patients en moyenne (dans les 10 départements où la densité est la plus élevée le nombre de patients par masseur-kinésithérapeute est inférieur de près de 20 % à la moyenne nationale) ;
- en revanche le nombre d'actes par patients est sensiblement plus élevé : ainsi dans le Var les patients des masseurs-kinésithérapeutes reçoivent en moyenne 30 actes par an, soit le double de ce que l'on observe dans la Sarthe où la densité est trois fois moins élevée; tout se passe comme si dans les départements où la densité de professionnels est particulièrement élevée, l'allongement des durées de rééducation permettait de compenser une patientèle plus faible;
- nonobstant cette compensation, les honoraires moyens par professionnels dans les départements où la concurrence est forte restent moins élevés par rapport à la moyenne nationale (4% de moins dans les 10 départements où la densité est la plus forte).

Ainsi, outre l'inadéquation aux besoins de la population, la répartition inégale des professionnels induit dans les zones où ils sont très nombreux une situation concurrentielle qui n'est pas sans conséquence sur leurs conditions d'exercice, leurs revenus et bien-sûr les dépenses prises en charge.

---

<sup>109</sup> expliquer

Figure 66 – Lien entre la densité des kinésithérapeutes par département, le nombre moyen de patients, le nombre moyen d’actes par patient et les honoraires moyens par professionnel



## Propositions

### **Proposition 23 – Mettre en place la régulation démographique des masseurs kinésithérapeutes libéraux**

L'évolution de la démographie des masseurs kinésithérapeutes montre qu'il est essentiel de mettre en place un dispositif de régulation démographique. Face à un afflux de professionnels qui ne peut plus être régulé au travers des capacités de formation nationales, cette voie négociée permet d'éviter une concurrence excessive préjudiciable aux intérêts des professionnels eux-mêmes, en même temps qu'elle rééquilibre la réponse aux besoins de la population. L'expérience des accords avec d'autres professionnels montre que dans la durée, ce rééquilibrage peut se faire progressivement, et qu'en l'absence de tels accords l'inégalité de la distribution géographique a tendance à s'accroître spontanément.

### **Proposition 24 – Mettre en œuvre une CCAM dans ce secteur pour permettre une meilleure compréhension des activités**

L'amélioration qualitative de la connaissance de l'activité de masso-kinésithérapie de ville, des besoins de soins auxquels elle répond, des pathologies et situations cliniques des patients soignés, est aujourd'hui une nécessité. Cette démarche s'est développée dans beaucoup d'autres secteurs. Dans un contexte de ressources rares et de forte contrainte financière, elle permet des approches médicalisées sans lesquelles il ne peut y avoir de régulation intelligente de la dépense.

La mise en place d'une nomenclature permettant de caractériser plus précisément les soins prodigués est donc un objectif à poursuivre.

## 5.3 La biologie : des restructurations en cours, une réflexion globale à développer

### 5.3.1 Une réforme ambitieuse

L'activité de biologie médicale, qui joue un rôle important dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques constitue un poste de poids dans les dépenses de santé. Les dépenses induites par les laboratoires de ville atteignaient 3,73 Mds d'€ en 2014 pour 572 millions d'actes réalisés, tandis que les laboratoires hospitaliers représentaient une charge de l'ordre de 2,4 Mds d'€ en 2012 selon les données de l'ATIH citées par la Cour des comptes, dont une partie liée aux examens réalisés pour les patients ambulatoires (139 millions d'examen recensés en 2014).

La biologie médicale a fait l'objet d'une réforme ambitieuse portée par l'ordonnance Ballereau en 2010 (ordonnance 2010-49) et la loi du 30 mai 2013. Cette réforme reposait sur quatre grands principes : la médicalisation de la biologie impliquant que le rôle du biologiste dépasse la seule phase d'analyse technique des échantillons, la qualité prouvée par une obligation d'accréditation des laboratoires, le maintien de la proximité et la lutte contre la financiarisation, par la fixation de règles prudentielles qu'il revient aux Agences régionales de santé de faire respecter. A travers ces grands principes, c'est bien une restructuration profonde du secteur qui était attendue de la réforme, en favorisant les regroupements de laboratoires, qui comptaient plus de 2 200 entités juridiques en ville en 2010 pour près de 4 000 sites géographiques, chiffre très supérieur à celui des autres pays européens (l'Allemagne, par exemple, dont la population est supérieure à celle de la France ne compte que quelques centaines d'entités géographiques).

Dans le même temps, une politique de maîtrise des dépenses de biologie a été mise en œuvre par la CNAMTS, reposant d'une part sur un protocole d'accord triennal visant à assurer une croissance maîtrisée par un mécanisme prix volume, d'autre part sur des actions de maîtrise médicalisée visant à réduire le recours non pertinent à une série d'examen ciblés (comme le dosage de la vitamine D par exemple).

Près de cinq ans après le début de la réforme, alors que le protocole d'accord triennal sur la biologie de ville arrive à son terme il apparaît pertinent d'évaluer les évolutions du secteur et d'en tirer des orientations pour la régulation de ce secteur et de ses dépenses.

