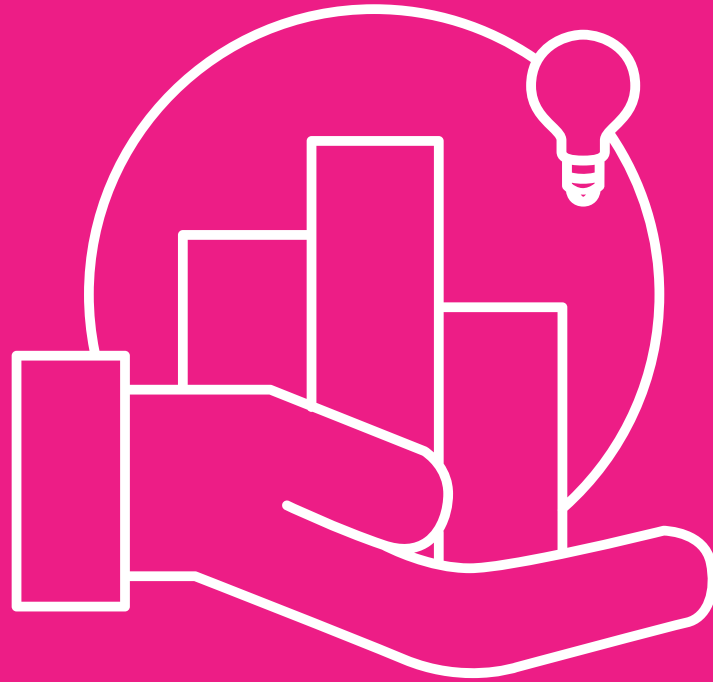




**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024

JUILLET 2023

Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution
des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2024 [loi du 13 août 2004]

1 Sommaire

1	SOMMAIRE	3
2	LISTE DES PROPOSITIONS	7
3	INTRODUCTION	9
4	PANORAMA DE NOTRE SYSTEME DE SANTE	10
4.1	ÉQUILIBRE FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE	11
4.1.1	<i>Le déficit de la branche maladie s'élève à 21 milliards d'euros en 2022, en amélioration de 5,1 milliards d'euros ...</i>	11
4.1.2	<i>En augmentation de 3,1 % par rapport à 2021, les charges nettes retrouvent leur évolution d'avant crise</i>	12
4.1.3	<i>Les produits connaissent une croissance dynamique avec 6,1% par rapport à 2021</i>	13
4.2	LES DETERMINANTS DE LA CROISSANCE DES DEPENSES : UNE ANALYSE MEDICALISEE.....	16
4.2.1	<i>Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2021 et à quel coût ?</i>	18
4.2.2	<i>Une augmentation importante des effectifs en 2021</i>	23
4.2.3	<i>Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?</i>	24
4.2.4	<i>Maladies rares (maladies métaboliques héréditaires ou amylose, mucoviscidose et hémophilie ou troubles de l'hémostase graves)</i>	37
4.2.5	<i>Pour la 1^{ère} fois depuis 2020, l'activité chirurgicale 2022 dépasse le niveau d'activité 2019, même si elle reste en deçà de l'activité attendue sur une base tendancielle</i>	41
4.3	LES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX	44
4.3.1	<i>Vue d'ensemble.....</i>	44
4.3.2	<i>Focus sur les Pédiatres libéraux.....</i>	45
4.3.3	<i>Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.....</i>	51
4.4	TABLEAU DE BORD DES INDICATEURS DE SANTE PUBLIQUE	54
4.5	CONTRIBUER A LA DECARBONATION DU SYSTEME DE SANTE ET APPROFONDIR LA PRISE EN COMPTE DES ENJEUX DE SANTE ENVIRONNEMENTALE	56
4.5.1	<i>Les enjeux de la réduction de l'impact environnemental du système de santé</i>	56
4.5.2	<i>L'Assurance Maladie se propose de jouer un rôle moteur pour organiser et amplifier les efforts de limitation de l'impact environnemental du recours aux soins et de prévention à l'exposition aux risques environnementaux</i>	58
4.5.3	<i>La nécessaire structuration d'une politique de l'Assurance Maladie dans le cadre de sa COG, prenant en compte la décarbonation progressive du système de santé, l'efficacité des soins et la prévention des risques environnementaux ..</i>	60
5	APPROCHE PAR PATHOLOGIE	62
5.1	LE DIABETE : UNE FORTE PROGRESSION QUI APPELLE UN PLAN DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE	64
5.1.1	<i>Étude de la cartographie sur le diabète.....</i>	64
5.1.2	<i>Premières évaluations d'actions de prévention du diabète</i>	73
5.1.3	<i>Organiser le dépistage précoce du diabète de type 2 en France et développer une prise en charge multidimensionnelle précoce auprès des patients dépistés</i>	75
5.2	L'INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	79
5.2.1	<i>Enjeux de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque au décours de la période de pandémie à SARS-CoV-2.</i>	79
5.2.2	<i>Leviers mobilisés par l'Assurance Maladie pour optimiser la prévention et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque</i>	81
5.3	LES CANCERS A DEPISTAGE ORGANISE	92
5.3.1	<i>Des objectifs majeurs de santé publique et une évaluation médico-économique favorable ont justifié le déploiement national de dépistages organisés pour trois cancers</i>	92
5.3.2	<i>La stratégie décennale de lutte contre le cancer, enrichie en décembre 2022, fixe des objectifs ambitieux en matière de prévention et confie à l'Assurance Maladie la mise en œuvre d'un dispositif rénové d'invitation aux dépistages organisés</i>	95
5.4	L'ACTIVITE PHYSIQUE : UN FACTEUR DE PROMOTION DE LA SANTE ET DANS CERTAINS CAS UNE THERAPEUTIQUE NON MEDICAMENTEUSE	98
5.4.1	<i>Activité physique, activité sportive, activité physique adaptée, réadaptation : des notions distinctes</i>	98
5.4.2	<i>Les évolutions réglementaires encadrant l'APA</i>	99

5.4.3	Les dispositifs relatifs à l'AP ou à l'APA existant actuellement	100
5.4.4	Proposer une activité physique à des patients atteints de diabète ou de cancer, pour lesquels le bénéfice est avéré.....	101
5.5	LA SANTE MENTALE : UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE	104
5.5.1	L'importance des problématiques de santé mentale, amplifié par le COVID	104
5.5.2	Bilan des propositions 2022 dans le domaine de la santé mentale	105
5.5.3	Perspectives d'actions visant à renforcer l'efficacité et la pertinence des soins dans le domaine de la santé mentale.....	107
6	APPROCHE POPULATIONNELLE.....	114
6.1	VACCINATION HPV : AMELIORER LE TAUX DE COUVERTURE VACCINALE.....	115
6.1.1	Contexte.....	115
6.1.2	Focus sur les expériences internationales.....	115
6.1.3	Bilan de l'année 2022.....	117
6.1.4	Perspectives en 2023	117
6.2	GENERATION SANS CARIE : INVESTIR DANS LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE.....	119
6.3	AMELIORER LES PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES	120
6.3.1	Les personnes âgées, une population concentrant de forts enjeux de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé	120
6.3.2	Plusieurs dispositifs visent à répondre aux enjeux sanitaires propres à cette population.....	126
6.3.3	Construire un parcours de prévention et de soins adapté aux personnes pour préserver durablement la santé et l'autonomie.....	127
6.4	SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT : BILAN DES PROPOSITIONS POUR 2023.....	131
7	RENFORCER L'ACCES AUX SOINS ET AMELIORER L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE	133
7.1	RENFORCER L'ACCES TERRITORIAL AUX SOINS	134
7.1.1	Constats et enjeux	134
7.1.2	Les dispositifs démographiques existants	134
7.1.3	Propositions d'évolution	137
7.1.4	Dégager du temps médical via un allègement des tâches administratives des médecins	140
7.2	LES URGENCES ET LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	143
7.2.1	En 2021, le nombre de passage aux urgences était de 20 millions de passages, en augmentation constante depuis 2015	143
7.2.2	En 2021, le nombre d'acte de PDSA (régulée et non régulée) était de 6,7 millions, en croissance constante depuis 2015.....	151
7.2.3	Pour répondre aux tensions dans les services d'urgences, le ministère a lancé depuis 2020 le service d'accès aux soins (SAS).....	158
7.3	L'EVOLUTION PROGRESSIVE VERS DES PAIEMENTS FORFAITAIRES ET DES REMUNERATIONS COLLECTIVES	162
7.3.1	Les paiements forfaitaires dans le cadre des expérimentations article 51	162
7.3.2	Mutualisation des rémunérations forfaitaires : vers une première application pour les médecins ?.....	165
7.4	BILAN DES NEGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE	168
7.4.1	Les accords conclus ou négociés avec les professionnels de santé médicaux ou paramédicaux.....	168
7.4.2	Négociations avec les biologistes	172
7.4.3	Négociations avec les établissements thermaux.....	172
7.5	REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE (ROSP) : BILAN ET PERSPECTIVES.....	174
7.5.1	Bilan sur l'année 2022.....	174
7.5.2	Évolution à 5 ans	176
7.5.3	Perspectives d'évolution de la ROSP.....	176
7.5.4	Résultats complets nationaux.....	177
8	ANALYSES SECTORIELLES POUR LA REGULATION DU SYSTEME DE SANTE	182
8.1	LA FINANCIARISATION DE L'OFFRE DE SOINS	183
8.1.1	La financiarisation est un phénomène complexe et mal connu	183
8.1.2	La biologie médicale privée : un exemple-type de financiarisation en santé illustrant la difficulté à réguler ce phénomène	185

8.1.3	<i>La radiologie : des mouvements de financiarisation mais des garde-fous plus nombreux, inspirés de l'échec de la régulation de la biologie</i>	187
8.1.4	<i>Les soins primaires : le prochain terrain de la financiarisation ? Des exemples à l'étranger, un secteur à surveiller</i>	189
8.1.5	<i>La financiarisation : une tendance de fond qu'il faut mieux comprendre et réguler</i>	191
8.2	LES PHARMACIES D'OFFICINE : ANALYSE SECTORIELLE	192
8.2.1	<i>La nouvelle convention signée avec les pharmaciens contribue à la mise en œuvre de nouvelles missions qui participent au développement de l'activité économique de la profession</i>	192
8.2.2	<i>Une situation financière de l'officine très favorable et renforcée par l'activité en lien avec le COVID-19</i>	194
8.2.3	<i>Poursuivre le développement des missions des pharmaciens d'officine pour améliorer l'accès aux soins</i>	200
8.3	ASSURER UN ACCES RAPIDE ET SANS RUPTURE AUX MEDICAMENTS EN FRANCE	202
8.3.1	<i>Délais d'accès aux médicaments - comparaison européenne</i>	202
8.3.2	<i>Observer un cycle complet du médicament jusqu'à l'inscription au remboursement et prendre en compte les spécificités nationales</i>	202
8.3.3	<i>Comparaison internationale sur une sélection de produits sur critères de progrès thérapeutique</i>	204
8.3.4	<i>Comparaison des délais d'accès</i>	209
8.4	LA DYNAMIQUE DES DEPENSES DE MEDICAMENTS ET L'INNOVATION	215
8.4.1	<i>Objectifs et contexte</i>	215
8.4.2	<i>Des dépenses brutes et des remises en forte augmentation</i>	216
8.4.3	<i>L'évolution des dépenses : une croissance très dynamique portée par l'innovation et une moindre régulation des produits matures</i>	217
8.4.4	<i>Financement des dépenses de médicaments</i>	222
8.4.5	<i>Renforcer l'accord-cadre entre le LEEM et le CEPS et renforcer la lutte contre les pénuries de médicaments</i>	223
8.5	DECARBONER LES PRODUITS DE SANTE	225
9	LA SANTE NUMERIQUE : RENFORCER L'EVALUATION POUR PROMOUVOIR LES USAGES	227
9.2	<i>CARTOGRAPHIE DES INNOVATIONS NUMERIQUES SANTE</i>	230
9.3	<i>LA TELECONSULTATION : UN USAGE EN VOIE DE NORMALISATION</i>	233
9.4	<i>TELESURVEILLANCE MEDICALE : UN USAGE QUI S'ACCELERE</i>	235
9.5	<i>POUR DEVELOPPER LES USAGES : DES EVALUATIONS A SYSTEMATISER ET DES MODELES ECONOMIQUES A CONSTRUIRE</i>	237
9.5.1	<i>Des évaluations à rénover et systématiser</i>	237
9.5.2	<i>Des modèles économiques à construire</i>	237
10	PRESTATIONS EN ESPECE : LES INDEMNITES JOURNALIERES	240
10.1	<i>UN POSTE DE DEPENSES QUI POURSUIT SA CROISSANCE DANS UN CONTEXTE POST-COVID APPELANT UNE REPRISE DES ACTIONS DE REGULATION</i>	241
10.1.1	<i>Un contexte juridique et réglementaire normalisé</i>	241
10.1.2	<i>Des tendances de fond observées au cours de la dernière décennie</i>	241
10.1.3	<i>Les dépenses d'IJ au cours de la crise covid : des années atypiques portées par une prestation dérogatoire exceptionnelle</i>	245
10.1	<i>Une dynamique haussière encore plus soutenue en sortie de crise</i>	246
10.1.5	<i>Analyse des motifs d'IJ en 2022</i>	248
10.2	<i>MISE EN PERSPECTIVE DE NOTRE SYSTEME D'INDEMNISATION DES ARRETS DE TRAVAIL PAR COMPARAISON INTERNATIONALE AVEC QUATRE PAYS EUROPEENS</i>	250
10.2.1	<i>Des philosophies différentes président aux modèles d'indemnisation des arrêts de travail dans les quatre pays européens étudiés</i>	250
10.2.2	<i>Selon les modèles, les institutions de protection sociale ou les employeurs assument les contrôles des arrêts de travail</i>	252
10.2.3	<i>Les dispositifs de réintégration professionnelle sont largement diffusés en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni</i>	253
10.3	<i>UNE FEUILLE DE ROUTE PLURIANNUELLE, AMBITIEUSE ET ADAPTEE AU CONTEXTE DE FIN DE PANDEMIE, AYANT POUR OBJECTIF UNE REPRISE VOLONTARISTE DES ACTIONS DE MAITRISE DE L'EVOLUTION DES DEPENSES D'IJ</i>	254
10.3.1	<i>Actions à destination des prescripteurs d'arrêts de travail</i>	255
10.3.2	<i>Actions vers les assurés</i>	257
10.3.3	<i>Actions vers les employeurs</i>	259

11	EFFICIENCE, PERTINENCE, CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE	260
11.1	LES MESURES D'EFFICIENCE POUR 2024	261
11.1.1	<i>Efficienc e et pertinence des soins</i>	<i>261</i>
11.1.2	<i>Médicaments.....</i>	<i>263</i>
11.1.3	<i>Dispositifs médicaux</i>	<i>270</i>
11.1.4	<i>Biologie.....</i>	<i>272</i>
11.1.5	<i>Transports.....</i>	<i>274</i>
11.1.6	<i>Prestations en espèces.....</i>	<i>276</i>
11.1.7	<i>Contrôles et LCF.....</i>	<i>276</i>
12	IMPACTS ANNUELS ET PLURIANNUELS DES ACTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE SUR L'ONDAM ET LE RESPECT DES OBJECTIFS.....	283
13	LES IMPACTS DES ACTIONS DE GESTION DU RISQUE DE L'ASSURANCE MALADIE SONT ESTIMES A PRES DE 1,3 MILLIARD D'EUROS SUR L'ANNEE 2024.....	284
13.1.1	<i>Approche pathologie : 200 millions d'euros.....</i>	<i>284</i>
13.1.2	<i>Approche populationnelle : 20 millions d'euros.....</i>	<i>285</i>
13.1.3	<i>Efficienc e et pertinence des soins : 700 millions d'euros.....</i>	<i>285</i>
13.1.4	<i>Contrôles et lutte contre la fraude et les abus : 345 millions d'euros.....</i>	<i>286</i>
14	LES ACTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE PORTENT EGALEMENT DES EFFETS A PLUS LONG TERME	287
15	INDEX DES TABLEAUX ET ILLUSTRATION	288
15.1	LISTE DES ENCADRES	289
15.2	LISTE DES FIGURES.....	290
15.3	LISTE DES TABLEAUX	295
16	ANNEXE 1 – SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2023	297

2 Liste des propositions

- Proposition 1 : Organiser le dépistage précoce du diabète de type 2 en France
- Proposition 2 : Poursuivre la mobilisation collective pour améliorer les taux de dépistage des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus
- Proposition 3 : Ouvrir le remboursement de l'activité physique adaptée (APA) à certaines catégories de patients atteints de maladies chroniques
- Proposition 4 : Augmenter l'offre de soutien psychologique pour faire face à la sollicitation croissante du dispositif, et plus généralement répondre à la demande continue de patients adressés par leurs médecins
- Proposition 5 : Accentuer l'effort de repérage des troubles psychiques chez les jeunes
- Proposition 6 : Investir massivement sur la prévention bucco-dentaire des jeunes générations pour faire émerger une « génération sans carie »
- Proposition 7 : Déployer auprès des médecins un outil spécifique de réduction de l'iatrogénie médicamenteuse pour leurs patients polymédiqués
- Proposition 8 : Poursuivre la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins en étendant les zones régulées où s'applique la règle du « 1 départ pour 1 installation », et le nombre de professions libérales concernées. Appliquer ce cadre de régulation démographique aux professionnels salariés par des libéraux et à ceux qui exercent au sein de centres de santé.
- Proposition 9 : Mener une campagne nationale d'information sur le bon usage du système de santé à l'automne 2023, pour sensibiliser les assurés sur les bons réflexes à adopter, notamment lors d'un RDV médical (prévenir en cas d'annulation, venir muni de sa carte vitale, etc.)
- Proposition 10 : Assurer la bonne régulation des urgences et des soins non programmés en soutenant les modèles de « SAS intégré »
- Proposition 11 : Limiter la création de centres de soins non programmés
- Proposition 12 : Soutenir et amplifier la diffusion des modèles émergents de financement à la qualité et les financements populationnels forfaitaires en ville
- Proposition 13 : Améliorer le suivi et la prise en charge des patients à domicile en formant des binômes médecins-infirmiers.
- Proposition 14 : Maîtriser la financiarisation du système de santé pour protéger l'indépendance professionnelle et la qualité des soins
- Proposition 15 : Permettre aux femmes souffrant d'une infection urinaire d'avoir un accès rapide et sécurisé à des antibiotiques, directement en pharmacie, sans ordonnance
- Proposition 16 : Renforcer le positionnement du pharmacien comme acteur de santé de proximité et l'expert du médicament, responsable de la pertinence des délivrances, et poursuivre en conséquence l'évolution du modèle économique des officines
- Proposition 17 : Assurer un accès rapide et sans rupture aux médicaments en France
- Proposition 18 : Réduire l'impact environnemental des produits de santé, responsables de la moitié des émissions de gaz à effet de serre de notre système de santé, en intégrant à leur tarification l'évaluation de leur « coût carbone »
- Proposition 19 : Apposer un « label d'Etat » aux meilleures « applications santé » disponibles sur smartphone, via le référencement sur Mon Espace Santé de services numériques tiers
- Proposition 20 : Stabiliser le cadre de régulation de la téléconsultation afin de garantir aux patients une pratique médicale éthique et pertinente
- Proposition 21 : Accompagner l'émergence en France d'innovations numériques dans deux secteurs spécifiques : les thérapies digitales en santé mentale et les innovations d'aide au diagnostic mobilisant l'intelligence artificielle (IA)

- Proposition 22 : Déployer un plan d'action pluriannuel de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières gradué entre information, accompagnement et contrôle de chaque acteur (assurés, prescripteurs, employeurs)
- Proposition 23 : Développer massivement le transport partagé
- Proposition 24 : Atteindre l'objectif de 80% de taux de pénétration des médicaments biosimilaires en mettant en place un dispositif de « tiers-payant contre biosimilaire »
- Proposition 25 : Assurer un meilleur usage des nouveaux médicaments permettant de perdre du poids,
- Proposition 26 : Pour les nourrissons et enfants souffrant de reflux gastro-œsophagiens, lutter contre la surprescription de certains médicaments (inhibiteurs de la pompe à protons) des effets secondaires infectieux
- Proposition 27 : Mettre en œuvre des actions de contrôle des prescriptions et des délivrances d'audioprothèses
- Proposition 28 : Renforcer les contrôles en matière de chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique et bariatrique
- Proposition 29 : Construire avec les représentants de la biologie médicale un nouvel accord-cadre triennal
- Proposition 30 : Relancer le développement de la chirurgie ambulatoire *via* la mobilisation de Visuchir, outil rénové de datavisualisation des pratiques chirurgicales de chaque établissement en France,

3 Introduction

Le vote de la loi de financement de la sécurité sociale constitue un moment important dans la vie de notre système de santé. La construction de ce texte doit concilier les enjeux de santé publique, de qualité des soins et d'accès équitable aux soins. Le tout doit également s'inscrire dans un cadre financier soutenable à court, moyen et long terme, en y incluant désormais les objectifs de développement durable. Il s'agit aussi de concilier le rythme annuel des lois de finances et la nécessaire pluriannualité dans laquelle les transformations de notre système de santé s'inscrivent.

Les analyses et les propositions que porte le rapport sur les charges et les produits de l'Assurance Maladie visent à éclairer le débat public et à contribuer aux évolutions et aux transformations de notre système de santé. C'est notamment l'objectif de la mise à disposition de données offrant d'une part une vision médicalisée de l'Ondam (objectif national des dépenses d'Assurance Maladie) par pathologie et d'autre part une analyse inédite de l'offre et de l'activité des professions de santé libérales, désormais disponibles en ligne sous un format de datavisualisation, en open data.

Comprendre la dynamique des dépenses d'Assurance Maladie ne se résume pas à un exercice comptable. Il s'agit, derrière chaque évolution, d'analyser les facteurs démographiques, épidémiologiques, comme organisationnelles et économiques, tout en tenant compte de pratiques médicales et soignantes, qui sont à l'œuvre.

Il s'agit également d'identifier les leviers à actionner pour améliorer la qualité du service rendu à la population tout en assurant une consommation de ressources maîtrisée et soutenable sur le long terme. C'est l'objet même des actions de gestion du risque que porte l'Assurance Maladie, dans une approche désormais renouvelée.

Dans un contexte encore marqué par les conséquences de la pandémie de Covid-19 sur la santé de la population et les parcours de soins, la politique de gestion du risque doit avoir pour objectif d'en limiter les effets et, autant que possible, de tendre vers un retour à une situation normale. C'est particulièrement vrai dans le cas de la santé mentale chez les jeunes, population fortement affectée dans ce domaine et chez qui les prescriptions de psychotropes augmentent de manière très importante, appelant une réponse adaptée à ce défi majeur de santé publique.

Pour autant, les efforts pour revenir à une situation ex ante ne disent pas tout d'une politique pertinente de gestion du risque, qui doit aussi promouvoir de nouvelles façons de faire et favoriser l'adoption de l'innovation par les acteurs qui font vivre le système de santé. C'est dans ce sens que l'Assurance Maladie appuie des actions ambitieuses de santé publique autour du dépistage de pathologies comme le diabète, l'insuffisance cardiaque ou les cancers. C'est aussi à cette fin que sont formulées des propositions innovantes sur la télésanté ou sur la prise en charge de l'activité physique adaptée pour certaines pathologies.

L'accès aux soins demeure une problématique de premier ordre et un souci du quotidien pour de nombreux assurés sociaux. Les efforts engagés et soutenus par l'Assurance Maladie, dans le cadre de la vie conventionnelle, visent à promouvoir de nouvelles façons de faire dans les modalités de financement et d'organisation de soins avec l'ensemble des professions conventionnées, tout en poursuivant les efforts de développement de l'exercice coordonné.

La santé est aussi un secteur important de l'activité économique et elle n'est à ce titre pas exempte des évolutions qui sont à l'œuvre dans d'autres secteurs. L'entrée dans la propriété de l'offre de soins privée d'acteurs financiers en est un exemple régulièrement cité, mais dont la réalité, l'ampleur et les conséquences restent largement à décrire et à mesurer précisément. Il est important et utile de scruter de près ces évolutions sectorielles, le plus objectivement possible, pour dépasser les questions de principe et permettre d'asseoir des politiques de régulation adaptées et efficaces.

La situation dans laquelle se trouve notre système de santé appelle à bien des égards à initier et mettre en œuvre des réponses adaptées. Les défis que rencontre notre système de santé s'inscrivent pour autant dans la durée et nombre des réponses à y porter relèvent de la même temporalité. Inscrire ces réflexions dans une perspective de moyen et long terme et porter l'idée de mener des actions de manière durable est un enjeu capital pour toute politique de gestion du risque. L'ambition du rapport de propositions de l'Assurance Maladie est d'aider notre système de santé et les acteurs qui le font vivre à concilier ces deux échelles de temps de manière efficace et pragmatique, au bénéfice du plus grand nombre.

4 Panorama de notre système de santé

4.1 Équilibre financier de l'Assurance Maladie

4.1.1 Le déficit de la branche maladie s'élève à 21 milliards d'euros en 2022, en amélioration de 5,1 milliards d'euros

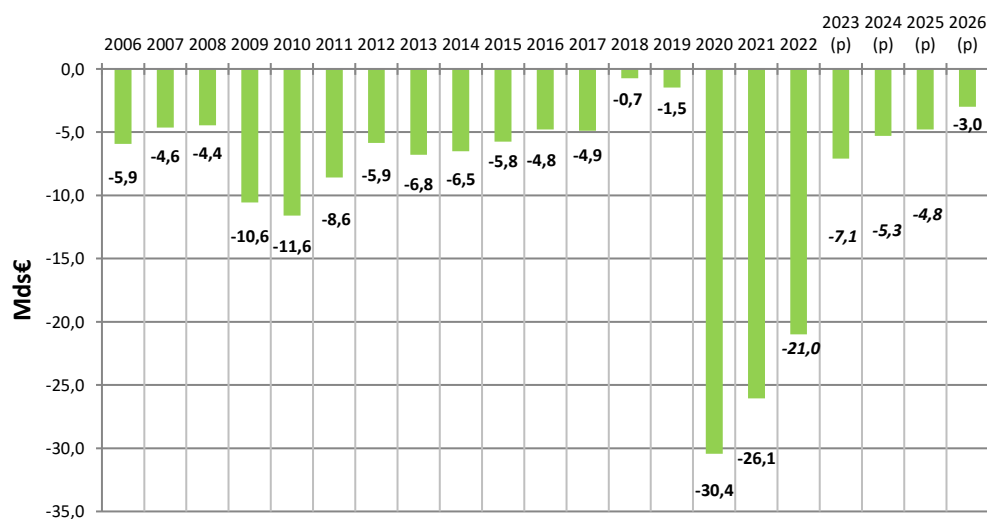
Alors que les comptes de la branche maladie étaient proches de l'équilibre en 2018 et 2019, la crise sanitaire a entraîné une reprise massive des déficits. Après un solde négatif de 30,4 milliards d'euros en 2020 et 26,1 milliards d'euros en 2021, les comptes de la branche maladie affichent un déficit de 21,0 milliards d'euros en 2022.

L'année 2020 avait été marquée par l'effet conjugué de la hausse des charges (+ 11 %), découlant essentiellement des mesures prises afin de faire face à la crise sanitaire et de la baisse des produits (- 5 %) dans un contexte de récession économique. L'année 2021 n'a pu que limiter l'écart entre charges et produits malgré l'ampleur de la reprise économique.

Ce mouvement de redressement des comptes s'est poursuivi en 2022. Cependant, le dynamisme des recettes lié à la reprise économique n'a pas permis de couvrir les dépenses supplémentaires dues à la poursuite de la crise sanitaire et aux mesures nouvelles du Ségur de la santé.

Les perspectives financières à moyen et long terme sont encourageantes avec un déficit prévu en forte baisse dès 2023 (-7,1 milliards d'euros) qui poursuivrait sa réduction pour s'établir à 3 milliards d'euros en 2026 selon les projections réalisées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023.

Figure 1 : Historique du solde de la branche maladie depuis 2006 (en milliards d'euros)



(p) Projections

Source : Cnam, Commission des comptes de la Sécurité sociale de mai 2023, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023

Ce déficit porte le report à nouveau de la branche maladie à - 21,6 milliards d'euros, inscrit au bilan combiné de la branche maladie au 31 décembre 2022. Le report à nouveau s'établirait à -200 milliards d'euros en l'absence des dotations en provenance de l'État et de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Par suite des décrets 2021-40 du 19 janvier 2021 et 2022-23 du 11 janvier 2022, la CADES a procédé au paiement, d'une part de 11,9 milliards d'euros afin de couvrir le solde du déficit 2020 et d'autre part de 24,9 milliards d'euros pour couvrir partiellement le déficit de 2021.

4.1.2 En augmentation de 3,1 % par rapport à 2021, les charges nettes retrouvent leur évolution d'avant crise

L'évolution des dépenses continue d'être impactée en 2022 par les vagues épidémiques et est marquée par la poursuite des dispositifs COVID. L'impact de la crise sanitaire a cependant été moindre en 2022 (11,7 milliards d'euros en 2022 contre 18,3 milliards d'euros en 2021). Le début d'année est en particulier marqué par la fin de la vague Omicron. Les versements d'indemnités journalières liées à la Covid restent élevés malgré la fin de l'état d'urgence sanitaire et de l'obligation d'isolement des cas contact. Les dépenses liées au dépistage sont en revanche en net recul aussi bien dans les laboratoires de biologie que dans les officines de ville : les baisses successives des tarifs des tests PCR font plus que compenser les volumes de tests de dépistage historiquement hauts au début de l'année lors de la première vague du variant omicron.

La croissance des prestations de ville versées en 2022, après exclusion des dépenses engendrées par la crise sanitaire, a retrouvé sa tendance d'avant crise. Ce retour à une situation antérieure demeure variable selon les spécialités en lien avec le recours aux soins. Parmi les postes les plus représentatifs, les produits de santé sont les plus dynamiques avec un taux d'évolution à 5,6 %, essentiellement porté par les médicaments impactés par l'innovation thérapeutique, avec la prise en charge de nouveaux traitements onéreux et la poursuite de l'arrivée en officines de produits dont la délivrance était auparavant réservée aux pharmacies hospitalières. Par ailleurs, l'activité des transporteurs, qui a retrouvé son niveau d'avant crise dès le milieu de l'année 2021, poursuit son rattrapage et enregistre une forte croissance en 2022 (+8,1 %). Cette forte hausse est à relier à l'augmentation de l'activité des taxis et dans une moindre mesure des ambulances en lien avec la reprise des soins réguliers en ambulatoire.

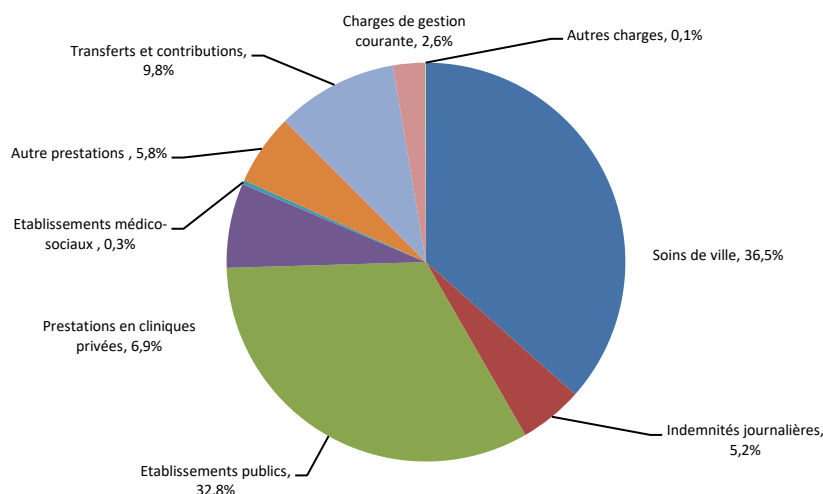
A l'instar de 2021, les charges nettes d'indemnités journalières maladie se sont accrues de 18,9 %. Cette forte croissance s'explique pour la plus grande partie par l'impact de la crise sanitaire, et en particulier la première vague du variant omicron plus contagieux au début de l'année 2022. Cette évolution est également le fait de la hausse de l'IJ moyenne du fait notamment des revalorisations successives du SMIC, d'une dynamique importante des volumes d'IJ non liées au Covid et de la poursuite de la montée en charge du nouveau régime d'IJ pour les professionnels libéraux instauré mi 2021, et enfin du rattrapage d'un stock de dossiers non absorbés du fait de la crise.

Les dépenses nettes au bénéfice des établissements publics (76,5 milliards d'euros) progressent de 3,6 % et de 2,9 % pour les cliniques (16,0 milliards d'euros). Pour les premiers, on retrouve l'effet conjugué de la poursuite des dispositifs de financement COVID et des mesures prises en faveur de l'hôpital. Ainsi, le dispositif de la Garantie de Financement (GF) a été prolongé pour l'année 2022 ; parallèlement, la GF au titre de 2020 a été régularisée définitivement et la GF pour l'exercice 2021 l'a été à titre provisoire au 2ème trimestre 2022.

Les autres dépenses de prestations sociales ont été dynamisées en cours d'année par le contexte d'inflation qui a conduit à la revalorisation des prestations sociales au 1er juillet.

Les charges de gestion s'établissent à près de 6,1 milliards d'euros en 2022. Elles sont en progression de 2,4 % par rapport à 2021 et représentent 2,6 % des charges totales. Cette croissance des dépenses est en partie imputable aux mesures prises dans le contexte de la hausse des prix à la consommation, et en particulier des prix de l'énergie en raison de la guerre en Ukraine. Un complément exceptionnel d'intéressement et une revalorisation de la valeur du point (+3,5 % à compter du 1er octobre 2022) ont été octroyés à l'ensemble des agents de la sécurité sociale.

Figure 2 : Structure des charges de la branche Maladie en 2022

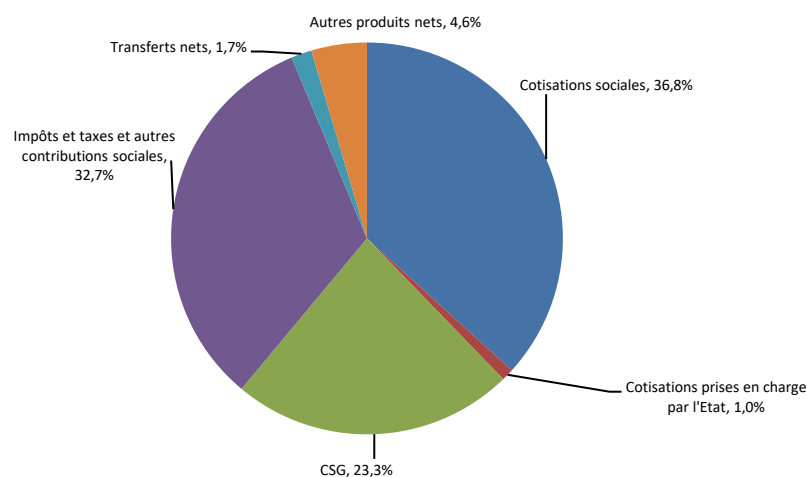


Source : Cnam

4.1.3 Les produits connaissent une croissance dynamique avec 6,1% par rapport à 2021

La masse salariale (+8,6 %) qui est le principal déterminant des recettes a bénéficié de la forte inflation et de la bonne tenue de l'emploi. Les sources de financement de l'Assurance Maladie sont identiques à celles de 2021.

Figure 3 : Structure des produits de la branche Maladie



Source : Cnam

Les cotisations et contributions sociales représentent, en 2022, 80 milliards d'euros, en progression de 5,4 % par rapport à 2021, tirées par les cotisations des actifs en augmentation de 6,6%. Cette augmentation est induite par la poursuite de la reprise de l'activité avec une croissance du PIB de 2,6 % et la revalorisation du SMIC. L'augmentation soutenue de la CSG (+7,5%) est liée à la progression de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (+ 8,7 %).

La fraction des impôts et taxes affectées à la protection sociale (ITAF) collectée par l'État et contribuant également au financement de la branche maladie s'élève à plus de 69 milliards d'euros, en augmentation de 3,2 %. Il s'agit notamment des taxes sur le tabac et l'alcool ainsi que d'une fraction de 20 % des recettes de la TVA dont la part dans le financement se rapproche de celle du produit de la CSG. La croissance la plus importante est portée par la taxe sur les salaires avec une évolution de +36,6% ; le plus gros contributeur est la TVA qui rapporte 2 milliards supplémentaires en 2022. Ces deux sources de financement bénéficient de la reprise économique et de l'inflation importante.

Tableau 1 : Charges et produits nets entre 2020 et 2022 (en millions d'euros)

CNAM - Maladie	2020	2021	%	2022	%
CHARGES NETTES	230 555	225 809	-2,1	232 882	3,1
Prestations maladie maternité nettes	202 848	196 548	-3,1	203 778	3,7
Prestations maladie-maternité ONDAM nettes	190 244	185 180	-2,7	191 110	3,2
Soins de ville en nature nets	73 164	83 642	14,3	85 106	1,8
IJ maladie nettes	11 085	10 091	-9,0	12 002	18,9
Prestations en établissements publics nettes	68 837	73 789	7,2	76 478	3,6
Cliniques privées nettes	14 335	15 526	8,3	15 969	2,9
Établissements médico-sociaux nets	22 135	1 250	--	792	-36,7
Soins des Français à l'étranger nets	687	881	28,2	763	-13,4
Prestations maladie-maternité hors ONDAM nettes	12 437	11 148	-10,4	12 517	12,3
Dotations aux provisions nettes et pertes sur indus, franchises, participations	167	220	31,8	151	-31,6
Transferts nets	21 781	23 251	6,8	22 878	-1,6
Transferts d'équilibrage et compensations	10 910	10 099	-7,4	10 257	1,6
Cotisations famille et vieillesse PAM	1 027	1 021	-0,6	1 073	5,2
Participation aux dépenses du FIR	3 559	3 952	11,0	4 382	10,9
Financements de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	5 992	6 436	7,4	6 068	-5,7
Autres transferts divers	292	1 744	++	1 097	-37,1
Charges de gestion courante	5 891	5 953	1,0	6 098	2,4
Autres charges nettes	35	57	++	129	++
PRODUITS NETS	200 115	199 752	-0,2	211 887	6,1
Cotisations, contributions et recettes fiscales nettes	191 370	189 431	-1,0	199 219	5,2
Cotisations sociales	65 823	73 092	11,0	77 886	6,6
Cotisations prises en charge par l'État	2 397	2 814	17,4	2 109	-25,1
CSG	65 954	45 945	-30,3	49 385	7,5
Impôts, taxes et autres contributions sociales	59 462	67 021	12,7	69 195	3,2
Charges liées au recouvrement	-2 266	559	--	644	15,1
Transferts nets	2 920	2 717	-7,0	3 605	32,7
Transferts d'équilibrage et compensations	160	188	17,4	193	2,6
Prise en charge nette des cotisations maladie des PAM	118	110	-6,4	126	14,5
Contribution nette de la CNSA	1 324	-550	--	0	--
Autres transferts	1 319	2 968	++	3 286	10,7
Autres produits nets	5 824	7 604	30,6	9 063	19,2
Produits de gestion courante	398	447	12,3	467	4,7
Produits divers	6 305	8 285	31,4	9 754	17,7
Provisions nettes et pertes sur RCT, soins des étranger et autres produits	-879	-1 127	28,3	-1 158	2,7
RESULTAT NET	-30 440	-26 057		-20 995	

Source : Cnam

Encadré 1 : Redressement rapide des comptes de l'Assurance Maladie en 2023

La Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2023 a établi des prévisions de retour vers l'équilibre des comptes de la branche maladie à l'horizon de 2026 avec un redressement très rapide dès 2023 : le déficit devrait s'améliorer de 14 Mds€ en un an (cf. Figure 1). Jamais une telle amélioration n'a été constatée dans l'histoire de la branche.

Un effet combiné de recul des charges de 0,7% et de progression des produits de 5,6% permettrait ce rétablissement des comptes selon le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de mai 2023. Plusieurs facteurs expliquent cette diminution historique du déficit :

- La quasi-disparition des dépenses liées à la lutte contre la Covid ;
- Un Ondam inférieur à l'inflation pour la première fois depuis sa création avec en particulier, outre la réduction de la provision de gestion de la crise sanitaire, la fin de la montée en charge des revalorisations du « Ségur de la santé » ;

Le transfert à la CNAF du financement des indemnités maternité post natales décidé en LFSS pour 2023 (pour environ 2,0 Mds€) ;

Des recettes dynamiques tirées notamment par l'inflation et la poursuite de l'embellie sur le marché de l'emploi qui se traduiraient par une hausse de la masse salariale et des autres assiettes dont bénéficient la CNAM (en particulier la TVA). A contrario, ces éléments impactent défavorablement les prestations légales soumises à revalorisation ou assises sur les salaires.

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

La cartographie des pathologies et des dépenses permet de répondre à des questions importantes, dans une perspective d'amélioration du système de santé français et de son efficacité : quelles sont les pathologies les plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Combien de patients sont ainsi pris en charge ? Quelles ressources financières sont mobilisées pour assurer ces soins ? La disponibilité d'un recul de plusieurs années permet d'analyser les dynamiques d'évolution : comment les dépenses progressent-elles ? Ces évolutions sont-elles liées au nombre de patients soignés ou à des changements dans les traitements et les processus de soins ? Quel est l'effet des innovations médicamenteuses ? Peut-on voir l'effet des actions de régulation mises en œuvre les années précédentes ? Dans un contexte où la contrainte sur les dépenses d'Assurance Maladie s'est accrue au fil du temps, où les questions de recours aux soins et d'accès aux innovations sont de plus en plus prégnantes, l'analyse du poids sanitaire et économique des pathologies et des facteurs de risque et la compréhension des dynamiques médicales qui sous-tendent ces évolutions sont indispensables pour l'ensemble des acteurs chargés d'élaborer ou de mettre en œuvre une politique publique de santé. Prioriser les actions d'organisation et de régulation et cibler les domaines prioritaires permet d'aboutir, in fine, à un accès aux soins efficient et équitable sur l'ensemble du territoire et à la pérennisation du système d'Assurance Maladie.

Depuis sa création, la cartographie des pathologies et des dépenses a bénéficié d'importantes évolutions. Bâtie sur des premières démarches portant sur un nombre plus limité de pathologies, avec un suivi d'un ou deux ans, la cartographie des pathologies et des dépenses s'est rapidement enrichie avec de nombreux algorithmes, explorant les données sur une plus longue période, pour devenir un outil incontournable au service du pilotage du système de soins et des études sur les données de santé. Depuis 2019, elle porte sur l'ensemble des régimes d'Assurance Maladie, permettant de disposer d'une population étudiée de 66 millions de personnes en 2019 et jusqu'à 68,7 millions de personnes en 2021. La période d'analyse s'étend actuellement de 2015 à 2021, l'exploitation des années antérieures n'étant pas possible en raison de l'absence d'informations sur les affections de longue durée (ALD) avant 2014 pour certains régimes. Depuis 2022, les données de la cartographie sont accessibles au grand public à travers un site Open Data interactif dédié, mis à jour chaque année¹.

Les principaux constats des dernières années sont demeurés relativement semblables jusqu'en 2019, avec un poids important des maladies cardiovasculaires, des cancers et de la santé mentale, une augmentation lente et régulière des dépenses pour certaines pathologies, du fait du vieillissement de la population (maladies cardiovasculaires, diabète, etc.), ou une augmentation ponctuelle et brutale, liée à l'arrivée de nouveaux traitements coûteux, pour d'autres.