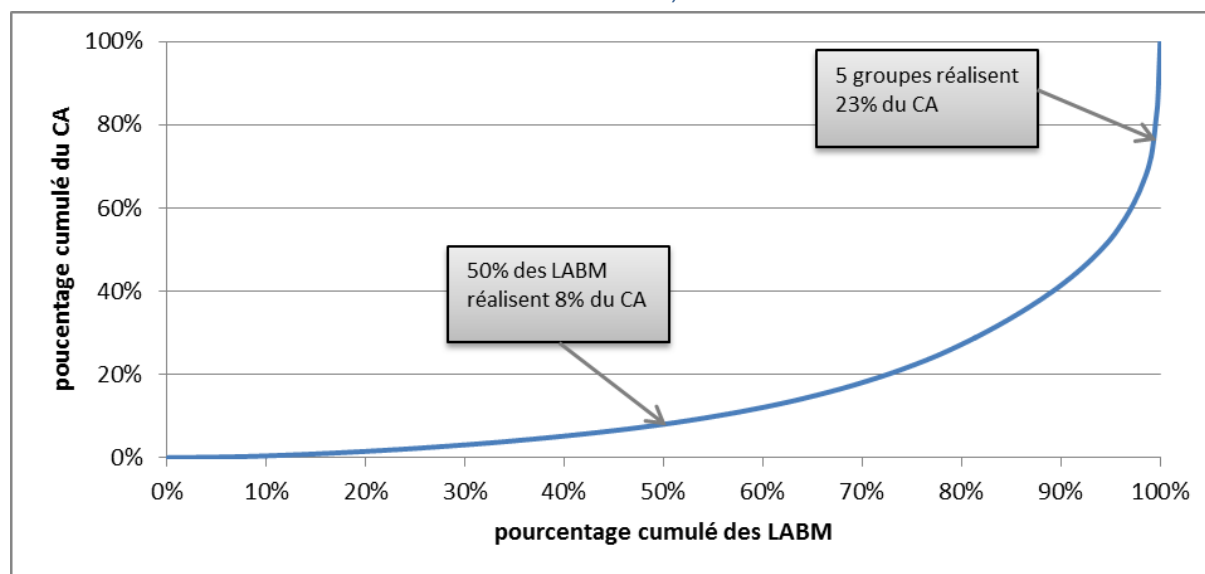
### 5.3.2 La réforme de 2010 a induit une restructuration très profonde du secteur, surtout en ville

*L'offre de biologie médicale en ville s'est restructurée et a vu une diminution importante du nombre de laboratoires sans impact cependant sur le maintien d'une offre de proximité*

Le secteur de laboratoires de ville a connu une restructuration très importante et présente en 2014 un visage radicalement différent de celui qui était le sien en 2010. Le nombre d'entités juridiques a diminué de près de 60 % passant de 2 200 à 962, alors que le nombre de sites géographiques est resté quasi-inchangé aux alentours de 3 900. Cette évolution témoigne à la fois d'un mouvement de concentration important et d'un maintien global de l'offre de proximité.

En 2014, cinq groupes réalisaient ainsi 23 % du chiffre d'affaires global du secteur alors que 50 % des laboratoires ne représentaient que 8 % de ce chiffre d'affaires global (Figure 67). Le chiffre d'affaires moyen par entité juridique est par ailleurs passé de 4,8 M€ à 10,8 M€ entre 2010 et 2014, illustrant les effets de cette concentration. Pour autant, le mouvement de concentration ne s'est pas limité à l'absorption de « petits » laboratoires par des grands groupes. Des regroupements ont également eu lieu, à l'initiative des biologistes entre laboratoire de taille petite ou moyenne, selon une logique géographique, favorisée par les règles prudentielles qui prévoient qu'une même entité juridique ne peut s'étendre au-delà de trois territoires de santé limitrophes et ne peut représenter plus de 33 % du total du nombre d'examens sur les territoires concernés. Certains groupes ont cependant pu contourner ces règles, notamment par la création de holdings regroupant plusieurs SEL de laboratoires et présents en conséquence sur un très grand nombre de territoires.

Figure 67 – Concentration du chiffre d'affaires des laboratoires d'analyse médicale de ville en 2014 (source : base Diane)



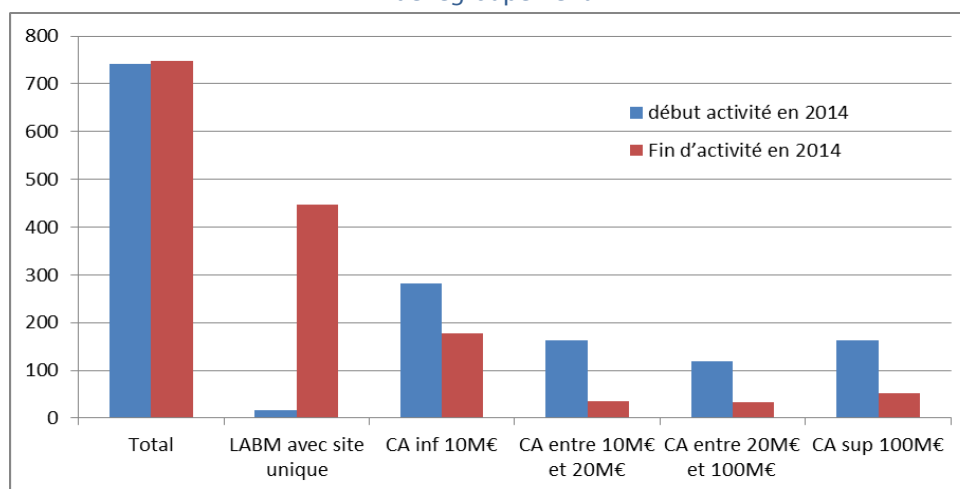
Ce mouvement de regroupement est clairement un effet direct de la réforme, le nombre de sites géographiques concernés par des créations ou modifications de leur statut juridique étant passé de quelques dizaines en 2010 à plusieurs centaines en 2014.

Pour important qu'il soit, le mouvement de concentration du secteur n'était pas encore achevé en 2014, année pendant laquelle les restructurations étaient encore très actives (Figure 68). Les laboratoires les plus touchés par ces mouvements étaient les plus petits laboratoires avec un site unique ou un chiffre d'affaires inférieur à 10 M€.

En 2014, il persistait encore 582 laboratoires exploitant entre 1 et 3 sites soit 71 % de l'effectif des laboratoires, mais seulement 22 % du chiffre d'affaires total du secteur. Ces laboratoires auront probablement vocation soit à se regrouper entre eux soit à rejoindre des entités plus importantes, régionales ou nationales, poursuivant la mue d'un secteur auparavant très éclaté et aujourd'hui concentré autour d'un nombre réduit d'acteurs.

Ainsi, à la fin 2015, on peut estimer que les quatre principaux groupes couvraient 30 % du marché de la biologie libérale, et que les groupes régionaux animés par des biologistes en couvraient 40%.

Figure 68 : Effectifs de création et de cessation/regroupement d'activité des sites géographiques des laboratoires de biologie médicale de ville ayant eu lieu en 2014 en fonction du chiffre d'affaires de leur entité de regroupement



*La réorganisation de l'offre de ville a permis de dégager des gains de productivité par le biais d'une mutualisation des plateaux techniques*

Au-delà du seul regroupement des laboratoires ou de leur croissance en taille, la réforme a également conduit à deux évolutions marquantes de leur organisation.

La première est la mutualisation des sites analytiques où sont situés les plateaux techniques, permettant de dégager des économies d'échelle, comme en témoigne l'évolution de la place de l'achat de matières premières qui représentait 15,9 % du chiffre d'affaires en 2010 et qui n'en représentait plus que 14,7 % en 2014 (Tableau 16). Les chiffres du syndicat de l'industrie du diagnostic In Vitro (SDIV) confirment ces données et montrent que le prix d'achat de certains tests a pu diminuer jusqu'à 44 %. De même, le poids moins élevé des dépenses de personnel dans les laboratoires de taille plus importante traduit certainement l'existence de telles économies d'échelle. Cette mutualisation s'est faite en maintenant un nombre de sites géographiques équivalent, garantissant le maintien d'une offre de proximité, comme on l'a vu plus haut. Une telle évolution s'est faite par la spécialisation des sites géographiques, les analyses étant traitées dans des plateaux techniques mutualisés un grand nombre de site étant dédié aux activités de prélèvement (phase pré-analytique) et d'interprétation et de remise des résultats (phase post-analytique). Cette nouvelle organisation n'est pas sans incidence sur l'organisation du travail des biologistes, les textes prévoyant la présence ou la disponibilité d'un biologiste par site géographique pendant ses horaires d'ouverture, alors qu'il n'y a plus d'activité d'analyse à réaliser dans la plupart de ces sites. Les textes laissent aujourd'hui une marge d'interprétation aux acteurs sur les conditions effectives de cette présence, qui aboutit à des organisations parfois très différentes entre les sites, certains ayant un biologiste en permanence présent, d'autre préférant qu'il ne soit que joignable à certaines heures. Ces choix pèsent évidemment sur les coûts et la rentabilité des organisations.

Le regroupement des sites analytiques n'a pas seulement permis des économies d'échelle, il a également induit des charges supplémentaires pour les laboratoires, en particulier les frais de transports des échantillons auparavant traités sur place, neutralisant une partie des gains liés à ces économies d'échelle de la phase analytique.

Tableau 16 - Evolution des principaux postes de dépenses des laboratoires de ville entre 2010 et 2014, répartis par quartile croissants du chiffre d'affaire 2014, exprimés en % du chiffre d'affaires

Quartile	Quartile 1 (plus faible chiffre d'affaire)			Quartile 2			Quartile 3			Quartile 4 (chiffre d'affaires le plus élevé)			Ensemble des laboratoires		
	2010	2014	Evolution	2010	2014	Evolution	2010	2014	Evolution	2010	2014	Evolution	2010	2014	Evolution
<b>Chiffre d'affaires</b>	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%		100,00%	100,00%		100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	
<b>Achat de matière première</b>	15,02%	16,84%	1,81	16,20%	16,23%	0,03	15,88%	15,68%	-0,20	15,96%	14,14%	-1,81	15,93%	14,65%	-1,28
<b>Autres achats et ch. externes</b>	24,98%	25,26%	0,28	20,83%	22,01%	1,18	19,58%	20,30%	0,72	23,81%	24,60%	0,78	22,91%	23,70%	0,79
<b>Charges de personnel</b>	44,02%	43,43%	-0,60	44,41%	45,79%	1,38	45,17%	45,40%	0,23	40,10%	40,92%	0,82	41,43%	42,13%	0,70
<b>Dotation aux amort. et aux prov.</b>	3,05%	2,68%	-0,36	3,01%	2,38%	-0,63	3,36%	2,33%	-1,03	3,80%	2,99%	-0,81	3,64%	2,83%	-0,81
<b>Charges financières</b>	2,82%	0,71%	-2,11	2,58%	0,54%	-2,04	2,36%	0,59%	-1,77	2,63%	3,67%	1,04	2,59%	2,82%	0,23
<b>Impôts et taxes</b>	5,28%	4,90%	-0,38	6,15%	6,04%	-0,11	7,32%	7,23%	-0,09	8,13%	7,51%	-0,62	7,74%	7,26%	-0,48
<b>Bénéfice</b>	<b>7,45%</b>	<b>5,97%</b>	<b>-1,48</b>	<b>8,28%</b>	<b>7,10%</b>	<b>-1,18</b>	<b>9,17%</b>	<b>8,30%</b>	<b>-0,87</b>	<b>9,96%</b>	<b>8,74%</b>	<b>-1,22</b>	<b>9,61%</b>	<b>8,45%</b>	<b>-1,16</b>

Source : Diane 2015

La seconde évolution est la diversification de l'activité des groupes ou groupements. Historiquement, la taille modeste des laboratoires français ne leur permettait pas de réaliser l'ensemble des analyses biologiques. Des laboratoires se sont alors positionnés sur cette activité d'analyses spécialisées en sous-traitance des laboratoires de routine. Deux en particulier se sont retrouvés en situation d'oligopole. Cette segmentation du marché a été profondément modifiée par les regroupements incités par la réforme de 2010, suite auxquels un plus grand nombre de laboratoires a été en situation de réaliser ces analyses spécialisées. Les laboratoires antérieurement spécialisés ont, à l'inverse, étendu leurs activités à la biologie de routine.