Depuis 2020, on observe les effets de la pandémie de Covid-19, des mesures de contrôle prises pour l'endiguer et leurs répercussions sur le fonctionnement du système de santé. Malgré la poursuite de l'augmentation des dépenses remboursées, leur croissance est considérablement plus faible entre 2019 et 2020 (3,8 milliards d'euros par an en moyenne jusqu'en 2019 contre seulement 1,2 milliard d'euros entre 2019 et 2020), puis a augmenté très fortement en 2021 (+ 18,2 milliards d'euros). Cette hausse s'explique notamment par le rattrapage de soins non réalisés en 2020 et par l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés à la Covid-19 (dépistage et vaccination). Les dépenses spécifiquement liées à la prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 ont également représenté un poids important, comme détaillé plus loin.

L'interprétation des résultats de la cartographie nécessite certaines précautions. Premièrement, les différentes versions de la cartographie ne sont pas comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information et, lorsque c'est le cas, aux algorithmes. Depuis le précédent rapport, aucun algorithme de repérage des pathologies n'a été modifié par rapport à la version précédente. Toutefois, des modifications effectuées sur certains algorithmes dans les versions précédentes sont encore visibles dans les résultats de la présente version. C'est le cas notamment pour le repérage des troubles addictifs, pour lesquels a été pris en compte le remboursement des traitements nicotiques de substitution².

Deuxièmement, le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses ne sont pas strictement superposables et les dépenses ne correspondent pas à l'ensemble des ressources mobilisées pour faire face à la crise sanitaire et à ses conséquences (Encadré 2).

Troisièmement, en raison du mode de calcul des dépenses par pathologie de l'outil Cartographie, les évolutions de celles-ci doivent être interprétées avec prudence. En effet, la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies de la

¹ La plateforme Data pathologies est accessible en ligne : <https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>

² Pour plus de détail consulter le rapport précédent : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>.

cartographie n'inclut pas de manière exhaustive les spécificités liées à la pandémie de Covid-19. Les coûts supplémentaires imputables à la pandémie, en particulier les tests antigéniques réalisés en pharmacie, la vaccination réalisée en dehors des centres de vaccination et les actes réalisés en laboratoire, tels que les PCR, accroissent ainsi de manière importante les dépenses associées à chacune des pathologies. Néanmoins, cette dépense additionnelle varie en fonction des pathologies. Il est en effet probable que les recours aux autotests et à la vaccination étaient plus ou moins fréquents selon les pathologies, du fait des recommandations des autorités sanitaires et des comportements des patients. Par ailleurs, la part de l'augmentation des dépenses de soins de ville imputable à la prise en charge de la Covid-19 a été estimée à 9 %, ce qui représente 3,9 % de la dépense totale. Aussi, il conviendra de garder à l'esprit cette estimation lors de l'interprétation des montants remboursés par pathologie.

Dans une première partie sont présentés les effectifs et les dépenses mobilisées pour la prise en charge des différentes pathologies en 2021. Ensuite, leurs évolutions entre 2020 et 2021 sont décrites relativement à celles constatées les années précédentes, afin d'appréhender au mieux l'incidence de la pandémie sur les dépenses d'Assurance Maladie en 2020 et 2021.

Encadré 2. Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses

Les dépenses retenues pour l'affectation aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé sont les dépenses remboursées par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) (quel que soit le régime d'affiliation) qui sont individualisables, c'est-à-dire rattachables à un individu. Il n'y a pas de correspondance exacte entre le champ Ondam et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses. Les dépenses suivantes, relevant du champ Ondam, ne sont pas comptabilisées pour la cartographie des pathologies :

- Les dépenses forfaitaires des professions médicales (telles que les rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), les forfaits patientèle ou les indemnités liées à la permanence des soins ambulatoires) ;
- La prise en charge des cotisations sociales des professions médicales et auxiliaires ainsi que le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité lors des confinements ;
- Les garanties de financement versées en 2020 et 2021 aux établissements hospitaliers ;
- Les dotations aux établissements sociaux et médico-sociaux ;
- Les dépenses spécifiques liées au Fonds d'intervention régional (FIR) et au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, devenu Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé – FMIS – en 2021) ;
- Les dotations aux opérateurs intervenant dans le champ de la santé (Santé publique France – SPF, Haute Autorité de Santé – HAS, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM...) ;
- Les dotations aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).
- Les dépenses liées à la vaccination Covid-19 réalisée dans les centres de vaccination ne sont pas prises en compte dans les dépenses de cartographie. En revanche, les vaccinations réalisées par les professionnels de santé libéraux sont bien prises en compte et imputées au poste des professions libérales concernées (MG, Infirmier et poste médicament pour les pharmaciens). Par ailleurs, les dépenses associées à la réalisation des tests TAG en pharmacie est affectée au poste médicament dans la cartographie ainsi que dans le suivi de l'Ondam.
- A l'inverse, les indemnités journalières maternité et les prestations d'invalidité, qui ne font pas partie du champ Ondam, sont comptabilisées dans le champ de la cartographie des pathologies et des dépenses.

Ces différences de champ sont à l'origine des écarts constatés, notamment pour les années 2020 et 2021, entre les évolutions des dépenses totales relevant du champ Ondam et les évolutions des dépenses affectées à la prise en charge des pathologies, traitements ou événements de santé présentées dans cette partie. En particulier, certaines ressources spécifiquement mobilisées pour répondre aux enjeux de la crise sanitaire telles que les dispositifs de compensation financière de la perte d'activité pour les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux, les hausses de dotations à SPF, aux établissements sanitaires et médico-sociaux (achats de masques, de vaccins, de matériels de protection, de respirateurs, etc.) ne sont pas prises en compte dans le calcul des dépenses affectées aux pathologies, traitements ou événements de santé. Ainsi, si les dépenses totales dans le champ de l'Ondam ont augmenté de près de 9,1 % entre 2020 et 2021, les dépenses prises en compte dans le champ de la cartographie ont progressé de 10,9 % sur la même période. Une présentation détaillée des dépenses considérées pour la cartographie des pathologies et des dépenses est disponible en ligne :

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

4.2.1 Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2021 et à quel coût ?

En 2021, 185,2 milliards d'euros ont été remboursés (Figure 4) par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 68,7 millions de personnes. Les pathologies et traitements chroniques représentent près de 62 % de cette dépense (environ 104 milliards d'euros) (Tableau 2 et Figure 5) et concernent 35 % de la population (soit près de 25 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (Figure 6). A l'opposé, 56 % de la population, soit plus d'un assuré sur deux, a reçu des soins qualifiés de courants ou non repérés par les algorithmes de la Cartographie.

Quatre catégories de pathologies représentent plus de la moitié de l'ensemble des dépenses remboursées (Figure 5) :

- La part la plus importante concerne les épisodes hospitaliers qualifiés de « ponctuels », au sens où l'hospitalisation n'est pas en lien avec l'une des pathologies de la cartographie : 39,1 milliards d'euros, soit 21,1 % des dépenses totales ;
- La santé mentale, si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et hypnotiques), représente 25 milliards d'euros, soit près de 13,5 % des dépenses totales ;
- La prise en charge des cancers atteint 22,6 milliards d'euros, soit 12,2 % des dépenses totales ;
- La prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires atteint 19,4 milliards d'euros, soit 10,5 % des dépenses totales.

Les 25 milliards d'euros affectés aux maladies ou traitements chroniques psychiatriques sont liés à 47 % aux troubles névrotiques et de l'humeur (6,7 milliards d'euros) et aux troubles psychotiques (5,2 milliards d'euros). Ces dépenses sont principalement liées aux séjours hospitaliers, notamment en établissements psychiatriques. Parmi les 22,6 milliards d'euros affectés aux cancers, 89 % concernent les cancers en phase active de traitement et 11 % les cancers sous-surveillance. On notera le poids important des cancers du sein (3,9 milliards d'euros), du poumon (3 milliards d'euros), du colon (1,8 milliard d'euros) et de la prostate (2,2 milliards d'euros), qui représentent 48 % des dépenses attribuées aux cancers. Enfin, trois pathologies représentent plus des deux tiers des dépenses des maladies cardio-neurovasculaires (19,4 milliards d'euros) : la maladie coronaire (4,7 milliards d'euros), les accidents vasculaires cérébraux (4,1 milliards d'euros) et l'insuffisance cardiaque (IC) (3,1 milliards d'euros). La prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 (y compris en soins critiques) a généré une dépense de 2,3 milliards d'euros pour l'Assurance Maladie durant l'année 2021, soit 1,2 % de l'ensemble des dépenses remboursées.

Par ailleurs, les maladies cardio-neurovasculaires représentent 5,3 millions de personnes, le diabète, 4,2 millions de personnes, les maladies respiratoires chroniques, 3,6 millions de personnes, les cancers, 3,4 millions de personnes et les maladies psychiatriques, 2,8 millions de personnes (Figure 6). Si l'on ajoute aux maladies psychiatriques les 5,7 millions de personnes recevant un traitement chronique par psychotropes, ce sont plus de 8,5 millions de personnes qui ont été prises en charge pour une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale.

Les dépenses totales par pathologie dépendent du nombre de personnes traitées et de la dépense individuelle moyenne par patient (Tableau 2). Deux principaux groupes de pathologies se distinguent (Figure 7) :

- Celles qui concernent un nombre important de personnes, mais avec un coût moyen par patient relativement faible, comme le traitement chronique du risque vasculaire en prévention primaire (8,4 millions de personnes, 718 euros par an par personne en moyenne) ou le traitement chronique par psychotropes (1 308 euros par an par personne en moyenne) ;
- Celles qui concernent peu ou relativement peu de personnes, mais pour lesquelles la dépense annuelle individuelle moyenne par patient est élevée. C'est le cas notamment des cancers actifs (13 406 euros), des maladies cardio-neurovasculaires aiguës (10 204 euros), des maladies psychiatriques (6 303 euros) et de la maternité (7 244 euros). C'est aussi le cas des prises en charge hospitalières pour Covid-19 (9 331 euros).

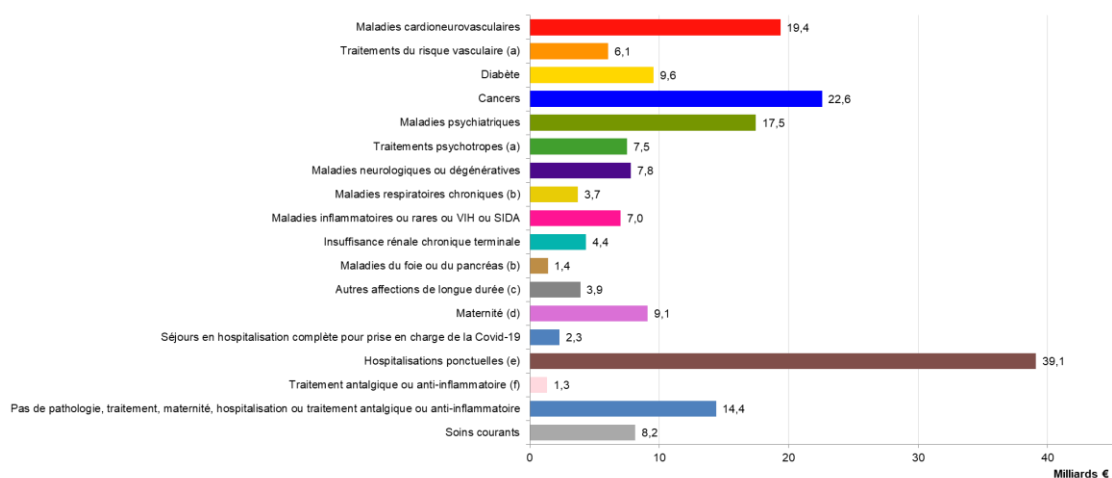
Cette distinction n'est toutefois pas applicable pour l'ensemble des pathologies ou situations de santé : les hospitalisations ponctuelles se démarquent avec un effectif très élevé (9 665 000 patients) et une dépense individuelle moyenne élevée (4 046 euros). Malgré des effectifs relativement faibles (101 000 bénéficiaires), le poids économique de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est important, du fait d'une dépense annuelle individuelle moyenne par patient extrêmement élevée³ (43 086 euros). Pour comparaison, la dépense individuelle moyenne est de 2 696 euros pour l'ensemble des assurés inclus dans la cartographie et de 374 euros pour les assurés n'ayant consommé que des soins qualifiés de courants ou non repérés par les algorithmes de la Cartographie.

³ Pour cette raison, cette pathologie n'a pas été représentée dans la Figure 7

De plus, la structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Figure 8). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 (89 % de la dépense individuelle moyenne), ce qui est logique au vu de la définition retenue pour repérer ces patients (cas hospitalisés). Elles sont aussi importantes pour les maladies cardio-vasculaires aiguës (81,6 %), l'IRCT (68,5 %), les maladies psychiatriques (64,8 %) et les cancers actifs (60,7 %) et expliquent les niveaux de dépenses élevés pour ces pathologies.

Les soins de ville concernent la majorité des dépenses affectées au diabète (85 % de la dépense moyenne par individu), des personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (78 %), des « maladies inflammatoires ou rares ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) » (73 %), des cancers sous surveillance (70 %), des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) (64 %), des maladies neurologiques ou dégénératives et des personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins repérés par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...) (68 %). Enfin, les prestations en espèces⁴ ont un poids important dans les dépenses mobilisées dans le cadre de la maternité (42 %) ou pour les patients ayant bénéficié de traitements chroniques par psychotropes (41,5 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (41 %).

Figure 4: Répartition des dépenses d'Assurance Maladie remboursées en 2021 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 185 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes



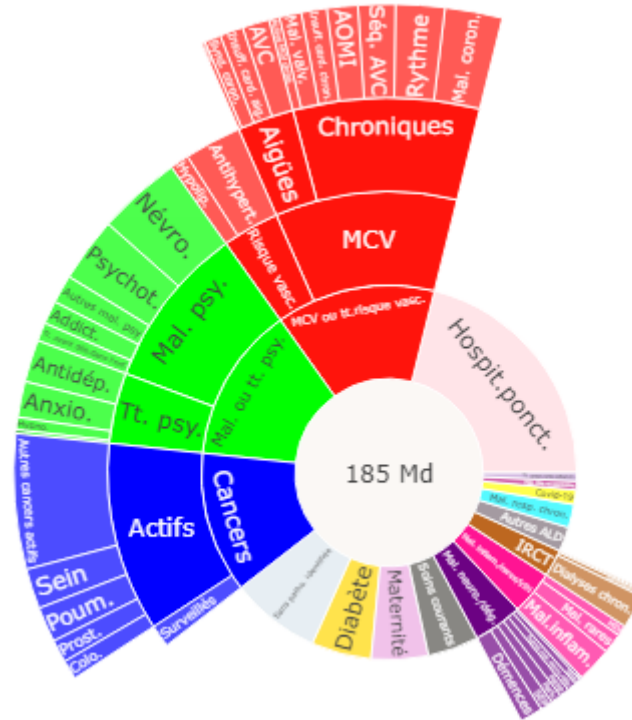
(a) Hors pathologies / (b) Hors mucoviscidose / (c) Dont 31 et 32 / (d) Avec ou sans pathologies / (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité / (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

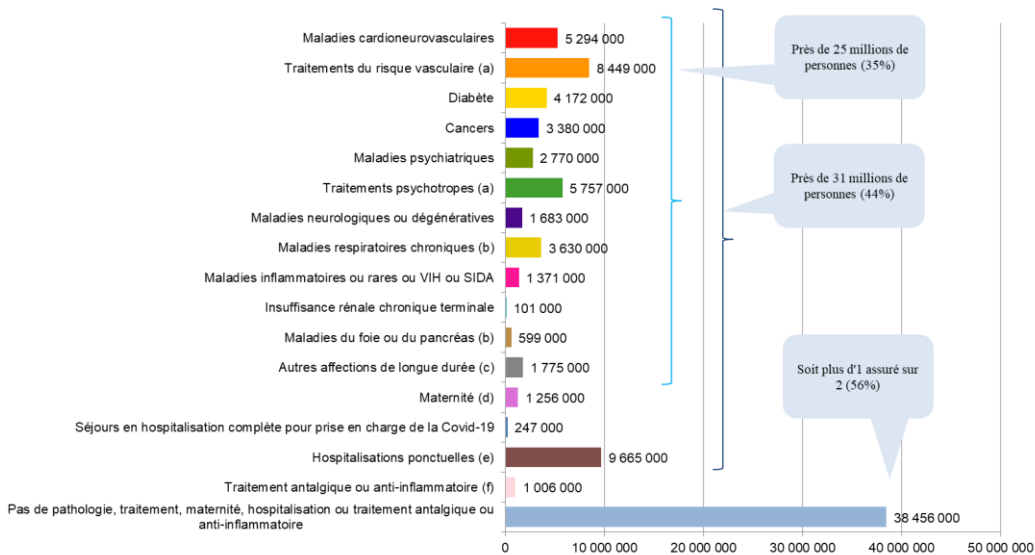
⁴ La composition détaillée des postes de dépenses est disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>. Les prestations en espèces comprennent les indemnités journalières versées en cas de maladie, d'accident du travail ou maladie professionnelle, l'assurance maternité et les pensions d'invalidité.

Figure 5 : Répartition des dépenses remboursées entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2021



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 6 : Nombre de bénéficiaires pris en charge en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (68,7 millions de personnes au total)



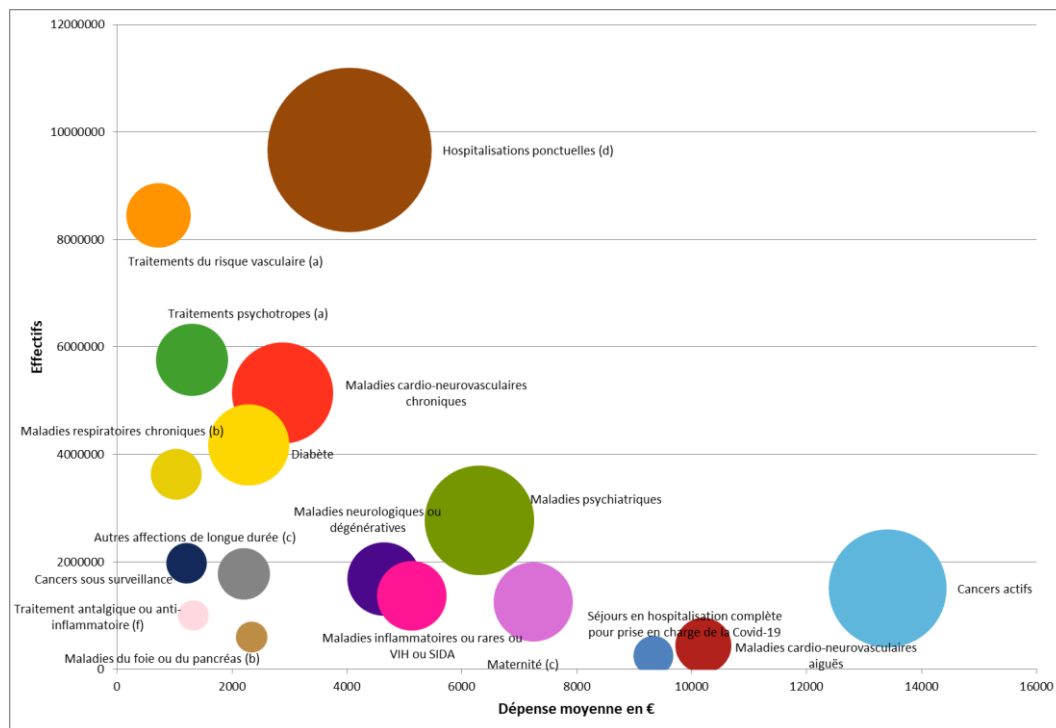
(a) Hors pathologies / (b) Hors mucoviscidose / (c) Dont 31 et 32 / (d) Avec ou sans pathologies / (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité / (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
 Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Tableau 2 : Effectifs et dépenses individuelles moyennes remboursées en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins

Catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins	Effectif	Dépense moyenne	dont soins de ville	dont hospitalisations	dont prestations en espèces
Maladies cardionerveuses	5 294 000	3 660 €	1 689 €	1 751 €	216 €
dont maladies cardionerveuses aiguës	443 000	10 200 €	1 618 €	8 323 €	262 €
dont maladies cardionerveuses chroniques	5 146 000	2 880 €	1 599 €	1 086 €	200 €
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	8 449 000	720 €	562 €	37 €	119 €
Diabète	4 172 000	2 300 €	1 952 €	187 €	157 €
Cancers	3 380 000	6 680 €	2 650 €	3 717 €	315 €
dont cancers actifs	1 506 000	13 410 €	4 828 €	8 135 €	443 €
dont cancers sous surveillance	1 977 000	1 210 €	853 €	160 €	200 €
Maladies psychiatriques ou psychotropes	8 527 000	2 930 €	877 €	1 388 €	666 €
dont maladies psychiatriques	2 770 000	6 300 €	1 298 €	4 082 €	924 €
dont traitements psychotropes (hors pathologies)	5 757 000	1 310 €	674 €	92 €	541 €
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 683 000	4 650 €	2 929 €	1 358 €	363 €
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3 630 000	1 030 €	654 €	256 €	117 €
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1 371 000	5 130 €	3 751 €	947 €	431 €
Insuffisance rénale chronique terminale	101 000	43 090 €	12 815 €	29 503 €	769 €
dont dialyse chronique	57 000	62 950 €	17 031 €	45 465 €	455 €
dont transplantation rénale	3 000	71 150 €	15 984 €	53 255 €	1 915 €
dont suivi de transplantation rénale	41 000	13 450 €	6 732 €	5 596 €	1 118 €
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	599 000	2 340 €	1 137 €	955 €	249 €
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 775 000	2 210 €	1 757 €	234 €	214 €
Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19	247 000	9 330 €	730 €	8 303 €	298 €
Maternité (avec ou sans pathologies)	1 256 000	7 240 €	1 120 €	3 078 €	3 046 €
Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	9 665 000	4 050 €	670 €	2 990 €	386 €
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 006 000	1 330 €	703 €	76 €	549 €
Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	38 456 000	370 €	255 €	27 €	93 €

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 7 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



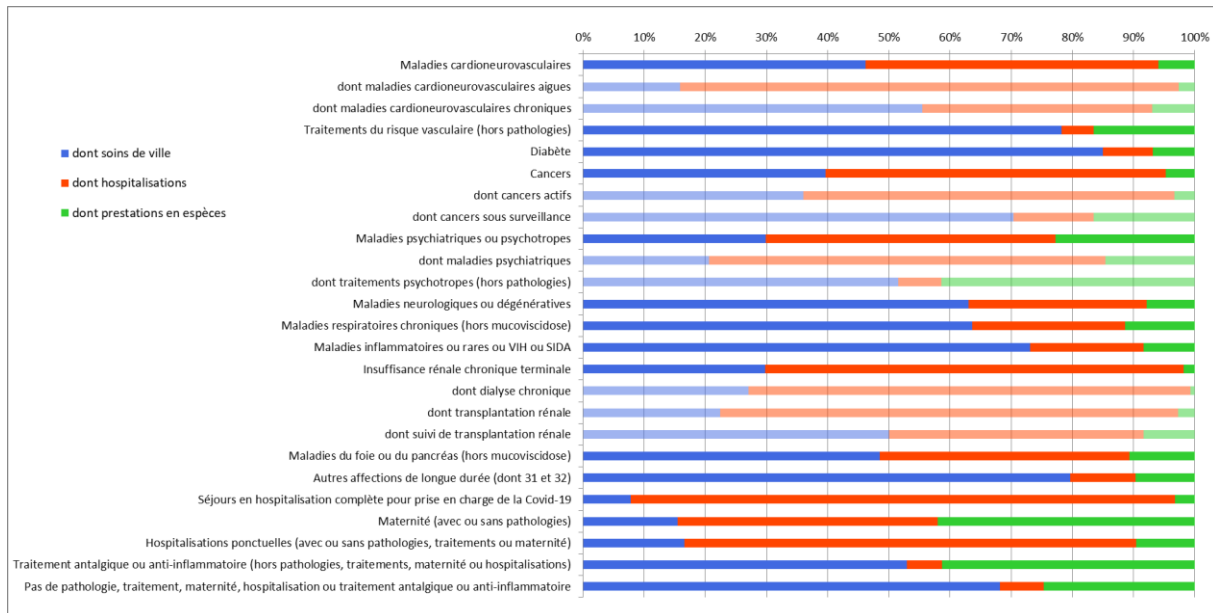
(a) Hors pathologies / (b) Hors mucoviscidose / (c) Dont 31 et 32 / (d) Avec ou sans pathologies / (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité / (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées. Seules ont été représentées les principales catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins afin de ne pas alourdir le graphique. Par ailleurs, pour les maladies cardio-neurovasculaires, les formes aiguës (événement survenu dans l'année) et chroniques

de la maladie ont été distinguées de manière à mieux faire ressortir les différences en termes d'effectifs ou de dépenses remboursées moyennes mobilisées pour leur prise en charge. De même, les cancers en phase active (avec un traitement en cours) ont été distingués de ceux en phase de surveillance. Enfin, les maladies psychiatriques, qui concernent des personnes en affection de longue durée (ALD) ou ayant été hospitalisées pour ce motif, ont été distinguées des personnes traitées par psychotropes sans diagnostic psychiatrique repérable dans les remboursements de soins.

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 8 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



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

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

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

Maladies cardio-neurovasculaires. Ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque (IC), l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires. On distingue les pathologies en phase aiguë et chronique (pour une pathologie donnée, seules les personnes n'ayant pas eu d'épisode aigu dans l'année sont considérées comme en phase chronique).

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

Diabète (quel que soit son type).

Cancers. Les plus fréquents (cancers du sein, de la prostate, du colon et du poumon) sont distingués, les autres cancers étant regroupés. On distingue les cancers en phase active de traitement (dits « actifs ») et les cancers en phase de surveillance (dits « sous surveillance »). Pour un cancer donné, une personne ne peut être comptabilisée dans les deux phases la même année.

Maladies psychiatriques. Ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement). Attention : comme mentionné plus haut, le remboursement des traitements nicotiques de substitution est désormais pris en compte pour le repérage des troubles addictifs, avec une condition sur le nombre de remboursements de ces traitements (délivrés au moins trois fois dans l'année), afin de cibler les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique. La facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 peut expliquer au moins partiellement une hausse de prévalence des troubles addictifs sur cette période.

Traitements psychotropes. Il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et/ou hypnotiques (mais qui n'ont pas de diagnostic psychiatrique repérable dans le système national des données de santé (SNDS) – via une hospitalisation ou une affection de longue durée (ALD) récente – et qui ne sont donc pas incluses dans la catégorie des maladies psychiatriques).

Maladies neurologiques et dégénératives. Elles comprennent les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques (SEP), la parapésie ou tétrapésie, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

Maladies respiratoires chroniques. Ce groupe comprend notamment, sans toutefois les distinguer, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)...La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe.

Maladies inflammatoires, maladies rares et virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, les autres maladies inflammatoires chroniques, les maladies métaboliques héréditaires et l'amylose, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase grave. L'infection par le VIH fait l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Elle 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 (ALD) (regroupées). Personnes avec une ALD autres que celles relatives aux pathologies mentionnées ci-dessus.

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

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

Séjours hospitaliers pour Covid-19. Personnes avec au moins un séjour en hospitalisation complète au cours de l'année, dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Les analyses des dépenses spécifiquement affectées à la prise en charge de la Covid-19 concernent ces personnes. Il est à noter que ces dépenses spécifiques ne reflètent pas l'ensemble des ressources mobilisées pour faire face à la crise sanitaire et ses conséquences. Au sein de cette population, nous avons également identifié les personnes avec une prise en charge en soins critiques (réanimation, soins intensifs ou soins continus) au cours d'un séjour, sans possibilité d'étudier les dépenses spécifiquement affectées à ce groupe. Les critères de repérage de ces personnes ont été définis en conformité avec les consignes de codage et les travaux publiés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes. Personnes ayant eu au moins six délivrances dans l'année. Ces traitements peuvent être indiqués pour des pathologies rhumatologiques chroniques (lombalgie, arthrose, etc.), mais aussi pour toute pathologie chronique douloureuse. Cependant, seules les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus sont considérées dans ce groupe.

Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti inflammatoire. Personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus, donc à priori n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...).

Les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne :

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

4.2.2 Une augmentation importante des effectifs en 2021

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins entre 2015 (64,4 millions) et 2021 (68,7 millions) a augmenté de 4,3 millions de personnes en six ans, soit + 1,08 % par an en moyenne sur la période. Toutefois, les évolutions annuelles diffèrent fortement sur la période. Jusqu'en 2019, l'évolution des effectifs était relativement constante (+ 0,78 % en 2016, + 0,31 % en 2017, + 0,61 % en 2018, + 0,76 % en 2019), pour se stabiliser en 2020 légèrement au-dessus du niveau de 2019 (+0,15 %, avoisinant ainsi 66,1 millions).

En 2021, les effectifs de patients pris en charge par l'Assurance Maladie ont augmenté fortement, avec 2,6 millions personnes supplémentaires. Une faible part de cette augmentation est liée à l'évolution tendancielle de la population de la cartographie (+ 380 000 personnes) et à un rattrapage de la croissance plus lente de l'effectif de la population en 2020

(+160 000) qui avait diminué en raison de l'épidémie de Covid-19. L'augmentation de cet effectif en 2021 est essentiellement due à des personnes dont la consommation de soins n'est liée qu'à la pandémie de Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations), qui représentent au moins 1,6 millions de personnes. Il s'agit majoritairement de personnes qui ont consommé des soins en 2020, mais qui n'auraient pas consommé en 2021 s'il n'y avait pas eu la pandémie. Cette population à la consommation de soins uniquement liée à la pandémie de Covid-19, dont 98,1% se retrouve dans la catégorie des « non repérés par les algorithmes », est bien plus jeune que l'ensemble de la population du champ de la Cartographie (33 ans en moyenne contre 42 ans) et est davantage représentée par des hommes (71% contre 51%). La dépense totale de ces 1,6 millions de personnes est de 113 millions d'euros, soit 70 euros par individu.

4.2.3 Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?

Quelle est l'évolution de la dépense totale sur l'ensemble de la période ? Quelles sont les dynamiques médicales et économiques derrière ces évolutions ? Des ruptures de tendance en cours de période sont-elles observables, en particulier depuis 2020, la première année de la pandémie ? Celle-ci s'est-elle répercutée sur le nombre de patients pris en charge pour les autres pathologies ou sur les dépenses annuelles moyennes mobilisées pour chaque personne ? La cartographie permet une étude de l'évolution de ces indicateurs sur une période dont la durée augmente chaque année, la présente version portant sur la période 2015-2021. Cette profondeur historique permet d'analyser les évolutions en distinguant les tendances générales à moyen terme des évolutions annuelles de court terme. Une telle distinction est particulièrement pertinente pour analyser les évolutions depuis 2020, étant donné le contexte de la pandémie de Covid-19 et ses conséquences sur le système de soins. Le précédent rapport avait contribué à montrer l'effet important de la crise sanitaire sur la consommation et le recours aux soins moindres, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. En 2021, les conséquences de cette baisse du recours sur le repérage de certains épisodes de soins, traitements chroniques ou pathologies et sur les dépenses de soins associées peuvent être explorées. L'interprétation des évolutions d'effectifs et de dépenses doit tenir compte de plusieurs mécanismes :

- Des modifications de la prise en charge ou de l'organisation des soins et des évolutions de tarifs entraînant des évolutions des dépenses individuelles moyennes par patient ;
- L'allongement de l'espérance de vie avant 2020, qui a pour conséquences la croissance du nombre d'assurés et un vieillissement de la population française, qui s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques du sujet âgé et de la polyopathie ;
- Des conséquences de la crise sanitaire sur la consommation, le recours aux soins et la santé de la population française.

Une augmentation de la dépense totale en six ans de 34,6 milliards dont plus de la moitié (18,2 milliards) entre 2020 et 2021

Depuis 2015, la dépense totale de la consommation de soins remboursés pour l'ensemble des régimes a augmenté de 34,6 milliards d'euros (soit + 22,9 % en six ans, + 3,5 % par an en moyenne). L'analyse des évolutions annuelles montre toutefois des disparités importantes selon les années. Ainsi, la croissance de la dépense totale a nettement ralenti avec la survenue de la pandémie en 2020 (+0,7% en 2020, alors qu'elle était supérieure à +2,0% entre 2015 et 2019), puis s'est fortement amplifiée en 2021 (+10,9 % en 2021).

Entre 2020 et 2021, les dépenses de soins de ville ont augmenté de 10,5 milliards d'euros (+14,9 %), celles liées à l'hospitalisation de 8,3 milliards d'euros (+11,7%) et les prestations en espèces (indemnités journalières maladie et AT/MP remboursées, indemnités journalières maternité et autres prestations remboursées et prestations d'invalidité remboursées) ont baissé de 0,6 milliards d'euros (-2,5%). La dépense totale (soins de ville + dépenses d'hospitalisation + Indemnités journalières et invalidité) augmente ainsi de 18,2 Milliards d'euros en 2021 dont 7,15 milliards d'euros sont directement attribuables à la prise en charge de la Covid-19 (6,3 milliards d'euros en soins de ville (tests PCR, tests antigéniques, vaccinations en ville hors centre de vaccination) et 0,85 milliard d'euros d'indemnités journalières).

Le poste « biologie remboursée » augmente de 1,5 milliard d'euros en 2021 (+31,8%) dont +3,3 milliards liés à la Covid-19 (+14,1%) et -1,8 milliards d'euros liés aux autres soins de biologie.

Pour le poste « Médicaments remboursés », la dépense augmente de 3.4 milliards d'euros dont 2,1milliards pour la Covid-19 (y compris tests antigéniques réalisés en pharmacie) et +1,3 milliards pour les consommations en dehors de la Covid-19 (Figure 10). Les dépenses liées aux indemnités journalières maladie et AT-MP ont baissé de 5,1% en 2021 malgré 847 millions d'euros liés aux indemnités journalières Covid-19 (indemnités dérogatoires et autres indemnités liées à la Covid-19).

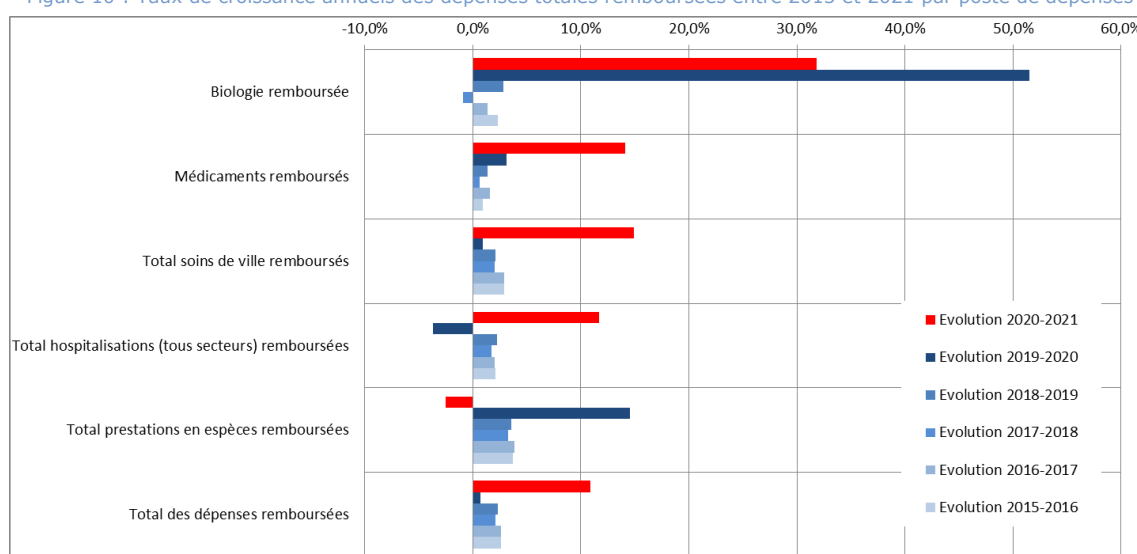
Les prises en charge des coûts en soins de ville et en prestations liés à la Covid-19 ont donc eu des répercussions sur le montant de la dépense totale remboursée.

Figure 9 : montant total en millions d'euros des dépenses remboursées par poste entre 2015 et 2021

	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Biologie remboursée	6 201	4 704	3 104	3 019	3 047	3 006	2 937
Médicaments remboursés	27 790	24 348	23 604	23 279	23 123	22 758	22 548
Total soins de ville remboursés	81 507	70 930	70 252	68 817	67 429	65 534	63 702
Total hospitalisations (tous secteurs) remboursées	79 167	70 870	73 575	71 947	70 712	69 310	67 863
Total prestations en espèces remboursées	24 545	25 181	21 987	21 233	20 562	19 799	19 092
Total des dépenses remboursées	185 219	166 981	165 813	161 998	158 703	154 643	150 657

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 10 : Taux de croissance annuels des dépenses totales remboursées entre 2015 et 2021 par poste de dépenses

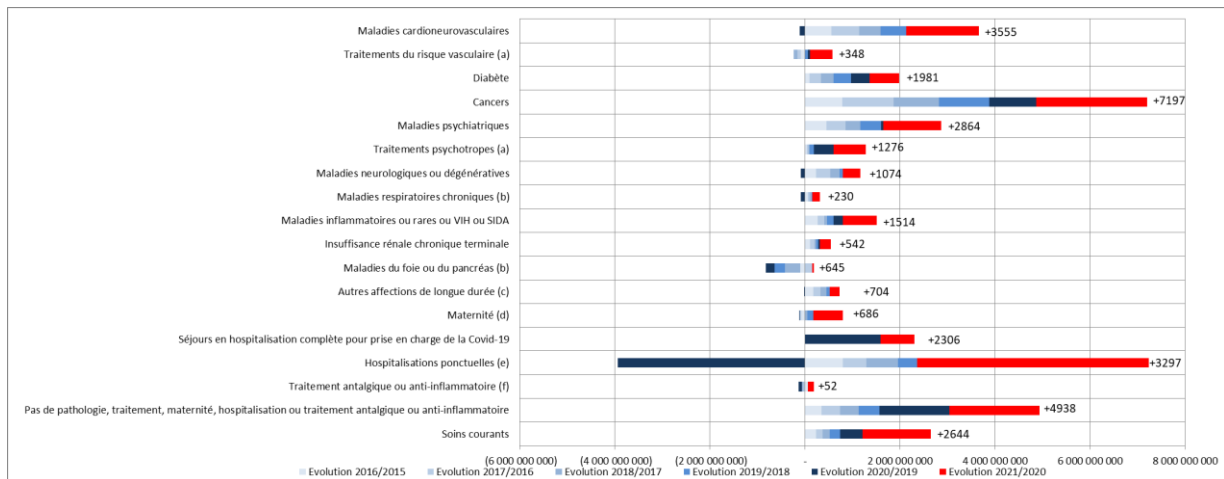


Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

En raison des évolutions constatées sur les postes de dépenses et du mode de calcul des dépenses par pathologie de l'outil Cartographie, les évolutions de celles-ci doivent être interprétées avec prudence. En effet, la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies de la cartographie n'inclue pas de manière exhaustive les spécificités liées à la pandémie de Covid. Les coûts supplémentaires imputables à la pandémie accroissent ainsi de manière importante les dépenses associées à chacune des pathologies. Néanmoins, cette dépense additionnelle peut varier légèrement en fonction des pathologies. Il est en effet probable que les recours aux tests d'auto-diagnostiques et à la vaccination étaient plus ou moins fréquents selon les pathologies, du fait des recommandations des autorités sanitaires et des comportements des patients.

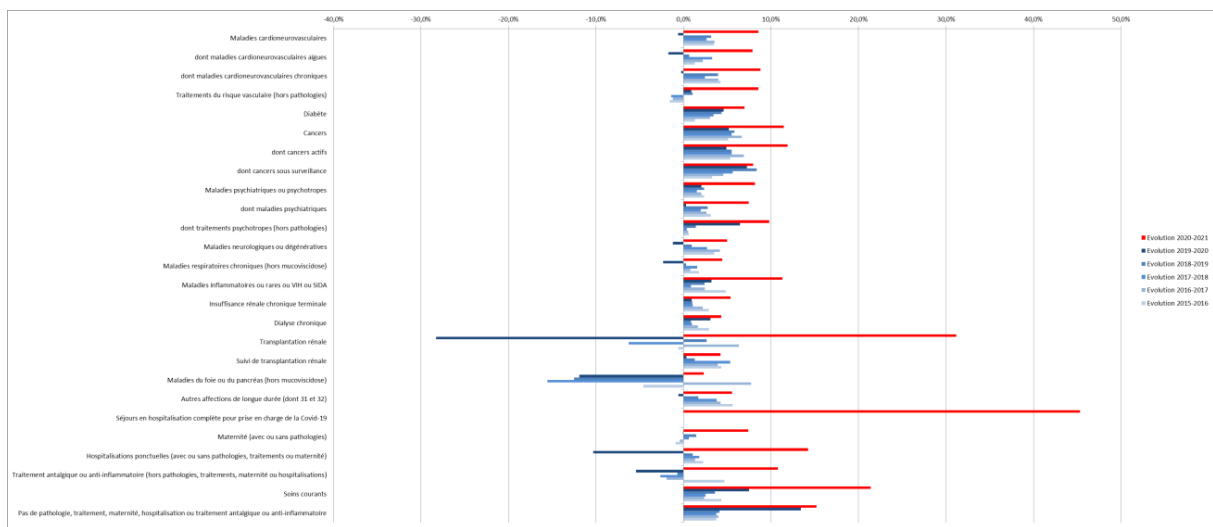
Pour la majeure partie des pathologies, les dépenses augmentent chaque année sur l'ensemble de la période. L'augmentation la plus importante entre 2015 et 2021 est observée sur la prise en charge des cancers (+ 7,2 milliards d'euros). Ensuite, se retrouve celle des patients sans pathologie repérée par la cartographie (+ 4,9 milliards d'euros). Les dépenses liées à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires et des maladies psychiatriques ont également augmenté, à des niveaux toutefois moindres (respectivement + 3,5 milliards d'euros et + 2,9 milliards d'euros). Quant aux hospitalisations ponctuelles, elles ont augmenté de 3,3 milliards d'euros avec des amplitudes importantes depuis la survenue de la pandémie. C'est aussi le cas pour la plupart des pathologies, dont les évolutions détaillées sont présentées dans les parties suivantes.