### *Un secteur qui reste globalement financièrement profitable*

Les conséquences financières de la réforme sont multiples pour les laboratoires de ville, et variables en fonction de leur taille. D'une manière générale, outre les économies d'échelle et les coûts supplémentaires liés à la spécialisation des sites, les laboratoires les plus importants ont vu leurs charges financières croître de 2,63 % à 3,67 % de leur chiffre d'affaires, évolution très largement supérieure à celle des laboratoires de plus petite taille (Tableau 16). Cette croissance résulte des emprunts nécessaires aux acquisitions réalisées par ces groupes ainsi que des investissements induits par le regroupement des plateaux techniques.

L'obligation d'accréditation a également pesé sur les comptes des laboratoires, principalement sur le poste « autres achats et charges externes » qui passe de 22,91 % du chiffre d'affaires en 2010 à 23,70 % en 2014 pour l'ensemble des laboratoires. Ces charges pèsent plus lourdement pour les établissements les plus petits, qui y consacrent un peu plus du quart de leur chiffre d'affaires, témoignant de l'intérêt financier de la mutualisation pour faire face aux contraintes de l'accréditation. Elles sont également élevées pour les établissements les plus importants, résultant probablement d'une plus grande complexité à gérer ces tâches dans des groupes qui se répartissent sur une grande partie du territoire national. Une partie de la croissance des charges de personnel est probablement imputable aux conséquences de l'accréditation (recrutement de qualifiés, par exemple).

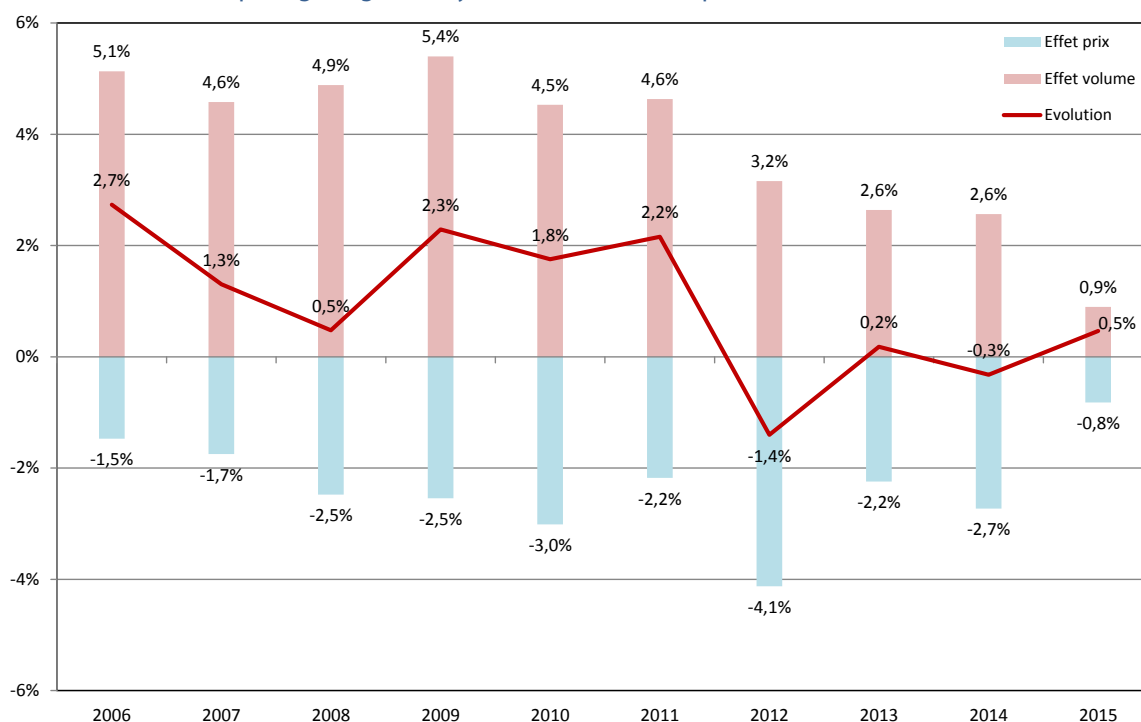
Ces différents mouvements ont eu lieu dans un contexte de régulation tarifaire forte. En 2014, un protocole d'accord triennal a été signé, qui permettait de moduler les tarifs des examens de biologie en fonction des volumes constatés de manière à respecter un objectif de croissance des dépenses fixé à 0,25 % annuels. Si ce protocole induisait une contrainte financière certaine sur le secteur, il fournissait également une visibilité de moyen terme très appréciable pour les gestionnaires et investisseurs et qui a certainement contribué à son évolution. Par ailleurs, des actions de maîtrise médicalisée ont été menées sur certains examens dont les volumes apparaissaient trop élevés.

L'évolution des dépenses depuis 2012 montre l'efficacité des politiques de maîtrise pour contenir les dépenses de biologie (Figure 69). Par construction, le protocole d'accord triennal assure lui depuis 2014 une évolution maîtrisée des dépenses. Les évolutions plus récentes des volumes incitent à poursuivre et renforcer cet effort de maîtrise.

En dépit de cette régulation plus importante, le résultat financier du secteur reste profitable, avec des bénéfices se montant à 8,45 % du chiffre d'affaires global, contribuant à en faire un secteur attractif pour les investisseurs, malgré une baisse de 1,16 point entre 2010 et 2014. Il est à noter que les laboratoires de grande taille avaient en 2014 une rentabilité plus importante que ceux de petite taille (8,74 % du CA contre 5,97 %, cf Tableau 16). Cet élément va certainement contribuer à la poursuite des regroupements déjà effectués.



Figure 69 : Evolution des dépenses de biologie médicales entre 2006 et 2015 et contribution des effets prix et volume (Champ : Régime général (yc SLM), France métropolitaine, Source : Cnamts (Sniiram))



*En synthèse, les résultats présentés ci-dessus montrent que le secteur des laboratoires de ville a réagi de manière rapide et importante à la réforme de 2010. De profondes restructurations ont eu lieu, changeant profondément le visage du secteur, avec un nombre réduit d'acteurs de taille plus importante, proposant une activité plus diversifiée et tirant le parti d'économies d'échelle certaines. Deux logiques sont ici à l'œuvre, l'une basée sur les groupes financiers qui ont par le biais d'acquisitions de laboratoires diversifié leurs capacités d'examen et se projettent sur l'ensemble du territoire national, l'autre, fondé sur des démarches de biologistes a construit des groupes locaux ou régionaux par la mutualisation, la fusion ou l'acquisition de structures existantes.*

*Le secteur est cependant encore au "milieu du gué" de cette transformation et il est probable que les années à venir viennent parachever cette évolution, aboutissant à la prédominance d'un nombre encore plus restreint d'acteurs. La maîtrise des dépenses de biologie médicale pendant la période du protocole d'accord témoigne de l'efficacité de ce mode de régulation. Le maintien d'un niveau de rentabilité élevé des laboratoires suggère cependant qu'il subsiste des marges de manœuvre tarifaires pour une maîtrise encore plus grande des dépenses.*

### *Le secteur hospitalier a connu des évolutions beaucoup moins importantes*

Les évolutions du secteur hospitalier, considéré par la réforme sur le même pied que le secteur de ville, sont beaucoup moins documentées. L'activité des laboratoires hospitaliers se partage entre des analyses pour les patients hospitalisés dont le volume est recensé dans la statistique annuelle des établissements (SAE) et des analyses au titre de l'activité externe qui sont tarifées comme de l'activité de ville et recensées dans le PMSI et également dans la SAE.

Le nombre de laboratoires hospitaliers recensés dans la SAE est passé de 552 en 2010 à 417 en 2014 (406 dans des établissements MCO, 8 en psychiatrie et 3 dans des établissements SSR). Cette baisse est proportionnellement moins importante qu'en ville et s'explique plus par des mouvements internes aux établissements que par le résultat de mutualisations. L'ordonnance de 2010 porte en effet l'obligation pour les établissements ayant plusieurs laboratoires de biologie médicale de fusionner ces laboratoires en une entité unique. Ce mouvement pouvant se faire de manière purement administrative, sans qu'il y ait nécessairement de mutualisation ou de changement d'organisation. On ne recense par ailleurs que 17 groupements de coopération sanitaire porteurs d'un laboratoire de biologie médicale et/ou titulaires d'une autorisation, dont 2 GCS de statut privé<sup>110</sup>. Cette évolution plus modérée que celle de la ville est également corroborée par les retours de l'accompagnement de l'ANAP pour les coopérations en matière de biologie médicale. D'après cette agence, ces coopérations sont assez peu nombreuses, fréquemment encore à l'état de projet, et sont plus souvent motivées par des contraintes locales, en particulier de démographie des biologistes, que par les contraintes de l'accréditation.

### *Des écarts de productivité importants qui persistent dans les laboratoires hospitaliers*

Contrairement à la ville, il est difficile de déterminer si des gains de productivité ont pu être réalisés dans les laboratoires hospitaliers, les données existantes étant essentiellement déclaratives ou incomplètes. Les données disponibles montrent néanmoins une grande variabilité sur ce point. Ainsi en 2014, selon les données de la SAE retraitées dans l'outil HospiDiag, le nombre d'examen produits par technicien variait presque du simple au double entre les établissements MCO du premier et du dernier quartile (24 769 examens contre 42 908). On retrouvait des variations d'une ampleur comparable (de 1 à 1,4) en 2009 sur la productivité exprimée en nombre de B produits par technicien (578 737 B pour le premier quartile, 825 988 pour le dernier quartile). Bien que l'analyse de ces données soit limitée par le caractère déclaratif de la SAE, ainsi que par le changement de mode de recueil de l'activité de biologie depuis 2013<sup>111</sup>, ces chiffres suggèrent d'une part qu'il existe des écarts de productivité importants entre laboratoires hospitaliers de biologie médicale, et d'autre part que l'impact de la réforme a été sur ce point au mieux très modeste.

*Le niveau de restructuration encore modeste des laboratoires hospitaliers, conjugué à l'existence et la persistance de ces écarts, milite pour qu'une politique fortement incitative soit menée pour favoriser et accélérer la recomposition des laboratoires de biologie médicale hospitaliers afin de tirer parti de gains de productivité tels qu'on a pu les constater dans les laboratoires de ville. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT), institués par la loi de modernisation de notre système de santé constituent à n'en pas douter un outil très important à cette fin, le décret sur les GHT prévoyant explicitement l'option de création d'un laboratoire commun au sein du groupement.*

---

<sup>110</sup> Source : observatoire des recompositions hospitalières

<sup>111</sup> Activité exprimée en nombre de B avant 2013, en nombre d'examen depuis

### 5.3.3 La régulation de la biologie médicale n'est pas réalisée de manière globale mais repose sur une approche duale entre ville et hôpital aboutissant à une situation sous-optimale en termes de qualité, de pertinence et de maîtrise des dépenses

Comme on l'a vu plus haut, les laboratoires de ville et hospitaliers ont connu des évolutions contrastées, alors que l'esprit de la réforme de 2010 était de considérer la biologie médicale dans son ensemble, sans distinction de statut. Ceci peut s'expliquer en partie par les modalités de régulation et de financement du secteur, qui varient en fonction de la nature de l'activité de biologie et du statut des laboratoires.