Figure 11 : Évolution des dépenses remboursées entre 2015 et 2021, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (en millions d'euros)



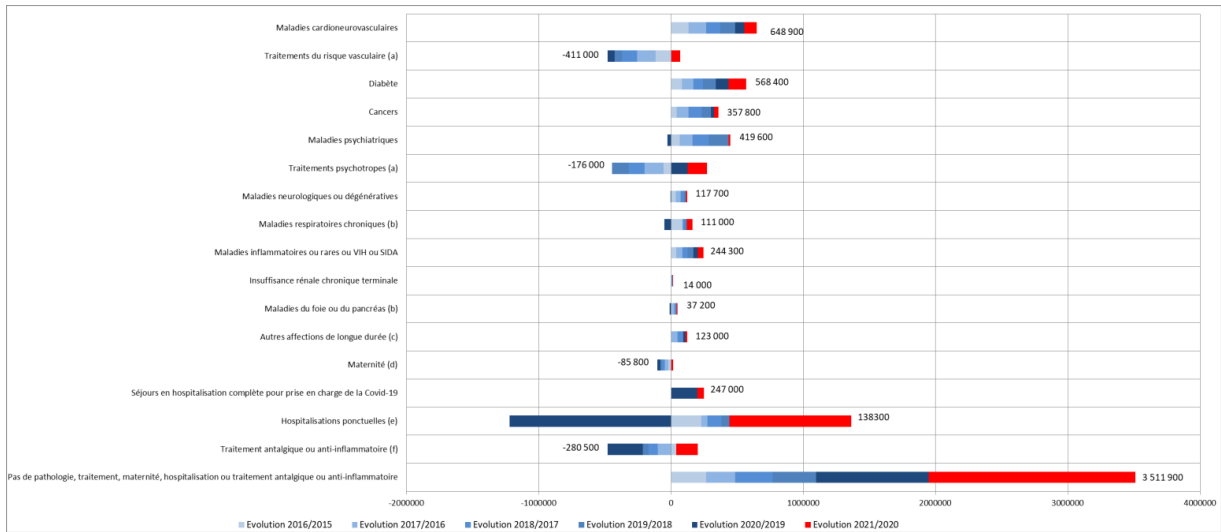
(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
 Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 12 : Taux de croissance annuels des dépenses totales remboursées entre 2015 et 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

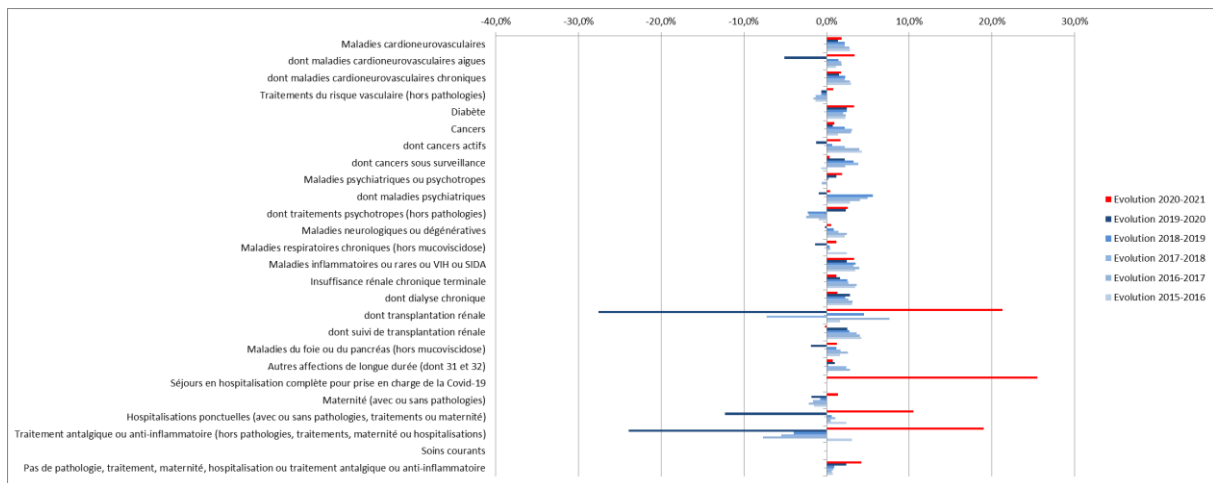
Figure 13 : Évolution des effectifs entre 2015 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
 Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

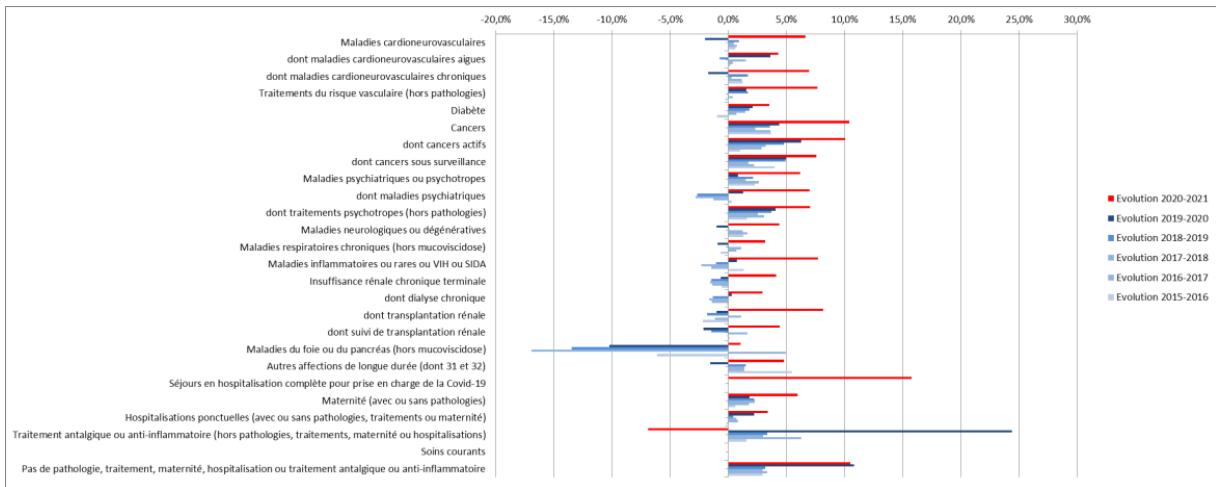
Figure 14 : Taux de croissance annuels des effectifs pris en charge entre 2015 et 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



Champ : tous régimes - France entière

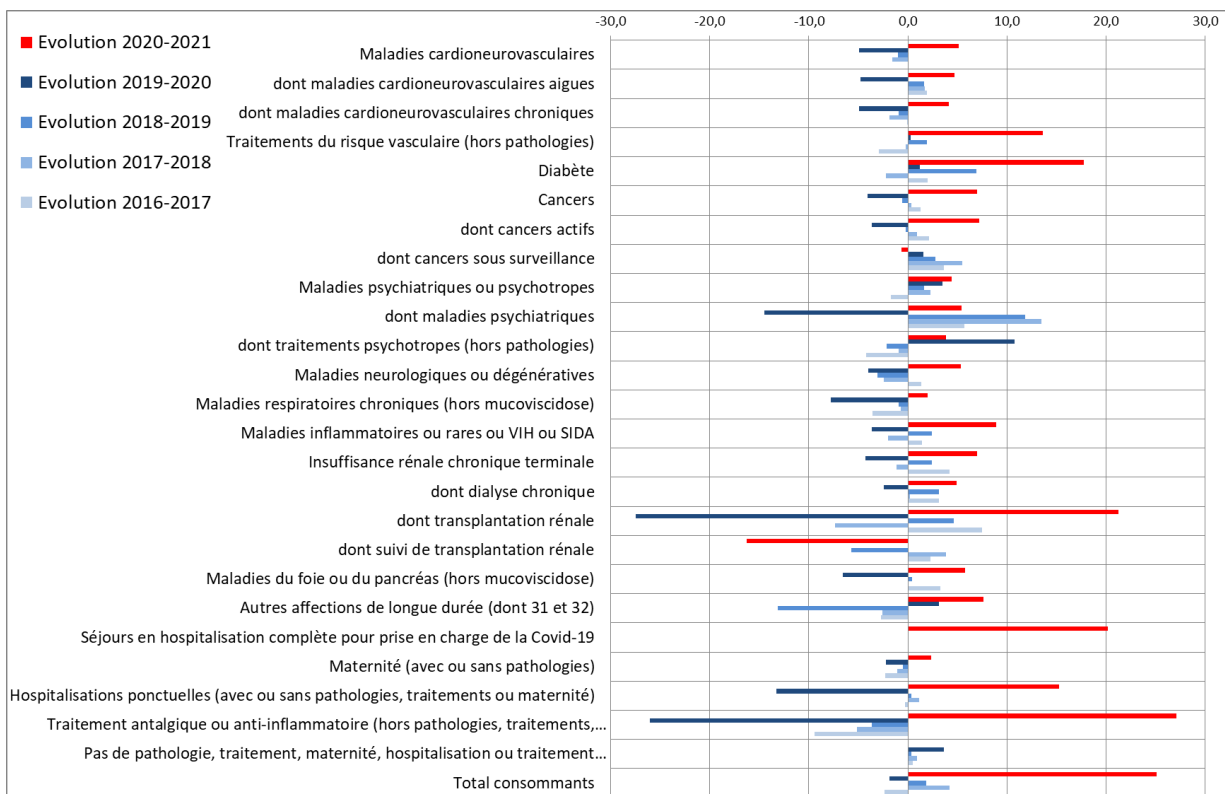
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 15 : Figure 16 : Taux de croissance annuels de la dépense individuelle moyenne remboursée entre 2015 et 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 17 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Des dynamiques contrastées selon les pathologies qui reflètent les effets de la crise sanitaire intervenue en 2020 puis en 2021

Séjours en hospitalisation complète pour la prise en charge de la Covid-19 : une augmentation parmi les plus importantes des effectifs et de la dépense

L'évolution entre 2020 et 2021 des effectifs (+25,5%) et des dépenses (+45,3%) des séjours en hospitalisation complète pour Covid-19 figure parmi les plus importantes, relativement aux autres pathologies. Bien que la pandémie ait débuté en 2020, les effectifs et les dépenses ont ainsi été plus importants lors de la seconde année de la pandémie, probablement en raison de l'arrivée de la pandémie en cours d'année 2020 et de sa circonscription à certaines zones géographiques lors de la première vague. La dépense individuelle moyenne a également augmenté (+15,8 %) entre 2020 et 2021. La prise en charge du COVID-19 en court séjour a évolué au cours du temps et des vagues épidémiques (évolution en termes de taux d'hospitalisation, durée, passage en soins critiques, mais également en termes de patientèle avec une évolution de l'âge des patients selon les variants, le calendrier vaccinal...), le poids économique des hospitalisations pour prise en charge du COVID-19 a, par conséquent, également évolué. Entre 2020 et 2021, cette augmentation du poids économique des séjours (effet volume + effet structure après neutralisation de l'évolution tarifaire) est de l'ordre de +35,9% dans le secteur ex-DG et de +41,9% dans le secteur ex-OQN (source ATIH). En outre, le tarif de ces séjours a augmenté en 2021⁵.

Des mouvements d'ampleur en 2021 sur les effectifs de patients pris en charge pour une hospitalisation ponctuelle, recevant un traitement antalgique ou anti-inflammatoire chronique ou ayant eu une transplantation rénale, qui ne permettent pour autant pas de rattraper les niveaux d'avant pandémie

En 2020, les effets de la crise sanitaire étaient particulièrement visibles sur le recours aux hospitalisations ponctuelles et aux traitements antalgiques ou anti-inflammatoires chroniques, avec une baisse marquée de leurs effectifs (-12,3 % pour les premiers et -24 % pour les seconds). A l'inverse, l'augmentation en 2021 de ces effectifs atteint des niveaux tout aussi importants, avec des hausses de respectivement +10,5 % et +19 %. Le constat est identique pour les transplantations rénales qui avaient chuté de 27,6 % en 2020 puis augmenté de 21,3 % en 2021. Pour autant, fin 2021, sur ces pathologies, les niveaux atteints en termes d'effectifs de patients restent inférieurs à leur niveau d'avant pandémie (Voir également à ce sujet page 41).

En cohérence avec l'augmentation des effectifs, les dépenses associées à ces catégories ont fortement augmenté en 2021 avec +14,3% de dépenses totales pour les hospitalisations ponctuelles, +10,8% pour les traitements par antalgiques et anti-inflammatoires et +31,2% pour les transplantés rénaux, ce qui est bien plus que les augmentations annuelles observées avant la pandémie. La dépense individuelle moyenne augmente aussi plus fortement que les années précédentes : +3,4% pour les hospitalisations ponctuelles et +8,2% pour les transplantés rénaux, mise à part pour les traitements antalgiques et anti-inflammatoires dont la dépense individuelle moyenne diminue (-6,9%).

Moins de cancers incidents et de transplantations rénales en 2020, moins de patients sous surveillance pour ces mêmes pathologies l'année suivante

L'une des observations sur l'année 2020 avait été la baisse du nombre de cas incidents de certaines pathologies telles que les cancers, les transplantations rénales ou encore les maladies cardiovasculaires aiguës⁶. Cet effet est logiquement suivi, l'année suivante, par la baisse des effectifs de patients surveillés pour ces mêmes pathologies.

De la même manière, à la suite de la baisse importante du nombre total de cancers actifs constatée en 2020, on observe en 2021 une croissance plus faible que les années précédentes (1,7 %) des effectifs de cancers sous surveillance.

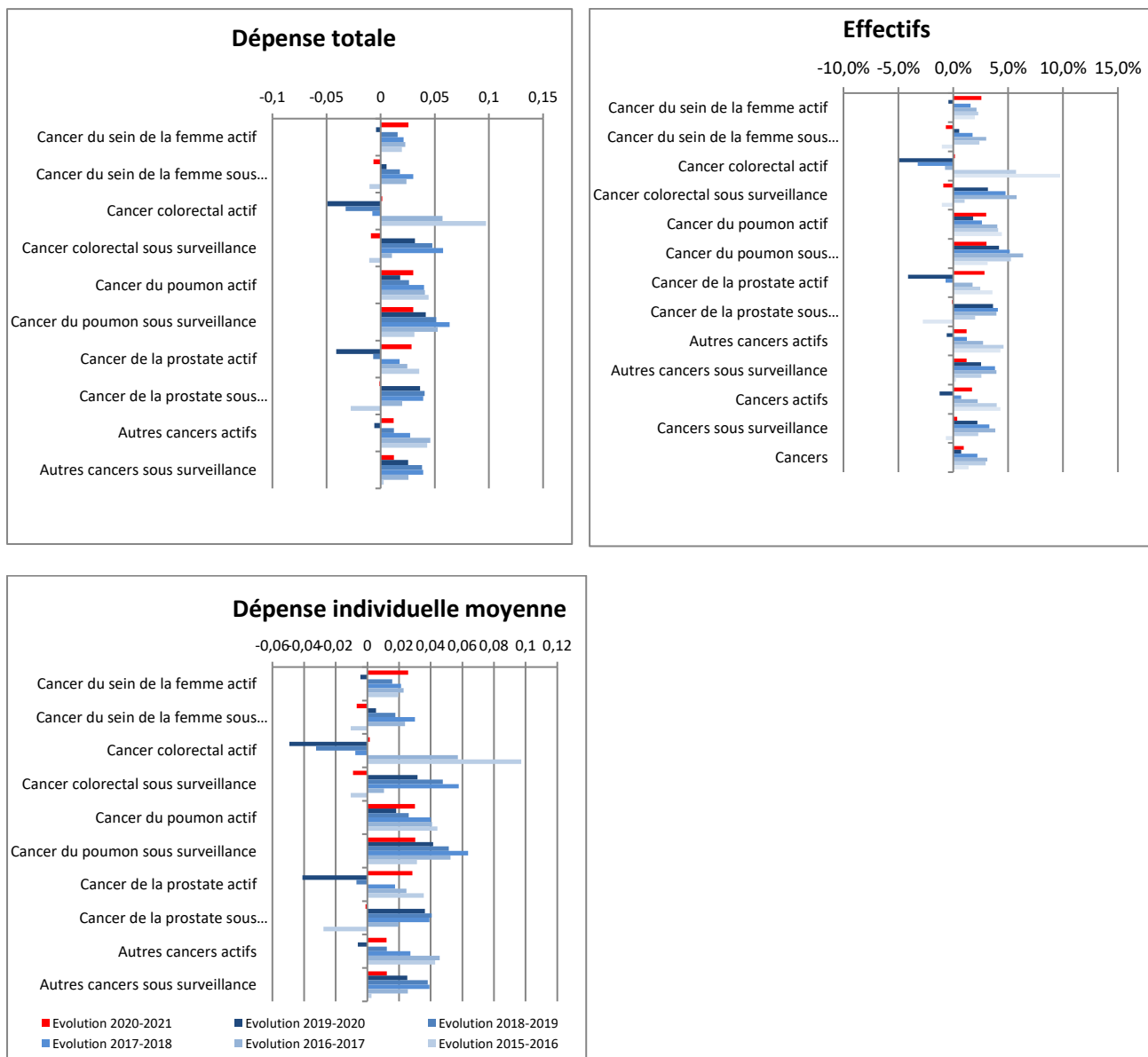
Les dépenses remboursées au titre du cancer continuent de croître en 2021

⁵ <https://www.atih.sante.fr/les-arretes-prestations-et-tarifaires-mco>

⁶ <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>

Entre 2020 et 2021, la dépense totale pour les cancers actifs a augmenté de l'ordre de 11,9 % et celle des cancers sous surveillance a augmenté de 7,9%, alors même que les effectifs ont stagné. C'est en effet la dépense individuelle moyenne affectée aux cancers qui a augmenté, de 10 % pour les cancers actifs (contre une augmentation maximale avant pandémie de moins de 5 % par an), atteignant 13 406 euros par patient. La dépense individuelle moyenne liée aux cancers sous surveillance a augmenté de 7,6% en 2021, atteignant également le niveau le plus important sur les sept années (1 213 euros par patient), mais cette croissance était déjà engagée avant la pandémie.

Figure 18 : Taux de croissance annuels des effectifs, de la dépense totale et de la dépense individuelle moyenne remboursées entre 2015 et 2021 pour chaque cancer



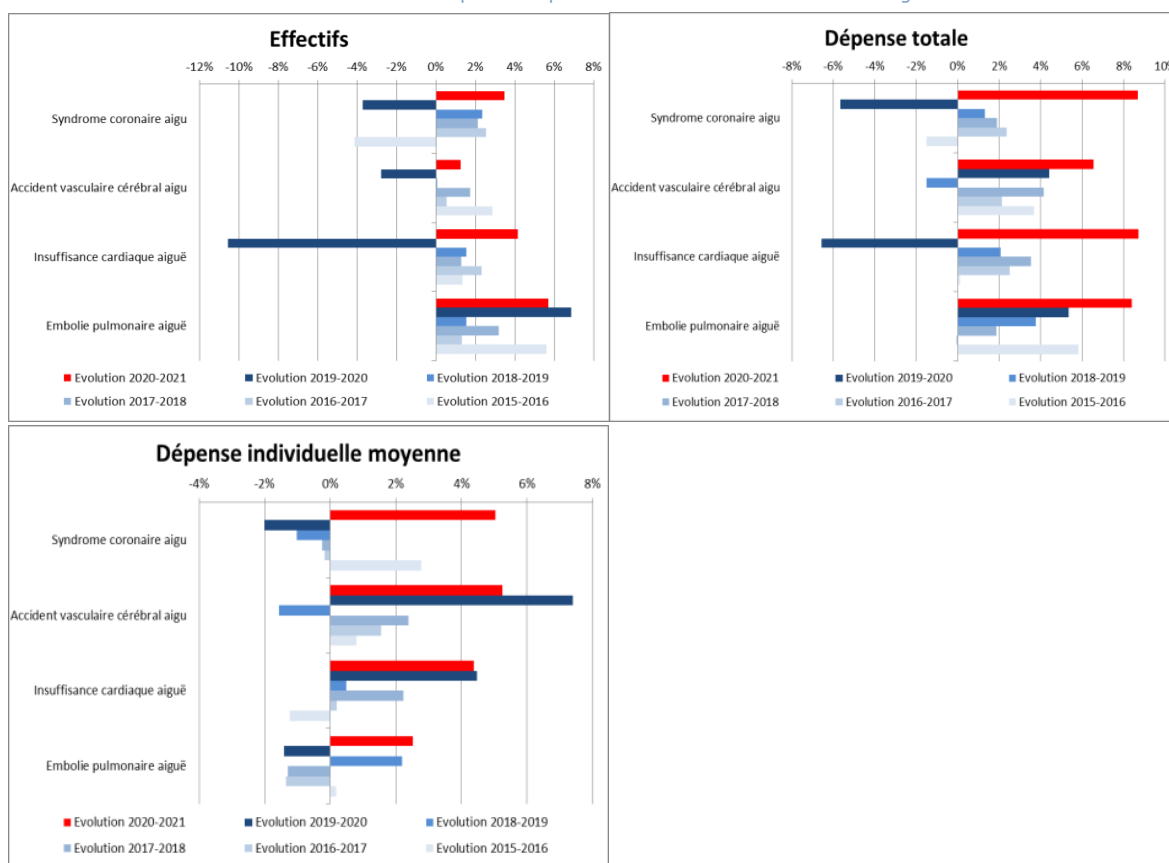
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Les maladies cardio-neurovasculaires aiguës : une baisse des effectifs en 2020 suivie d'une augmentation en 2021, et des dépenses plus fortes en 2021 que les années précédentes

En 2020, le nombre de patients ayant une maladie cardio-neurovasculaire aiguë a baissé (-5,1 %), puis a augmenté en 2021 (+7,9 %) à un rythme plus soutenu que celui observé avant la pandémie (moins de +3 %). Cette augmentation se répercute sur les montants totaux remboursés au titre de ces maladies avec des niveaux parmi les plus élevés. La dépense individuelle moyenne, quant à elle, augmente plus fortement en 2020 (+3,6 %) et 2021 (+4,3 %) que les années précédant la pandémie.

En 2020, les effectifs de la plupart des maladies cardio-neurovasculaires aiguës (syndrome coronaire aigu, accident vasculaire cérébral aigu et insuffisance cardiaque aiguë) avaient chuté (Figure 19). L'hypothèse que la mortalité, que ce soit par Covid-19 ou par une autre cause, ait été plus importante en 2020 parmi les personnes atteintes de pathologies cardio-neurovasculaire encore non repérées ne peut être exclue. A l'inverse, l'effectif de personnes prises en charge pour une embolie pulmonaire avait augmenté. Cette hausse peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment le lien entre l'embolie pulmonaire et la Covid-19 et la sédentarité accrue pendant la pandémie du fait des confinements successifs. En 2021, les effectifs ont augmenté pour toutes les maladies cardio-neurovasculaires aiguës.

Figure 19 : Taux de croissance annuels des effectifs, de la dépense totale et de la dépense individuelle moyenne remboursées entre 2015 et 2021 pour chaque maladie cardio-neurovasculaire aiguë



Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

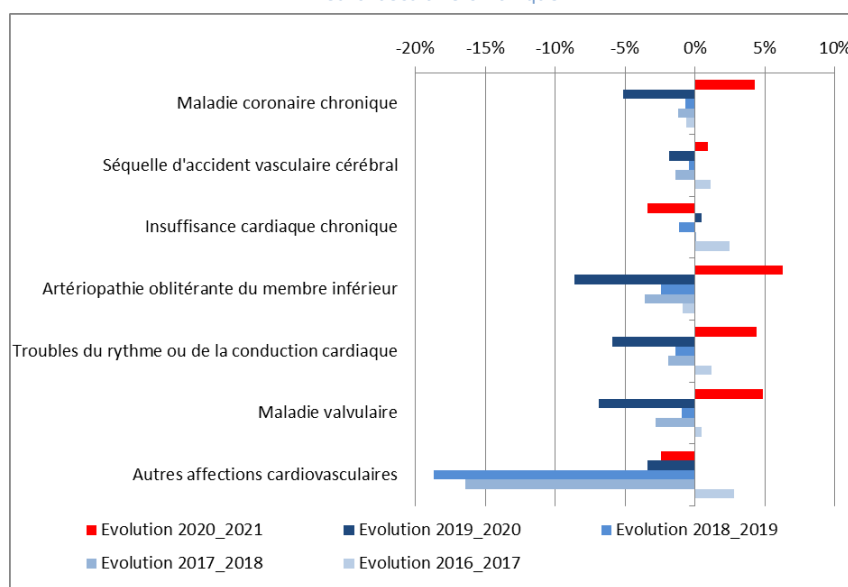
Les maladies cardio-neurovasculaires chroniques : une augmentation du nombre de nouveaux patients et de la dépense individuelle moyenne en 2021

Les effectifs associés aux maladies cardio-neurovasculaires chroniques n'avaient pas baissé de manière marquée en 2020, leur évolution avait seulement ralenti. En 2021, ils augmentent de manière similaire à 2020 (+1,7 % contre +1,5 %), alors que l'augmentation observée les années précédentes était supérieure à 2,2 %. Cependant, les montants remboursés totaux et individuels moyens qui y sont associés ont augmenté (respectivement 8,8 % et 6,9 % alors que leur évolution annuelle avant la pandémie ne dépassait pas respectivement 4% et 2%). De plus, le nombre de nouveaux patients suivis

pour ces pathologies a augmenté de 4,1 % en 2021, alors qu'il diminuait les années précédentes. Ces résultats peuvent pourrâit être expliqués par la reprise des examens diagnostiques (tests d'effort notamment) permettant de détecter les pathologies cardiovasculaires en l'absence d'épisode aigu. Sous cette hypothèse, l'augmentation de la dépense individuelle moyenne pourrâit s'expliquer par des besoins plus coûteux au début de la prise en charge. En outre, l'augmentation de la dépense moyenne individuelle affectée à l'insuffisance cardiaque chronique peut potentiellement s'expliquer par la recommandation récente d'une quadrithérapie par la *European Society of Cardiology* de 2021⁷, et par deux élargissements d'indication en 2021 : l'ENTRESTO® (indication élargie aux insuffisances cardiaques moins graves) et la dapagliflozine (initialement indiquée dans le diabète).

Ces évolutions concernent toutes les maladies cardio-neurovasculaires chroniques sauf l'insuffisance cardiaque chronique et les « Autres affections cardiovasculaires » définies uniquement sur la présence d'une ALD (Figure 20).

Figure 20 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2021 pour chaque maladie cardio-neurovasculaire chronique



Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Des dépenses plus importantes pour les maladies respiratoires chroniques

En 2021, les effectifs, la dépense totale et la dépense individuelle moyenne associés aux maladies respiratoires chroniques ont augmenté (respectivement +1,2 %, +4,4 % et +3,2 %) de manière plus conséquente que les années précédentes. Les évolutions annuelles des années précédentes étaient en effet plus faibles avec une nette chute en 2020, en raison des mesures déployées pour la pandémie qui avaient fait baisser les effectifs de patients pris en charge. Le nombre de nouveaux cas de patients pris en charge pour cette pathologie augmente de 2 % en 2021, alors qu'il avait tendance à diminuer entre 2015 et 2020. Pour autant, il reste inférieur à ce qu'il était avant la pandémie.

Santé mentale : un retour des prises en charge des troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance et une consommation de psychotropes qui continue de croître

Dans l'ensemble, l'effectif de patients pris en charge pour des maladies psychiatriques est resté stable en 2020 (-1 %) et 2021 (+0,5%). Néanmoins, les dépenses liées à la prise en charge des maladies psychiatriques ont augmenté en 2021 (+7,5 %), alors qu'elles avaient chuté en 2020 et qu'elles augmentaient au maximum de 3,1 % par an avant la pandémie.

En 2020, la chute constatée provenait de la baisse des dépenses affectées aux troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance (diminution de 100 millions d'euros environ, soit - 7,5 % par rapport à 2019), en raison vraisemblablement de la « fermeture quasi systématique des structures « hors les murs », avec en priorité les activités groupales (Hôpital de

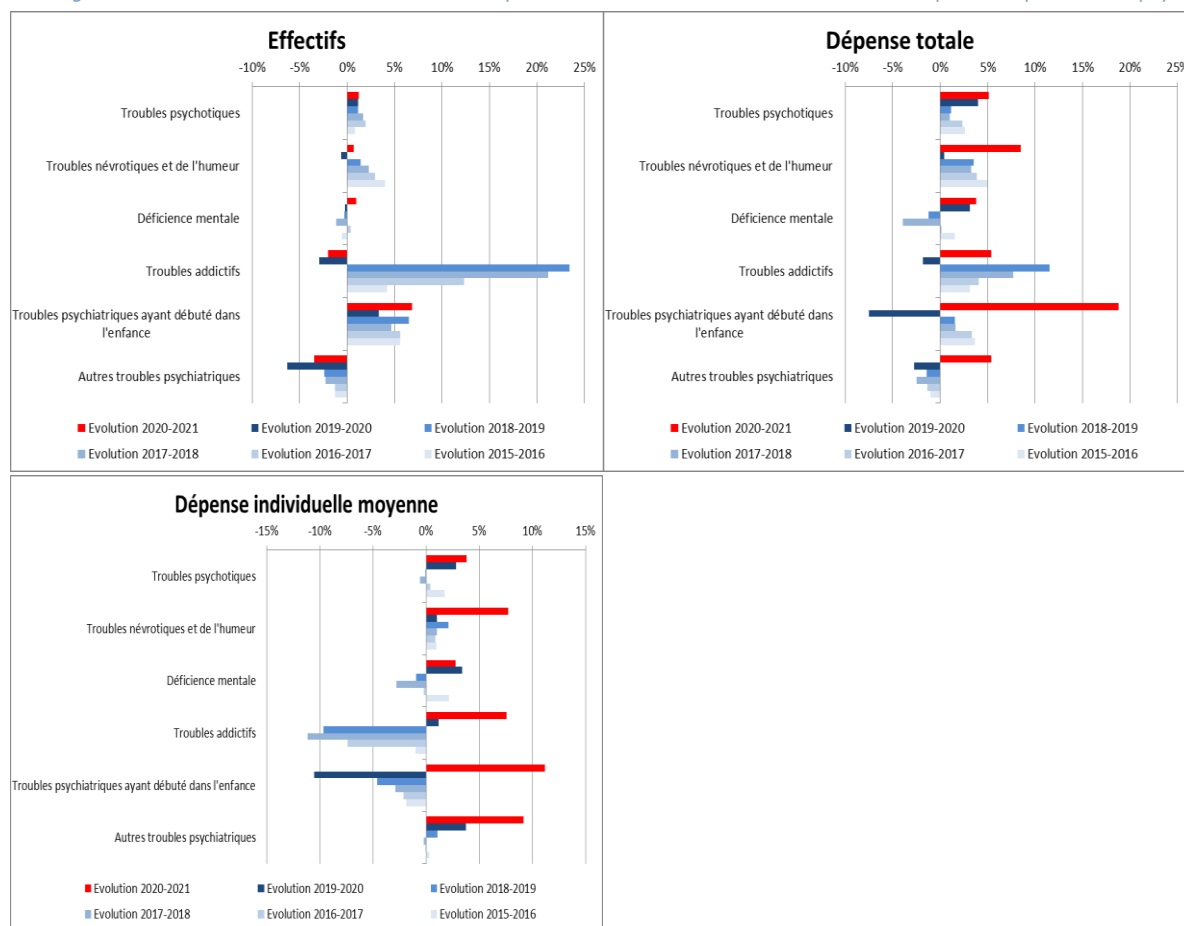
⁷ "2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure" European Heart Journal (2021) 00, 1_128 doi:10.1093/eurheartj/ehab368

jour et Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), dans une moindre mesure les CMP »⁸ durant le premier confinement. En 2020, les dépenses baissaient également pour les « autres troubles psychiatriques » et pour les troubles addictifs (- 45 millions d'euros, soit environ - 2,8 %, pour les premiers et -32 millions d'euros, soit -1,8%, pour les seconds) (Figure 21).

En 2021, la hausse des dépenses affectées aux maladies psychiatriques provient également en premier lieu de celles des troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance (+234 millions d'euros, soit +18,8 %). L'augmentation des dépenses affectées aux troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance est liée à la forte augmentation de la dépense individuelle moyenne (+11,2 % entre 2020 et 2021, correspondant à environ +678 euros par personne), traduisant probablement le retour des prises en charge et des suivis après les périodes de confinement. Les effectifs de nouveaux patients pris en charge pour ces troubles ont également augmenté de 22,8 %, bien plus que les années précédentes et que pour les autres pathologies psychiatriques (Figure 22).

En second lieu, la hausse des dépenses affectées aux maladies psychiatriques provient des troubles névrotiques et de l'humeur (+526 millions d'euros, soit +8,5 %) (Figure 21). Bien que l'effectif global évolue très peu, l'analyse par âge montre que le taux d'évolution de l'incidence est élevé chez les 0-14 ans (+24,0 %) et les 15-34 ans (+14,7 %), malgré un faible nombre de cas. Ces résultats sont cohérents avec ceux portant sur les traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur présentés ci-dessous.

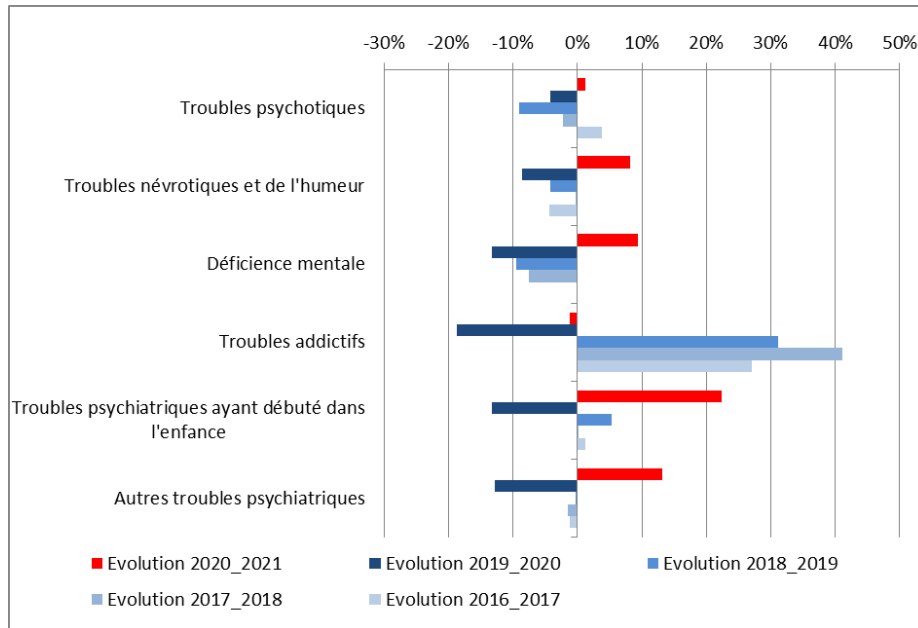
Figure 21 : Taux de croissance annuels de la dépense totale remboursée entre 2015 et 2021 pour chaque maladie psychiatrique



Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

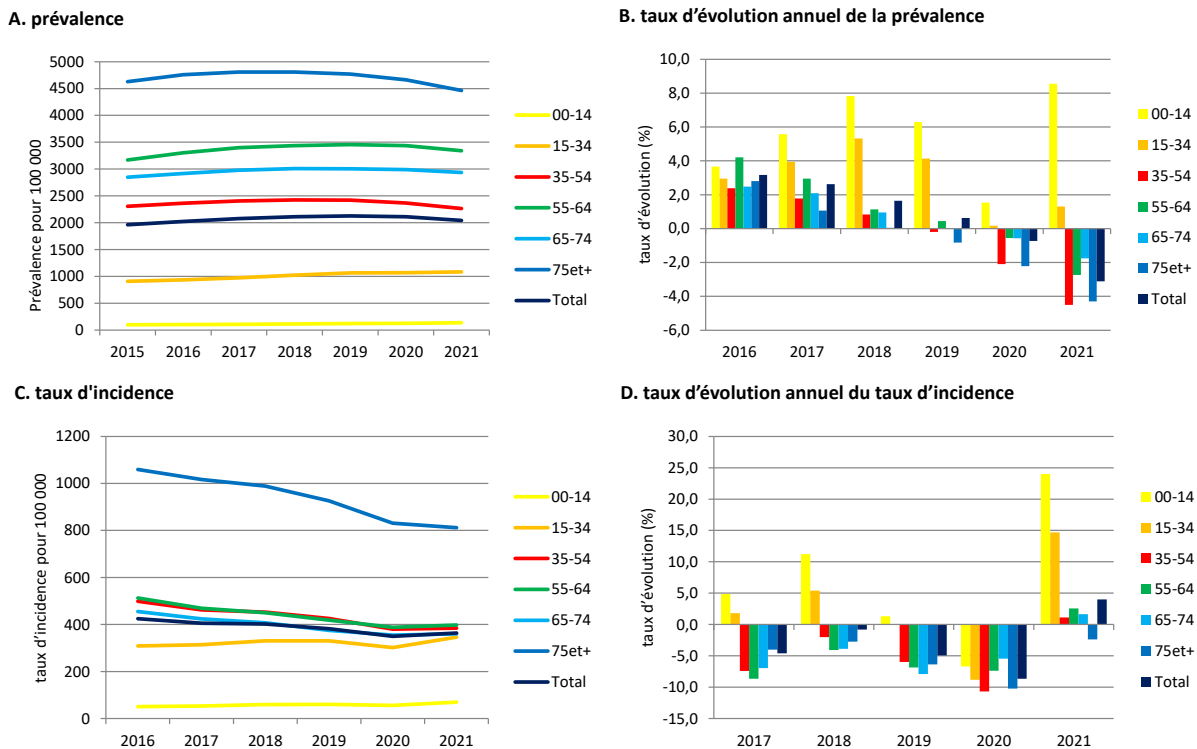
⁸Ministère des Solidarités et de la Santé, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, Rapport d'analyse, des retours d'expériences de la crise Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie : <https://www.vie-publique.fr/rapport/276611-retours-experiences-crise-covid-19-dans-le-secteur-de-la-sante-mentale>

Figure 22 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2021 pour chaque maladie psychiatrique



Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 23 : Évolution de la prévalence et de l'incidence annuelle des troubles névrotiques et de l'humeur par classe d'âge entre 2015 et 2021

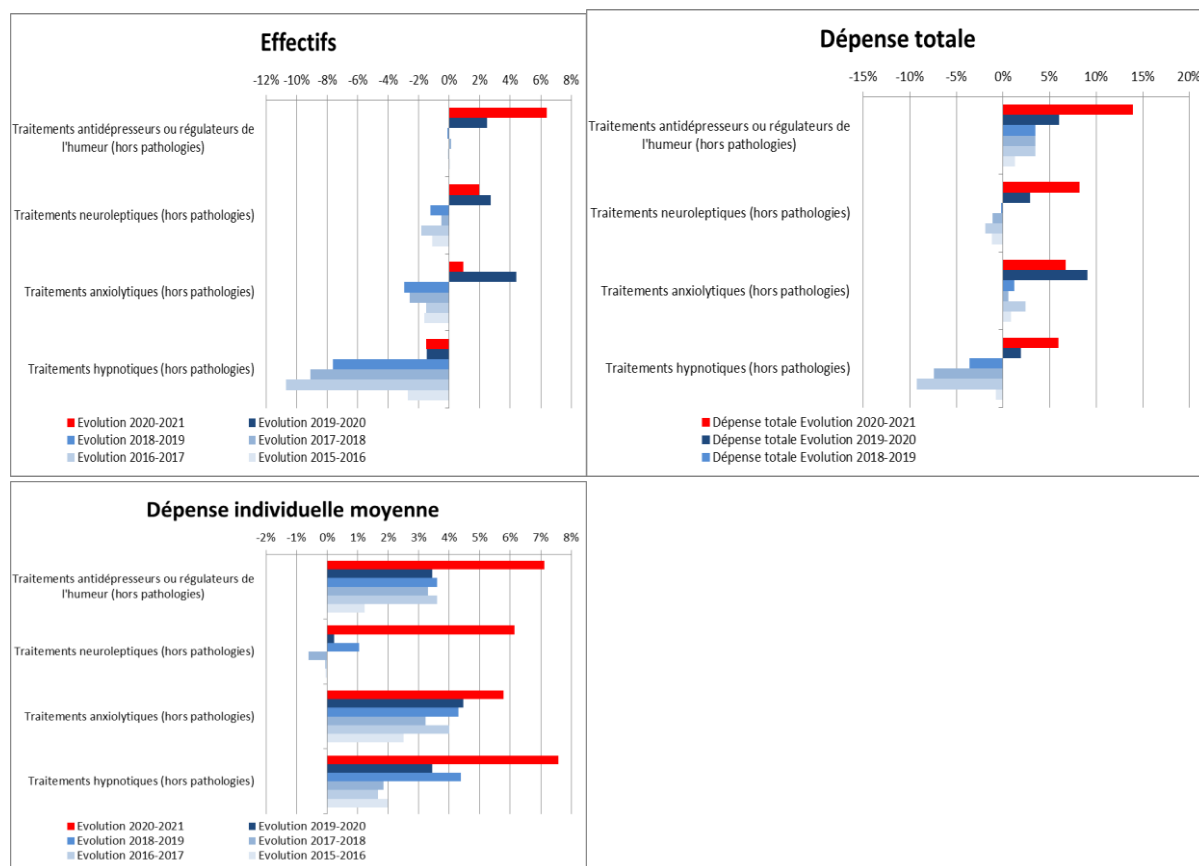


Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Enfin, la dépense totale affectée aux traitements psychotropes (sans diagnostic repéré de maladie psychiatrique), a augmenté en 2020 (+6,5 % contre moins de 1,4 % les années précédentes). En 2021, elle continue d'augmenter, de +9,8 %. La dépense individuelle moyenne suit la même trajectoire à partir de 2021 avec une augmentation de 7,1 % contre +4,1 % en 2020 et moins de 3,7 % les années précédentes. De manière sous-jacente, le nombre de patients traités

par psychotropes a augmenté dès 2020 avec +2,3 % en 2020 et +2,6 % en 2021, alors qu'il baissait les années antérieures à la pandémie. Quant au nombre de nouveaux patients traités par psychotropes, alors qu'il diminuait les années précédant la pandémie, il augmente en 2020 (+10,8%) et dans une moindre mesure en 2021 (+3,9 %). Les traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur sont ceux dont le nombre total de patients évolue le plus (Figure 24), de même que le nombre de nouveaux patients traités (Figure 25), comme le montrait déjà un rapport du GIS EpiPHARE⁹. De nouveau, l'incidence des traitements psychotropes augmente le plus en 2021 pour les plus jeunes, de manière retardée par rapport aux personnes plus âgées pour lesquelles l'incidence a augmenté dès 2020 (Figure 26). Les effectifs sont cependant faibles dans ces classes d'âge (n=356 chez les 0-14 ans en 2021 par exemple), ce qui peut expliquer des fluctuations plus importantes des taux d'évolution. Ces résultats corroborent ceux des enquêtes EpiCov¹⁰ et CoviPrev¹¹.

Figure 24 : Taux de croissance annuels des effectifs de patients entre 2016 et 2021 pour chaque traitement par psychotrope



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

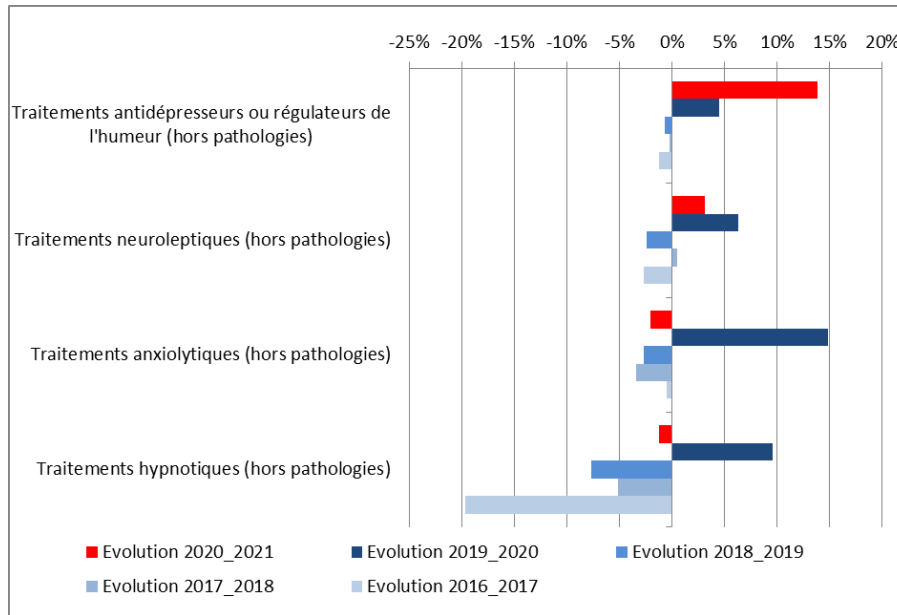
⁹ Alain Weill, Jérôme Drouin, David Desplas, Francois Cuenot, Rosemary Dray-Spira, Mahmoud Zureik. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. 27 mai 2021.