L'activité et les tarifs des laboratoires de ville font l'objet de négociations conventionnelles entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs de biologistes, qui ont pris récemment la forme d'un protocole d'accord triennal.

L'activité des laboratoires hospitaliers est financée dans les tarifs des GHS pour les hôpitaux publics et n'est pas suivie en tant que telle, la seule source permettant de la mesurer étant la SAE, tandis qu'elle est financée à l'acte hors des GHS et réintégrée secondairement dans les dépenses hospitalières pour les cliniques privées. L'activité externe des laboratoires hospitaliers est, elle, financée à l'acte selon les mêmes modalités que celles des laboratoires de ville, mais les données sont remontées par le PMSI. Enfin, certains actes innovants, inscrits au répertoire des actes innovants hors nomenclature (RIHN) ou à la liste complémentaire à ce répertoire, ne peuvent être remboursés que s'ils sont réalisés par des laboratoires hospitaliers<sup>112</sup>, alors que des laboratoires de ville sont en capacité technique de les réaliser.

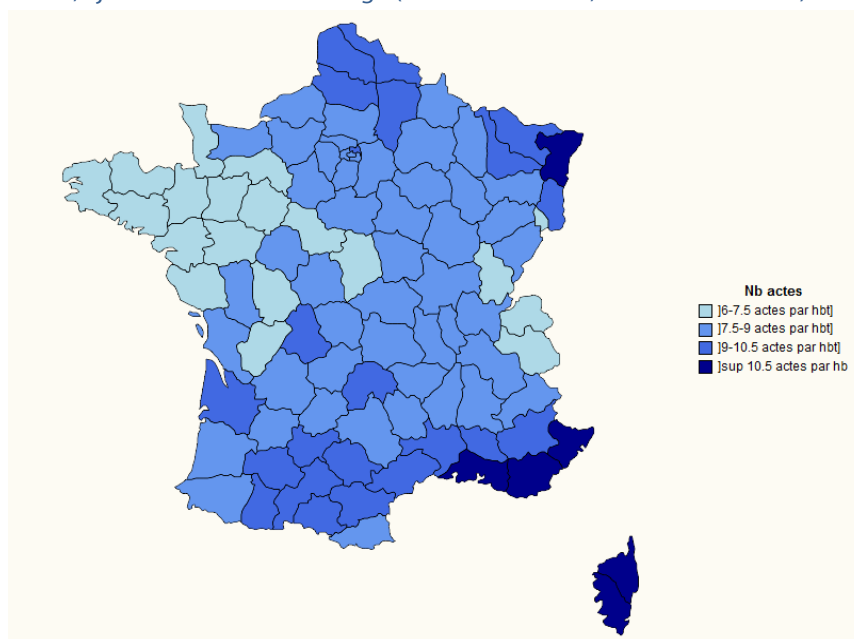
De ces circuits et modalités multiples résulte la très grande difficulté de disposer d'une vision claire et fiable du secteur dans son ensemble, et la quasi-impossibilité de le réguler de façon globale en tenant compte des nombreuses interactions entre les laboratoires de ville et hospitaliers.

Pourtant les données disponibles mettent en évidence une situation loin d'être optimale. La densité des laboratoires de biologie varie de 2,1 à 12,5 laboratoires pour 100 000 habitants dans les différents départements français (données 2014), suivant une répartition proche du reste de celle de l'offre de soins. La variation de l'activité de ville suit la même répartition que celle des laboratoires, avec un nombre d'exams par habitant variant de 6 à plus de 10,5 entre les différents départements français en 2014 (Figure 70). Une partie de ces écarts peut s'expliquer par les profils épidémiologiques différents des populations des départements, pour autant, l'existence d'un effet de l'offre de soins sur la consommation est ici difficilement contestable.

---

<sup>112</sup> Ces examens ne sont pas tarifés à l'acte, mais par une enveloppe forfaitaire de MIG (missions d'intérêt général), de l'ordre de 300 M€ répartie entre les établissements en fonction de leur activité

Figure 70 : Variation du nombre d'actes de biologie réalisés par habitant par des laboratoires de ville par département en 2014, ajusté sur la structure d'âge (source : CNAMTS, données SNIIRAM)



On retrouve des variations également importantes entre les départements concernant l'activité externe des hôpitaux, qui varie de 0,1 à 3,3 examens par habitant (Figure 71) ou les montants de remboursement correspondant (Figure 72). Si cette activité externe peut se développer en réponse à une relative faiblesse de la biologie de ville, elle semble également être très fortement conditionnée par une politique d'offre. Ainsi, les établissements hospitaliers de la région PACA ont produit près de 50 % d'examen par habitant de plus que leurs homologues de la région Aquitaine (1,3 contre 0,87) alors que ces deux régions jouissent par ailleurs d'une activité des laboratoires de ville élevée. Une telle situation témoigne de l'existence, dans certaines zones géographiques, d'une logique de concurrence entre les deux secteurs plutôt que de complémentarité, laissant ouverte la possibilité d'examen redondants ou non pertinents pour les patients et générant des coûts évitables pour la collectivité.