¹⁰ Hazo J.-B., Costemalle V. : « Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans Résultats issus de la 1re vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019 » Études et Résultats n°1185, mars 2021

Hazo J.-B., Costemalle V., Rouquette A., Bajos N. : « Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020 » Études et Résultats n°1210, octobre 2021

¹¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162>

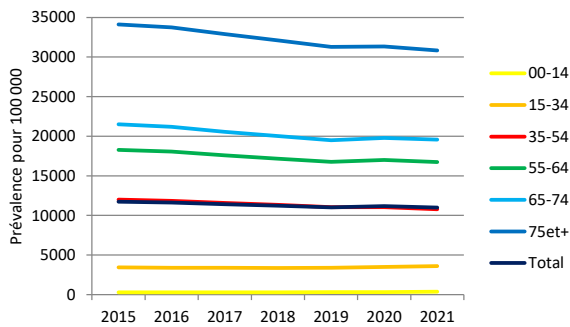
Figure 25 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2021 pour chaque traitement par psychotrope



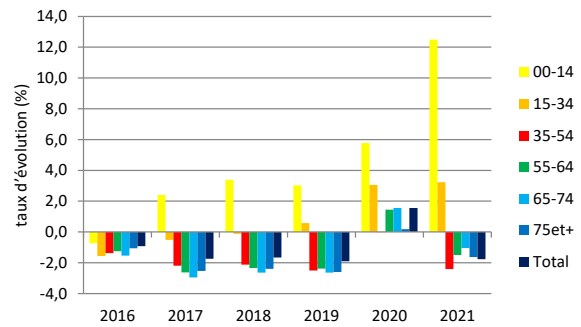
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 26 : Évolution de la prévalence et de l'incidence annuelles des traitements psychotropes (avec ou sans pathologies) par classe d'âge entre 2015 et 2021

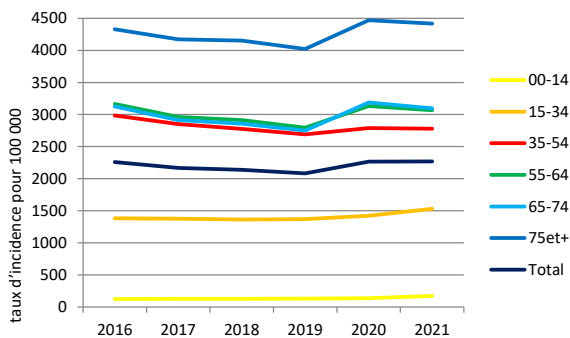
A. prévalence



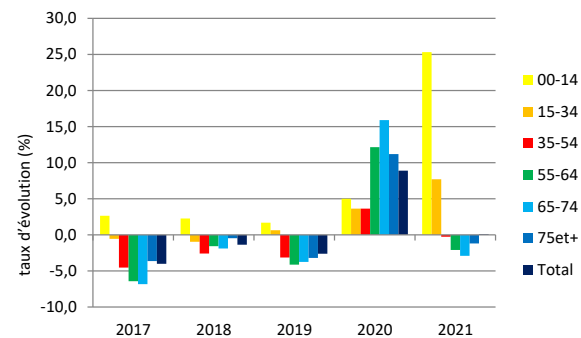
B. taux d'évolution annuel de la prévalence



C. taux d'incidence



D. taux d'évolution annuel du taux d'incidence



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Des dépenses en nette hausse pour les traitements vasculaires et pour la maternité, probablement liée à la prise en charge des soins de ville liés à la Covid-19

Les dépenses totales remboursées augmentent à partir de 2021 pour les traitements vasculaires (+8,5% contre au maximum +1 % les années antérieures) et de la maternité (+7,4% contre au maximum +1,4 %), de même pour les dépenses individuelles moyennes. Les effectifs évoluent très peu.

Le diabète, les « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA » et les maladies du foie et du pancréas : une évolution constante de la dépense individuelle moyenne au fil des années

En 2021, les dépenses individuelles moyennes affectées au diabète, aux « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA » et aux maladies du foie et du pancréas poursuivent l'évolution observée avant la pandémie : une augmentation progressive ou un ralentissement de la diminution. S'agissant du diabète, les dépenses individuelles moyennes augmentent de plus en plus : +0,7 % en 2017, +1,4 % en 2018, +1,8 % en 2019, +2,1 % en 2020 et +3,5 % en 2021.

Les effectifs associés à ces pathologies augmentent un peu plus en 2021 que les années précédentes. Bien que la part des cas incidents dans les cas prévalents soit relativement faible, au moins pour les diabétiques (8%) et les patients soignés pour maladie inflammatoire (11,9%), l'augmentation des effectifs est vraisemblablement liée à une augmentation du nombre de cas incidents, nettement plus marquée que les années précédentes (+17,8% contre moins de 6,9% au maximum par exemple pour les diabétiques). Dans ces conditions, la dépense totale associée à ces pathologies évolue progressivement sur la période, mais avec une accélération en 2021 (+7% contre moins de 4,6 % les années précédentes par exemple pour le diabète).

Augmentation des effectifs et de la dépense liés aux patients sans pathologie : conséquence de la prise en charge de la Covid-19 en soins de ville

Logiquement au vu du remboursement des soins de ville liés à la Covid-19, les effectifs de personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins ciblés par les algorithmes de la cartographie¹² augmentent fortement entre 2020 et 2021, + 1,6 millions, pour arriver à un total de 38,4 millions de personnes, soit une augmentation de 4,2 %, alors qu'avant la pandémie l'évolution annuelle n'atteignait pas 1%. L'évolution de la dépense totale de ces patients augmente de manière cohérente en 2021 de +1,9 milliards d'euros, soit une augmentation de 15,2%. Pour les effectifs comme pour la dépense, l'évolution en 2021 prolonge ainsi la tendance amorcée en 2020, l'évolution de la dépense moyenne individuelle restant stable en 2021 (+10,5 %) relativement à 2020 (+10,8 %).

4.2.4 Maladies rares (maladies métaboliques héréditaires ou amylose, mucoviscidose et hémophilie ou troubles de l'hémostase graves)

Dans la cartographie, les maladies rares comprennent les maladies métaboliques héréditaires (MMH) ou l'amylose, la mucoviscidose et l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves¹³. En 2021, les dépenses affectées à ces pathologies s'élèvent à 864,4 M€ pour les MMH ou l'amylose, 529,3 M€ pour la mucoviscidose et 738,7 M€ pour l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves (Tableau 3). Les dépenses sont principalement liées aux médicaments délivrés en ville (58 %, 88 % et 85 %, respectivement), devant les hospitalisations. La dépense moyenne individuelle est la plus élevée pour la mucoviscidose (57 430 €, contre 12 279 € pour l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves et 7 005 € pour la mucoviscidose) (Figure 27).

Entre 2015 et 2021, les dépenses affectées à ces pathologies ont augmenté (Figure 28). Cette évolution s'explique principalement par une augmentation de la dépense moyenne individuelle pour les MMH ou l'amylose (+9,5 %) et pour la mucoviscidose (+18,6 %). En ce qui concerne l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves, la dépense moyenne individuelle semble avoir peu évolué dans l'ensemble de la période entre 2015 et 2021, mais la dépense moyenne a

¹² Donc *a priori* n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...)

¹³ Nous ne présentons pas les résultats agrégés pour la sous-catégorie des maladies rares, car ces trois groupes de pathologies ne représentent qu'une partie des maladies rares. Néanmoins, leurs résultats sont similaires dans la cartographie, ce qui justifie une présentation commune.

augmenté de 14,7 % entre 2020 et 2021 (Figure 29). Pour les trois groupes de pathologies, c'est principalement le poste de médicaments délivrés en ville qui explique l'évolution de la dépense moyenne individuelle (Figure 30, Figure 31 et Figure 32).

Des élargissements d'indications et la commercialisation de nouveaux médicaments, concomitants aux évolutions les plus importantes, peuvent expliquer l'augmentation des dépenses de médicaments délivrés en ville. Pour les MMH ou l'amylose, cette dépense a augmenté surtout à partir de 2019 (2 162 € en 2018 et 4 088 € en 2021) (Figure 30). Le tafamidis, initialement indiqué à des fins symptomatiques pour ralentir le déficit neurologique périphérique de l'amylose à transthyrétine, est également indiqué (sous un autre dosage) depuis 2021 dans la cardiopathie amyloïde (recommandation temporaire d'utilisation depuis 2019, puis autorisation de mise sur le marché en 2021). Le patisiran, également indiqué dans l'amylose à transthyrétine avec une polyneuropathie chez les patients capables de marcher, a été commercialisé en décembre 2018. Enfin, l'inotersen, bien que probablement moins prescrit (moins efficace et plus d'effets indésirables¹⁴), a été commercialisé en février 2019.

Pour la mucoviscidose, la dépense moyenne individuelle liée aux médicaments délivrés en ville a augmenté de manière importante en 2016 (11 159 € en 2015 et 20 756 € en 2016) et en 2021 (31 148 € en 2020 et 50 338 € en 2021) (Figure 31). En 2015, l'association lumacaftor-ivacaftor est arrivée sur le marché, et les indications de l'ivacaftor ont été élargies. En 2021, la trithérapie ivacaftor-tezacaftor-éléxacaftor et la bithérapie tézacaftor-ivacaftor ont été commercialisées.

Finalement, pour l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves, la dépense moyenne individuelle liée aux médicaments délivrés en ville est passée de 8 941 € en 2020 à 10 479 € en 2021, alors qu'elle avait tendance à diminuer depuis 2015 (Figure 32). Mi-2021, l'émicizumab, prescrit chez certains patients atteints d'hémophilie A est devenu accessible en officine, en plus de la rétrocession hospitalière. Bien que sa délivrance reste soumise à une prescription hospitalière, il est possible que cette ouverture de la dispensation aux officines de ville ait entraîné un plus grand nombre de délivrances.

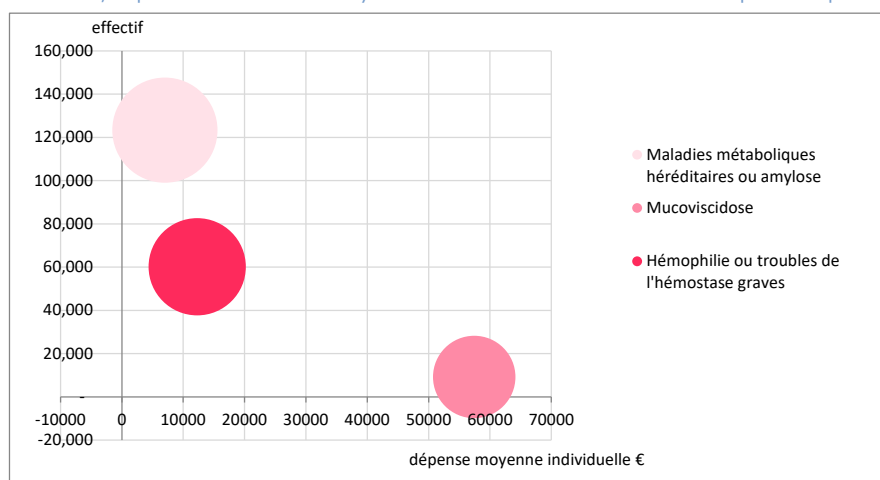
Tableau 3. Dépenses totales remboursées en 2021 pour chaque maladie rare, par catégorie de poste

	MMH ou amylose (N = 123 389)		Mucoviscidose (N = 9 216)		Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves (N = 60 159)	
	dépense (M€)	part du total	dépense (M€)	part du total	dépense (M€)	part du total
Total	864,4	100%	529,3	100%	738,7	100%
dont soins de ville	576,2	67%	500,0	94%	661,5	90%
soins de médecins	14,0	1,6%	0,79	0,15%	7,5	1,0%
médicaments	504,4	58%	463,9	88%	630,4	85%
dont hospitalisations	270,7	31%	27,0	5,1%	63,4	8,6%
dont prestations en espèces	17,5	2,0%	2,3	0,43%	13,9	1,9%

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

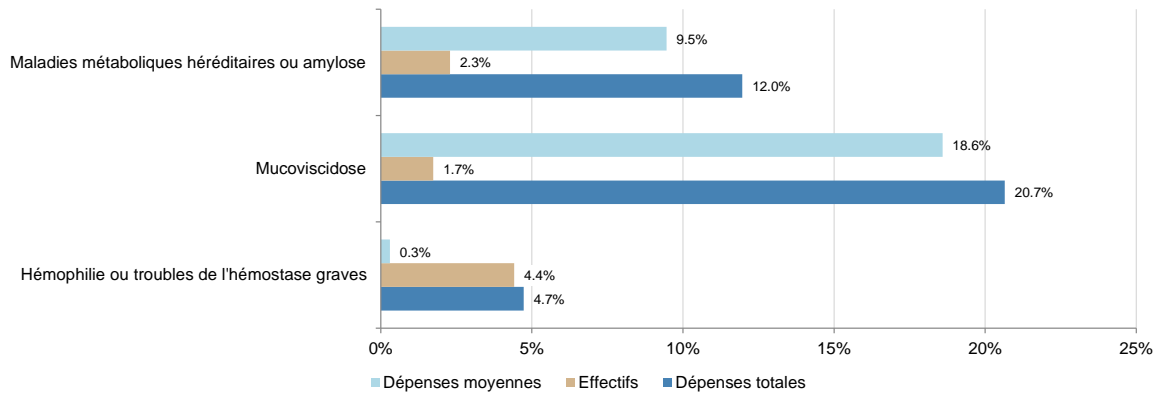
Figure 27. Effectifs, dépenses individuelles moyennes et totales remboursées en 2021 pour chaque maladie rare



¹⁴ Prescrire Rédaction « inotersen (TEGSEDI®) et polyneuropathie liée à une amylose à transthyrétine » Rev Prescrire 2020 ; 40 (442) : 575-576

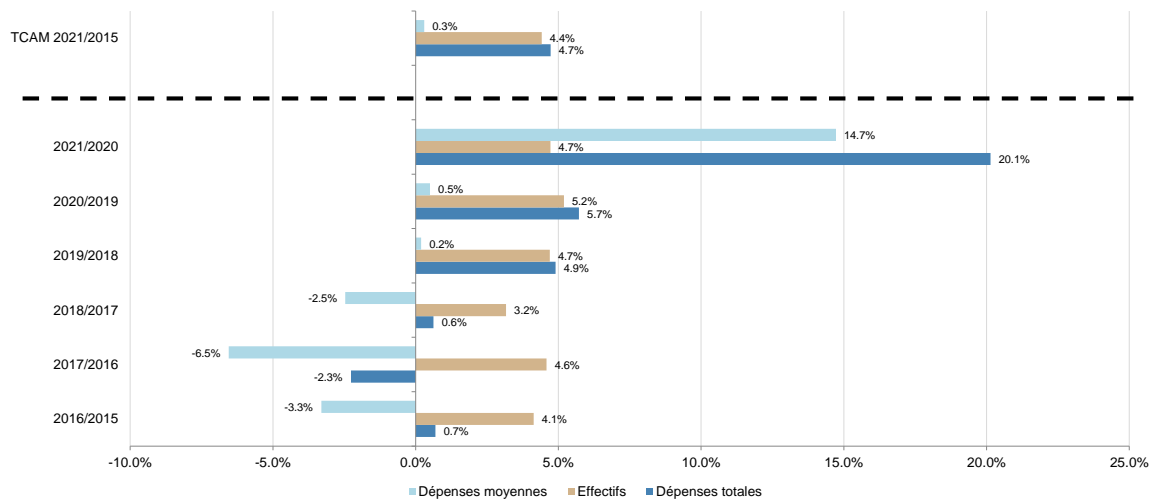
Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2023)

Figure 28. Taux de croissance annuels des effectifs, des dépenses individuelles moyennes et totales remboursées entre 2015 et 2021, pour chaque maladie rare



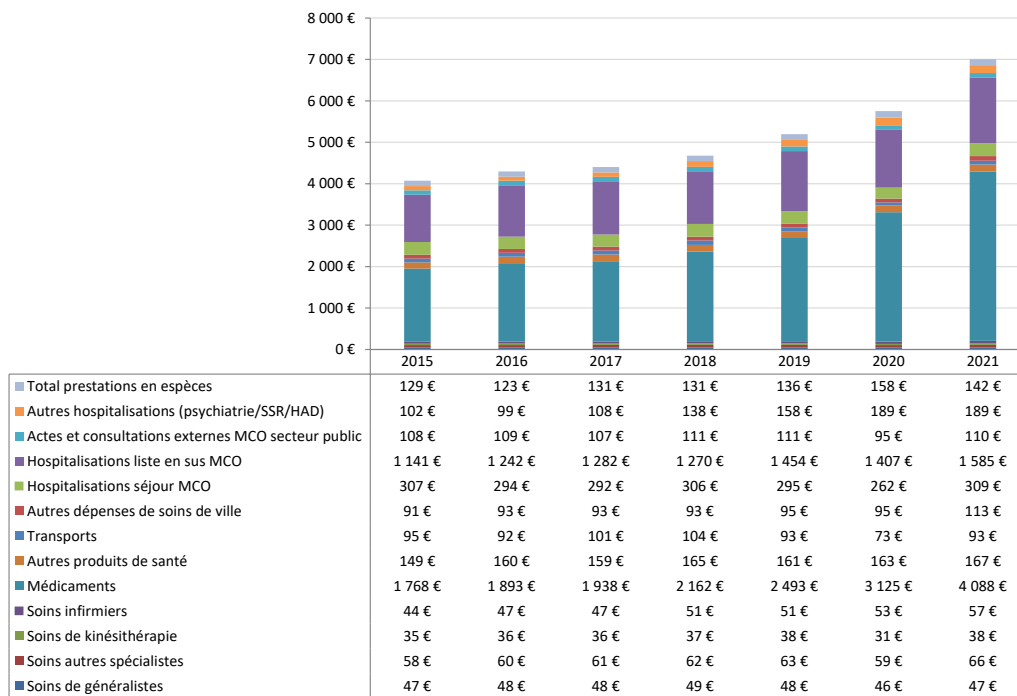
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 29. Taux de croissance annuels des effectifs, des dépenses individuelles moyennes et totales remboursées sur la période 2015-2021 pour l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves



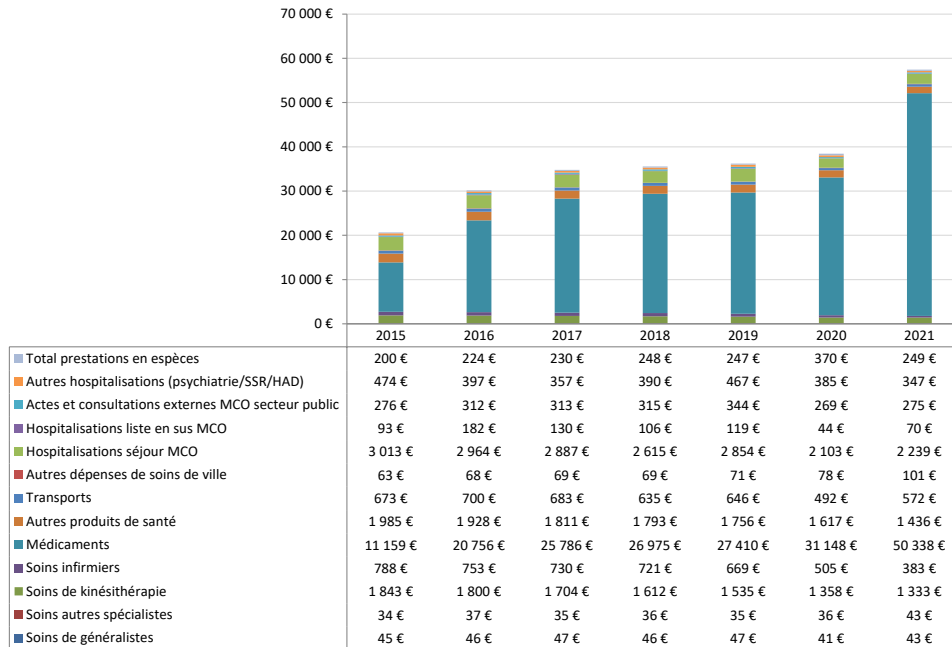
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023))

Figure 30. Évolution des dépenses individuelles moyennes par poste entre 2015 et 2021 pour les maladies métaboliques héréditaires ou amylose



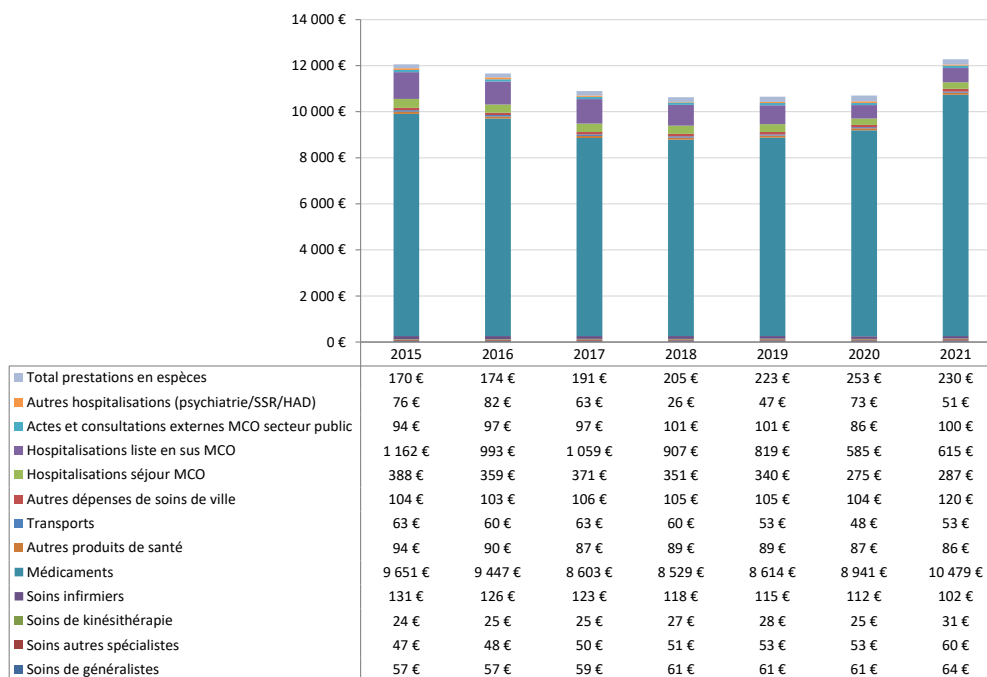
Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 31. Évolution des dépenses individuelles moyennes par poste entre 2015 et 2021 pour la mucoviscidose



Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 32. Évolution des dépenses individuelles moyennes par poste entre 2015 et 2021 pour l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves



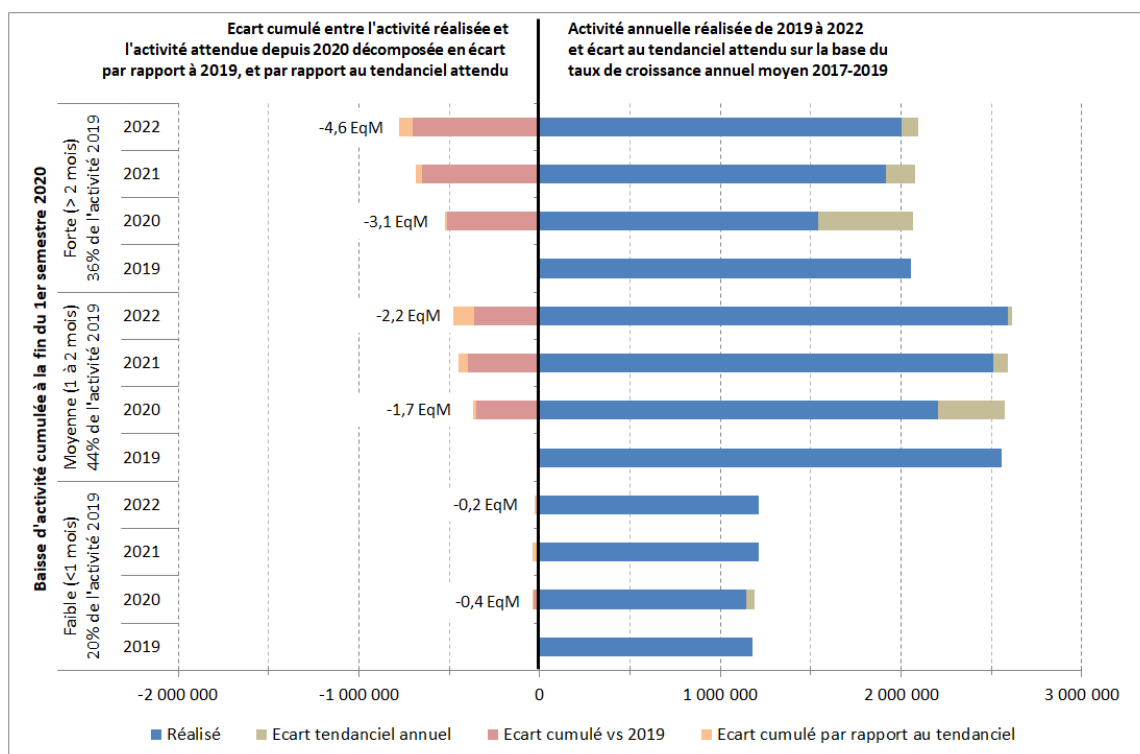
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

4.2.5 Pour la 1^{ère} fois depuis 2020, l'activité chirurgicale 2022 dépasse le niveau d'activité 2019, même si elle reste en deçà de l'activité attendue sur une base tendancielle

L'activité réalisée sur la période 2020-2022 est inférieure de 1,3 millions de séjours (cumul 2020-2022) par rapport à l'activité attendue sur une base tendancielle observée 2017 et 2019, ce qui équivaut à 2,6 équivalent-mois d'activité 2019 (EqM).

Cette évolution globale masque une situation contrastée, l'écart entre l'activité réalisée et l'activité attendue se concentrant sur les segments d'activité ayant accusé les plus fortes baisses lors du 1^{er} confinement (Figure 33), qui concernaient des activités non urgentes. Ces activités, qui représentaient 36% de l'activité 2019, contribuent à 61% de l'écart cumulé à fin 2022.

Figure 33 : Évolution de l'activité chirurgicale 2019-2022 selon le profil d'évolution d'activité lors du 1^{er} confinement, phase de déprogrammation la plus importante



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

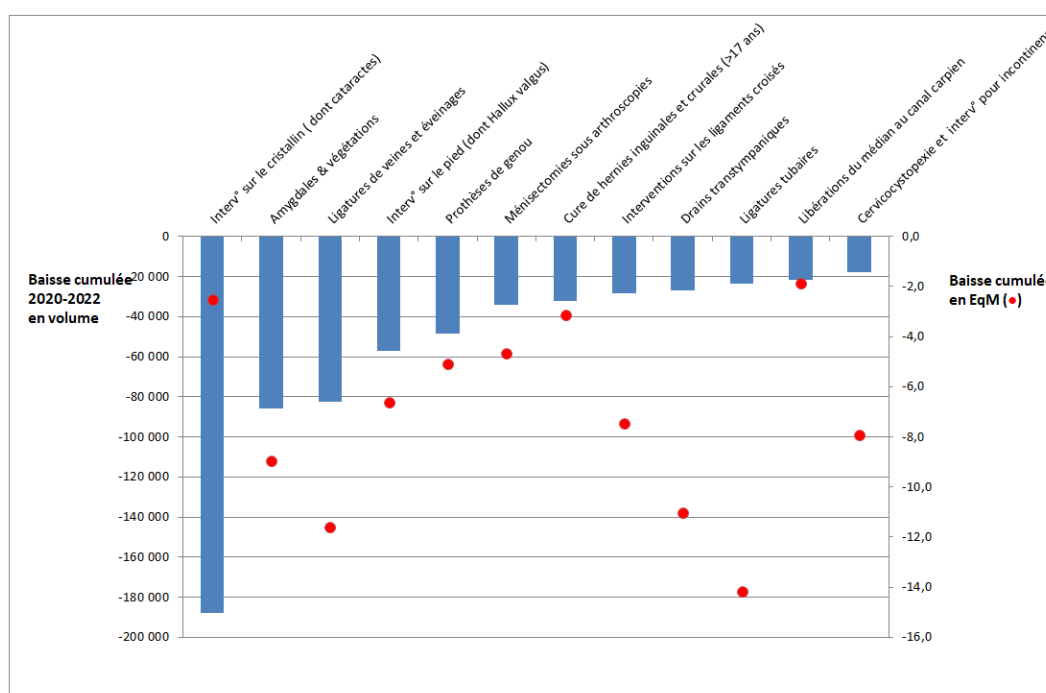
Méthode : Évolution de l'activité par racine de GHM entre 2017 et 2022, avec retraitement des racines modifiées en 2022 (agrégation des racines concernées).

Note de lecture : Pour les segments d'activité ayant subi une forte baisse d'activité lors du 1^{er} confinement (>2 mois de baisse d'activité cumulée), le nombre de séjours réalisés 2022 restait inférieur à celui réalisé en 2019. A la fin 2022, on enregistrait un écart entre le nombre de séjours réalisés sur la période 2020-2022 équivalent à 4,6 équivalent-mois (EqM) d'activité 2019 (4,1 EqM si on néglige l'évolution tendancielle attendue). Parmi les activités chirurgicales à forte baisse à fin 2020, on retrouve la traumatologie, et des interventions urgentes en chirurgie digestive (ex. appendicectomies, occlusions), cardiaque (ex. pose de stimulateur/défibrillateur cardiaque) ou neurochirurgie (ex. craniotomies). Les activités chirurgicales à baisse moyennes sont diverses (ex. chirurgie valvulaire, cures de hernie inguinale ou crurale, prothèses d'épaule, et prothèses de hanche hors traumatisme). Les activités chirurgicales à forte baisse concernent essentiellement l'ophtalmologie, l'ORL et la stomatologie, ainsi que certaines interventions d'orthopédie (ex. chirurgie du genou), de chirurgie digestive (chirurgie bariatrique) ou en gynécologie/urologie (ex. chirurgie de l'incontinence urinaire).

Un écart résiduel qui se concentre sur quelques activités

Certaines activités concentrent une part importante de l'écart d'activité par rapport au volume attendu en tendanciel (les activités de la Figure 2 représentent à elles-seules la moitié de l'écart total observé sur la période 2020-2022). Si la chirurgie de la cataracte représente un écart important en volume, celui-ci est en réalité relativement faible au regard de l'activité réalisée annuellement (-2,5 EqM), et il s'est réduit de 9% entre 2021 et 2022. Pour d'autres activités qui cumulent près d'une année d'écart cumulé, l'indication a pu disparaître pour certains patients (ex. amygdalectomies chez l'enfant).

Figure 34 : Principales baisses d'activité cumulées 2020-2022 par rapport au tendanciel attendu en volume ou en équivalent-mois (EqM) d'activité 2019



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

Note de lecture : Sur la période 2020-2022, le nombre cumulé d'interventions sur le cristallin (dont cataractes) était inférieur au nombre attendu d'après la tendance 2017-2019 de 187 787 interventions (déficit d'intervention), ce qui représente 2,5 équivalent-mois d'écart.

Une activité de chirurgie carcinologique en hausse par rapport à 2019

Bien qu'il s'agisse d'une activité prioritaire, l'exercice des cancers avait diminué en 2020, comparativement à l'activité 2019 (Tableau 4). En 2022, elle a dépassé le niveau 2019, hormis pour les exérèses colorectales, et les chirurgies ORL, de cancer du foie ou de l'estomac. La prise en compte des tendances pré-COVID (à la baisse pour les cancers ORL et de l'estomac, non évaluable pour le cancer colorectal du fait du changement de test de dépistage en 2016¹) montre une activité cumulée proche de l'attendu dans l'ensemble.

Tableau 4 : Bilan de l'activité d'exercice des cancers à fin 2022

	2019	2020	2022	Écart cumulé 2020-2022		
				Écart à 2019		Écart tendanciel*
				Effectif	Effectif	Équivalent-Mois
Sein	77 699	74 194	79 818	2 525	-3 109	-0,04 EqM
Urologique	41 414	39 930	42 532	471	-2 625	-0,06 EqM
Colon – Rectum	36 704	34 079	33 830	-6 425	NC*	NC**
ORL	23 448	21 402	21 680	-4 933	-13	-
Thoracique	16 716	15 902	17 575	63	-3 303	-0,20 EqM
Ovaire	7 774	7 608	7 827	59	-670	-0,09 EqM
Foie	6 993	6 508	6 282	-1 336	-1 579	-0,23 EqM
Pancréas	3 974	3 810	4 285	349	-32	-
Estomac	3 212	2 916	2 838	-945	-555	-0,17 EqM

Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (SNDS), analyse INCa (Institut national du cancer) retraitée par la Cnam

*Tendance 2015-2019

**Tendance non modélisable (pic d'incidence en 2016 à la suite du changement de test de dépistage). Voir « Christine Le Bihan-Benjamin C, Rocchi M, Putton M, Méric JB, Bousquet PJ. Estimation of oncologic surgery case volume before and after the COVID-19 pandemic in France. JAMA Network Open. 2023;6(1):e2253204 »

4.3 Les professionnels de santé libéraux

4.3.1 Vue d'ensemble

On dénombre en 2021 365 000 professionnels de santé libéraux en exercice en France (Encadré 4), cet effectif est en augmentation de 40% par rapport à 2000. Les trois professions les plus nombreuses en libéral sont :

- Les médecins avec près de 113 000 praticiens en activité ;
- Les infirmières et infirmiers libéraux avec un effectif de près de 100 000 qui a doublé en 20 ans ;
- Les masseurs-kinésithérapeutes avec 73 000 libéraux (contre 39 000 en 2000).

Encadré 4 : L'outil de datavisualisation – data professionnels de santé libéraux

L'Assurance Maladie met à disposition du public un ensemble de données sur une trentaine de professionnels de santé libéraux, en accès libre : les médecins avec 23 spécialités médicales, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues).

Le site de datavisualisation de l'Assurance Maladie « Data – Professionnels de santé libéraux » est disponible : <https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux/>

Quels sont les effectifs de chaque profession et spécialité, et comment sont-ils répartis sur le territoire ? Combien de médecins exercent en secteur 2 et quel est leur taux de dépassement ? Comment évoluent les honoraires ? Sur quoi portent les prescriptions des différentes spécialités médicales ? Combien de patients voient-ils chaque année ?

Les données présentées sur ce site sont relatives exclusivement à l'activité libérale de ces professionnels de santé, et sont déclinées selon quatre grands thèmes : démographie et exercice, honoraires et dépassements, prescriptions médicales, et patientèle.

Tous ces éléments sont présentés sous forme de datavisualisation, avec une vision globale et comparative des principales professions, une entrée par profession et une entrée par territoire. Pour une profession choisie, il permet notamment la comparaison entre deux territoires (régions et départements). Un historique est disponible, pouvant aller selon les thèmes jusqu'à 2010, avec la présentation de graphiques d'évolution (effectifs, densité, secteurs conventionnels...). Tous les jeux de données sont téléchargeables.

Une hausse continue des effectifs et de la densité des auxiliaires médicaux et des sages-femmes avec à l'inverse une stagnation ou une diminution des effectifs et de la densité des professions médicales

Les effectifs d'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues ont été multipliés par deux entre 2000 et 2021. Ils représentent aujourd'hui près de 6 professionnels libéraux sur 10 (57 %).

La densité de ces professionnels a logiquement crû témoignant d'un plus grand accès à ces professions de santé : augmentation de la densité de + 44 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants entre 2010 et 2021, + 28 masseurs-kinésithérapeutes et + 28 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

A l'inverse, les effectifs des médecins et des chirurgiens-dentistes sont restés stables ou ont diminué :

- 52 300 médecins généralistes en 2021 contre 55 460 en 2000
- 55 000 médecins spécialistes en 2021 (54 000 en 2000), avec des disparités selon les spécialités :
 - o Démographie en baisse (2010-2021) : dermatologues (-21 %), gynécologues-obstétriciens (-19 %), rhumatologues (-18 %)
 - o Démographie en hausse (2010-2021) : neurologues (+20 %), chirurgiens (+16 %), cardiologues (+8,5 %)

De même, la densité médicale a globalement diminué, en particulier pour les spécialités cliniques : - 8 généralistes (hors MEP) pour 100 000 habitants, -1 dermatologue, - 3 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes âgées de plus de 15 ans.

Figure 35 : Évolution des densités de 3 professions de santé entre 2010 et 2021 (pour 100 000 habitants)

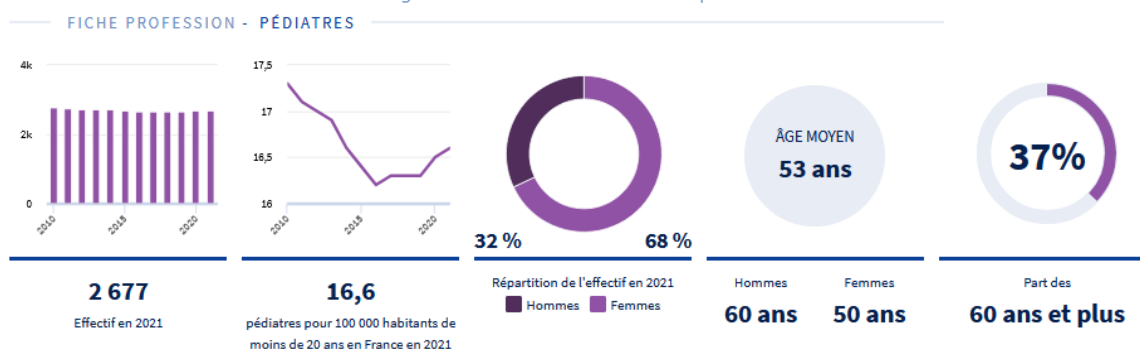


Source : dataPSL

4.3.2 Focus sur les Pédiatres libéraux

La pédiatrie est une spécialité médicale qui se consacre à l'enfant, du nouveau-né à la fin de l'adolescence. Spécialité majoritairement hospitalière, les pédiatres libéraux représentent un peu plus d'un tiers (37 %) de l'effectif de la spécialité (source : DREES).

Figure 36. Carte d'identité de la spécialité



Source : Data PSL

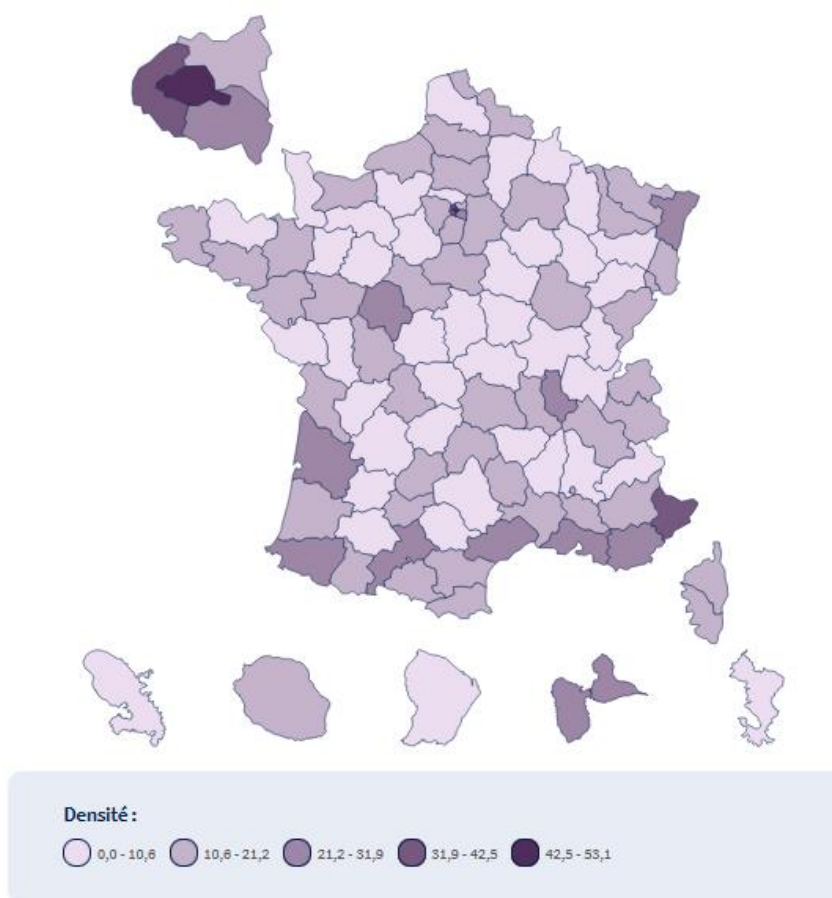
Une répartition inégale sur le territoire

On compte 2677 pédiatres libéraux en France au 31/12/2021. L'effectif de la profession a connu une baisse de 4% entre 2010 et 2016, et une stabilisation depuis 2016.

La densité de pédiatres libéraux est de 16,2 pour 100 000 habitants de moins de 20 ans en France en 2021. Après une diminution de 7 % entre 2010 et 2016, elle réaugmente légèrement entre 2016 et 2021 (+ 2,5 %) en raison de la stagnation de l'effectif de pédiatres libéraux contemporain d'une baisse de la natalité.

Leur répartition sur le territoire est inégale et disparate avec une densité de pédiatres pour 100 000 habitants de moins de 20 ans allant de 0 pour certains départements (Indre, Mayotte) à 53,1 à Paris, soit 3 fois la moyenne nationale. Cependant, en 2021, les trois quarts des départements (75 %) ont une densité de pédiatres inférieure à la moyenne nationale. Outre la région parisienne, les plus fortes densités sont observées dans le sud notamment sur le pourtour méditerranéen.

Figure 37. Densité départementale de pédiatres libéraux - visuel extrait du site DATA-PS



Source : dataPSL

Une part importante des médecins âgés avec une tendance d'augmentation d'installation pour les jeunes médecins

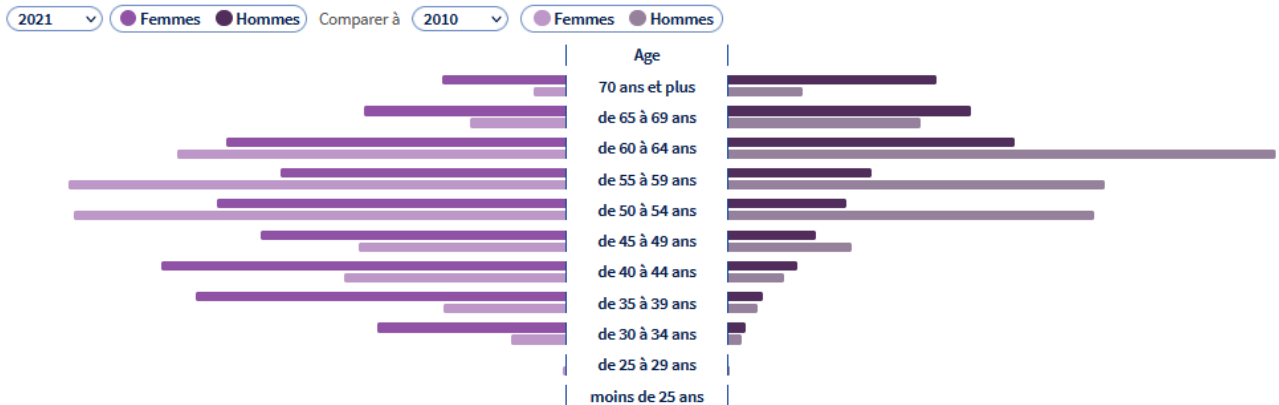
37 % des pédiatres en activité ont plus de 60 ans, avec un âge moyen de 53 ans, comparable à celui des médecins généralistes (52 ans). Concernant l'évolution de la démographie depuis 2010, on assiste à un double phénomène :

- D'une part, une augmentation de la part des 60 ans et plus, qui était de 34 % en 2010 ;
- D'autre part, une baisse de 2 ans de l'âge moyen des pédiatres, qui était de 55 ans en 2010. Ceci en raison d'un renouvellement démographique, avec une augmentation de la part des plus jeunes : les moins de 40 ans représentent 16 % de l'effectif en 2021 alors qu'ils n'étaient que 6 % en 2010.

Figure 38 : Répartition des effectifs de pédiatres libéraux par âge et par sexe en 2010 et en 2021

Répartition de l'effectif de la profession par tranche d'âge et par sexe

Pédiatres | Libéraux | France | 2021



Source : dataPSL

La profession est majoritairement féminine, les femmes représentant en effet plus des deux tiers des pédiatres en 2021. Cette tendance va s'accroître dans les années à venir, puisque la proportion de femmes chez les pédiatres libéraux est de 80 % chez les moins de 60 ans, tandis que 61 % des pédiatres libéraux hommes ont plus de 60 ans.

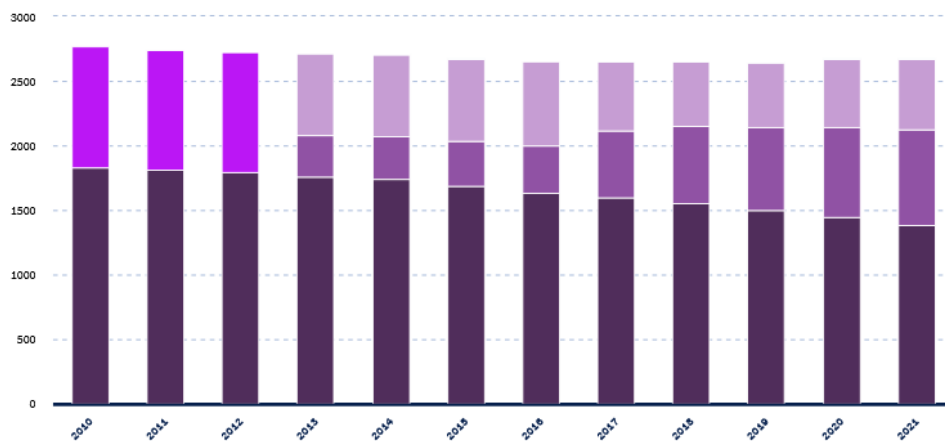
Une augmentation du secteur 2 mais une baisse des taux de dépassement

On observe une forte augmentation de l'exercice en secteur 2 : près de la moitié des pédiatres sont conventionnés en secteur 2 en 2021 alors qu'ils étaient seulement un tiers en 2010. Parmi les pédiatres conventionnés en secteur 2 en 2021, 57 % sont adhérents à un contrat OPTAM.

Figure 39 : Répartition de l'effectif des pédiatres libéraux par secteur conventionnel entre 2010 et 2021

Pédiatres | Libéraux | France

CONVENTIONNÉS : ■ en secteur 1 ■ en secteur 2 dont : ■ ayant adhéré à l'Optam/Optam-CO ■ n'ayant pas adhéré à l'Optam/Optam-CO NON CONVENTIONNÉS : ■



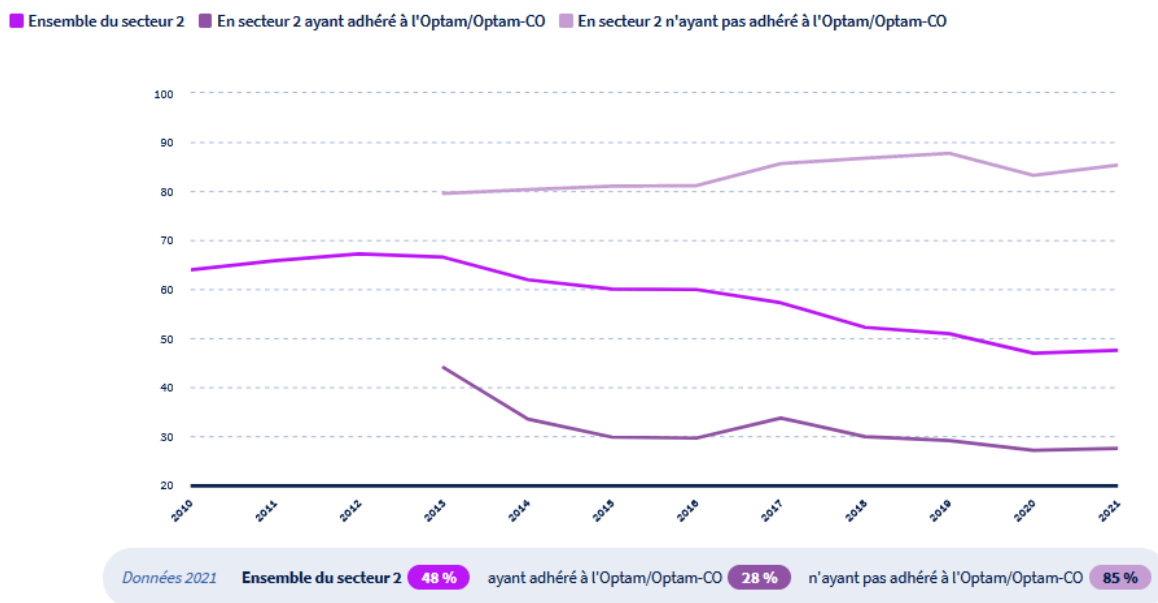
Source : dataPSL

Le taux de dépassement des pédiatres en secteur 2 est de 28 % (19 % pour les pédiatres en secteur 2 adhérent à l'OPTAM contre 72 % pour ceux n'ayant pas adhéré à l'OPTAM)

Après une augmentation de 2010 à 2013, ce taux de dépassement est en baisse à partir de 2013, année d'introduction du contrat d'accès aux soins, dispositif remplacé par l'OPTAM en 2017.

Figure 40 : Évolution du taux de dépassement constatés chez les pédiatres libéraux de secteur 2 entre 2010 et 2021

Pédiatres | Libéraux | Conventionnés en secteur 2 | France | 2021



Source : dataPSL

En 2021, un pédiatre libéral perçoit en moyenne **172 385 €** d'honoraires dans l'année¹⁵. Des honoraires en progression, mais moins élevés que ceux des médecins généralistes. En 2019, le revenu moyen d'un pédiatre au titre de l'activité libérale s'élève à 79 800€¹⁶.

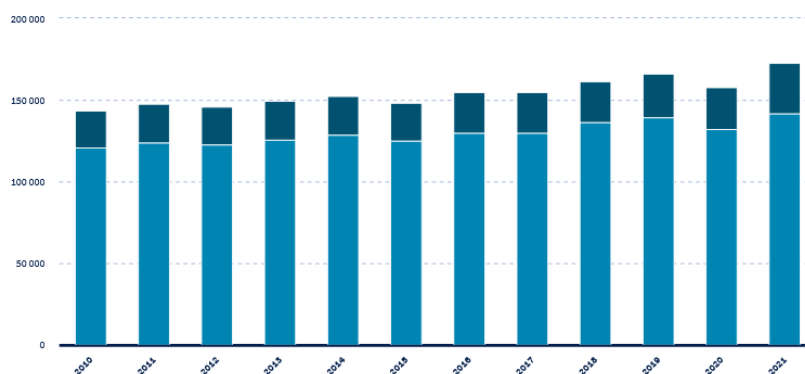
Figure 41 : Évolution du montant des honoraires moyens par professionnel chez les pédiatres libéraux de secteur 2 entre 2010 et 2021

Évolution du montant des honoraires moyens (par professionnel)

Pédiatres | Libéraux | APE | France | 2021

Montant : total moyen (par professionnel)

■ Honoraires sans dépassement ■ Dépassements



Source : dataPSL

¹⁵ Il s'agit des honoraires des professionnels de santé « actif à part entière » (APE). Un professionnel de santé est « actif à part entière » lorsqu'il est âgé de moins de 65 ans et qu'il a exercé une activité libérale normale sur une année complète, dans un cadre conventionné avec l'Assurance Maladie.

¹⁶ Drees, Études et résultats n°1223, mars 2022

Une part importante de l'orthophonie dans les prescriptions des pédiatres

En moyenne en 2021, les prescriptions d'un pédiatre ont généré 172 278 € de prescriptions en base de remboursement, soit 140 euros par patient en moyenne.

Figure 42 : Répartition du montant moyen des prescriptions des pédiatres libéraux en 2021



Source : DataPSL

Comme pour la majorité des spécialités, le premier poste de prescription est le médicament (57 % du montant des prescriptions).

Le second poste est ensuite le poste « autre », qui représente près de 20 % du montant des prescriptions : il s'agit là essentiellement des prescriptions d'orthophonie (dans 85 % des cas), on y trouve également des actes d'orthoptie (7 %) et des vaccinations (6 %).

On trouve ensuite les dispositifs médicaux (10 %) et les analyses biologiques (7 %). Les postes de transports des malades, de soins infirmiers sont quasi nuls.

Patientèle

Avec une file active de 1 238 patients dans l'année 2021, la pédiatrie est une des spécialités cliniques avec les plus faibles file active (après les psychiatres). Cela est notamment lié au public spécifique pour ces spécialités, les consultations pour les enfants étant généralement plus longues par rapport aux autres tranches d'âges de population. Cette file active moyenne est stable depuis 2016.

En 2021 les pédiatres ont en moyenne 295 patients dont ils sont le médecin traitant, la progression est dynamique depuis l'entrée en vigueur du dispositif « médecin traitant » pour les enfants, en 2017.

Le suivi des enfants réalisé par les pédiatres et les généralistes

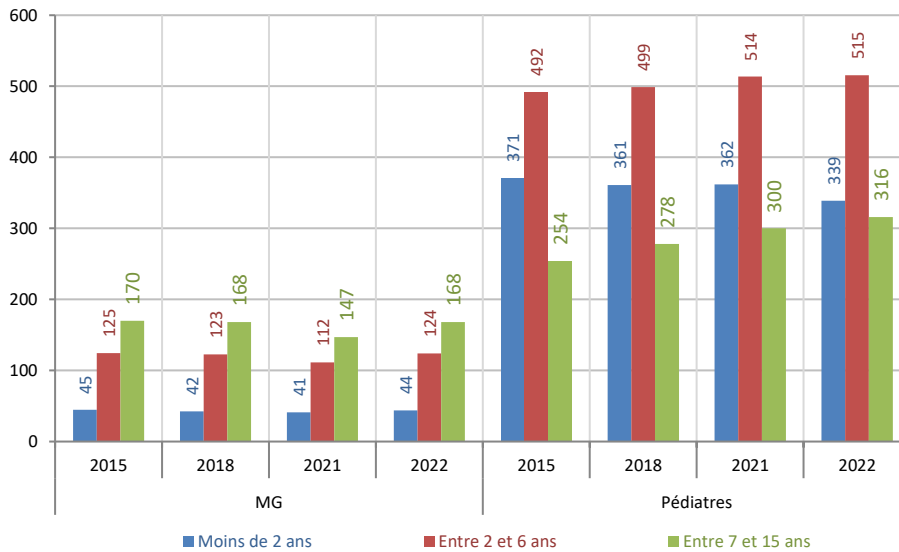
L'activité des pédiatres est étroitement liée à l'évolution de la démographie des enfants en France. Ainsi, entre 1 janvier 2016 et 1 janvier 2023 le nombre d'enfants de moins de 2 ans a baissé quasiment de 10 points, soit moins 150 000 enfants sur cette période. On observe le même phénomène pour les enfants de 2 à 6 ans, leur effectif baisse de 10 points, soit près de 400 000 enfants.

Cette baisse démographique se répercute naturellement sur l'activité des pédiatres. Ainsi, entre 2015 et 2022, on enregistre une forte baisse du nombre moyen d'enfants de moins de 2 ans pris en charge par un pédiatre libéral (-12,3 % pour le nombre total d'enfants de moins de 2 ans pour l'ensemble des pédiatres et -8,6% en moyenne par professionnel de santé). Cela correspond en moyenne à une diminution de 30 patients de moins de 2 ans dans la patientèle d'un pédiatre entre 2015 et 2022.

A contrario, le nombre d'enfants de 2 à 6 ans suivis par un pédiatre est en légère augmentation, et on observe une hausse significative de la patientèle de 7 à 15 ans : en moyenne, un pédiatre voit 60 patients de plus par an dans cette tranche d'âge entre 2015 et 2022. Au total, ce sont 120 000 patients de plus pour cette tranche d'âge qui ont consulté auprès d'un pédiatre libéral.

Le nombre d'actes par patient reste constant sur la même période chez les pédiatres : 6 actes par patient et par an pour les moins de 2 ans, 3 actes entre 2 et 6 ans, 2 actes pour les enfants entre 7 et 15 ans.

Figure 43 : Évolution du nombre moyen de patients de moins de 16 ans, par classe d'âge, pour les pédiatres et les médecins généralistes entre 2015 et 2022

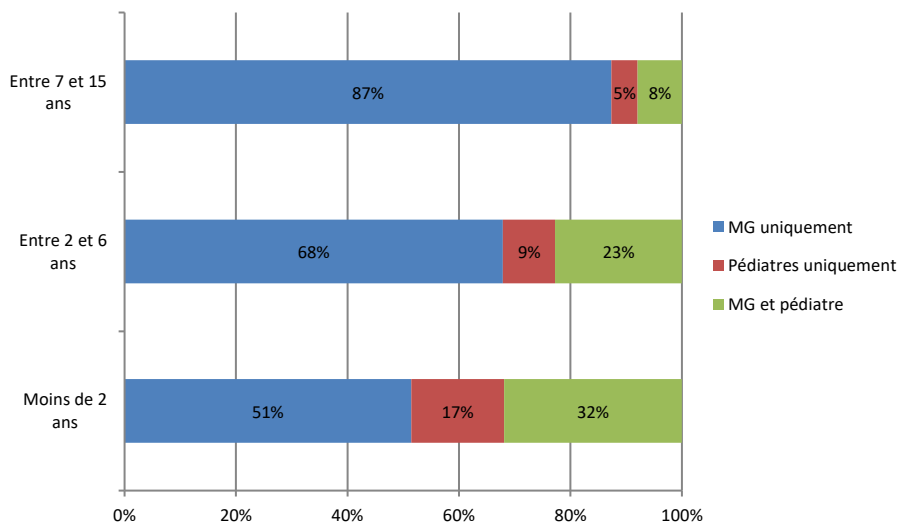


Source : SNDS

Pour les médecins généralistes, l'impact de la baisse de la population des moins de 2 ans est plus discret, le nombre de patients de moins de 2 ans par médecin généraliste est quasi-stable avec 45 patients par PS en 2015 et 44 patients en 2022.

Le taux de recours à un pédiatre est le plus élevé avant l'âge de 2 ans : près de la moitié ont vu au moins une fois dans l'année un pédiatre libéral. Cette part est en diminution entre 2015 et 2022 (-2 points), au profit des médecins généralistes. Au global en 2022, un peu plus de la moitié des patients de moins de 2 ans (ayant consulté un MG ou/et pédiatre) ont vu uniquement un médecin généraliste (sans consultation avec un pédiatre libéral). Cette part a augmenté de 2 points entre 2015 et 2022.

Figure 44 : Spécialité des médecins consultés par classe d'âge en 2022

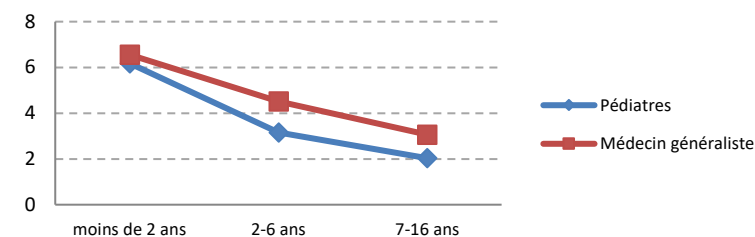


Source : SNDS

La part d'enfants suivis par un médecin généraliste augmente ensuite avec l'âge : parmi les patients de 2 à 6 ans ayant consulté au moins une fois un pédiatre ou médecin généraliste, 68 % ont consulté uniquement auprès d'un médecin

généraliste, ce taux est de 87 % chez les 7-15 ans. A l'inverse, le recours au pédiatre uniquement diminue avec l'âge (17 % avant 2 ans, 9 % entre 2 et 6 ans et 5 % de 7 à 15 ans).

Figure 45 : Nombre d'actes par patient selon les tranches d'âge pour les médecins généralistes et les pédiatres en 2022



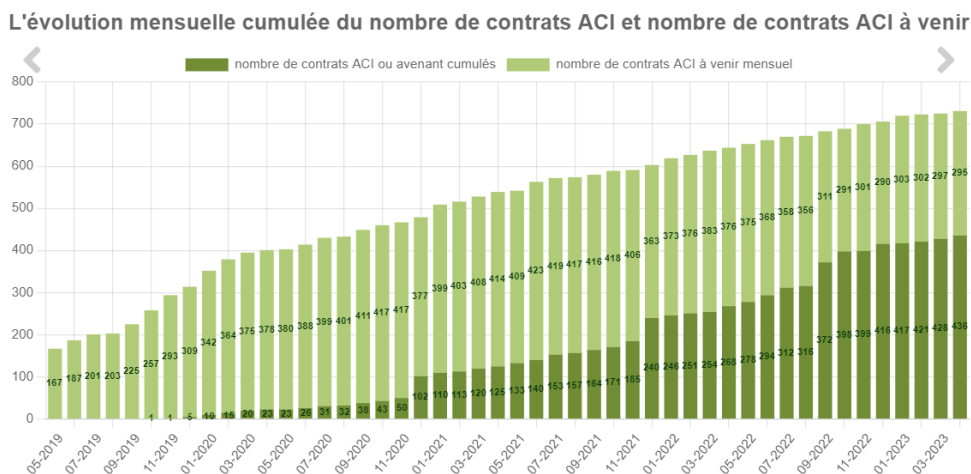
Source : SNDS

Le nombre d'actes par patient est légèrement plus élevé chez les médecins généralistes que chez les pédiatres, dans toutes les tranches d'âge.

4.3.3 Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Dans le rapport charges et produits pour 2023, l'objectif proposé par l'Assurance Maladie était d'atteindre une couverture de l'ensemble du territoire français par des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). En juin 2023, 443 CPTS ont signé l'Accord Conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des CPTS. Celles-ci couvrent 55 % du territoire français (taux de couverture populationnelle) et 344 projets sont en bonne voie pour porter le taux de couverture du territoire à 75 % dans les mois à venir.

Figure 46 : Évolution mensuelle cumulée du nombre de contrats ACI signés et du nombre de contrats à venir (2019-2023)



Source : CNAM

Le taux de couverture est variable selon les régions :

- **2 régions sont couvertes à 100%** : La Réunion (6 CPTS) et la Martinique (1 CPTS)
- **1 région est couverte à 97%** : Centre Val de Loire (31 CPTS)
- **1 région est couverte à 75%** : PACA (47 CPTS)
- Les régions représentant les plus forts taux de population non couvertes sont : Mayotte (87.95%), Guyane (36.91%), Pays de la Loire (34.98%), Normandie (34%), Bretagne (33.86%)

Missions des CPTS

Les missions obligatoires des CPTS sont l'amélioration de l'accès aux soins, l'organisation des « parcours patients », la mobilisation des acteurs dans la prévention au bénéfice de la population et la réponse apportée aux crises sanitaires graves. Les CPTS qui le souhaitent peuvent également déployer des missions optionnelles pour améliorer l'efficacité et la pertinence des prises en charge de la population et l'attractivité du territoire.

Mission accès aux soins

La mission prioritaire des CPTS étant d'améliorer l'accès aux soins, une attention particulière est portée aux actions permettant de réduire le nombre de patients sans médecin traitant du territoire de chaque CPTS et mobiliser les professionnels de santé dans la prise en charge de « soins non programmés ». En mars 2023, le ministre de la Santé et de la Prévention, a lancé un plan d'actions national pour que chaque patient en ALD (Affection de Longue Durée) puisse bénéficier d'un médecin traitant et de l'indispensable coordination des soins qu'il peut apporter. Plus de 700 000 patients en ALD sans médecin traitant dont 300 000 résidant sur un territoire couvert par une CPTS signataire de l'ACI ont été identifiés. Les CPTS se sont donc mobilisées sur cette action prioritaire en 2023.

Mission « parcours »

Parmi les CPTS ayant démarré la mission « parcours », les 3 thèmes les plus fréquemment mis en œuvre sont « parcours personnes âgées », « coopération et délégations d'activité », et « Organisation des entrées et sorties en établissement de santé ». L'analyse des contrats ACI montre que les CPTS privilégient les actions de nature à fluidifier le lien entre les professionnels de santé libéraux et les établissements sanitaires, l'approche par pathologie apparaît en second temps, le parcours des personnes âgées mobilisent les CPTS avec une priorité donnée au segment de la sortie d'hospitalisation.

Afin de sensibiliser les CPTS sur les parcours à fort enjeu de santé publique, une offre de service proposera en 2024 une "boîte à outils" pour les porteurs de projets afin de leur apporter des données macro sur les indicateurs de qualité de prise en charge par parcours et une méthodologie d'identification des ruptures dans les parcours à fort enjeu de santé publique

Mission « prévention »

Parmi les CPTS ayant démarré la mission « prévention », les 3 thèmes les plus souvent retenus sont :

- Les dépistages des cancers
- Les addictions
- La santé – environnement

Les porteurs de projet de CPTS s'appuient majoritairement sur les données de l'outil « [Rézone CPTS](#) » pour identifier les actions prioritaires de leur territoire : la population non dépistée, non vaccinée, étant majoritairement ciblée pour appuyer les actions des effecteurs de soins, des associations et autres acteurs du territoire. Un accompagnement complémentaire concernant l'évaluation de l'offre existante sur le territoire apparaît comme prioritaire afin de renforcer l'impact des actions déployées par les acteurs du territoire ainsi que la mise en œuvre de mesures supplémentaires à destination de la population éloignée des dispositifs mis en place.

Accompagnement des porteurs de projets de CPTS : le dispositif accélérateur de l'Assurance Maladie

Pour accompagner les porteurs de projets de CPTS, la CNAM a mis en place un dispositif d'appui méthodologique en 2021, initialement proposé aux CPTS proches du conventionnement ce dispositif a adapté son offre à la demande des porteurs de projets de CPTS en émergence, puis en 2022 aux porteurs de projets de CPTS conventionnées. Ce dispositif s'adapte au besoin exprimé par les porteurs de projets, conçoit des ateliers « sur mesure », les anime en mode collaboratif et garantit la livraison d'outils opérationnels individualisés que les porteurs de projets emportent en fin de séance pour aller plus loin.

81 CPTS ont sollicité l'appui de l'accélérateur depuis sa mise œuvre. En 2023, des ateliers spécifiques ont été ajoutés à l'offre en réponse au besoin d'identifier des leviers d'optimisation du temps médical et de concrétiser des « parcours patients » en identifiant les risques de « ruptures » propres au territoire et à son offre de soins.

Ce dispositif accélérateur a également été identifié comme un levier au déploiement des MSP. Il proposera dans les prochains mois une offre adaptée à cette nouvelle demande avec la perspective de contribuer à l'enjeu de complémentarité des échelles de coordination entre MSP et CPTS.

Stratégie de déploiement des CPTS

La stratégie de couverture totale des territoires s'appuiera principalement sur 2 leviers de mobilisation des professionnels de santé et il faut ici à ce titre citer la mission tour de France :

1. L'analyse des flux de consommation de la population des zones « blanches » afin d'évaluer la pertinence de rattachement de ces zones à un territoire d'une CPTS existante, dès lors que les professionnels de ces zones limitrophes souhaitent rejoindre le projet de la CPTS de leur lieu d'exercice.
2. L'analyse des diagnostics des zones « blanches » avec les acteurs de ces zones pour adapter l'offre d'accompagnement aux besoins d'appui d'éventuels porteurs de projets dans la définition des actions prioritaires pour répondre aux attentes des professionnels de santé et aux besoins de la population.

L'accompagnement des territoires sans projets sera adapté à leur spécificité.

Les structures d'exercice coordonné sont identifiées comme un terreau « naturel » de la création de CPTS car portées par des professionnels de santé déjà convaincus des bénéfices de l'exercice coordonné. La dynamique d'une MSP apporte un appui aux projets de CPTS, les centres de santé et les hôpitaux de proximité sont également des acteurs attractifs d'un territoire pour soutenir un projet. Les 300 hôpitaux de proximité labellisés en 2023, sont positionnés comme un appui au premier recours, et fonctionnent souvent avec des praticiens libéraux en exercice mixte, et peuvent impulser des dynamiques de coordination, notamment dans les parcours ville/hôpital.

En outre, dans un contexte de démographie médicale en tension et pour pallier le manque de disponibilité des médecins, la mobilisation des paramédicaux et pharmaciens pour impulser des dynamiques sur les territoires sera un levier pour soutenir des médecins dans la constitution d'une équipe avec des professionnels de santé volontaires pour porter le projet de CPTS. Il en va de même pour les professionnels de santé récemment installés notamment dans les zones atones qui sont également enclins à s'inscrire dans des dynamiques territoriales.

Au-delà de la couverture du territoire, la stratégie de l'Assurance Maladie, en coordination avec les ARS et la MSA, propose une offre de service pour accompagner les CPTS à la mise en place de leurs actions, dès la phase de rédaction du projet de santé ainsi que tout au long de la vie de la CPTS.

Une centaine de CPTS ont dépassé leurs deux premières années de conventionnement, l'accompagnement de ces CPTS plus matures focalisera davantage en 2024 sur les indicateurs de résultats.

4.4 Tableau de bord des indicateurs de santé publique

Indicateur	Définition de l'indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Objectif cible	Principales actions de l'Assurance Maladie
PREVENTION DES CANCERS										
Participation au dépistage du cancer colorectal	Part des personnes dépistées sur 2 ans / population des 50 à 74 ans Source : données issues des CRCDC et Insee (ELP). Exploitation Santé Publique France	29,3%	33,5%	32,1%	30,5%	28,9%	34,6%	34,3%	45% (objectif européen)	Promotion du dépistage auprès des professionnels de santé et assurés éligibles (campagnes d'incitation, incitation dans le cadre de la ROSP ¹). Mise en place du site de commande en ligne des kits de dépistage (mars 2022) et de la remise de kits par les pharmaciens (mai 2022). Envoi aux médecins traitants d'une liste de leurs patients éligibles au dépistage (avril 2022) Cf. fil rouge approche par pathologie, chapitre cancer
Participation au dépistage du cancer du sein	Part des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant bénéficié au moins d'une mammographie bilatérale sur les 24 derniers mois dans le cadre d'un dépistage organisé ou individuel / population cible Source : Données DCIR/RNIAM	61,7%	59,5%	59,6%	59,8%	54,1%	56,0%	57,3%	70% (objectif européen)	Promotion du dépistage auprès des professionnels de santé et assurés éligibles (campagnes d'incitation, incitation dans le cadre de la ROSP) Envoi aux médecins traitants d'une liste de leurs patients éligibles au dépistage (avril 2022)
Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus	Part des femmes âgées de 25-65 ans dépistées sur 3 ans / population cible Source : SNDS/DCIR (tous régimes) et INSEE. Exploitation Santé Publique France	59,1%	59,4%	59,4%	58,2%	58,8%	-	-	70% (objectif européen)	Cf. fil rouge approche par pathologie, chapitre cancer
Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)	Taux de couverture vaccinale (2 doses) par le vaccin HPV chez les filles âgées de 16 ans selon l'année de naissance* Source : SNDS-DCIR. Exploitation Santé Publique France	19,5%	21,4%	23,7%	27,9%	32,7%	37,4%	41,5%	80% (objectif 2030)	Information ciblée à destination des assurés et médecins généralistes/pédiatres/sages-femmes, à travers des campagnes d'e-mailing. Annonce en février 2023 par le Président de la République de la campagne de vaccination généralisée contre le HPV dans les collèges Cf. fil rouge approche par pathologie, chapitre vaccination HPV
PREVENTION BUCCO-DENTAIRE										
Recours aux chirurgiens-dentistes	Part des enfants âgés de 3 à 24 ans ayant eu au moins un acte réalisé par un chirurgien-dentiste dans les 12 derniers mois Source : SNDS		53,9%	56,2%	60,3%	46,4%	51,1%	51,6%		Poursuite du dispositif M/T dents (consultations chez le dentistes pris en charge par l'Assurance Maladie (tous les 3 ans, de 3 à 24 ans); Poursuite de la campagne de communication, proposition d'un accompagnement multi canal en soutien des envois des bons de prise en charge courriers pour toutes les tranches d'âges. Action spécifique en classe de CP dans les zones défavorisées. Cf. fil rouge approche par population, chapitre « Génération sans carie »
VACCINATION CONTRE LA GRIPPE										
Vaccination contre la grippe saisonnière	Taux de couverture vaccinale antigrippale - ensemble de la population éligible Source : SNDS	45,7%	45,6%	46,8%	47,8%	55,8%	52,6%	51,5%	75% (objectif OMS)	Prise en charge à 100% (vaccin et injection) pour les publics éligibles, dont les femmes enceintes. Campagnes d'incitation à la vaccination auprès des publics à risques et des professionnels de santé.
Vaccination contre la grippe saisonnière des femmes enceintes	Taux de couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes âgées de 18 à 44 ans Source : SNDS	2,1%	3,7%	7,9%	15,8%	11,7%	7,9%	12,8%		Élargissement des compétences des pharmaciens et infirmiers et articulation des prochaines campagnes de campagnes de vaccination grippe/covid 19.
MATERNITE - PETITE ENFANCE										
Suivi de la grossesse	Part des femmes (par accouchement) ayant eu au moins 3 échographies de grossesse (tout acte d'échographie confondu) au cours de la grossesse Source : SNDS				90,0%	91,5%	92,5%	91,6% (donnée premier semestre)		Mise à disposition d'informations personnalisées (courrier, calendrier personnalisé, guide « Ma Maternité ») auprès des femmes enceintes dès la réception de la déclaration de grossesse.
Suivi post-natal	Part des femmes ayant eu recours au moins une fois à une sage-femme ou un médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie de la maternité Source : SNDS				79,7%	81,7%	79,9%	78,7%		Sécurisation du suivi de la femme en sortie de maternité selon les recommandations de la HAS, notamment en cas de sortie précoce (Programme Prado Maternité d'accompagnement des mères, renforcement du suivi par les sages-femmes).

Indicateur	Définition de l'indicateur	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Objectif cible	Principales actions de l'Assurance Maladie
Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)	Taux de couverture vaccinale ROR (2 doses) à l'âge de 33 mois, selon l'année de naissance** Source: <i>SNDS-DCIR. Exploitation Santé Publique France</i>			81,6%	83,1%	83,9%	84,9%	85,7%		Prise en charge du vaccin à 100% jusqu'à 18 ans. Campagne ciblée et graduée de courriers/emails/sms aux parents d'enfants non vaccinés ou de manière incomplète contre le ROR.
ADDICTIONS										
Addiction au tabac	Pourcentage de fumeurs quotidiens de plus de 15 ans Source: données OCDE jusqu'à 2020, puis SpF en 2021 et 2022	29,4%	26,9%	25,4%	24,0%	25,5%	25,3%	24,8%	16% (2027 - PNL T 2 ²)	Plan d'action FLCA (fonds de lutte contre les addictions) et actions Cnam de lutte contre le tabagisme : prise en charge des traitements nicotiques de substitution ; développement du e-coaching Tabac Info Service ; appel à projet Mois sans tabac ; action dans les centres d'examen de santé : "ici on vous aide à arrêter de fumer". Identification de nouvelles actions dans le cadre des travaux sur le PNL T 2023-2028.
Addiction à l'alcool	Quantité d'alcool consommée chez les plus de 15 ans (en litres/personne) Source: données OCDE jusqu'à 2020 puis OFDT en 2021	11,70	11,70	11,60	11,40	10,4	10,6	-	4,80l	Financements par la Cnam d'associations de lutte contre l'alcool, dans le cadre du FNPEIS ³ , avec une bascule en cours de ces financements vers le FLCA. Mise en œuvre des contractualisations pluriannuelles avec les grandes associations de lutte contre l'alcool et soutien des actions de marketing social de Santé Publique France dans le cadre des plans d'actions FLCA.
MALADIES CHRONIQUES										
Accès à un médecin traitant des patients en ALD	Part des patients en affection de longue durée (ALD) ayant un médecin traitant (tous régimes)	95,9%	95,8%	95,7%	95,5%	95,3%	95,0%	94,6%		Incitation dans le cadre de la ROSP du médecin traitant, renforcée après l'entrée en vigueur du règlement arbitral en avril 2023 qui revalorise la déclaration de médecin traitant pour les patients en ALD Promotion de l'exercice coordonné et des dispositifs visant à libérer du temps médical pour parvenir à l'objectif d'un médecin traitant pour tous (assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée, délégations de tâches...) Lancement en mars 2023 d'un plan d'action visant à ce que l'Assurance Maladie contacte toutes les personnes en ALD sans médecin traitant d'ici à la fin de l'année pour leur proposer une solution.
Dosage de l'hémoglobine glyquée chez les populations diabétiques	Part des patients ayant un médecin traitant traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année selon les recommandations Source: <i>ROSP médecin traitant***</i>	78,9%	78,6%	79,3%	79,6%	76,8%	78,8%	78,4%		Incitation dans le cadre de la ROSP du médecin traitant Programme d'accompagnement des malades chroniques Sophia cf. fil rouge approche par pathologie, chapitre diabète
Recours aux soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque	Part des patients atteints d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins 4 consultations par un médecin généraliste par an**** Source: <i>SNDS, données Outil de Diagnostic territorial National</i>	65,0%	65,4%	62,8%	62,0%	59,6%	60,6%	59,1%		Déploiement du parcours insuffisance cardiaque : démarche d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins : - développement d'un outil d'analyse des données pour établir un diagnostic territorial dans chaque région - mobilisation des acteurs (MSP, CPTS, établissements, professionnels libéraux et patients) - déploiement d'une campagne "grand public" en septembre 2022, relancée en mars 2023 cf. fil rouge approche par pathologie, chapitre insuffisance cardiaque
	Part des patients atteints d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins 2 consultations par un cardiologue par an**** Source: <i>SNDS, données Outil de Diagnostic territorial National</i>	31,1%	31,7%	32,2%	32,7%	30,5%	32,9%	33,4%		
Dépistage de la maladie rénale chronique en populations à risques	Part des patients ayant un médecin traitant traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire Source: <i>ROSP médecin traitant***</i>	7,1%	9,0%	22,4%	24,8%	24,6%	25,4%	27,4%		Incitation dans le cadre de la ROSP du médecin traitant Programme d'accompagnement des malades chroniques Sophia

4.5 Contribuer à la décarbonation du système de santé et approfondir la prise en compte des enjeux de santé environnementale

4.5.1 Les enjeux de la réduction de l'impact environnemental du système de santé

Face aux effets du réchauffement climatique et à la dégradation de l'environnement, la Cnam est légitime et s'engage dans la lignée des politiques des pouvoirs publics

Les liens entre environnement, réchauffement climatique, activité humaine et santé des populations sont multiples et complexes. Il est cependant désormais bien établi que les activités humaines ont conduit à une augmentation significative de la température moyenne, tandis que l'exposition aux facteurs environnementaux influe de manière importante sur la santé des populations. La prise en compte de ces phénomènes dans l'appréciation de la performance globale du système de santé et leur inscription dans les politiques de gestion du risque apparaissent ainsi indispensables.

Les accords de Paris, signés en 2015, ont défini un objectif de diminution des émissions de gaz à effet de serre de 40% en 2040 par rapport au niveau de 1990. Cet objectif a été traduit à l'échelle nationale par la Stratégie Nationale Bas Carbone (SNBC)¹⁷ qui a pour objectif d'atteindre la « *neutralité carbone dès 2050 pour le territoire français, soit une division par 6 au moins des émissions de gaz à effet de serre par rapport à 1990* », avec un objectif intermédiaire « *d'au moins 40 % de ses émissions de gaz à effet de serre (GES) en 2030 par rapport à 1990* ». Le système de santé français qui contribue, d'après le *think tank* « The Shift Project » à hauteur de 8 % des émissions de GES en France est ainsi appelé à mener des efforts importants de réduction de son empreinte environnementale, qui nécessitent des analyses et des actions spécifiques. Le rôle de l'Assurance Maladie dans la régulation et le financement du système de santé lui confère une responsabilité particulière.

Les différentes composantes du système de santé contribuent dans des proportions variables à son impact environnemental global

Une empreinte carbone variable selon les composantes du système de santé

Au sein du secteur de la santé, le secteur des produits de santé constitue le principal poste d'émissions de gaz à effet de serre (29 % pour le secteur du médicament et 21% pour les dispositifs médicaux) selon le bilan carbone réalisé par « The Shift Project ».

Les autres postes d'émissions sont liés à des secteurs moins spécifiques à la santé comme l'alimentation (restauration collective dans les établissements de santé ou médico-sociaux) (11%), le transport des usagers et des visiteurs (9%) et les immobilisations (9%) dont une moitié correspond au numérique (systèmes informatiques) et l'autre moitié aux bâtiments et aux véhicules. L'impact carbone directement lié à l'activité médicale réside dans des émissions dites « fugitives » réparties entre le gaz frigorigène (environ 1%), les inhalateurs (<1%) et les gaz médicaux (<1%).

Dans une approche sectorielle - ne prenant pas en compte les achats de médicaments et dispositifs médicaux, ces travaux évaluent le poids relatif des émissions de gaz à effet de serre à 38% de l'ensemble aux établissements hospitaliers, à 23% aux soins de ville, à 21% aux établissements, à 17% aux établissements et services destinés aux personnes handicapées et 1 % aux administrations publiques du secteur de la santé et organismes complémentaires. Réalisé pour l'année 2019, le bilan carbone de l'AP-HP a permis d'évaluer à 1,1 million de tonnes CO2 l'empreinte de l'ensemble de ses activités et d'identifier les principales sources d'émission – base d'une trajectoire de réduction des émissions.

Le secteur de la santé présente également des enjeux de protection de l'environnement

Le secteur de la santé comporte également des enjeux environnementaux liés à la production de déchets et de déchets de soins à risque infectieux (DASRI). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que plusieurs dizaines de milliers

¹⁷ Décret n°2020-457 du 21 avril 2020

de tonnes de tels déchets supplémentaires ont été produits pendant la crise Covid¹⁸. 140 millions de kits de test ont généré 2600 tonnes de déchets non infectieux et 731 000 litres de déchets chimiques ; plus de huit milliards de doses de vaccin représentent 144 000 tonnes de déchets supplémentaires (seringues, aiguilles et boîtes de sécurité). Les médicaments périmés qui ne sont pas ramenés en pharmacie peuvent par ailleurs intégrer le cycle de l'eau et perturber les écosystèmes en alimentant la pollution d'origine pharmaceutique¹⁹. Sur ces points, l'OMS recommande à l'ensemble du secteur de la santé d'améliorer ses pratiques d'achat et de gestion des déchets, dont le renforcement en France est d'autant plus utile qu'une politique de relocalisation de certaines molécules a été engagée par les pouvoirs publics.

[Œuvrer en faveur d'une meilleure prise en compte des enjeux écologiques est d'autant plus justifié que les dégradations de l'environnement et le réchauffement climatique ont des effets directs sur l'état de santé de la population](#)

La dégradation de l'environnement a des effets conséquents sur la santé des populations²⁰. La loi de modernisation du système de santé (2015) mentionne la prise en compte des exposomes comme une dimension à part entière de la « politique de santé ». Cette notion d'« exposome » désigne l'ensemble des facteurs non génétiques auxquels est exposé un organisme humain.

[Exposomes, pollutions et perturbateurs endocriniens](#)

Les activités humaines comme les transports, l'industrie ou les activités domestiques, sont la cause de pollutions de l'air, particulièrement aux particules fines – qui pourraient contribuer à une mortalité estimée entre 48 000²¹ à 100 000²² décès par an en France, ainsi qu'à une perte de huit mois d'espérance de vie en bonne santé. Selon plusieurs études établies par l'OMS, les perturbateurs endocriniens²³ peuvent causer des effets significatifs sur la santé des individus et des populations ainsi que sur leur descendance. Ainsi l'exposition aux phtalates, un composé utilisé dans les plastiques, auxquels sont exposées 99% des femmes enceintes²⁴, peut affecter le déroulement de la grossesse jusqu'à son terme²⁵. Les produits phytosanitaires utilisés dans l'agriculture sont également considérés comme des perturbateurs endocriniens. Enfin, les PFAS²⁶ seraient la cause de la diminution du poids des bébés, de la fertilité ou de la réponse immunitaire aux vaccins et de l'augmentation du risque de cancer du sein. Leur impact sur les systèmes de santé européens est estimé entre 52 et 84 milliards d'euros par une étude norvégienne²⁷.

La croissance démographique et l'intensification des activités humaines, notamment agricoles, exposent de façon croissante aux risques de zoonoses, ce qui implique de mieux appréhender la santé de façon globale. La pollution pharmaceutique contribue aussi au développement de l'antibiorésistance²⁸. Les effets des zoonoses et de l'antibiorésistance constituent un défi majeur pour le système de santé, en ce qu'ils tendent à soutenir la demande de soins en affectant la capacité à soigner de façon efficace et efficiente.

[L'impact du réchauffement climatique sur la santé des populations](#)

Le réchauffement climatique a des effets néfastes sur la santé physique et mentale des populations, incidences notamment liées aux perturbations économiques et sociales²⁹. Le réchauffement climatique et les épisodes de forte chaleur qui y sont

18 OMS, [Communiqué de presse : «Les tonnes de déchets des activités de soins liées à la COVID-19 montrent qu'il est urgent d'améliorer les systèmes de gestion des déchets »](#).

19 OCDE, [« A life cycle, multi-sector approach to managing pharmaceutical residues in freshwater », 2019.](#)

20 [Atwoli et al. « Call for emergency action to limit global temperature increases, restore biodiversity, and protect health », 2021.](#)

21 [Santé Publique France, Pollution de l'air ambiant : nouvelles estimations de son impact sur la santé des Français, 2021.](#)

22 [Vohra, K. Vodonos, A., Schwartz, J., Marais, E., Sulprizio, M., Mickley, L. « Global mortality from outdoor fine particle pollution generated by fossil fuel combustion : Results from GEOS-Chem », 2021.](#)

23 Substances exogènes ou mélanges qui altèrent les fonctions du système endocrinien.

24 Etude « Elfe », Santé Publique France, 2014.

25 [Ferguson, K, « Environmental phtalate exposur and preterm birth », 2014.](#)

26 Substances per- et poly-fluoroalkylées utilisées dans les textiles ou dans les emballages.

27 Goldenmann, G. The cost of inaction : A socioeconomic anlysis of environmental and health impacts linked to exposure to PFAS, 2019.