Figure 71 : Variation du nombre d'actes et consultations externes de biologie réalisée par habitant par les hôpitaux publics par département métropolitain français en 2014, ajusté sur la structure d'âge (source : PMSI)

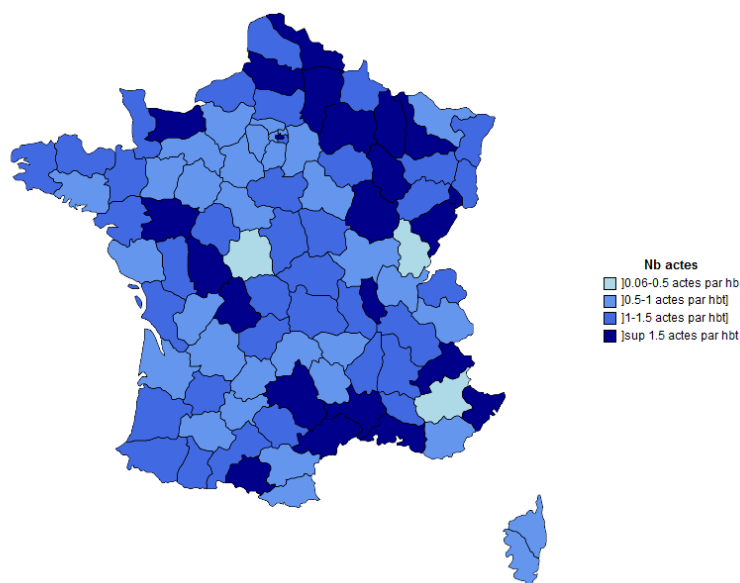
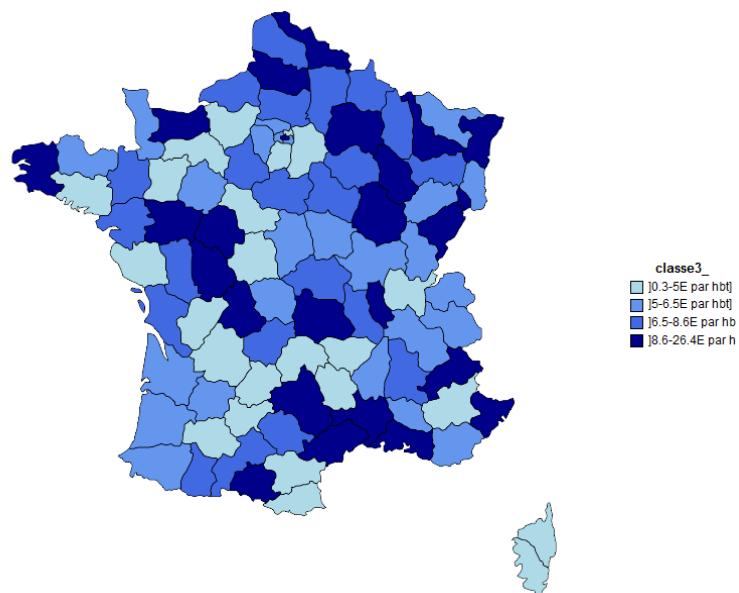


Figure 72 : Variation du montants des actes et consultations externes de biologie réalisée par habitant par les hôpitaux publics par département métropolitain français en 2014, non ajusté sur la structure d'âge (source : PMSI)



L'évolution récente de cette activité conforte cette interprétation. En effet, comme le montre le Tableau 17, ces dépenses ont crû de plus de 13 % entre 2011 et 2014, alors que les dépenses de biologie de ville n'ont pas subi de diminution particulière en regard, bien qu'une partie de cette croissance soit certainement imputable à une amélioration du codage et de la facturation de cette activité à l'hôpital.

Tableau 17 : Evolution des dépenses de la biologie réalisée en activité externe des établissements publics

(en euros)	2011	2012	2013	2014	Evol. 2012/2011	Evol. 2013/2012	Evol. 2014/2013
Base de Remboursement	460 123 740	491 778 622	506 387 796	518 104 556	6,9%	3,0%	2,3%
Montant remboursé	371 189 305	398 957 451	411 421 589	421 254 893	7,5%	3,1%	2,4%

Source : Actes cotés B dans les bases des actes externes issues du PMSI pour les années de soins 2011 à 2014 - Tous régimes et toutes spécialités

Rappel : les actes externes des établissements publics figurent dans l'ONDAM hospitalier.

La logique de concurrence entre laboratoires de ville et hospitaliers ne joue pas seulement sur les examens pour les patients ambulatoires, mais également sur les examens pour les patients hospitalisés. Il existe en effet de nombreux établissements publics de santé dont l'activité (MCO ou psychiatrie) nécessite la réalisation d'examen de biologie, mais qui ne disposent pas de laboratoires. Cette situation est loin d'être anecdotique. Dans le département de l'Indre par exemple, où aucun des établissements publics ne dispose d'un laboratoire de biologie médicale, les examens sont sous-traités à des laboratoires privés ou adressés à des centres

hospitaliers en dehors du département. Il n'existe aujourd'hui aucun recensement de ces partenariats et de leur montant financier.

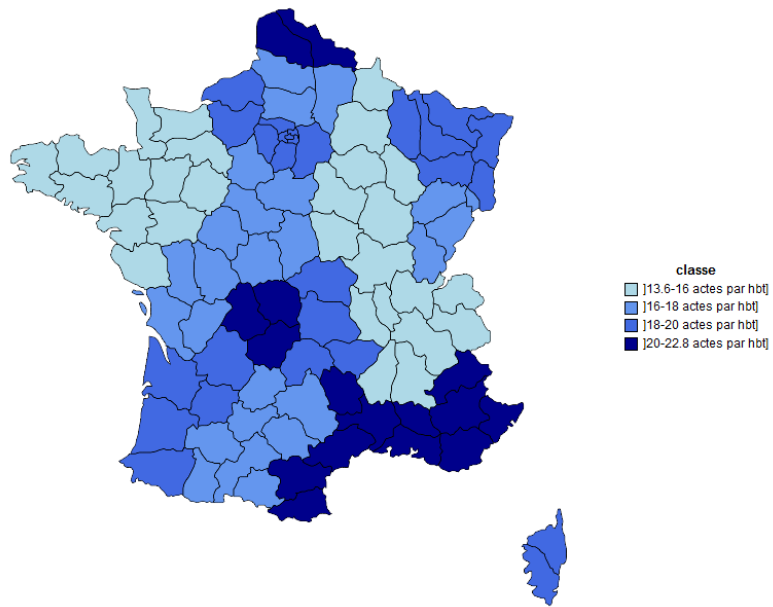
La réforme de 2010 a interdit la pratique des ristournes sur le coût du B qui avaient permis à des laboratoires de ville de remporter de nombreux appels d'offre. Elle en a cependant laissé ouverte la possibilité aux laboratoires hospitaliers dans le cadre de conventions de partenariat, créant ainsi une asymétrie, que le Conseil d'Etat n'a pas considérée comme de la concurrence déloyale. Cette disposition visant à favoriser les coopérations hospitalières aboutit à la perte de marchés et d'activités importantes pour certains laboratoires de ville, et comporte deux risques principaux. Le premier risque est celui de la fermeture de certains des laboratoires de ville perdant ces marchés, et dont l'équilibre économique ou la rentabilité des sites pourraient être menacés, fragilisant le maillage et la proximité de l'offre de biologie médicale, notamment en termes de réponse à l'urgence. Le second est, au vu des écarts de productivité entre établissements publics, que ce mécanisme ne favorise pas l'offre la plus efficiente et nuise à l'équilibre des comptes sociaux.

La régulation de l'offre est confiée au niveau régional aux Agences régionales de santé, qui s'appuient sur les schémas régionaux d'organisation des soins, doivent faire appliquer les règles prudentielles et suivre la mise en œuvre de la procédure d'accréditation à l'aide notamment de l'outil Biomed. Sur ce dernier point, comme le souligne le rapport parlementaire remis en Janvier 2016, la non-publication de textes d'application semble constituer un frein à l'action des ARS. A titre d'exemple, le rapport indique que les ARS ne peuvent prendre de sanction en cas de non-respect des règles prudentielles, faute de texte d'application. De même, le texte relatif aux examens susceptibles d'être nécessaires en urgence est encore attendu, ce qui limite l'impact des mutualisations dans le secteur hospitalier, alors qu'il existe des exemples de réussite sur ce point dans le secteur de ville.

En l'absence de données fiables et partagées entre les secteurs de ville et hospitalier, il est difficile d'analyser finement ces risques et d'anticiper leur impact potentiel. La tâche des ARS est donc complexe, si l'on tient compte par ailleurs du fait qu'un nombre croissant d'acteurs du secteur adopte des stratégies nationales ou multirégionales qui dépassent les frontières des régions.

La base de données Biomed est la seule source d'information permettant à l'heure actuelle de croiser l'ensemble des données d'activités des laboratoires de ville et hospitaliers. D'une mise en œuvre récente, la qualité et l'exhaustivité de cette base sont naturellement perfectibles, elle constitue néanmoins une source précieuse d'information. Ainsi, le nombre total d'actes par habitant réalisés soit en laboratoire de ville, soit en activité externe soit lors d'une hospitalisation varie de 13 à 22,8 actes selon la région considérée. Les données actuellement disponibles ne permettent pas encore de réaliser des analyses départementales ou des ajustements sur l'âge, mais les perspectives d'études sont particulièrement intéressantes.

Figure 73 : Nombre total d'examen (patients hospitalisés, activité hospitalière externe, laboratoires de ville) par habitant réalisés en 2015 (ou année la plus proche) par région – source biomed



## Propositions sur le secteur de la biologie médicale

### **Proposition 25 – Poursuivre les gains de productivité dans le secteur libéral afin de pouvoir intégrer les actes innovants tout en maîtrisant les dépenses**

La réforme de 2010 a induit une restructuration très profonde de la biologie de ville qui a permis de dégager des gains de productivité par le biais d'une mutualisation des plateaux techniques. Cette réorganisation n'est sans doute pas encore à son terme, et sa poursuite devrait permettre de continuer à gagner en efficacité sur l'activité actuelle, pour permettre l'entrée d'examen innovants dans la nomenclature tout en assurant la maîtrise de la dépense globale.

### **Proposition 26 – Favoriser la restructuration de l'offre hospitalière de biologie**

Si la biologie de ville s'est beaucoup restructurée, le secteur hospitalier a connu des évolutions beaucoup moins importantes, et les données disponibles suggèrent qu'il existe des écarts importants de productivité entre établissements. Il est souhaitable qu'une politique incitative soit menée pour favoriser et accélérer la recomposition des laboratoires de biologie médicale hospitaliers, afin de tirer parti de gains de productivité tels qu'on a pu les constater dans les laboratoires de ville.

### **Proposition 27 – Promouvoir une approche transversale de ce secteur permettant d'optimiser l'ensemble de l'activité de biologie**

L'analyse des données disponibles renvoie l'image d'un secteur de la biologie médicale dont la répartition et l'activité semblent répondre au moins autant à une logique d'offre qu'à la réponse aux besoins de la population. Le développement d'une logique de concurrence entre les laboratoires de ville et hospitaliers sur l'activité des patients ambulatoires, autant que sur celle des patients hospitalisés, constitue un défi que les outils de régulation existants ne semblent pas être en mesure de relever, d'autant qu'aucune vision transversale du secteur ne permet d'en avoir une vision globale et cohérente.

Il est nécessaire de mettre en place une réflexion d'ensemble sur ce secteur, qui permette :

- d'améliorer la connaissance du secteur et de ses évolutions de façon globale et permettre une meilleure comparaison des laboratoires de ville et hospitaliers,
- de fournir aux acteurs régionaux des outils d'analyse et de régulation adaptés en renforçant les outils existants,
- de fournir des orientations nationales claires pour la mise en place et l'évaluation des SROS,
- d'établir une vision prospective des évolutions du secteur pour en améliorer le pilotage.

Une mission commune ou une structure nationale de coordination, commune aux secteurs de ville et hospitaliers, pourrait être mise en place à cet effet.