28 Angulo, F J, Nargund VN, Chiller TC, Evidence of an association between use of antibiotic microbial agents in food animals ans antimicrobial resistance among bacteria isolated from humans and the human health consequence of such resistance, (2004).

29 [Clayton S. « Mental health and our changing climate », Revue américaine de psychologie, 2017.](#)

associés ont déjà entraîné une hausse de la mortalité³⁰, ainsi qu'une hausse des maladies liées au stress alimentaire et hydrique dans le monde. L'exposition accrue à la fumée des feux de forêt et aux poussières atmosphériques a aussi entraîné une hausse des cas de troubles cardiovasculaires et respiratoires. Enfin, certains services de santé ont été perturbés par des événements extrêmes tels que les inondations³¹.

En France, Santé Publique France a mesuré une hausse des consultations aux urgences et de la mortalité durant les périodes de canicule, dont la fréquence et l'intensité vont continuer à augmenter dans les prochaines années. Par ailleurs, l'exposition aux rayons ultraviolets (UV) augmente avec la hausse des températures³², ce qui augmente le risque de développer des cancers de la peau^{33 34}.

4.5.2 L'Assurance Maladie se propose de jouer un rôle moteur pour organiser et amplifier les efforts de limitation de l'impact environnemental du recours aux soins et de prévention à l'exposition aux risques environnementaux

L'Assurance Maladie porte déjà des mesures visant à limiter l'impact environnemental du secteur de la santé

Le champ conventionnel comporte plusieurs dispositifs contribuant à limiter l'impact environnemental du recours aux soins

Face aux enjeux liés à la décarbonation du système de santé et à la protection aux risques environnementaux, l'Assurance Maladie a engagé la mobilisation de plusieurs catégories de professionnels des soins de ville au travers du cadre conventionnel.

La négociation de l'avenant 10 à la convention des transporteurs sanitaires privés (décembre 2020) a conduit à la fixation d'un objectif de doublement de la part du transport partagé dans le total des dépenses de transport en véhicule sanitaire léger (VSL) (de 15 à 30% des dépenses). L'avenant 11, signé en avril 2023, met en place un bonus financier forfaitaire pour les véhicules électriques et déploie de nouvelles mesures d'efficacité en incitant au développement de ces transports partagés.

La convention des pharmaciens titulaires d'officine, signée en 2022, établit l'objectif d'amélioration de l'impact environnemental des officines. L'article 7 encourage les pharmaciens à mettre en place un programme de développement durable au sein de l'officine, afin de sensibiliser les patients aux enjeux liés à l'impact environnemental des médicaments et des dispositifs médicaux. Ce programme permet aussi au pharmacien d'impliquer son équipe dans une démarche éco-responsable : réduire les déchets et les impressions papiers, favoriser un choix de produits responsables ou encore s'impliquer dans le recyclage des médicaments non utilisés. L'article 7 de la convention des pharmaciens instaure également la délivrance à l'unité pour certains médicaments, afin de limiter le nombre de comprimés restants en fin de traitement. Cette mesure permet aussi de lutter contre l'impact environnemental des médicaments et l'antibiorésistance, notamment en sensibilisant les patients sur les mauvaises pratiques à éviter en cas de comprimés restants : conservation, réutilisation ou encore absence de retour à la pharmacie des médicaments.

L'impact environnemental du numérique en santé

Par ailleurs et au-delà des négociations conventionnelles, l'Assurance Maladie soutient le déploiement du numérique en santé et de la télésanté, pourvu qu'il soit exercé dans un cadre déontologique et assurant la qualité des soins. S'il semble

30 Santé Publique France, article, « Bilan canicule et santé : un été marqué par des phénomènes climatiques multiples et un impact sanitaire important », 2022.

31 Powell, T., Hanfling, D., Gostin, L., « Emergency preparedness and public health : the lessons of hurricane Sandy », 2012.

32 Van der Leun et al., Climate change and human skin cancer (2008).

33 V.R. Barros, D.J. Dokken (eds), Climate Change 2014: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Part A: Global and Sectoral Aspects. Contribution of Working Group II to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge : Cambridge University Press, 2014.

34 Pascal Mathilde, Wagner Véréne, Corso Magali, Laaidi Karine, Le Tertre, Évolutions de l'exposition aux canicules et de la mortalité associée en France métropolitaine entre 1970 et 2013, Alain (2019).

que les émissions de GES produites par ces technologies sont plus faibles que les émissions évitées¹⁹, il convient de déterminer leur impact carbone global en intégrant dans le champ de ces évaluations les médicaments et dispositifs médicaux prescrits au cours de téléconsultations.

L'Assurance Maladie travaille au déploiement de l'ordonnance numérique dont l'impact environnemental, à mesurer, pourrait être positif. La disponibilité de l'ordonnance en ligne doit permettre la réduction des consultations visant seulement à obtenir des ordonnances en cas de perte du document papier et ainsi de réduire les déplacements associés. A l'instar de l'utilisation de l'application carte Vitale, dont le déploiement participera à la diminution des feuilles de soin papier, l'ordonnance numérique devrait contribuer à terme une limitation du recours au papier, lorsque le cadre juridique permettra une impression optionnelle de l'ordonnance numérique.

[Des actions initiées ou soutenues par le réseau de l'Assurance Maladie ont été déployées pour prévenir l'exposition à certains facteurs de risque environnementaux](#)

Des actions de prévention à l'exposition aux facteurs de risques environnementaux sont déployées à l'échelle nationale

La France place les enjeux de santé environnementale au cœur de ses priorités. Depuis 2004, elle élabore un plan national santé environnement (PNSE) pour cinq ans, afin de réduire l'impact de l'environnement sur la santé, de mieux prendre en compte la santé environnement à toutes les échelles du territoire, et de développer des programmes de recherche structurés. La feuille de route ministérielle « Planification écologique du système de santé » publiée en mai 2023, dans le cadre de laquelle l'Assurance Maladie est engagée, souligne la nécessité du système de santé d'engager des actions de décarbonation et de mieux protéger les populations des risques induits par la crise écologique.

Conformément aux orientations des PNSE, l'Assurance Maladie cherche à prévenir l'exposition des assurés les plus exposés aux facteurs de risque environnementaux. Signé en décembre 2021, l'avenant 5 à la convention nationale des sages-femmes valorise les séances d'entretien et de suivi postnatales rendues. Il décline également les mesures du PNSE et précise que ces entretiens ont notamment pour objectif « d'informer sur les enjeux liés à l'impact de l'environnement sur la santé de l'enfant et les mesures concrètes à mettre en œuvre au domicile ». L'avenant 6 (décembre 2022) formalise le rôle des sages-femmes référentes de « prévention et de sensibilisation vis-à-vis de sa patiente, tout au long de sa grossesse et après la naissance, notamment sur les enjeux liés à la santé environnementale ».

[Des initiatives locales assurent des missions de prévention aux facteurs de risques environnementaux](#)

En réponse à des enjeux territoriaux, plusieurs Caisses primaires d'Assurance Maladie ont engagé des stratégies de prévention à certains facteurs de risques environnementaux.

Les CPAM de l'Indre et de l'Aisne sont ainsi à l'initiative d'actions de sensibilisation destinées aux professionnels de santé et aux assurés afin de réduire les effets de l'exposition aux perturbateurs endocriniens. L'opération « zéro phtalates » a permis de promouvoir, auprès d'assurés sociaux volontaires de la CPAM de l'Aisne, les bons gestes à adopter au quotidien pour limiter leur exposition et réduire la survenue de maladies induites par cette catégorie de perturbateurs endocriniens particulièrement nocive pour les jeunes enfants. La CPAM de l'Aisne a également diffusé sur sa chaîne YouTube une vidéo promouvant les bons gestes à adopter pour garantir un air sain au domicile.

Au vu de la prévalence élevée des cancers de la peau en Bretagne - trois fois supérieure à la moyenne nationale, la prévention aux risques liés à l'exposition aux rayons UV a fait l'objet d'une action dédiée (« Alerte Breizh ») de la CPAM des Côte d'Armor en lien avec la Mutualité sociale agricole (MSA) et la direction régionale du service médicale (DRSM) de Bretagne. La campagne présente des résultats positifs, avec 25% de la population bretonne couverte et 8% de taux d'interaction avec les publications digitales.

4.5.3 La nécessaire structuration d'une politique de l'Assurance Maladie dans le cadre de sa COG, prenant en compte la décarbonation progressive du système de santé, l'efficacité des soins et la prévention des risques environnementaux

De ces constats et ces initiatives procède l'engagement de l'Assurance Maladie, structuré autour de deux objectifs majeurs : la réduction de l'impact carbone des soins de ville et le renforcement de la prévention aux facteurs de risques environnementaux.

Dans cette perspective, la Convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue pour la période 2023-2027 invite l'Assurance Maladie à s'affirmer comme acteur de la transition écologique du système de santé, notamment au travers de la création de partenariats d'études et de recherche et le renforcement de ses interventions comme acteur essentiel de la politique de transition écologique du système de santé et de protection sociale en mobilisant ses capacités à relayer des messages à grande échelle. D'autre part, l'Assurance Maladie s'engagera aux côtés des offreurs de soins et des assurés pour la reconnaissance de l'environnement comme déterminant majeur de la santé. La dimension santé environnementale sera ainsi intégrée dans toutes les campagnes de gestion du risque et de promotion de la santé ainsi que dans les accords conventionnels monoprofessionnels et pluriprofessionnels ; des actions de prévention en santé environnementale seront expérimentées avec les partenaires conventionnels.

Décarbonation du système de santé

En tant qu'acteur et financeur des soins de ville, l'Assurance Maladie est résolue à impulser et coordonner une stratégie de réduction des émissions de gaz à effet de serre. Il s'agit d'engager ou d'amplifier, en liens étroits avec les partenaires conventionnels, une évolution des pratiques de nature à concilier diminution des gaz à effet de serre et maintien d'un haut niveau de qualité de la prise en charge.

Déclinant la planification écologique impulsée par les pouvoirs publics pour l'ensemble des secteurs, la ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé a lancé le 22 mai 2023 la feuille de route de la planification écologique du système de santé (PESS) qui doit mobiliser l'ensemble des parties prenantes en faveur des objectifs nationaux de décarbonation. Cette stratégie, à laquelle l'Assurance Maladie participe activement, comprend sept champs d'action : bâtiment et maîtrise de l'énergie, achats durables, soins écoresponsables, formation et recherche en transformation écologique, mobilités durables et impact environnemental du numérique. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie participera notamment aux travaux d'évaluation de l'impact carbone du numérique en santé, s'agissant notamment de l'ordonnance numérique et de Mon Espace Santé, services socles qui doivent contribuer à réduire la redondance des actes et des soins. Il importe par ailleurs d'évaluer l'impact écologique de la télémedecine et notamment de la téléconsultation, en y intégrant les prescriptions réalisées dans ce cadre.

Sur la réduction de l'impact carbone du secteur, la négociation de la convention médicale comportera des enjeux significatifs pour intégrer pleinement la connaissance et la prise en compte des enjeux écologiques dans l'exercice de la médecine libérale. Eu égard à l'empreinte du médicament et des dispositifs médicaux dans le secteur du médicament, les médecins sont appelés à jouer un rôle-clé dans la trajectoire de diminution des émissions du secteur de la santé, notamment via la pertinence des prescriptions. Dans cette perspective, la prochaine convention médicale pourrait inclure un dispositif de valorisation des démarches engagées en ce sens au sein des cabinets de ville, qui tiendrait compte de la gradation des efforts (réalisation d'un bilan carbone, labellisation, etc.). Le renforcement de la prévention soutenu de façon constante par l'Assurance Maladie doit contribuer simultanément à modérer les besoins en santé pris en charge par les médecins et l'ensemble des professionnels de santé.

Au regard de l'empreinte substantielle du médicament et dispositifs médicaux, l'Assurance Maladie formule dans le présent rapport une série de propositions de nature à favoriser la réduction des émissions générées par le cycle de vie de ces produits de santé, notamment en intégrant dans le prix du médicament et des dispositifs médicaux leurs externalités écologiques et en favorisant dans toute la mesure du possible le réemploi des produits de santé.

Pour atteindre l'objectif de diminution des émissions liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux en maintenant un haut niveau de qualité des soins, un renforcement substantiel de la stratégie de maîtrise et de pertinence des prescriptions médicales est également engagé par l'Assurance Maladie. A cette fin, l'Assurance Maladie initie un travail d'ampleur pour incorporer la dimension écologique dans les critères de sélection, de priorisation et de valorisation des actions relevant de cette stratégie, conformément aux axes stratégiques de sa convention d'objectifs et de gestion. La décarbonation des soins à volume de soins constant apparaît en effet insuffisante pour placer le système de santé sur une trajectoire de réduction des émissions de gaz à effets de serre compatible avec les accords de Paris.

La mise en œuvre de cette stratégie relève d'ores et déjà d'une gouvernance instituée par la Cnam et impliquant le réseau de l'Assurance Maladie, en vue de piloter dans un cadre ordonné l'ensemble des actions relevant de ces objectifs. Cette gouvernance dédiée est notamment chargée de suivre l'évolution des émissions carbone du système de santé, indicateur fondamental qui doit contribuer à orienter ses orientations stratégiques.

Cette gouvernance inclut la réduction des émissions induites par les missions et activités propres de l'Assurance Maladie, initiée conformément au plan de sobriété énergétique impulsé par les pouvoirs publics pour l'ensemble des services publics. Ces efforts internes s'inscrivent dans le prolongement de la démarche de développement durable engagée en 2007 à l'Assurance Maladie avec l'ensemble des branches de la Sécurité sociale. L'Assurance Maladie adhère au référentiel RSO (responsabilité sociale des organisations) de la Sécurité sociale qui vise notamment une baisse des émissions des gaz à effet de serre. A titre d'exemple, les émissions de gaz à effet de serre des organismes de l'Assurance Maladie a diminué de 2,4% entre 2020 et 2021. Pour poursuivre et amplifier cette baisse, il est prévu de développer plusieurs axes tels la réduction des déchets, la pollution numérique et la mobilité. A la croisée de ses enjeux internes et de ceux relevant des acteurs du soin, les centres d'examen de santé et les centres de santé des CPAM ainsi les établissements du réseau des UGECAM seront pleinement mobilisés comme terrains d'action et d'innovation en faveur de la transition écologique.

Indépendamment des résultats obtenus à court terme en matière de décarbonation, il importe par ailleurs de concevoir dans ce cadre la construction d'une stratégie d'adaptation au changement climatique. Cette adaptation vise à limiter dans toute la mesure du possible les effets du changement climatique sur le système de santé, en évitant d'accroître la demande de soins - notamment en modifiant les comportements individuels et collectifs au cours des périodes caniculaires - ainsi qu'en sauvegardant à long terme les capacités de l'offre de soin par l'anticipation de la raréfaction progressive des hydrocarbures.

Prévention aux facteurs de risque environnementaux

Enfin, l'Assurance Maladie, en liens étroits avec les acteurs du système de santé impliqués en faveur de la prévention, développera son rôle d'accompagnement à la sensibilisation en santé environnementale. A cette fin, la connaissance des risques environnementaux doit progresser en vue de mieux former et informer patients et professionnels de santé. Par ailleurs, l'Assurance Maladie entend mesurer les coûts et bénéfices carbone des politiques de prévention et de promotion de la santé, afin d'identifier les bénéfices climatiques liés à la baisse de la demande de soins induite par ces politiques, en les mettant en perspectives avec les co-bénéfices sanitaires résultant des politiques environnementales.

La connaissance des facteurs de risques environnementaux comporte une complexité intrinsèque, qui résulte de l'interaction continue d'éléments distincts sur la santé humaine. A ce titre, l'Assurance Maladie entend développer sa capacité à disposer de données et d'études fiables contribuant à éclairer les politiques publiques, y compris avec la branche AT-MP dans le champ des risques professionnels.

L'Assurance Maladie en France joue par ailleurs un rôle important dans la production de données scientifiques en matière de santé environnementale grâce à son engagement financier, son pilotage actif, et son accompagnement de la cohorte Constances. À la suite d'une étude pilote en 2009 et un lancement en 2012, avec un budget initial de 110 millions d'euros sur dix ans dont l'Assurance Maladie a été (et reste à ce jour) l'un des principaux contributeurs, cette cohorte compte désormais près de 220 000 adultes en population générale. L'investissement de l'Assurance Maladie ne se limite pas au financement de la cohorte, il se manifeste également par l'utilisation exclusive des centres d'examen de santé, qui sont des structures de prévention dédiées de l'Assurance Maladie, pour le recrutement et le suivi clinique et biologique des participants. De plus, l'Assurance Maladie met à disposition les bases de données de remboursement en ville et à l'hôpital, permettant ainsi de lier ces données avec celles de la cohorte. Les données sur les causes de décès (CépiDC) et celles des trajectoires professionnelles des participants sont également fournies respectivement par l'Inserm et par la CNAV.

Cette approche permet de mettre en évidence, entre autres, les liens entre certaines expositions socio-professionnelles ou environnementales et les conséquences sur la santé publique, par exemple en croisant les données sur les lieux de résidence des participants avec des données spatiotemporelles sur la pollution de l'air, de l'eau et des sols. L'analyse de ces données met en lumière les impacts sur le recours aux soins, offrant ainsi des informations cruciales pour la santé publique. Parmi les nombreuses études issues des données de la cohorte, certaines ont par exemple pu mettre en évidence des associations statistiques entre la pollution de l'air et la prévalence de l'asthme, entre certains polluants atmosphériques et plusieurs troubles neurologiques ou psychiatriques, ou encore une association protectrice entre exposition aux espaces verts en ville et symptômes dépressifs.

5 Approche par pathologie

La nécessité de construire les actions de gestion du risque basées sur une approche médicalisée s'est depuis longtemps imposée comme une priorité pour l'Assurance Maladie, qui l'a conduite à développer des outils d'analyse comme la cartographie médicalisée des dépenses d'Assurance Maladie présentée plus haut dans ce rapport.

Depuis deux ans, dans le cadre de la démarche de rénovation de la gestion du risque, cette vision médicalisée se traduit par l'identification d'une approche par pathologie. Elle repose sur la mise en place d'actions dont l'impact est mesurable sur les dépenses d'assurance maladie et permet ainsi de démontrer médicalement une amélioration de la prise en charge des patients, de leur parcours ou de la pertinence des soins qui leur sont prodigués.

La réussite d'une telle approche est dépendante de la capacité à atteindre des résultats durables et mesurables à grande échelle. Cela suppose d'une part de prioriser un nombre restreint de pathologies sur lesquelles les efforts du réseau de l'Assurance Maladie, mais aussi des professionnels de santé, sont concentrés et d'autre part d'inscrire les actions dans une logique d'emblée pluriannuelle et soutenue dans le temps, aucune modification durable des parcours de soins ne pouvant raisonnablement être attendue en quelques mois.

Les pathologies priorisées dans le cadre de la gestion du risque le sont donc sur des critères épidémiologiques - principalement les effectifs de patients concernés et leur évolution - économique - à travers le poids que représente la pathologie et sa contribution à la croissance des dépenses d'assurance maladie - mais aussi opérationnels - comme l'existence de leviers de gestion du risque mobilisables.

Les premières pathologies ciblées par cette approche ont été les maladies cardio-neurovasculaires et en particulier l'insuffisance cardiaque, la santé mentale puis le diabète ainsi que la Covid-19. Dans le présent rapport, la problématique des cancers est abordée pour la première fois sous l'angle du dépistage organisé.

L'approche par pathologie cible ainsi des pathologies ou groupes de pathologies en lien avec une consommation de soins pour 12,6 millions d'assurés soit 18 % de la population. Les dépenses relatives à ces pathologies sont estimées à 43,4 milliards en 2021, soit 24% des dépenses de la cartographie, et ont crû de près de 8 milliards entre 2015 et 2021.

Si l'impact des actions identifiées au fil des rapports est évidemment moins fort qu'attendu initialement, ces résultats témoignent toutefois à quel point l'approche par pathologie conjugue vision de santé publique maîtrise des dépenses. Les actions en cours et à venir de l'Assurance Maladie sur ces pathologies reposent donc sur une analyse médico-économique des impacts attendus et font l'objet d'un suivi continu au fil des années.

5.1 Le diabète : une forte progression qui appelle un plan de dépistage systématique

5.1.1 Étude de la cartographie sur le diabète

Dans le rapport pour 2023, une stratification de l'ensemble des personnes prises en charge pour un diabète³⁵ selon quatre niveaux (ou strates) de sévérité³⁶ a été présentée. Cette stratification a permis de préciser les besoins de soins associés à différentes étapes du parcours des patients et de détailler les différentes actions en fonction des enjeux spécifiques auxquels elles répondent : prévention de la survenue de la maladie, prévention de l'aggravation pour les patients déjà identifiés visant la stabilisation de la pathologie.

De nouvelles analyses complètent ce travail, visant à comprendre de manière plus fine les enjeux liés à la prévention et la prise en charge du diabète :

- Les personnes prises en charge pour diabète ont été classées selon le type du diabète (Encadré 5) : cette distinction entre diabète de type 1 et type 2 est imparfaite et proposée à titre indicatif, mais elle permet néanmoins d'affiner les résultats sur les niveaux de sévérité ;

Un exercice de projection des effectifs de personnes diabétiques à horizon 2027 a été mené, en distinguant, parmi les effectifs supplémentaires attendus, l'effet « épidémiologique » de l'effet « démographique » (

- Encadré 6);
- Enfin, la description des personnes diabétiques selon les niveaux de sévérité du diabète et leur évolution d'une année sur l'autre a été mise à jour, sur des données plus récentes (Encadré 5).

Projection des effectifs de diabétiques à horizon 2027 : un nombre préoccupant de nouveaux diabétiques de Type 2

En 2021, environ 4,2 millions d'individus ont été pris en charge pour un diabète, dont 97 %, soit plus de 4 millions, pour un diabète de type 2 (Tableau 5). En mobilisant les données issues de la cartographie des pathologies sur la période 2015-2021 et celles issues des projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour la période 2021-2027, il est possible d'estimer le nombre de personnes diabétiques attendu en 2027 (encadré 2). Selon ces projections, si les tendances observées entre 2015 et 2021 se poursuivent, on peut s'attendre à compter en 2027 environ 520 000 diabétiques supplémentaires par rapport à 2021, dont 500 000 de type 2 et 20 000 de type 1. Pour le diabète de type 2, cette augmentation s'explique principalement (à 65 %) par un effet démographique – augmentation de la taille de la population et déformation de la structure d'âge – responsable de près de 300 000 diabétiques de type 2 supplémentaires parmi les personnes âgées de 75 à 84 ans, soit les 2/3 de l'effectif supplémentaire en 2027 (Figure 47). A l'inverse, l'ensemble des 20 000 diabétiques de type 1 supplémentaires attendus en 2027 s'explique par un effet « épidémiologique » (voir Encadré 6 ci-dessous), dont 8 000 parmi les personnes âgées de 35 à 44 ans (Tableau 5 et Figure 47).

³⁵ Personnes repérées par l'algorithme médical de la cartographie des pathologies et des dépenses. La définition détaillée des algorithmes de repérage est disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/content/methode-detaillée-du-reperage-des-pathologies-episodes-de-soins-ou-traitements>

³⁶ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023, chapitre 2.1, page 80 du rapport, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>

Tableau 5. Projections des effectifs de diabétiques à l'horizon 2027, selon le type de diabète et la composante démographique ou épidémiologique de l'évolution

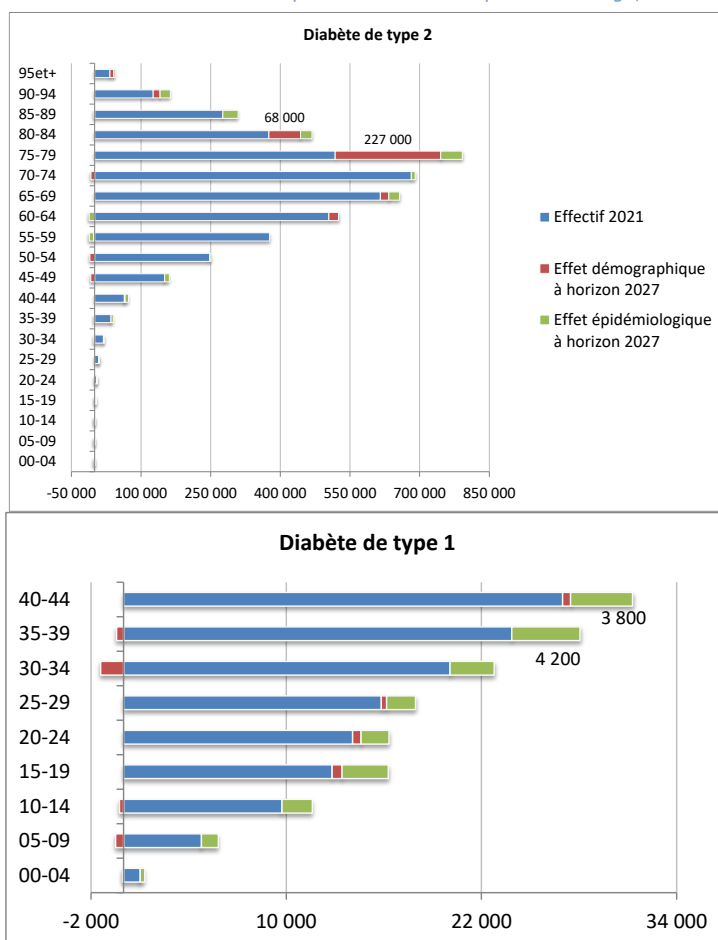
	Effectif 2021 observé	Effectif 2027 projeté ^a	Évolution totale attendue	dont effet démographique ^a		dont effet épidémiologique ^b	
				N	%	N	%
Ensemble des diabétiques	4 171 500	4 690 100	+518 600	+325 800	63%	+192 700	37%
Diabétiques classés en type 2	4 042 300	4 541 500	+499 200	+326 500	65%	+172 700	35%
Diabétiques classés en type 1	129 200	148 800	+19 500	-700	0%	+20 200	100%

a La méthode de projection des effectifs ainsi que la distinction entre les effets démographique et épidémiologique sont détaillés dans l'encadré méthodologique

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cartographie Cnam et projections Insee

Figure 47. Projections des effectifs de diabétiques à horizon 2027 par classe d'âge, selon le type de diabète



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cartographie Cnam et projections Insee

Le Tableau 6 présente la répartition des personnes diabétiques au sein des niveaux de sévérité, telle qu'elle est observée en 2015 et en 2021, puis la répartition attendue à l'horizon 2027 en appliquant la méthode de projection aux effectifs de chacun des niveaux de sévérité. On constate que pour les diabétiques de type 1, la répartition est relativement stable, avec près de 90% des personnes prises en charge ne présentant pas de complications spécifiques. Pour les diabétiques de type 2, si les tendances observées entre 2015 et 2021 se poursuivent, la part des patients nécessitant des traitements

injectables³⁷ (niveau 2) ou présentant des complications spécifiques non terminales (niveau 3) augmenterait de +5%, pour représenter plus de la moitié des patients en 2027.

Tableau 6. Évolution de la répartition des personnes diabétiques dans les différentes strates de sévérité entre 2015 et 2027, selon le type de diabète

Niveau de sévérité du diabète ^a	Part de l'effectif en 2015 (% observé)	Part de l'effectif en 2021 (% observé)	Part de l'effectif en 2027 (% projeté)
Diabétiques classés en type 2			
4	1	1	1
3	29	32	34
2	13	15	18
1	58	52	47
Diabétiques classés en type 1			
4	1	1	1
3	13	12	11
2	86	87	88

^a La définition des niveaux de gravité ainsi que la méthode de projection des effectifs sont détaillés dans l'encadré méthodologique.

Par définition, seuls les niveaux 2 à 4 sont applicables pour les diabétiques de type 1, qui ont tous un traitement injectable par insuline.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cartographie Cham et projections Insee

La définition de niveaux de gravité permet donc de cibler, parmi l'ensemble des personnes prises en charge au cours d'une année pour un diabète, différents groupes avec des besoins de prise en charge spécifiques. Les analyses présentées ci-dessous reprennent les travaux publiés l'année dernière, mais sur des données plus récentes et en distinguant les patients selon le type de diabète. Ces résultats sont complémentaires aux résultats présentés en début de rapport, qui permettent d'objectiver le poids économique et sanitaire du diabète à l'échelle nationale.

Description des personnes diabétiques selon les niveaux de sévérité de la maladie en 2020 et leur évolution en 2021

L'ensemble des personnes prises en charge pour un diabète et vivantes au 31/12/2020 ont été réparties au sein de quatre niveaux de sévérité, mutuellement exclusifs et traduisant une gravité clinique croissante : le niveau 1 regroupe les personnes diabétiques sans complication spécifique et sans recours aux traitements injectables, le niveau 2 regroupe les personnes diabétiques ayant recours à un traitement injectable (insulinothérapie ou agonistes du GLP-1), le niveau 3 correspond aux complications spécifiques du diabète (autres que celles classant dans le niveau 4) et le niveau 4 regroupe les personnes avec une insuffisance rénale chronique terminale ou une amputation au niveau du membre inférieur. Par définition, seuls les niveaux 2 à 4 sont applicables pour les diabétiques de type 1, qui ont tous un traitement injectable par insuline (Encadré 5).

Environ une personne diabétique de type 2 sur trois (32%) présente une complication spécifique (niveaux 3 et 4). Ces personnes sont en moyenne plus âgées, plus souvent des hommes et plus souvent bénéficiaires de couverture santé solidaire (Tableau 7). La part de diabétiques de type 1 avec des complications spécifiques est nettement moins élevée (12%), mais parmi ces patients, plus d'une personne sur quatre est bénéficiaire de couverture santé solidaire. Ce gradient entre une position sociale défavorisée et le niveau de sévérité clinique du diabète est aussi retrouvé parmi les personnes nouvellement prises en charge pour diabète (Tableau 7).

Des travaux récents menés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ont exploité le croisement entre les données de la cartographie des pathologies et celles de l'échantillon démographique permanent (EDP), produit par l'Insee, afin d'explorer finement le lien entre la position sociale et l'apparition de pathologies chroniques. Ainsi, le risque de développer un diabète est près de 3 fois plus élevé chez les 10 % les plus modestes de la

³⁷ L'évolution du nombre de diabétiques de type 2 classés dans le niveau 2 doit être interprétée avec prudence : il est possible que les indications des traitements injectables analogues du GLP-1 (glucagon-like peptide 1) évoluent et que le recours à ces traitements ne soit plus considéré comme un marqueur d'évolution clinique péjorative du diabète, comme c'est le cas dans la définition des strates pour ce travail.

population que chez les 10 % les plus aisés, à âge et sexe comparables et deux fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures³⁸.

Tableau 7. Caractéristiques des personnes diabétiques en 2020, selon le type et le niveau de sévérité du diabète

Personnes prises en charge pour diabète en 2020 ^a	N	%	Age moyen	Part d'hommes (%)	Part C2S ^b (%)
Ensemble des diabétiques	3 864 255		67,0	55	19
Diabétiques classés en type 2, selon le niveau de sévérité ^c					
4	38 726	1	69,0	65	21
3	1 164 435	31	71,0	66	18
2	555 863	15	66,6	47	18
1	1 982 675	53	67,0	50	19
Total type 2	3 741 699	100	68,2	55	19
Diabétiques classés en type 1, selon le niveau de sévérité ^c					
4	1 058	1	37,1	54	26
3	13 767	11	30,3	56	26
2	107 731	88	29,0	50	18
Total type 1	122 556	100	29,2	51	19

a. Personnes vivantes au 31/12 de l'année, ce qui explique l'écart entre l'effectif présenté ici et les plus de 4 000 000 de diabétiques pris en charge en 2020

b. Personnes bénéficiant d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide à la complémentaire santé, part calculée parmi les personnes âgées de 60 ans ou moins.

c. Niveaux de sévérité croissante, en fonction des complications liées au diabète. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cartographie Cnam et SNDS

Le Tableau 8 présente les dépenses remboursées au cours de l'année 2020 pour chacun des niveaux de sévérité. A noter qu'il s'agit de l'ensemble des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie aux personnes prises en charge pour un diabète (en incluant donc les dépenses potentiellement liées à d'autres pathologies) et pas des dépenses affectées spécifiquement à la prise en charge du diabète, présentées par ailleurs dans le chapitre dédié en début de ce rapport³⁹.

Pour les deux types de diabète, les dépenses de soins de ville sont prépondérantes : elles représentent 54% des dépenses totales remboursées en 2020 pour les diabétiques de type 2 et 64% pour les diabétiques de type 1⁴⁰. Quel que soit le type de diabète, le niveau de sévérité le plus élevé (niveau 4) regroupe 1% des effectifs et représente autour de 15% des dépenses hospitalières.

Près de 50% des dépenses des diabétiques de type 2 correspondent au niveau de sévérité 3 et sont liées aux dépenses de soins hospitaliers, alors que pour le diabète de type 1, plus de 3/4 des dépenses correspondent au niveau sans complication spécifique et sont liées aux dépenses de soins de ville.

On observe un gradient croissant avec le niveau de sévérité pour les dépenses annuelles moyennes par individu, allant jusqu'à des montants proches de 60 000€ au sein du niveau 4⁴¹, pour les deux types de diabète. Le passage du niveau 2 au niveau 3 est associé à des dépenses hospitalières 2,5 fois plus élevées pour le diabète de type 2 (environ 4 300€ contre 1 700€) et 4 fois plus élevées pour le diabète de type 1 (environ 5 500€ contre 1 400€). Il est intéressant de noter que les dépenses hospitalières annuelles par personne au sein du niveau 3 sont plus élevées pour les diabétiques de type 1.

³⁸ Samuel Allain, avec la collaboration de Vianney Costemalle (DREES) (2022, septembre). Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. Études et résultats, 1243 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-maladies-chroniques-touchent-plus-souvent>.

³⁹ Ainsi, les dépenses affectées à la prise en charge du diabète pour l'année 2020 s'élèvent à 2 200 €/personne, dont 84% de soins de ville (1 900€).

⁴⁰ Ces ordres de grandeur sont relativement stables sur la période 2015-2021.

⁴¹ Comme mentionné plus haut, il s'agit de l'ensemble des dépenses remboursées et non de celles spécifiquement affectées à la prise en charge du diabète.

Tableau 8. Dépenses remboursées et dépenses moyennes par individu en 2020, selon le type et le niveau de sévérité du diabète

Personnes prises en charge pour diabète en 2020	Part de l'effectif	Part des dépenses totales ^a	Part des dépenses ^a hospitalières	Part des dépenses ^a de ville	Part des prestations en espèce	Dépense moyenne par individu (€)			
						Dépenses ^a totales	Dépenses ^a hospitalières	Dépenses ^a de ville	Prestations en espèce
Ensemble des diabétiques		26 767 millions	10 210 millions	14 572 millions	1 985 millions	6 927	2 642	3 771	514
Diabétiques classés en type 2, selon le niveau de sévérité^b									
4	1%	9%	15%	5%	2%	59 125	38 384	19 730	1 011
3	31%	45%	50%	43%	37%	9 990	4 261	5 139	591
2	15%	17%	10%	22%	18%	7 765	1 710	5 445	610
1	53%	29%	26%	30%	43%	3 785	1 286	2 091	408
Total type2		25 744 millions	9 948 millions	13 921 millions	1 876 millions	6 880	2 659	3 720	501
Diabétiques classés en type 1, selon le niveau de sévérité^b									
4	1%	6%	13%	3%	2%	54 061	33 104	18 636	2 321
3	11%	17%	29%	13%	14%	12 806	5 499	6 177	1 130
2	88%	77%	58%	84%	83%	7 326	1 407	5 074	845
Total type 1		1 023 millions	262 millions	651 millions	109 millions	8 345	2 140	5 315	890

a Il s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge du diabète.

b Niveaux de sévérité croissante, en fonction des complications liées au diabète. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cartographie Cnam et SNDS

Le Tableau 9 présente les caractéristiques des différents groupes, en fonction de l'évolution du niveau de sévérité entre 2020 (1^{er} chiffre) et 2021 (2^e chiffre), regroupés selon le niveau de 2020. Entre 2020 et 2021, environ 10% des diabétiques de type 2 du niveau 1 et 10% du niveau 2, évoluent vers des niveaux supérieurs de sévérité et 6% des diabétiques de type 1 évoluent du niveau 2 au niveau 3. On note que pour les diabétiques de type 2, même si la majorité des évolutions vers le niveau 4 se font à partir du niveau 3, environ 30% des personnes évoluant vers le niveau 4 le font directement depuis les niveaux 1 ou 2 (environ 4 200 sur 13 500 personnes). Au sein d'un même niveau initial, les personnes dont la sévérité progresse sont en général plus âgées, plus souvent des hommes et plus souvent bénéficiaires de couverture santé solidaire, par rapport aux personnes dont le niveau de sévérité est stable entre 2020 et 2021, quel que soit le type de diabète.

Tableau 9. Caractéristiques des personnes diabétiques selon l'évolution du niveau de sévérité entre 2020 et 2021

Évolution du niveau de sévérité entre 2020 et 2021 ^a	N	%	Age moyen	Part d'hommes (%)	Part C2S ^b (%)	Mortalité en 2021 (taux brut)
Diabétiques classés en type 2						
<i>Les patients en strate 4 en 2020 se retrouvent tous aussi en strate 4 en 2021</i>						
4-4	38 726	100%	69,0	65,1	21,2	14,7
<i>Évolutions en 2021 des patients de la strate 3 en 2020</i>						
3-4	9 292	0,8%	72,2	75,0	24,2	16,2
3-3	1 155 143	99,2%	71,0	65,9	17,5	6,2
1 164 435						
<i>Évolutions en 2021 des patients de la strate 2 en 2020</i>						
2-4	2 030	0,4%	70,2	67,4	24,2	11,3
2-3	56 289	10,1%	69,2	51,4	20,6	10,7
2-2	497 544	89,5%	66,3	46,6	18,1	2,6
555 863						
<i>Évolutions en 2021 des patients de la strate 1 en 2020</i>						
1-4	2 202	0,1%	70,6	69,8	24,8	11,7
1-3	110 841	5,6%	70,9	57,4	19,7	11,7
1-2	84 471	4,3%	62,0	48,1	20,5	1,3
1-1	1 785 161	90,0%	67,0	50,0	19,0	1,8
1 982 675						
Diabétiques classés en type 1						
<i>Les patients en strate 4 en 2020 se retrouvent tous aussi en strate 4 en 2021</i>						
4-4	1 058	100%	37,1	54,3	25,7	4,6

Évolutions en 2021 des patients de la strate 3 en 2020

3-4	106	0,8%	37,6	63,2	34,9	1,9
3-3	13 661	99,2%	30,3	55,6	26,2	0,7

13 767

Évolutions en 2021 des patients de la strate 2 en 2020

2-4	112	0,1%	36,4	64,3	35,7	1,8
2-3	6 721	6,2%	30,5	50,4	23,3	0,5
2-2	100 898	93,7%	28,9	50,4	17,9	0,2

107 731

a Le premier chiffre correspond au niveau de sévérité pour l'année 2020 et le second à celui pour l'année 2021. Les résultats sont regroupés en fonction du niveau de l'année 2020. Une personne ne peut pas évoluer vers un niveau inférieur. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

b Personnes bénéficiant d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide à la complémentaire santé, part calculée parmi les personnes âgées de 60 ans ou moins.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cartographie Cnam et SNDS

Le Tableau 10 présente les dépenses remboursées en 2021 pour les différents groupes, en fonction de l'évolution du niveau de sévérité entre 2020 et 2021, regroupés cette fois-ci selon le niveau de 2021. Pour les deux types de diabète, l'évolution vers des niveaux de sévérité supérieure est associée à des dépenses de soins plus élevées l'année de cette évolution. Ainsi, les personnes évoluant du niveau 2 au niveau 3 entre 2020 et 2021 ont des dépenses en 2021 plus élevées que celles déjà présentes au sein de ce niveau (19 000€ contre 10 000€ pour les diabétiques de type 2 et 13 500€ contre 11 500€ pour les diabétiques de type 1).

On note que parmi les diabétiques de type 2 du niveau maximal de sévérité en 2021 (niveau 4), un patient sur quatre a évolué depuis un niveau moins élevé au cours de l'année. Parmi les diabétiques de type 1 avec des complications spécifiques non terminales (niveau 3) en 2021, un patient sur trois a évolué depuis le niveau sans complication spécifique (niveau 2) au cours de l'année.

Au total, environ 265 000 patients diabétiques de type 2 et 7 000 patients diabétiques de type 1 évoluent en sévérité d'une année sur l'autre. En plus du bénéfice clinique associé à un bon équilibre du diabète et à la prévention des complications spécifiques (Tableau 9), ces résultats permettent aussi d'appréhender les éventuelles dépenses qui seraient évitées pour la collectivité. Ainsi, en évitant 1% des 13 500 transitions annuelles vers le niveau 4 pour les diabétiques de type 2, les écarts de dépenses moyennes par individu par rapport aux patients n'évoluant pas vers le niveau 4, correspondent à plus de 6 millions d'euros ; 1% des plus de 165 000 transitions annuelles vers le niveau 3 évitées, correspondent à près de 20 millions d'euros. Ces écarts de dépenses annuelles moyennes brutes ne tiennent pas compte de l'hétérogénéité des différentes situations cliniques possibles, ni des nombreux paramètres indispensables à une modélisation médico-économique. Leur intérêt est simplement d'illustrer que des effets cliniques réalistes, correspondant à quelques centaines de patients par an, pourraient se traduire par des gains d'efficacité non négligeables.

Tableau 10. Dépenses moyennes par individu selon l'évolution du niveau de sévérité entre 2020 et 2021

Évolution du niveau de sévérité entre 2020 et 2021 ^a	N	%	Dépenses ^b totales	Dépenses ^b hospitalières	Dépenses ^b de ville	Prestations en espèce
Diabétiques classés en type 2						
<i>Patients de la strate 4 en 2021, selon la strate de sévérité en 2020</i>						
4-4	38 726	74,1%	56 451	35 851	19 713	886
3-4	9 292	17,8%	58 764	42 293	15 825	646
2-4	2 030	3,9%	51 100	36 022	14 202	876
1-4	2 202	4,2%	46 500	35 472	10 151	877
<i>Patients de la strate 3 en 2021, selon la strate de sévérité en 2020</i>						
3-3	1 155 143	87,4%	10 279	4 311	5 463	505
2-3	56 289	4,3%	19 104	10 372	8 088	643
1-3	110 841	8,4%	16 256	11 010	4 765	481
<i>Patients de la strate 3 en 2021, selon la strate de sévérité en 2020</i>						
2-2	497 544	85,5%	7 954	1 939	5 498	517
1-2	84 471	14,5%	8 096	2 820	4 609	667
<i>Patients de la strate 1 en 2020, n'ayant pas évolué en 2021</i>						
1-1	1 785 161	100%	4 172	1 547	2 278	347
Diabétiques classés en type 1						
<i>Patients de la strate 4 en 2021, selon la strate de sévérité en 2020</i>						

4-4	1 058	82,9%	54 761	33 577	18 995	2 189
3-4	106	8,3%	71 577	49 423	19 112	3 042
2-4	112	8,8%	59 376	42 063	14 834	2 478
<i>Patients de la strate 3 en 2021, selon la strate de sévérité en 2020</i>						
3-3	13 661	67,0%	11 579	3 717	6 865	997
2-3	6 721	33,0%	13 365	5 562	6 869	935
<i>Patients de la strate 2 en 2020, n'ayant pas évolué en 2021</i>						
2-2	100 898	100%	7 104	1 229	5 319	556

^a Le premier chiffre correspond au niveau de sévérité pour l'année 2020 et le second à celui pour l'année 2021. Les résultats sont regroupés en fonction du niveau de l'année 2020. Une personne ne peut pas évoluer vers un niveau inférieur. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique

^b Il s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge du diabète.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cartographie Cnam et SNDS

Enfin, le Tableau 11 présente les caractéristiques et les dépenses annuelles moyennes pour les personnes nouvellement prises en charge en 2021, les diabétiques qualifiés d'incidents. Environ 320 000 personnes ont été nouvellement prises en charge pour un diabète de type 2 en 2021. Par rapport à l'ensemble des diabétiques de type 2, leur moyenne d'âge est d'environ 6 années inférieure (62 contre 68 ans). Près des 2/3 des diabétiques de type 2 incidents n'ont pas de complication lors de la prise en charge (niveau 1) mais on constate aussi que pour environ 30% des diabétiques de type 2 incidents en 2021, le niveau de sévérité du diabète lors de la prise en charge initiale est d'emblée élevé (niveau 3). Ces patients sont plus âgés et plus souvent des hommes. Parmi les 14 000 personnes nouvellement prises en charge pour un diabète de type 1, plus d'une sur cinq (22%) présente des complications spécifiques (niveau 3) lors de la prise en charge initiale. Il semblerait que ces patients soient également plus souvent des hommes, mais plus jeunes par rapport aux diabétiques de type 1 sans complication lors de leur prise en charge initiale.

Tableau 11. Caractéristiques des personnes diabétiques incidentes en 2021, selon le type et le niveau de sévérité du diabète

Personnes nouvellement prises en charge pour diabète ^a en 2021	N	%	Age moyen	Part d'hommes (%)	Part C2S ^b (%)	Dépense moyenne par individu (€)			
						Dépenses ^c totales	Dépenses ^c hospitalières	Dépenses ^c de ville	Prestations en espèce
Ensemble des diabétiques incidents	333 678		60,5	55	21	6 639	3 251	2 622	766
Diabétiques incidents classés en type 2, selon le niveau de sévérité^d									
4	1 897	1	61,7	67	25	48 698	33 606	13 593	1 499
3	89 720	28	65,2	68	18	11 049	6 122	3 994	933
2	13 044	4	58,3	51	24	11 680	5 516	5 175	989
1	214 676	67	60,8	52	20	3 842	1 535	1 719	588
Total type 2	319 337	100	61,9	56	20	6 454	3 177	2 570	707
Diabétiques incidents classés en type 1, selon le niveau de sévérité^d									
4	76	1	36,1	58	33	66 595	48 004	16 336	2 256
3	3 139	22	20,6	59	26	11 372	6 542	4 232	598
2	11 126	78	30,7	24	27	10 199	4 124	3 571	2 504
Total type 1	14 341	100	28,5	32	27	10 755	4 886	3 784	2 086

^a Personnes repérées par l'algorithme de la cartographie comme diabétiques en 2021 et non repérées l'année précédente.

La prise en charge du diabète pour ces personnes a débuté en 2021 et elles sont considérées comme diabétiques incidents.

^b Personnes bénéficiant d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide à la complémentaire santé, part calculée parmi les personnes âgées de 60 ans ou moins.

^c Il s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge du diabète.

^d Niveaux de sévérité croissante, en fonction des complications liées au diabète. La définition de chaque niveau est détaillée dans l'encadré méthodologique.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cartographie Cnam et SNDS

Classement des personnes prises en charge pour diabète en diabétiques de type 1 ou de type 2

Les personnes prises en charge pour diabète ont été repérées grâce à l'algorithme médical de la cartographie, combinant diagnostics issus des ALD et des séjours PMSI et traitements médicamenteux spécifiques. Parmi l'ensemble des personnes prises en charge pour diabète, les personnes ayant bénéficié d'un remboursement d'insuline et âgées de moins de 45 ans ont été classées comme atteintes de diabète de type 1. Les autres ont été classées en diabétiques de type 2.

Ces deux critères de classement sont issus de l'algorithme de typologie des diabétiques utilisé pour les enquêtes Entred (Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques⁴²). Un troisième critère prenant en compte le délai entre le diagnostic et la mise sous insuline, appliqué sur les données Entred, n'a pas été appliqué ici. La distinction entre diabète de type 1 et diabète de type 2 est imparfaite et n'a pas vocation à être adoptée en l'état, mais elle permet néanmoins d'affiner la stratification des diabétiques en niveaux de sévérité, notamment pour les diabétiques de type 2.

Définition des quatre niveaux (ou strates) de sévérité du diabète

Les analyses décrivant les niveaux de sévérité du diabète portent sur l'ensemble des personnes prises en charge pour un diabète en 2020 (quel que soit leur régime d'affiliation) et vivantes au 31/12/2020.

Quatre niveaux de sévérité ont été définis, traduisant l'évolution de la maladie à moyen et long terme, avec la survenue de complications spécifiques. Ces niveaux ont été définis à l'aide des algorithmes de repérage de la cartographie lorsqu'ils correspondaient à des complications spécifiques et à l'aide des données du SNDS. La sévérité du diabète est croissante depuis le niveau 1, niveau sans complications, jusqu'au niveau 4, niveau avec les complications les plus sévères. La présence d'un seul des critères permet de classer une personne dans le niveau de sévérité correspondant.

Les niveaux sont considérés « irréversibles » : en présence d'une complication classant dans un niveau de sévérité donné, il n'est plus possible d'évoluer vers un niveau de sévérité inférieur. En conséquence, le recours aux soins des patients classés dans un même niveau est potentiellement hétérogène, en fonction de l'équilibre à court terme du diabète et de la gravité des complications spécifiques au cours de l'année.

Niveau 4 : complications du diabète jugées « terminales »

- Insuffisance rénale chronique terminale (basé sur l'algorithme de la cartographie regroupant dialyse chronique, transplantation rénale ou suivi de transplantation rénale)
- Séjour hospitalier avec amputation au niveau du membre inférieur

Niveau 3 : complications spécifiquement liées à l'évolution du diabète (micro et macroangiopathies, risque vasculaire) autres que celles du niveau 4

- Atteintes rénales sans insuffisance chronique terminale / complications neurovasculaires podologiques sans amputation/ rétinopathie diabétique / pathologies cardiovasculaires : maladie coronaire, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral, artériopathie des artères distales / apnée du sommeil / troubles de l'érection / complications métaboliques aiguës

Niveau 2 : recours à des traitements injectables (insuline ou analogues de GLP-1)

Personnes sans aucune des complications correspondant aux niveaux 3 et 4 mais avec au moins trois délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques injectables (insuline ou agoniste GLP-1) au cours de l'année.

Niveau 1 : pas de complications

Personnes repérées comme diabétiques mais ne présentant aucun des critères de sévérité classant dans un des autres niveaux. Les diabétiques de type 1 sont classés parmi les niveaux 2 à 4 uniquement, puisqu'ils ont, par définition, un traitement injectable par insuline.

Cette stratification en niveaux de sévérité est identique à celle publiée dans le précédent rapport de l'Assurance Maladie, pour l'année 2022 ([disponible en ligne](#)). A noter que l'objectif principal des analyses présentées ici est d'illustrer la gradation des besoins de soins des patients diabétiques et pas de proposer une stratification clinique fine des complications micro ou macroangiopathiques du diabète.

Analyses chez les diabétiques incidents

Personnes repérées par l'algorithme de la cartographie comme diabétiques en 2021 et non repérées les années antérieures. La prise en charge du diabète pour ces personnes a débuté en 2021 et elles sont considérées comme diabétiques incidents.

Mesure des dépenses de soins remboursées

Les dépenses de soins individuelles pour les années 2020 et 2021 ont été calculées et détaillées selon les trois principaux postes. Il s'agit de l'ensemble des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie et pas des dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du diabète. Pour l'année 2020, seuls les patients vivants sont sélectionnés et les dépenses correspondent aux soins reçus au cours de l'année entière. Pour les patients décédés au cours de l'année 2021, les dépenses couvrent une période plus ou moins longue.

⁴² Une documentation détaillée sur l'enquête Entred est disponible en ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/echantillon-national-temoin-representatif-des-personnes-diabetiques-entred-2007-2010.-rapport-methodologique>

Encadré 6. Méthode de projection des effectifs de diabétiques à horizon 2027

Les projections des effectifs de diabétiques à l'horizon 2027 ont été réalisées en partant de l'effectif de diabétiques pris en charge pour l'année 2021.

Deux facteurs d'évolution des effectifs ont été pris en compte :

- L'évolution de la fréquence du diabète, qualifiée « d'effet épidémiologique ». Cette évolution est estimée à partir de l'évolution des effectifs de personnes diabétiques observée dans les données de la cartographie sur la période 2015-2021⁴³. L'hypothèse faite est que la croissance annuelle moyenne observée sur cette période reste stable sur la période de projection 2022-2027 ;
- L'augmentation des effectifs de la population française et la déformation de la structure d'âge (communément appelée vieillissement de la population), qualifiées « d'effet démographique ». Cette composante de l'évolution des effectifs est basée sur les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en population générale⁴⁴.

L'ensemble des projections, pour les deux facteurs d'évolution, a été effectuée par sexe et par classe d'âge (classes de 5 ans entre 0 et 94 ans, puis ensemble des personnes âgées de 95 ans ou plus) et en distinguant le diabète de type 1 et de type 2.

Les effectifs totaux projetés en 2027 sont calculés en sommant les effectifs de 2021, les variations d'effectifs liées à « l'effet démographique » et celles liées à « l'effet épidémiologique », pour chaque année entre 2022 et 2027.

Comme tout exercice de projection, ces résultats reposent sur un certain nombre d'hypothèses et doivent être interprétés en tenant compte des limites de ces hypothèses. Ainsi, les données utilisées étant des données de consommation de soins, l'effet « épidémiologique » modélisé ici ne traduit pas seulement des variations dans l'épidémiologie des maladies mais peut résulter d'une amélioration de l'accès aux soins pour certaines pathologies, ou parfois de l'amélioration de la traçabilité du diagnostic dans les bases de données. Il est possible que l'hypothèse de stabilité de l'effet épidémiologique sur la période de projection ne soit pas totalement vérifiée.

Approche adoptée pour les projections : exemples des années 2022 et 2023

Le terme de prévalence correspond à la prévalence de prise en charge, issue des effectifs observés dans la cartographie (effectif de diabétiques repérés/population totale de la cartographie).

Pour les projections de prévalence, le taux de croissance annuel moyen (TCAM) sur la période 2015-2021 est utilisé (TCAM de la prévalence du diabète entre 2015 et 2021 = $(\text{prévalence pour 2021}/\text{prévalence pour 2015})^{(1/6)}$)

Effectif de diabétiques projeté pour 2022 = Effectif observé en 2021 + effet épidémiologique pour 2022 + effet démographique pour 2022 :

Effet épidémiologique pour 2022 = Effectif Insee projeté pour 2022 * (projection de la prévalence du diabète pour l'année 2022 - prévalence du diabète observée pour l'année 2021)

Effet démographique pour 2023 = (Effectif Insee projeté pour 2022 - Effectif Insee projeté pour 2021) * prévalence du diabète observée pour l'année 2021)

Effectif de diabétiques projeté pour 2023 = Effectif de diabétiques projeté pour 2022 + effet épidémiologique pour 2023 + effet démographique pour 2023 :

Effet épidémiologique pour 2023 = Effectif Insee projeté pour 2023 * (projection de la prévalence du diabète pour l'année 2023 - projection de la prévalence du diabète pour l'année 2022)

Ces travaux permettent de mieux identifier les différents leviers d'action pour la prévention du diabète, la prise en charge et l'accompagnement des personnes diabétiques. Ainsi l'ambition des actions de prévention primaire du diabète est d'agir sur la composante « épidémiologique » des évolutions projetées, avec comme perspective d'éviter l'entrée dans la maladie et de diminuer à terme le nombre de diabétiques, notamment de type 2. Comme évoqué précédemment (Tableau 7), environ 30% des diabétiques de type 2 incidents en 2021 ont un niveau 3 de sévérité du diabète lors de la prise en charge initiale. Le développement du dépistage du diabète de Type 2 à l'échelle populationnelle en identifiant des personnes sans recours aux soins pour cette pathologie induit une augmentation des patients pris en charge. L'enjeu d'une telle initiative serait de favoriser un diagnostic précoce, à un stade moins avancé de la maladie, avant l'apparition de complications

⁴³ Contrairement aux analyses décrivant les niveaux de sévérité du diabète qui portent sur les personnes prises en charge pour un diabète et non décédées au cours de l'année 2020, les projections ont été appliquées à l'ensemble des diabétiques repérés par l'algorithme médical de la cartographie chaque année entre 2015 et 2021.

⁴⁴ Les projections d'effectifs de la population française par classe d'âge et par sexe, ainsi que le détail de la méthode utilisée sont disponibles en ligne : <https://www.insee.fr/fr/information/6536990>.

spécifiques. Ainsi, malgré une augmentation du nombre de patients identifiés, le poids sanitaire et économique de la pathologie pourrait être réduit via l'optimisation du suivi et de la prise en charge, permettant de stabiliser le patient.

5.1.2 Premières évaluations d'actions de prévention du diabète

L'Assurance Maladie a déjà mis en œuvre et soutenu des programmes de prévention du diabète dont les résultats et les évaluations sont présentées dans la présente partie.

Des accompagnements visant l'engagement des personnes à risque de diabète ont été expérimentés avec des résultats relativement modérés à ce stade.

L'expérimentation « Dites non au diabète » (DND) est un programme de prévention en santé lancé par l'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé dans 3 territoires : la Réunion, le Bas Rhin et la Seine Saint Denis entre 2018 et 2022. Ce programme de prévention s'adresse à une population dite à « haut risque », combinant des critères :

- D'âge soit entre 45 et 70 ans dans les deux départements métropolitains et entre 35 et 70 ans à la Réunion
- De surpoids avec une IMC > 25 kg/m²
- Et une hyperglycémie non diabétique, selon la définition de l'OMS, entre 1,10 et 1,26 g/L (cf. critères d'inclusion en annexe)
- Un antécédent de diabète gestationnel permettra d'inclure les femmes concernées à partir de 35 ans pour la France métropolitaine et de 25 ans pour la Réunion

L'accompagnement proposé est composé d'un entretien d'engagement individuel, de dix séances collectives sur une durée de 10 à 12 mois, rapprochées au début puis plus espacées et d'une séance de maintien des acquis prévue l'année suivante. Une équipe pluridisciplinaire (infirmiers, diététiciens, éducateurs en activité physique adaptée, ...) a accueilli les patients à proximité de leur lieu de résidence, ou en distanciel, en séances collectives autour d'ateliers sur l'alimentation, l'activité physique et le soutien motivationnel.

Le dispositif n'a pas permis d'atteindre l'objectif initial de recrutement : 1167 participants inclus dans le programme pour un objectif de 10 000 participants et seulement 284 participants ayant terminé le programme.

Les principaux freins à la réussite du dispositif, outre le contexte de crise sanitaire qui n'a pas permis de remobiliser sur le programme, ont été les suivants :

- D'abord une difficulté de recrutement des patients expliquée par l'entrée exclusive par le médecin traitant, leur faible adhésion (sur les 1072 MG inscrits dans le système d'information DND, 62% n'ont inclus aucun patient et 18% ont inclus un seul patient), la lourdeur administrative ;
- Ensuite, les caractéristiques du programme nécessitant une logistique importante pour réunir des groupes de 10 personnes à la même heure, au même endroit. Pour finir, le modèle de financement est jugé peu viable économiquement pour les opérateurs (rémunération liée au nombre de séances effectivement réalisées par les participants).

Cependant, le programme a eu un impact positif car il a permis aux assurés l'ayant terminé (N = 284) de perdre environ 2% de leur poids initial et cette perte a été maintenue l'année suivante, d'augmenter leur pratique d'une activité physique, ils sont 43% à avoir une activité intense (vs 31 % au début du programme) et d'avoir un régime nutritionnel légèrement plus équilibré à la fin du programme (score est calculé d'après un questionnaire qualitatif sur les habitudes alimentaires des participants, au début et à la fin du programme : les participants ayant terminé le programme commencent avec un score de 5.4/11 et finissent à un score de 5.6/11 - évolution significativement différente). Pour la plupart des participants qui ont assisté à plusieurs sessions, le programme a induit un véritable changement de vie⁴⁵ :

- Différents bénéfices ont été perçus et restitués sur les plans physique et psychologique ; avec des mots exprimés parfois très fort et une reconnaissance réelle envers le dispositif qui a « changé leur vie »
- Certains expriment le fait d'avoir durablement changé leurs comportements et/ou avoir adopté de nouveaux comportements de santé : ils ont maintenu leurs efforts y compris durant la période si particulière du confinement.

⁴⁵ Enquête menée par BVA: Approche qualitative, basée sur 30 entretiens individuels approfondis d'une heure réalisée entre avril 2020 et juillet 2020 auprès de 9 médecins généralistes, 10 participants, 11 intervenants d'opérateurs

La Mutualité Française a lancé un **programme de prévention auprès d'une population prédiabétique** dans le cadre de **l'article 51** par une équipe pluridisciplinaire au sein de centres de santé et de maisons de santé volontaires. Le programme cible la patientèle ayant son médecin traitant au sein de la structure de soins expérimentatrice, et répondant aux critères d'inclusion suivants :

- Avoir plus de 45 ans ou plus de 35 ans pour les femmes ayant présenté un diabète gestationnel lors de leur grossesse
- Avoir une glycémie à jeun comprise entre [1,10 ; 1,26] g/l
- Avoir un indice de masse corporel (IMC) supérieur ou égal à 25.

L'expérimentation a été autorisée par arrêté ministériel du 23 décembre 2020 publié le 27 décembre 2020. En septembre 2022, il a été décidé de ne pas poursuivre l'expérimentation sur l'ensemble des territoires mais de la limiter au seul centre de Nevers jusqu'à la fin des deux années prévues par le cahier des charges (mars 2024 pour les patients du second groupe).

Selon les enseignements de l'évaluation, les principales raisons au retrait des centres ont été la difficulté de recrutement des patients, le temps nécessaire pour la conduite du projet et l'intérêt des médecins et des centres à participer et leur motivation.

Ces expérimentations ont montré que les modalités de mises en œuvre et la logistique de ce type de programme sont clés pour obtenir l'implication des professionnels et la participation des patients. Néanmoins, les résultats cliniques et la forte satisfaction des participants sur l'expérimentation DND ainsi que l'enjeu identifié via les analyses en niveau de sévérité, confortent l'intérêt de faire évoluer ces modèles d'accompagnement visant à limiter ou retarder l'entrée dans la maladie.

Un levier d'action complémentaire a été actionné auprès des médecins et pharmaciens en ce qui concerne la population des patients diagnostiqués diabétiques afin de garantir la prescription de l'antidiabétique oral de première intention (metformine) lors de la prise en charge médicamenteuse initiale du diabète de type 2 mais également à des stades ultérieurs. La Metformine, qui est un médicament socle du diabète de type 2 approuvé par la Société Française de diabétologie (SFD), a prouvé son efficacité sur le contrôle de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) par son action antidiabétique multicible. Elle contribue à maintenir un bon équilibre du diabète afin d'éviter la survenue de complications. La Metformine doit être positionnée en première intention pour initier un traitement médicamenteux, et doit être maintenue lors des intensifications de traitement. Il est toutefois nécessaire de prévenir les effets secondaires digestifs pouvant survenir avec ce traitement.

La campagne d'accompagnement « Metformine » est la première action d'accompagnement multicanal, multicible et personnalisée selon les pratiques des professionnels, lancée dans le cadre du programme Renov/GDR.

Elle est multicible, car elle s'adresse aux trois acteurs impliqués sur ce sujet – les médecins généralistes, les pharmaciens et les patients – et vise à créer une synergie d'action médecin/pharmacien autour du patient. Son caractère multicanal s'appuie sur un plan de communication étoffé (newsletters, contenu sur ameli.fr, relais par les organisations professionnelles et associations de patients) qui vient enrichir et prolonger la communication faite par le délégué de l'Assurance Maladie (DAM) ou le praticien conseil. Elle intègre aussi de nouvelles modalités de communication via les courriels post-visite, le mémo digitalisé, la mise à disposition de vidéos courtes d'experts portant une parole de pair vers le généraliste. Elle est personnalisée, car la cible des généralistes a été segmentée en deux segments distincts A et B (en fonction du nombre de patients DT2 non traités par metformine) afin de définir un accompagnement personnalisé (argumentaire, échange autour de cas patients) pour chacun.

Une enquête auprès des médecins et des pharmaciens visités sur leur perception de l'action et une mesure du changement du comportement des médecins visités ont été réalisées. Cette dernière est effectuée à partir du SNDS (mesure de l'évolution avant /après de deux indicateurs : la part des patients DT2 non-initiés par metformine sur le nombre de patients initiés et la part des patients DT2 non traités par metformine sur le nombre de patients DT2). Pour chaque segment, les évolutions sont comparées avec celles constatées sur un groupe témoin qui n'a reçu aucune visite. Les résultats montrent que pour les médecins du segment A (ayant un fort nombre de patients DT2 non traités), l'action a eu un impact sur les deux indicateurs, avec un effet propre de la visite. Des médecins du même segment ayant eu seulement une visite DAM ont vu la part de leurs patients initiés sous metformine évoluer de façon significative mais la part des patients traités par metformine évoluait peu.

Pour les médecins du segment B (ayant un nombre moins élevé de patients DT2 non traités), seule la part des patients initiés sous metformine a évolué de façon significative dans le sens souhaité, mais cette part évolue dans le même sens

chez les témoins. Il faut noter que pour ces médecins les patients concernés représentent un très faible nombre dans leur patientèle.

Les retours des médecins interrogés mettent en évidence que cette action a été bien mémorisée et sa qualité a été soulignée, tant sur les messages que sur les supports mais sur une thématique qu'ils connaissaient déjà bien. La présentation de cas patients semble les avoir aidés. La difficulté réside dans la réintroduction de la metformine, qui leur demande un effort très important de conviction du patient, car souvent le patient a déjà été traité par metformine et a arrêté. Les pharmaciens interrogés reconnaissent qu'ils ont un rôle à jouer pour accompagner ces patients. Pour cela, une simple précision par le médecin « Initiation » ou « Changement de posologie » sur les ordonnances serait une véritable aide. Cependant, les médecins visités reconnaissent que cela est rarement réalisé, même après les rencontres avec l'Assurance Maladie, mettant à nouveau en lumière le besoin d'une meilleure coopération médecin/pharmacien autour du patient.

Face à ces constats, et au regard du risque cardiovasculaire lié au diabète, l'Assurance Maladie propose de nouvelles actions visant à mieux dépister le diabète et accompagner les personnes concernées.

5.1.3 Organiser le dépistage précoce du diabète de type 2 en France et développer une prise en charge multidimensionnelle précoce auprès des patients dépistés

Il est déjà prévu par la convention avec les pharmaciens d'officine de développer leurs compétences dans le suivi des maladies cardiovasculaires ou la détection de certaines pathologies telles que le diabète. L'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officines pourraient donc mettre en place au sein des officines une action de prévention et de dépistage de ces maladies, en capitalisant sur l'action de dépistage des maladies cardio-vasculaires en officine expérimentée en Hauts de France (URPS/ARS). L'objectif est à la fois d'alerter la population sur les risques liés aux maladies cardiovasculaires mais aussi de détecter précocement les patients à risque afin de les prendre en charge le plus tôt possible.

En parallèle, et en complément des travaux visant la prévention et l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, l'Assurance Maladie propose un programme de dépistage systématique du diabète pour les 45-50 ans, qui devra s'accompagner d'un renforcement gradué de l'accompagnement des patients.

En 2021, parmi les personnes non-diabétiques de 50 ans, 18,4% n'ont pas réalisé de dépistage du diabète (glycémie -à jeun-) dans les 5 dernières années (entre 2017 et 2021). Pour 20.6 % de ces dernières, sur l'année 2020, aucune prestation remboursée ne permet de dire que ces patients ont un médecin traitant. Cela contribue à confirmer l'intérêt à agir.

En effet, il est probable que parmi ces assurés une part non négligeable est atteinte de diabète de type 2 mais non diagnostiquée par défaut de recours au dépistage. Ce constat justifie de construire et déployer un programme de dépistage systématique visant à diagnostiquer le diabète précocement, en vue d'éviter l'entrée dans la maladie en niveau 3 de sévérité pour 1 patient sur 3.

Encadré 7 : Le questionnaire FINDRISC

Le questionnaire FINDRISC est basé sur le calcul d'un score : le score FINDRISC a été établi par l'Association Finlandaise du Diabète (Finnish Diabetes Risk Score). Son utilisation est recommandée par la Haute Autorité de Santé pour repérer les sujets à risque de diabète. Il est reconnu internationalement par les instances de santé françaises (notamment par le ministère de la Santé et de la Prévention et la Société francophone du diabète). Le résultat de ce test est une estimation du risque. Il ne constitue en aucun cas un diagnostic.

Les questions portent sur :

- L'âge,
- Le tour de taille,
- La pratique d'au moins 30 minutes d'activité physique par jour,
- Les antécédents familiaux,
- La prise de traitement contre l'hypertension
- La part de fruits et légumes dans l'alimentation,
- Les antécédents de glycémie élevée

L'interprétation des résultats se fait sur 5 niveaux de score selon l'HAS

- Somme = 7 ; 1 personne sur 100 développera un diabète => risque faible
- De 7 à 11 : 1 personne sur 25 développera un diabète => risque légèrement élevé
- De 12 à 14 : 1 personne sur 6 développera un diabète => risque modéré
- De 15 à 20 : 1 personne sur 3 développera un diabète => risque élevé
- >20 1 personne sur 2 développera un diabète => risque très élevé

Le repérage des personnes à risque : sensibilisation sur les risques du diabète et promotion de l'outil de repérage Findrisc

Cette action a pour objectif de communiquer auprès de la population générale pour la sensibiliser au risque du diabète et ses complications. Une campagne de communication, portée par l'Assurance Maladie, ciblera plus spécifiquement les personnes de 45 à 50 ans afin de les inciter à recourir au programme de repérage. Deux

Ce programme de repérage du diabète en cours de définition, en collaboration avec la HAS et le ministère de la Santé et de la Prévention, s'articulera autour de trois axes complémentaires :

- **Axe 1** : En fonction des résultats de l'outil de repérage FINDRISC, l'assuré sera invité à consulter son médecin traitant, afin que ce dernier lui prescrive une glycémie à jeun si nécessaire,
- **Axe 2** : Le rendez-vous de prévention aux âges clefs de la vie « 45-50 ans » intégrera la dimension du dépistage du diabète. Il est prévu que le plan personnalisé de prévention pourra intégrer la prescription et la réalisation ou non de prises de sang (la glycémie à jeun).
- **Axe 3** : Ouvrir la possibilité pour les pharmaciens de remettre un bon de « Glycémie à Jeun » aux personnes entre 45 et 50 ans à la suite d'une évaluation du risque à partir du test FINDRISC, leur permettant d'aller en laboratoire d'analyse médicale pour la réaliser.

En cas de glycémie à jeun supérieur à 1,10 g/l (6,1 mmol/l), le patient sera incité à consulter un médecin qui pourra poursuivre la prise en charge (deuxième glycémie à jeun pour confirmation du diagnostic de diabète notamment).

Le programme de dépistage est complété par des programmes et une prise en charge adaptée pour les personnes diagnostiquées de pré diabète ou de diabète.

Renforcer l'accompagnement des patients dès l'annonce du diagnostic de diabète ou de prédiabète. L'équilibre glycémique est au cœur de la prise en charge du diabète. Pour y parvenir, la personne atteinte de diabète peut s'appuyer à la fois sur l'amélioration continue des outils de mesure mais aussi sur les dispositifs d'accompagnement lui permettant de renforcer son engagement en tant qu'acteur de sa santé.

La personne à risque de diabète doit pouvoir être intégrée dans un continuum d'accompagnement gradué selon ses besoins et qui peut être déclenché à sa demande ou celle de son médecin traitant.

L'Assurance Maladie a développé au fil des ans différents dispositifs en lien avec la prévention et la prise en charge du diabète et des risques associés : Dites Non au Diabète, Mission Retrouve ton Cap, Sophia, etc.

Les propositions qui suivent s'appuient sur leurs évaluations et retours d'expérience, pour proposer une ingénierie d'accompagnement graduée selon les besoins de la personne atteinte de prédiabète ou de diabète.

Elles visent également à renforcer le partenariat du patient avec son médecin traitant, en mettant à disposition des services qui peuvent libérer du temps médical notamment autour de l'annonce du diabète ou de l'accompagnement des patients sur des thématiques particulières. Elles ont enfin pour finalité d'améliorer les retours d'information vers les médecins sur leur patientèle avec des éléments plus individualisés et en intégrant l'état de santé perçu par le patient.

La personne à risque de diabète ou atteinte de diabète doit pouvoir être intégrée dans une trajectoire d'accompagnement graduée selon ses besoins de santé en partenariat avec le médecin, et ce, dès le diagnostic. Cette trajectoire va du renforcement des compétences, à l'accompagnement personnalisé à distance et jusqu'à un accompagnement intensif en présentiel pour les personnes les plus à risque.

Les facteurs individuels (âge, sexe, caractéristiques psychosociales...), liés aux représentations et sources d'information des personnes atteintes de diabète vont influencer sur le début de la maladie et tout au long de celle-ci.

La qualité de relation soignant-soigné qui s'instaure va également, et profondément, conditionner l'adhésion au traitement, de même que l'implication active dans la gestion par la personne de sa propre maladie et la façon d'intégrer celle-ci dans toutes les composantes de sa vie, familiale, sociale, professionnelle...

Il est donc nécessaire de proposer une information sur la maladie et un renforcement des compétences des patients à partir des besoins qui émergent, notamment lors des premiers signes de la maladie.

Renforcer la capacité à agir dès l'annonce du prédiabète ou du diabète, en premier niveau d'accompagnement

L'Assurance Maladie élargit sa proposition de service Sophia pour redynamiser le partenariat avec les médecins, en intégrant un véritable dispositif d'annonce du diagnostic dans la trajectoire d'accompagnement déjà existante.

Elle propose de coconstruire avec la Fédération Française des Diabétiques et les bénévoles d'Élan Solidaire, un accompagnement qui repose au moment du diagnostic de diabète ou prédiabète sur un dispositif d'annonce. La finalité étant de permettre au patient de mieux comprendre sa maladie mais aussi de mieux appréhender l'enjeu de la modification du comportement et du suivi recommandé. Le contenu prendra en compte les attentes d'accompagnement de la personne sur les premiers mois suivant l'annonce du diagnostic, en sus de l'information nécessaire.

Le dispositif comprendra notamment une plateforme numérique de ressources d'éducation hygiéno-diététique, d'incitations au changement de comportement et des partages d'expérience patient, pour comprendre l'intérêt à agir ; l'entrée dans la maladie pouvant être retardée, voire évitée, par l'adoption de mesures hygiéno-diététiques et par la compréhension des mécanismes qui favorisent le diabète. L'accès à ces informations dès le diagnostic de prédiabète doit pouvoir être ouvert et systématisé.

Le médecin généraliste pourra alors s'aider des outils de l'Assurance Maladie et orienter son patient, le cas échéant, vers cette plateforme. Les bénévoles d'Élan Solidaire pourront également mobiliser ces ressources et orienter les patients sur la plateforme.

Faire adhérer l'ensemble des assurés diabétiques à sophia pour un second niveau d'accompagnement

Le second niveau d'accompagnement s'appuie sur le service sophia dont les évaluations ont démontré l'apport notamment dans la réduction des écarts aux soins (cf. charges et produits 2023). Pour bénéficier de l'accompagnement personnalisé, le plus efficace, toute personne en ALD 8⁴⁶ doit pouvoir adhérer au service.

L'accompagnement est gradué et personnalisé selon les besoins des adhérents et leur appétence au changement de comportement. Les informations fournies par l'adhérent ainsi que les données du SNDS viennent nourrir son dossier. Elles permettent une vision globale et partagée avec l'infirmier conseiller en santé et sont le support des échanges téléphoniques visant à une évolution personnalisée de sa santé, dans un accompagnement motivationnel global. Elles sont également un support à la préparation des consultations médicales à venir.

Le service est orienté vers le renforcement des patients dans un comportement favorable à leur santé afin de retarder le passage dans un niveau de sévérité supérieur, ce passage induisant une réduction de la qualité de vie ainsi que des

46 ALD pour diabète de type 1 et diabète de type 2

dépenses importantes. L'accompagnement général multicanal est renforcé par un espace adhérent personnalisé renouvelé, prochainement accessible et référencé dans Mon Espace Santé, qui permettra d'améliorer la prévention des complications.

L'Assurance Maladie complète ce second niveau d'accompagnement par deux nouvelles modalités de suivi mises à disposition du patient et de son médecin traitant :

- Un tableau de bord de la maladie intégré dans Mon Espace Santé qui comprendra les variables du suivi de la maladie (avec une extension à terme sur le risque cardio-vasculaire)
- Un questionnaire d'état de santé PROM (*Patient Reported Outcome Measures*) à remplir par les patients et partagé avec le médecin en amont de la consultation suivante, sera mis à disposition dans Mon Espace Santé en lien avec les travaux de la Fédération Française des Diabétiques⁴⁷ sur le sujet. Les questionnaires PROM sont reconnus⁴⁸ comme des outils importants dans la prise en charge des patients chroniques. Ils facilitent le dialogue soignant-soigné, permettent d'améliorer significativement la prise en charge des patients et renforcent l'engagement du patient.

Une campagne de communication auprès des médecins sur le diabète de type 2 présentera ces évolutions et nouvelles modalités d'accompagnement permettant de développer l'engagement des patients dans la prise en charge de leur maladie.

Compléter le continuum par un troisième niveau d'accompagnement intensif

Un accompagnement personnalisé renforcé et en présentiel, sera proposé aux patients atteints de diabète, et dont la situation médicale et motivationnelle nécessite une prescription d'activité physique adaptée si la mesure, en cours de discussion est adoptée⁴⁹.

A la suite de la prescription, le patient accède à un programme d'APA qui est réalisé par des professionnels dédiés (masseurs-kinésithérapeutes, Enseignants en Activité Physique Adaptée, ergothérapeutes, psychomotriciens) selon les besoins du patient et est constitué, durant trois mois, de deux bilans (initial et final) et de séances d'APA. Il sera réalisé dans des structures d'exercice coordonné (MSP, CDS) afin d'assurer la coordination de la prise en charge globale de ces patients diabétiques.

Le médecin prescripteur pourra indiquer les besoins du patient vis-à-vis d'autres composantes et ainsi orienter vers des offres complémentaires (plateforme numérique de ressources d'éducation hygiéno-diététique, dispositif d'accompagnement psychologique de l'Assurance Maladie MonSoutienPsy) permettant de bénéficier d'un accompagnement multidimensionnel.

⁴⁷ PRODIAB: Perspectives on the use of patient-reported outcome measures among diabetic patients, *Diabetes Epidemiology and Management* 9 (2023)

⁴⁸ Qualité des soins perçus par le patient – indicateurs PROM's et PREM's, HAS, 2021

⁴⁹ Chapitre Activité Physique Adaptée – Charges et Produits 2024

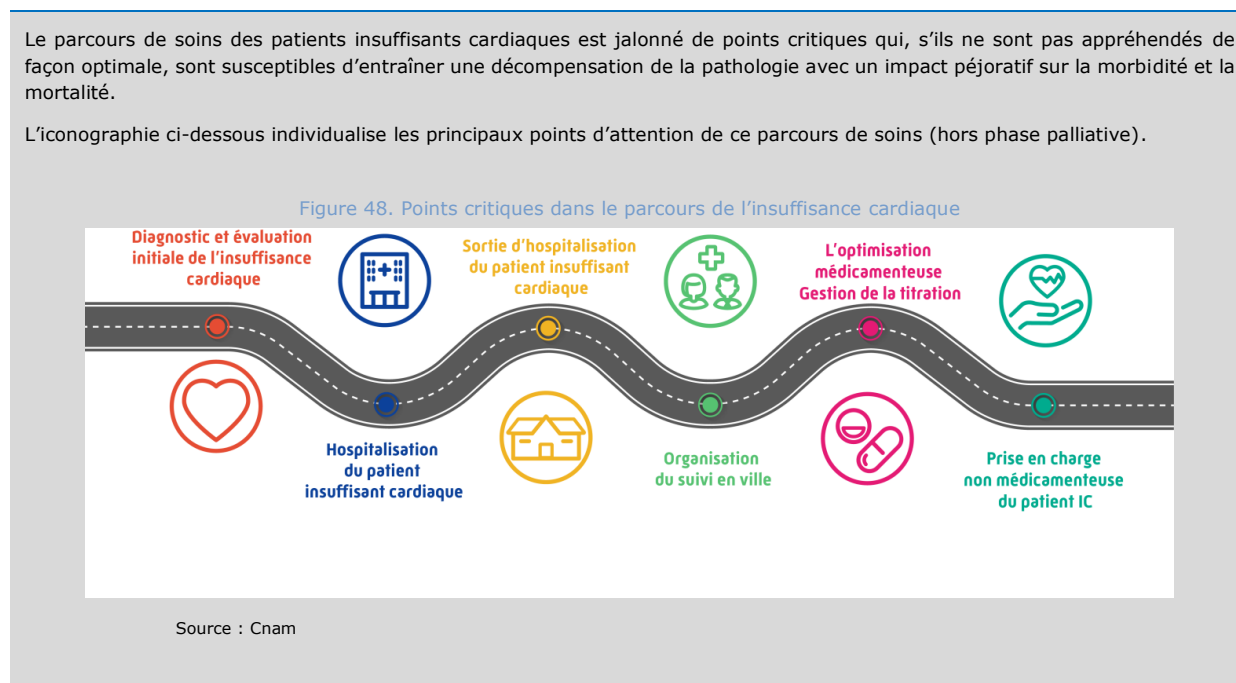
5.2 L'insuffisance cardiaque

L'engagement de l'Assurance Maladie auprès des personnes à risque ou atteintes d'insuffisance cardiaque et des acteurs de soins responsables de leur prise en charge, ainsi que les objectifs opérationnels reconnus comme prioritaires pour améliorer la prévention et la prise la charge de l'insuffisance cardiaque, ont été soulignés dans les précédentes éditions de ce rapport⁵⁰. Ces objectifs opérationnels s'appuient sur une analyse des points critiques dans le parcours des patients insuffisants cardiaques (Encadré 8).

Encadré 8. Points critiques dans le parcours de l'insuffisance cardiaque.

Le parcours de soins des patients insuffisants cardiaques est jalonné de points critiques qui, s'ils ne sont pas appréhendés de façon optimale, sont susceptibles d'entraîner une décompensation de la pathologie avec un impact péjoratif sur la morbidité et la mortalité.

L'icongraphie ci-dessous individualise les principaux points d'attention de ce parcours de soins (hors phase palliative).



Les conséquences de la pandémie à Covid-19 et des mesures prises pour gérer l'urgence sanitaire ont mis en lumière la nécessité de mieux organiser des parcours de ces patients. Par ailleurs, plusieurs initiatives mises en place avec les acteurs et le réseau de l'Assurance Maladie à l'échelle territoriale, déjà présentées dans les rapports précédents, commencent à être opérationnelles et seront déployées à une plus grande échelle dans les semaines et mois qui suivent la publication de ce rapport.

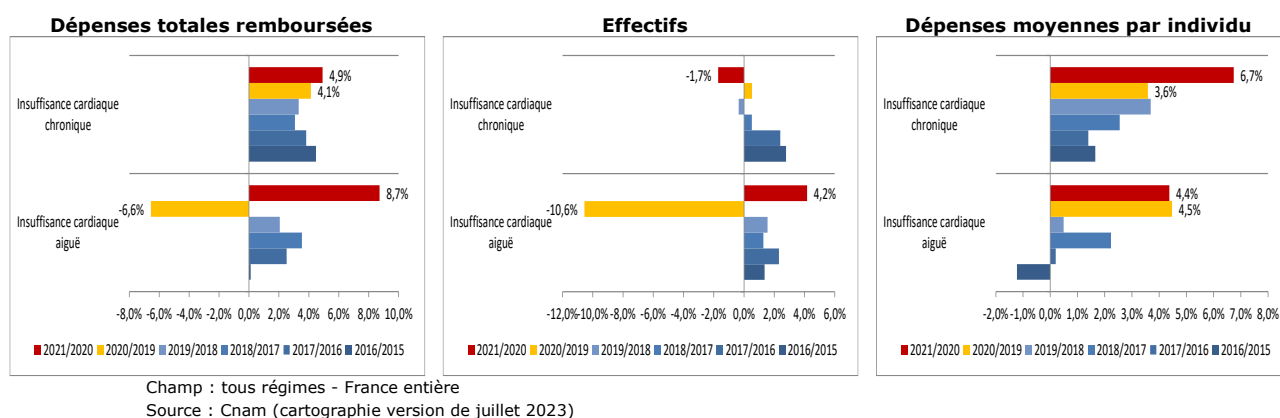
5.2.1 Enjeux de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque au décours de la période de pandémie à SARS-CoV-2.

La Figure 49 présente les résultats de la cartographie médicalisée des dépenses pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (IC). Les résultats détaillés pour l'ensemble des pathologies sont publiés par ailleurs dans un chapitre spécifique. Pour rappel, les algorithmes médicaux permettent de repérer les personnes atteintes d'IC en distinguant deux groupes exclusifs : les personnes avec au moins un séjour hospitalier pour IC dans l'année (IC aiguë) et celles avec un diagnostic d'IC connu (à travers des séjours hospitaliers lors d'années antérieures ou une mise sous ALD), mais sans prise en charge

⁵⁰ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 et pour 2023, les rapports sont disponibles en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/rapport-propositions-assurance-maladie-charges-produits>

hospitalière pour IC dans l'année (IC chronique)⁵¹. Une hospitalisation pour IC peut être un premier épisode, à l'occasion duquel le diagnostic est posé, ou survenir chez une personne déjà atteinte, lors d'une exacerbation aiguë de la pathologie nécessitant une prise en charge hospitalière, ce qui la fera passer du statut chronique au statut aigu. On note une reprise de la croissance des effectifs et des dépenses liées à la prise en charge de l'IC aiguë, après la chute importante constatée en 2020. Cependant, le nombre de personnes prises en charge pour IC chronique, ainsi que le nombre total de patients pris en charge pour IC a diminué en 2021. On observe par ailleurs, une hausse de la dépense moyenne individuelle affectée à l'insuffisance cardiaque pour les années 2020 et 2021, qui peut s'expliquer par la diffusion de nouveaux schémas thérapeutiques (quadrithérapie recommandée ou extension d'indications de l'ENTRESTO® et de certaines gliflozines) mais potentiellement aussi par le niveau de sévérité plus élevé des personnes prises en charge pendant la période pandémique.

Figure 49. Taux de croissance annuels effectifs et des dépenses affectées à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque entre 2015 et 2021, selon le caractère aigu ou chronique de l'insuffisance cardiaque



Les analyses plus détaillées du parcours de soins, publiées l'année dernière dans ce même rapport, mettaient en évidence comment la pandémie de Covid-19 a bouleversé le parcours de soins des patients insuffisants cardiaques. Parmi les principaux faits saillants, les éléments suivants ont également été constatés :

- Un nombre de décès annuels accru parmi les patients porteurs d'une insuffisance cardiaque ;
- Une diminution du nombre de séjours hospitaliers motivés par une décompensation de la pathologie ; des données internationales retrouvaient ces similitudes, avec une proportion accrue d'admissions pour cas sévères (admission en réanimation ou soins intensifs), avec l'hypothèse d'un frein possible à la présentation de patients symptomatiques, d'eux-mêmes, auprès des établissements de soins par souhait de limitation du risque d'exposition au SARS-CoV-2 en collectivité ;
- Une diminution du taux d'admission en établissements de soins de suite et réadaptation au décours d'un séjour hospitalier pour décompensation de la pathologie ;
- Un taux de recours au médecin généraliste maintenu à un seuil significatif (93 % des patients avec au moins un contact annuel, médiane de 7 contacts), associé à une augmentation du taux de contact avec les IDEL (80 à 82 % des patients) ;
- Une diminution du taux de recours aux cardiologues (en secteur de ville ou en consultation externe), notamment en 2020, avec moins de 60 % des sujets insuffisants cardiaques bénéficiant d'une évaluation annuelle.

L'évolution péjorative de ces indicateurs de moyens et de résultats au cours de cette crise sanitaire met en évidence l'effet de la déstabilisation de la coordination des soins et de l'optimisation du suivi, incluant les réponses cliniques rapides, sur la trajectoire de santé de ces patients volontiers fragiles et polyopathologiques.

Les enseignements issus des retours d'expériences nationales et internationales d'accompagnement des patients porteurs de pathologies chroniques potentiellement sévères, comme le modèle de l'insuffisance cardiaque, incitent l'Assurance Maladie à poursuivre son engagement aux côtés des offreurs de soins sur les champs suivants :

- Sensibilisation au diagnostic précoce de la maladie ;
- Réduction des hospitalisations pouvant être évitées.

⁵¹La définition détaillée des algorithmes de repérage des pathologies est disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/content/methode-detailee-du-reperage-des-pathologies-episodes-de-soins-ou-traitements>

Ces axes d'accompagnement avaient été posés dans les précédents rapports Charges et Produits. Les actions les supportant ont été progressivement initiées, adaptées au contexte et à la temporalité de la pandémie à SARS-Cov-2.

5.2.2 Leviers mobilisés par l'Assurance Maladie pour optimiser la prévention et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque

Sensibilisation au diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque.

La Société Française de Cardiologie estime de l'ordre de 400 000 à 700 000 patients atteints d'une insuffisance cardiaque sans que son diagnostic formel n'ait été posé. Plusieurs facteurs concourent à ce délai de diagnostic :

- L'absence de spécificité des symptômes et signes d'appel (dyspnée, asthénie majorée, œdèmes des membres inférieurs) et la prise de poids rapide, signe de congestion, est souvent repérée plus tardivement par le patient puis par le médecin ;
- Cette symptomatologie survient fréquemment chez un patient déjà porteur de plusieurs comorbidités chroniques et pathologiques causales de l'insuffisance cardiaque, elles-mêmes cliniquement expressives. Il peut s'agir par exemple d'une hypertension artérielle, d'un diabète ou d'une bronchopneumopathie chronique obstructive, à l'origine d'une interférence dans la sémiologie des signes et symptômes recueillis par le praticien ;
- Si l'insuffisance cardiaque peut toucher le sujet jeune, comme le démontre une étude française récemment publiée⁵² portant sur une population âgée de 18 à 50 ans, la prévalence de l'insuffisance cardiaque s'accroît rapidement à partir de la sixième décennie⁵³. Certains signes ou symptômes de la maladie peuvent alors être imputés à tort au déconditionnement physique ou à la sénescence.

Ainsi, il est relativement fréquent que le diagnostic d'insuffisance cardiaque soit établi à l'occasion de manifestations cliniques aiguës ayant motivé une hospitalisation du patient. Une étude de registre britannique a établi que 80% des cas incidents d'insuffisance cardiaque étaient documentés lors d'un séjour hospitalier initial, pour 20% diagnostiqués en secteur de soins primaires par le médecin généraliste⁵⁴.

Les données du SNDS mettent en évidence un effectif de près de 114 000 nouveaux patients primo-diagnostiqués insuffisants cardiaques au cours d'une hospitalisation en secteur de soins aigus au cours de l'année 2021 (Tableau 12), représentant 41 % des cas incidents documentés au cours de cette même année.

52 Lecoeur E et al. Epidemiology of heart failure in young adults: a French nationwide cohort study. Eur Heart J, 2022

53 de Peretti C et al. Prévalences et statuts fonctionnels des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France : apports des enquêtes déclaratives "handicap- santé", BEH 2014

54 Bottle A et al. Routes to diagnosis of heart failure : observational study using linked data in England. Heart, 2018

Tableau 12. Caractéristiques des personnes prises en charge pour IC en 2021 selon le caractère prévalent ou incident de l'IC.

	N	%	Âge moyen	Part d'hommes (%)	Décédés au cours de l'année (% brut)
Personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque (IC) en 2021	833 500	100	78,8	51,1	18,3
IC aiguë	183 200	22,0	80,7	51,1	26,9
IC chronique	650 300	78,0	78,2	51,1	15,9
Personnes nouvellement prises en charge pour insuffisance cardiaque (IC incidente^a) en 2021	279 300	100	78,2	52,6	23,4
IC incidente aiguë	114 200	40,9	79,9	51,2	23,0
IC incidente chronique	165 000	59,1	77,0	53,6	23,7

^aPersonnes repérées par l'algorithme de la cartographie comme insuffisants cardiaques en 2021 et non repérées les années antérieures. La prise en charge de l'IC pour ces personnes a débuté en 2021 et elles sont considérées comme IC incidents.
Source : CNAM

Enfin, le degré de connaissance de cette pathologie au sein de la population générale exposée se révèle assez faible, comme l'illustre une enquête réalisée par l'Institut BVA pour l'Assurance Maladie en juin 2022 auprès de 1733 personnes de 60 ans et plus. Seule la moitié des sujets interrogés avait la capacité de décrire la maladie et 19 % des personnes sondées pouvaient citer spontanément un des quatre signes ou symptômes cardinaux de l'insuffisance cardiaque. Même s'ils sont ressentis et observés, ces signes, considérés comme aspécifiques et réputés « banals », ne constituent pas des événements significatifs à discuter avec le médecin pour la moitié des personnes participant à cette étude.

Afin d'informer le grand public et approcher les insuffisants cardiaques « qui s'ignorent » et promouvoir le « réflexe diagnostique » auprès des professionnels de santé, du secteur de soins primaires notamment, l'Assurance Maladie a lancé en septembre 2022 une vaste campagne nationale de sensibilisation aux signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque. Issue d'un travail collaboratif avec la Société Française de Cardiologie (SFC) et le Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies (GICC), le Collège de la Médecine Générale et les représentants des associations de patients, cette vaste action de communication multicanaux (avec notamment spots TV, spots radio, presse quotidienne régionale, presse seniors, encarts sur pages internet, réseaux sociaux) visait à expliciter les principaux points d'appel (rassemblés sous l'acronyme « EPOF ») d'une insuffisance cardiaque symptomatique auxquels sont exposés des patients « à risque » :

- Essoufflement inhabituel (dyspnée) ;
- Prise de poids rapide, de quelques kilos en quelques jours ;
- Œdèmes des pieds et chevilles ;
- Fatigue accrue (asthénie majorée).

En appui de cette communication dans les médias, réactivée pour une deuxième fenêtre d'exposition au mois de mars 2023, un contenu didactique et des supports informationnels téléchargeables destinés aux professionnels de santé ont enrichi le site ameli.fr au cours du dernier trimestre 2022 :

- Un « mémo de diagnostic et prise en charge de l'insuffisance cardiaque », destiné aux médecins généralistes, élaboré avec le Collège National Professionnel Cardiovasculaire (CNPCV), le CMG et visé par la HAS. Il détaille notamment les étapes cliniques et paracliniques visant à confirmer un diagnostic d'insuffisance cardiaque et les modalités d'orientation du patient selon des éléments de présentation clinique ;
- Un support informationnel « insuffisance cardiaque : rôle des infirmiers dans la détection et le suivi » à l'attention des infirmiers libéraux, à visée de sensibilisation face à la recherche de ces signes et symptômes auprès de patients à risque, au cabinet libéral ou au domicile ;
- Un support d'information à l'attention des pharmaciens, intitulé « insuffisance cardiaque : votre rôle aux côtés des patients », avec un rappel des points clés épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques liés à la pathologie et un focus sur le bilan partagé de médication.

Maladie souvent paucisymptomatique malgré son potentiel de sévérité, l'insuffisance cardiaque nécessite une attention spécifique des professionnels de santé et un effort pédagogique fort auprès des patients « à risque » ou insuffisants cardiaques connus dans la prévention et la détection précoce des épisodes de décompensation.

Afin d'optimiser l'accompagnement des médecins généralistes sur ce champ du diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque, l'Assurance Maladie va une nouvelle fois innover en leur proposant, dans les prochains mois, un profil anonymisé de « patientèle à risque de constitution d'une insuffisance cardiaque ».

Détaillé pas à pas lors d'un échange confraternel avec un praticien-conseil, ce nouvel outil permettra au médecin de prendre connaissance des effectifs de patients suivis présentant une ou plusieurs pathologies connues pour leur potentiel de causalité dans la survenue d'une insuffisance cardiaque, élément péjoratif majeur dans l'évolution de leur état de santé :

- Quatre pathologies cardiovasculaires : hypertension artérielle, maladie des artères coronaires, valvulopathies cardiaques, troubles rythmiques supra-ventriculaires (la fibrillation atriale étant la plus fréquente) ;
- Trois pathologies non cardiovasculaires : diabète sucré, bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance rénale chronique avancée.

Le nombre de patients insuffisants cardiaques connus, au sein de la patientèle du médecin généraliste, figurera au titre de la pathologie « index ».

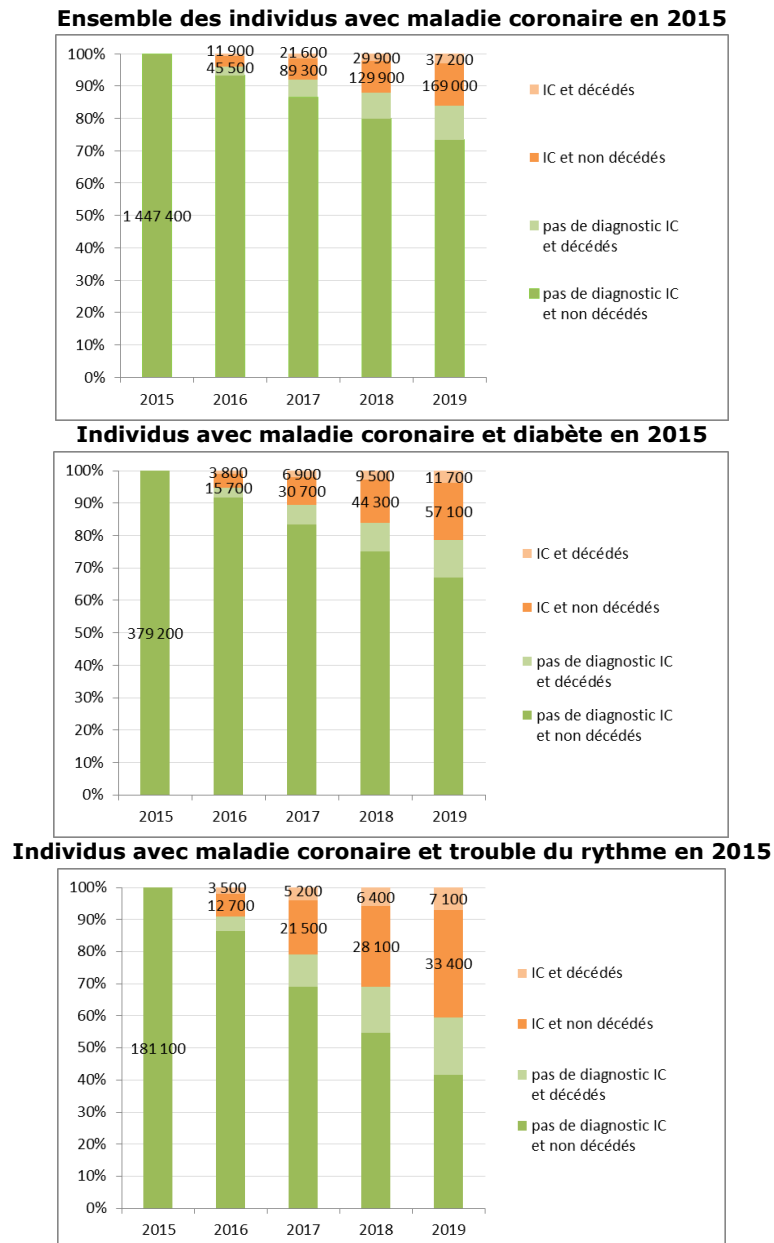
Ce profil de patientèle aura pour objectifs de sensibiliser le médecin généraliste :

- Au « réflexe EPOF » lors de chaque consultation auprès de ses patients insuffisants cardiaques connus, afin de favoriser une démarche diagnostique et thérapeutique rapide en cas de suspicion de décompensation débutante ;
- À la recherche d'une insuffisance cardiaque paucisymptomatique méconnue parmi ses patients porteurs d'une des pathologies à risque identifiées dans le profil, afin de favoriser un diagnostic d'entrée dans la maladie plus précoce, assorti d'une prise en charge thérapeutique adaptée ;
- Au suivi du parcours de soins « socle » de ses patients porteurs d'une pathologie à risque, avec le support d'indicateurs de suivi clinique, paraclinique, voire thérapeutique, spécifiques de ces pathologies.

L'enjeu de sensibiliser les soignants au diagnostic de l'IC chez les personnes à risque de développer la pathologie a été illustré par les travaux présentés l'année dernière⁵⁵, montrant qu'environ 4 % des patients avec une coronaropathie connue développent une IC chaque année. L'incidence annuelle de l'IC est d'environ 5 % lorsque ces patients sont atteints simultanément de coronaropathie et de diabète et de 9% lorsqu'ils sont atteints de coronaropathie et aussi d'un trouble du rythme (Figure 50).

⁵⁵ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023, chapitre 2.2, page 111 du rapport, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>

Figure 50. Incidence de l'insuffisance cardiaque au cours du suivi selon les pathologies à risque



Effectifs arrondis à la centaine
 Champ : tous régimes - France entière
 Source : SNDS

Les enjeux de l'optimisation du diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque sont multiples : réduction de la morbidité et de la mortalité, notamment par l'instauration de la prise en charge thérapeutique, structuration d'un suivi pluriprofessionnel coordonné, recours éventuel à une solution de télésurveillance.

Le bénéfice d'un diagnostic précoce sur la préservation de la qualité de vie du patient insuffisant cardiaque n'est plus à démontrer.

Insuffisance cardiaque chronique et épisodes de décompensation : prévention, détection précoce et réponse clinique adaptée afin d'éviter si possible l'hospitalisation.

Au cours de l'histoire naturelle de l'insuffisance cardiaque, **près d'un patient sur six est hospitalisé pour un épisode de décompensation (insuffisance cardiaque aiguë) dans les 18 mois suivant le diagnostic initial de sa maladie,**

selon des données nord-américaines de registre clinique, rappelées par l'ESC (European Society of Cardiology) dans sa note de position sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique décompensée⁵⁶.

L'outil de diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque est un support de données anonymisées issues du SNDS (identification de la pathologie par l'algorithme de la cartographie Cnam et description de la consommation des soins via le DCIR / PMSI), créé spécifiquement par les équipes de l'Assurance Maladie pour contribuer à donner aux effecteurs de soins une visibilité accrue des points critiques du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques. Les données de suivi longitudinal apportées, en secteur pré-, intra- et post-hospitalier suscitent un intérêt croissant des professionnels de santé, par exemple des CPTS et des établissements de santé, dans une démarche d'analyse et de mise en œuvre de solutions correctrices pour le bénéfice des patients.

Les récentes données nationales de cet outil (également paramétrable au niveau d'une région, d'un département, d'un EPCI ou d'une CPTS, avec la possibilité d'une comparaison territoriale) permettent d'estimer à 26,9 % le taux de patients hospitalisés à au moins une reprise pour insuffisance cardiaque décompensée au cours d'une période de suivi de deux ans (Tableau 13). Il s'agit de personnes volontiers âgées (âge moyen de 80 ans), 47 % sont des femmes. Les trois-quarts de ces patients hospitalisés présentent des comorbidités chroniques de fort impact sur leur état global de santé et leur qualité de vie (score de Charlson médian de 4).

Ces données issues du SNDS, extraites par les équipes de l'Assurance Maladie, illustrent la fréquence des hospitalisations des patients insuffisants cardiaques. Ces événements constituent aussi un marqueur d'évolution péjorative et de sévérité de la pathologie : 22,7 % de ces patients hospitalisés sont en effet admis en unité de soins intensifs, réanimation ou surveillance continue et le taux global de mortalité intra-hospitalière est estimé à 11 %. L'impact majeur d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque décompensée sur l'évolution de la pathologie et l'état de santé global du patient est objectivé dans les mois suivant la sortie de l'établissement (période dite de vulnérabilité clinique), avec un taux de mortalité très significatif (22,6 % à 6 mois, un tiers des patients décédés à 12 mois). Le risque de réadmission pour un épisode itératif d'insuffisance cardiaque est majeur, s'inscrivant à plus de 20 % au 6^{ème} mois.

Tableau 13. Sélection d'indicateurs produits pour l'Outil de Diagnostic Territorial

Patients pris en charge pour une insuffisance cardiaque (IC) en 2019^a	656 500
Nombre (%) de patients avec au moins un séjour pour IC en 2020 ou 2021	176 800 (26,9%)
<i>Indicateurs ci-dessous calculés pour les patients avec au moins un séjour</i>	
Durée moyenne du séjour index (jours)	12,7
Taux de patients admis en soins critiques ^b	22,7%
Taux d'admission en établissement SMR ^c à 3 mois	10,4%
Réhospitalisation pour IC (taux bruts)	
à 30 jours	5,9%
à 3 mois	13,9%
à 6 mois	21,1%
Mortalité (taux bruts)	
intra-hospitalière	11,0%
à 30 jours	6,8%
à 3 mois	22,6%
à 6 mois	33,3%

^aIl s'agit de la population de patients étudiée pour l'outil de diagnostic territorial : patients âgés de 18 ans ou plus, vivants au 1er janvier 2020 et non-résidents en EHPAD

^bPatients admis au cours du séjour index en réanimation ou en unités de soins intensifs ou surveillance continue

^c Soins médicaux de réadaptation polyvalents ou cardiologiques

Champ : tous régimes - France entière

Source : SNDS (Outil de Diagnostic Territorial de l'Insuffisance Cardiaque)

56 Metra M et al. Worsening of chronic heart failure: definition, epidemiology, management, and prevention. A clinical consensus statement by the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail 2023.

Les recommandations des sociétés savantes visent à amortir ces risques évolutifs d'une décompensation débutante en s'appuyant sur le trépied « prévention des épisodes de déstabilisation de la maladie, reconnaissance avec réponse clinique adaptée, optimisation du traitement de fond ».

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie met à disposition des médecins généralistes un mémo de détection et de suivi de l'insuffisance cardiaque (Figure 51), assorti d'un logigramme d'orientation de prise en charge. Ce document, réalisé avec le concours du Collège de la Médecine Générale, du CNP Cardiovasculaire et visé par la HAS, est téléchargeable sur le site ameli.fr.

Figure 51. Mémo de détection et de suivi de l'insuffisance cardiaque pour les médecins généralistes

The image displays a brochure and a flowchart related to heart failure management. The brochure on the left, titled 'Détection et suivi de l'insuffisance cardiaque', includes sections on 'LES ENJEUX : DIMINUER L'ERRANCE DIAGNOSTIQUE ET SES CONSÉQUENCES' and 'ÉLÉMENTS EN FAVEUR D'UNE HOSPITALISATION'. The flowchart on the right, 'Critères cliniques d'hospitalisation ou comorbidités sévères?', starts with a decision point 'Hospitalisation traditionnelle, HPI, soins palliatifs en fonction'. It branches based on 'Examens réalisables en ville (MG et laboratoire)' and 'Résultats en faveur d'une IC?'. Further steps include 'Critères biologiques d'hospitalisation?', 'Préscription de diurétiques de l'anse possible par le MG à signes congestifs?', and 'Constitution d'équipes locales cardiologie'. It also addresses 'ECG à fraction d'éjection altérée' and 'ECG à fraction d'éjection préservée' with specific criteria for NYCTA 2 and NYCTA 3.

Source : www.ameli.fr

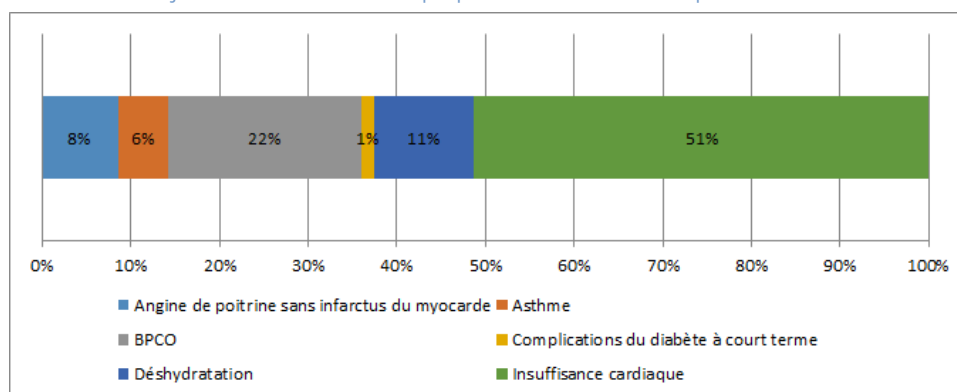
Un des enjeux majeurs de préservation de la qualité de vie et de la réduction du risque d'événements cliniques graves du patient insuffisant cardiaque repose sur le maintien de l'équilibre de sa pathologie, conditionné par notamment par l'optimisation de la thérapeutique médicamenteuse, la prise en compte des comorbidités (dont certaines sont fréquentes, comme la carence martiale sans anémie, avec un risque accru de morbi-mortalité⁵⁷ et l'évitement des situations « à risque » de précipitation vers la décompensation.

Afin d'être encore plus près des acteurs de terrain dans leur démarche d'approche populationnelle et de prise en charge clinique rapide, coordonnée et optimisée, l'outil de diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque va s'enrichir en 2023 de données supplémentaires portant l'attention sur certains de ces points (traitement de fond de l'insuffisance cardiaque à FEVG altérée, bilan ferrique, prise en charge clinique ambulatoire préhospitalière pour les cas de décompensation).

L'étude très récente de la DREES (Figure 52), portant sur les hospitalisations potentiellement évitables (HPE), met en évidence une marge d'optimisation majeure et nécessaire sur la réduction de ces épisodes de soins parmi les patients insuffisants cardiaques. Cette pathologie contribue ainsi à plus de 50% des 265 000 hospitalisations dites évitables analysées au cours de la période de référence (année 2017).

57 Manceau H et al. Neglected comorbidity of chronic heart failure: iron deficiency. *Nutrients* 2022

Figure 52. Part des séjours d'insuffisance cardiaque parmi l'ensemble des hospitalisations considérées évitables



Source : DREES, Études et Résultats n°1262, avril 2023

Les sujets insuffisants cardiaques âgés de 75 ans et plus sont ici particulièrement à risque d'exposition à une HPE, totalisant 75% des admissions en établissement de santé pour cette pathologie.

Si les facteurs de modulation des HPE comprennent l'efficacité et la qualité de la coordination des soins en secteur ambulatoire, des paramètres comportementaux sont susceptibles de majorer le risque de déstabilisation aiguë de l'insuffisance cardiaque. Ils sont bien décrits dans une étude européenne portant sur la description des facteurs de décompensation de la maladie en secteurs de soins primaires⁵⁸ : parmi 692 patients en situation d'insuffisance cardiaque décompensée, un écart du régime pauvre en sel (ou un excès d'apports hydriques) était un facteur causal dans près de 27% de cas ; un défaut d'observance au traitement médicamenteux était objectivé dans 23% des cas de décompensation.

Afin de contribuer à la diffusion de la connaissance des règles hygiéno-diététiques et recommandations, appuyée sur les professionnels de santé, auprès des patients, de leur entourage et des aidants et ainsi prévenir certains épisodes d'insuffisance cardiaque aiguë, l'Assurance Maladie lancera au dernier trimestre 2023 une campagne nationale de sensibilisation, basée sur l'acronyme EPON (**E**xercice physique ; **P**esée très régulière ; **O**bservance et **N**utrition (sel)).

En complément de cette action de prévention, la démarche de réduction des hospitalisations potentiellement évitables s'articulera autour du renforcement de la coordination des soins, notamment auprès des structures pluriprofessionnelles coordonnées (CPTS, MSP, centres de santé).

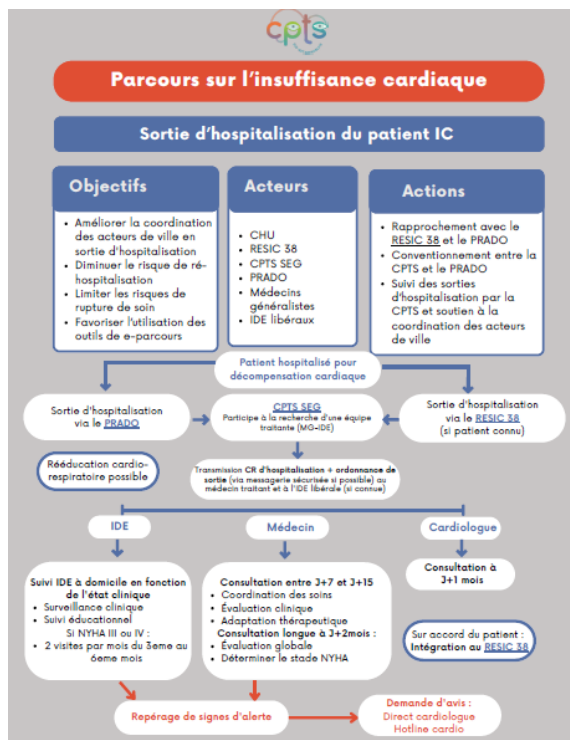
La diffusion des données anonymisées de parcours des santé des patients insuffisants cardiaques, portés par les équipes de l'Assurance Maladie auprès des offreurs de soins dans les régions, ont contribué à mobiliser nombre de CPTS et MSP sur leurs champs respectifs de prévention et coordination territoriale des acteurs de soins, en interface avec les établissements de santé, et sécurisation du parcours de soins primaires, articulés avec le second recours. Si la pandémie virale à SARS-COV-2 a différé la montée en charge opérationnelle des différents dispositifs territoriaux, la mobilisation des acteurs sur la thématique est notable.

Dans les CPTS, l'analyse de l'outil de diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque, couplée aux données issues de l'outil Rezone, permettent aux acteurs de soins d'objectiver l'adéquation de la population en demande de soins et de la densité et des caractéristiques de l'offre de soins ; les points de rupture du parcours de santé de la population de patients insuffisants cardiaques sont envisagés sous l'angle de la prévention et de la coordination des acteurs de soins, dans une démarche de construction d'un projet d'optimisation.

L'exemple de la création d'un logigramme d'orientation et de coordination des acteurs, autour du patient insuffisant cardiaque en sortie d'hospitalisation, réalisé par la CPTS Sud-Est Grenoblois (Figure 53), illustre la mobilisation des équipes :

58 Verdu-Rotellar JM et al. Precipitating factors of heart failure decompensation, short-term morbidity and mortality in patients attended in primary care. Scand J Prim Health Care 2020

Figure 53. Logigramme d'orientation et de coordination réalisé par la CPTS Sud Est Grenoblois



Source : site internet de la CPTS Sud-Est Grenoblois, consulté en mai 2023

L’avenant 1 à l’accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des structures de santé pluriprofessionnelles, publié au Journal Officiel le 4 août 2022, introduit des **indicateurs optionnels** valorisant notamment l’implication des **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** dans le **parcours de soins de l’insuffisance cardiaque**, dans un objectif de contribution à la réduction du taux de mortalité, du taux d’hospitalisations et l’amélioration de la qualité de vie des patients. Dans ce cadre, fréquents sont les protocoles pluriprofessionnels incluant par exemple des actions d’optimisation de la reconnaissance précoce et de la prise en charge d’une insuffisance cardiaque en voie de décompensation.

Ces **actions de coordination des soins et d’encadrement pluriprofessionnel** du patient sont particulièrement critiques dans les mois suivant un épisode de décompensation de la maladie (**phase dite de vulnérabilité clinique**), notamment lorsqu’elle a nécessité une hospitalisation : le patient est alors exposé à un risque majeur de réadmission à court terme en établissement de soins, voire à un décès prématuré.

Le dispositif **Prado**, initié par l’Assurance Maladie en 2013, vise à **sécuriser cette étape de transition de l’établissement de soins vers le secteur ambulatoire**, en assurant notamment une planification des rendez-vous avec les professionnels de santé (médecin généraliste, infirmier, cardiologue). Il connaît une **dynamique de recours croissante** au décours de la période de pandémie de Covid-19, avec plus de 16% de bénéficiaires couverts par cette solution de coordination au décours d’un séjour hospitalier pour insuffisance cardiaque aiguë / décompensée en 2022, cette croissance se confirmant au cours du premier trimestre 2023. **Le pharmacien d’officine est désormais impliqué dans le dispositif** (information, accompagnement pharmaceutique, délivrance des médicaments à domicile).

La lettre de liaison de sortie (LLS), dont l’objectif est de garantir la transmission des informations nécessaires au suivi immédiat du patient par l’équipe de soins d’aval (notamment en secteur ambulatoire) **au décours d’une hospitalisation en établissement MCO** (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), est un élément incontournable de la sécurisation du parcours de soins lors de cette phase de transition. Dans l’insuffisance cardiaque, une publication⁵⁹ rappelle son **impact sur la qualité et l’efficacité des soins**, en association avec l’utilisation d’une checklist de pré-sortie (vérification par l’équipe hospitalière des paramètres cliniques, biologiques, thérapeutiques clés présidant à la sortie du patient). Des initiatives locorégionales ciblant l’utilisation d’un support dédié sont amorcées.

59 Cohen-Solal A. et al. Check-list de sortie d’hospitalisation d’un insuffisant cardiaque, Arch Mal Cœur Vsx Prat 2017

En complément possible de cette coordination accrue, la mise à disposition des **solutions de télésurveillance** dans le droit commun en sortie des expérimentations ETAPES devrait permettre d'assurer un **suivi clinique et paraclinique optimisé, particulièrement adapté aux patients insuffisants cardiaques les plus fragiles, les plus sévères et peu stables cliniquement**. Une méta-analyse, publiée en 2023⁶⁰, portait sur les essais cliniques randomisés et études observationnelles de recours à des solutions de télésuivi à domicile, avec recueil de paramètres quantitatifs variés (poids, fréquence cardiaque, pression artérielle), qualitatifs (signes et symptômes) et éventuelle intervention active. L'objectif de l'analyse était d'évaluer les critères d'efficacité clinique des dispositifs de télésurveillance des patients insuffisants cardiaques. Un effectif de 23210 patients insuffisants cardiaques, volontiers sévères (47% de stades NYHA 3 et 4), d'un âge moyen de 68 ans, a ainsi été constitué avec un suivi moyen de 10 mois par le télésuivi « non invasif » (c'est-à-dire sans dispositif de recueil implantable). Les auteurs ont ainsi mis en évidence une réduction de 15% du taux de mortalité toutes causes parmi les bénéficiaires du télésuivi ; s'y associait une réduction de 18% du taux d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque au cours de la période de suivi.

Ce bénéfice présumé « en vie réelle » peut être approché en se référant aux travaux récemment publiés par l'équipe du CHU de Caen⁶¹. Dans une étude descriptive type « avant/après » ayant inclus 659 patients insuffisants cardiaques hospitalisés pour événement cardiovasculaire aigu lié à leur maladie, avec instauration d'un dispositif de télésurveillance avec gestion des alertes et réponse clinique, le taux de réhospitalisations non programmées pour insuffisance cardiaque décompensée évolue de 52,8% (12 mois avant l'instauration du télésuivi) à 18,8% 12 mois après son introduction. Bien qu'il n'existe pas de groupe comparateur dans cette étude, le taux de mortalité à 12 mois post-hospitalisation initiale, établi à 15% parmi ces patients télésuivis, s'avère nettement inférieur aux données d'épidémiologie territoriale locorégionale sur la même période de référence (23%).

L'efficacité présumée de la télésurveillance sur l'état de santé du patient insuffisant cardiaque, par la diminution du risque de mortalité prématurée et d'hospitalisation, est à même d'induire une réduction potentielle des dépenses de santé. Les données de suivi de cohorte 2020-2021, issues de l'outil de diagnostic territorial national de l'insuffisance cardiaque (Tableau 5), permettent d'établir à 21% le **taux de ré-hospitalisation** pour insuffisance cardiaque décompensée dans les 6 mois suivant un séjour hospitalier initial (c'est-à-dire un minimum de 37 120 hospitalisations supplémentaires sur une année parmi notre effectif étudié), avec une **perspective de diminution de ces séjours** en mobilisant les **multiples leviers de coordination et de suivi du parcours de soins** abordés dans ce chapitre, assortis, selon les besoins, d'une **solution de télésurveillance avec dispositifs connectés et une réponse clinique adaptée par des acteurs dûment formés à la prise en charge des insuffisants cardiaques**.

La mobilisation des acteurs de soins, du secteur de ville comme des établissements de santé, face aux défis multiples que représentent les pathologies cardiovasculaires et plus particulièrement l'insuffisance cardiaque, est extrêmement dynamique et agile. Nombre de **modèles organisationnels de coordination effective des professionnels de santé « en vie réelle »** sont créés, en réponse à des **problématiques territoriales d'accès et d'efficacité des soins**. Un des enjeux est de leur donner une visibilité accrue et favoriser leur partage et portage sur l'ensemble du territoire national. C'est l'objectif de la **première édition des Trophées de l'Insuffisance Cardiaque OUTILIC, événement porté par le CNPCV et la SFC, soutenu par l'Assurance Maladie**.

Ce sont ainsi dix équipes lauréates qui ont été primées par le jury, le 12 mai 2023 à la Cnam, parmi une trentaine d'équipes participantes ayant répondu à l'appel à candidature pour la présentation de projets effectifs contribuant à atténuer des points de rupture de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

Le dépistage, l'annonce de la maladie puis des points clés de la prise en charge (par exemple l'expertise hospitalière, le dépistage et traitement de la carence martiale, le suivi pluriprofessionnel adapté à la sévérité des patients...) et de la coordination des effecteurs de soins (gestion de la transition de la sortie d'hospitalisation, mobilisation de l'HDJ et de l'HAD) sont parmi les thématiques abordées dans les initiatives primées.

Véritable **« boîte à outils », accessible notamment sur le site du CNPCV** (www.cnpcv.org), l'initiative OUTILIC s'inscrit ainsi dans une démarche globale de fédération des professionnels de santé, partenaires institutionnels, patients et représentants associatifs autour d'un objectif de **structuration des filières de soins** pour les pathologies cardiovasculaires, avec une articulation des équipes de soins primaires avec le second recours, sur le modèle structurant des futures équipes de soins spécialisées en cardiologie (ESSC) avec l'implication des nouveaux métiers (infirmiers de pratique avancée, infirmiers formés aux protocoles de coopération, infirmiers spécialisés dans l'insuffisance cardiaque) et la mobilisation des outils de télémedecine et de partage de l'information.

60 Scholte N et al. Tele-monitoring for heart failure: a meta-analysis. Eur Heart J 2023

61 Sabatier R et al. Impact of patient engagement in a French telemonitoring programme for heart failure on hospitalization and mortality. ESC Heart Fail 2022

Économies potentielles liées à l'optimisation de la prise en charge des patients pris en charge pour insuffisance cardiaque ou à risque de développer la pathologie.

Ces différentes actions ont pour principal objectif d'améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients, mais pourraient également contribuer de manière significative à réduire le fardeau économique pour la collectivité de l'insuffisance cardiaque et de ses complications.

Les travaux menés lors de la précédente édition de ce rapport, pour l'année 2023, illustrent les économies potentielles liées à la sensibilisation à un meilleur suivi des pathologies à risque et à la prévention primaire de l'entrée dans la pathologie⁶². La **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** montre l'écart de dépenses annuelles moyennes entre les personnes suivies entre 2015 et 2019 pour une coronaropathie sans développer d'IC et celles chez qui le diagnostic d'IC est posé en 2019. Après avoir rendu ces deux groupes comparables sur un certain nombre de caractéristiques associées aux dépenses de soins, les personnes chez qui le diagnostic d'IC est posé ont des dépenses plus élevées d'environ 15 000 € en moyenne l'année de l'entrée dans la pathologie, dont 13 000€ de dépenses de soins hospitaliers.

Lors de l'édition du rapport, pour l'année 2022, une modélisation avait illustré les gains économiques potentiels liés à la prévention des exacerbations aiguës chez les patients déjà connus et suivis pour une IC⁶³. Ainsi, par rapport aux patients qui ont des exacerbations de l'IC au cours de deux années consécutives, la prévention des exacerbations sur l'ensemble d'une année est associée à une économie d'environ 4 000€ par patient ; de même, la prévention des exacerbations sur deux années consécutives est associée à environ 5 100€ d'économies par patient.

⁶²Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023, chapitre 2.2, page 111 du rapport, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-rapport-propositions-pour-2023-charges-produits>

⁶³Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022, chapitre 3.1.3 page 109 du rapport, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

Tableau 14 : Caractéristiques, comorbidités et dépenses de soins, selon la survenue ou non d'insuffisance cardiaque en 2019, chez les personnes avec maladie coronaire en 2015

	maladie coronaire sans IC entre 2015 et 2018, avec IC en 2019 (N = 21 600)					maladie coronaire sans IC de 2015 à 2019 (N = 21 600)				
Année ^a	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
Âge moyen ^a					79,9					79,9
Mortalité (% , taux brut)					18,8					3,9
Part d'hommes ^a (%)					70,5					70,5
Part avec cmu-c ou acs ^b					5,1					4,0
Infarctus ^a (%)	2,1	0,5	0,4	0,8	12,4	2,1	0,5	0,4	0,8	1,0
Diabète ^a (%)	30,7	31,2	31,7	32,1	33,0	30,7	31,2	31,7	32,1	32,7
Hypertension artérielle ^a (%)	95,1	95,1	94,9	94,3	90,9	95,1	95,1	94,9	94,3	91,5
Troubles de rythme ^a (%)	13,9	13,3	13,8	16,1	56,7	13,9	13,3	13,8	16,1	16,2
Valvulopathies ^a (%)	2,4	2,3	2,2	2,7	18,4	2,4	2,3	2,2	2,7	3,0
Indice prédictif de mortalité	3,7	3,9	4,1	4,4	6,1	3,7	3,9	4,1	4,4	4,7
Indice prédictif de dépenses ^a	7,3	7,5	7,8	8,3	12,6	7,3	7,5	7,8	8,3	8,7
dépenses totales (€) ^d	5 575	5 262	5 633	6 818	21 389	5 070	4 462	4 640	5 366	6 085
dépenses hospitalières (€) ^d	298	280	255	233	280	256	213	179	170	152
dépenses de ville (€) ^d	2 231	1 799	1 919	2 633	15 817	2 173	1 558	1 607	2 073	2 605
prestations en espèce (€) ^d	3 046	3 183	3 459	3 952	5 292	2 642	2 690	2 854	3 122	3 327

Champ : tous régimes - France entière
Source : SNDS

^aLes deux groupes comparés en 2019 sont appariés sur ces caractéristiques pour les années 2015 à 2018

^bPersonnes bénéficiant d'une complémentaire santé gratuite ou d'une aide à la complémentaire santé

^cIndices de morbidité élaborés à partir de la cartographie pour refléter le risque de décès (MRMI) ou l'intensité du recours aux soins (ERMI) sur deux ans. Plus d'informations disponibles sur le site ameli.fr : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

^dIl s'agit de l'ensemble des dépenses et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Ces dépenses concernent l'année de comparaison entre les deux groupes.

5.3 Les cancers à dépistage organisé

5.3.1 Des objectifs majeurs de santé publique et une évaluation médico-économique favorable ont justifié le déploiement national de dépistages organisés pour trois cancers

En 2020, le cancer était la première cause de décès en France (170 802 décès par cancer). Si le cancer du poumon était la première cause de décès par cancer en France, tous sexes confondus (30 935 décès), le cancer colorectal était la 2^{ème} cause de décès par cancer tous sexes confondus : 17 197 décès en 2020, dont 9 110 chez les hommes, et 8 087 chez les femmes. Chez ces dernières, le cancer du sein était la 1^{ère} cause de décès par cancer (12 800 décès), tandis que le cancer du col de l'utérus était responsable de 769 décès (Source CEPIDC). En 2021, 1,3 millions de personnes ont été prises en charge pour un cancer actif en France, dont 142 400 personnes pour un cancer colorectal, et 232 200 femmes pour un cancer du sein [CARTO] conduisant à des dépenses de 3,2 milliards d'euros pour le cancer du sein et 1,5 milliards d'euros pour le cancer colorectal.

Entre 50 et 74 ans, le dépistage organisé biennal du cancer du sein d'une part (chez les femmes à risque moyen, par mammographie bilatérale), et du cancer colorectal d'autre part (pour les deux sexes à risque moyen par recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) complété d'une coloscopie en cas de test positif⁶⁴), ont tous deux fait la preuve de leur efficacité pour réduire la morbi-mortalité liée à ces cancers, à travers plusieurs essais contrôlés randomisés. Ces dépistages ont été généralisés en France en 2004 pour le cancer du sein, et en 2008 pour le cancer colorectal. Pour ce dernier, le programme a basculé de façon effective courant 2015 du test au gaïac au test immunologique, plus sensible notamment pour la détection des lésions précancéreuses.

Le cancer du col de l'utérus est quasi-exclusivement attribuable au papillomavirus humain (HPV)⁶⁵. Il s'agit donc d'un cancer évitable par la vaccination contre l'HPV et/ou par un dépistage précoce reposant sur un examen cytologique (visant à détecter des cellules anormales sur la muqueuse cervico-utérine) entre 25 ans et 29 ans, puis par la recherche directe de la présence du HPV chez les femmes de 30 à 65 ans. Depuis 2018, ce dépistage fait également l'objet d'un programme organisé avec l'envoi d'invitations aux femmes n'ayant pas réalisé leur dépistage dans les intervalles recommandés.

Des résultats en retrait au regard des objectifs européens, particulièrement marqués pour le dépistage du cancer colorectal

La participation effective de la population cible à ces programmes de dépistage organisé des cancers est une condition préalable à leur efficacité, or la participation observée en France est inférieure aux taux cibles.

Tableau 15 : Taux de participation aux dépistages organisés au regard des taux cible

	Taux de participation	Taux cible
Dépistage du cancer colorectal	34,3% des personnes éligibles ⁶⁶ de 50 à 75 ans sur la période 2021-2022 ⁶⁷	Taux cible. : 65% ⁶⁸ Taux min. : 45%
Dépistage du cancer du sein	46,6% des femmes de 50 à 75 ans sur la période 2020-2021 ⁶⁹	Taux cible : 70%
Dépistage du cancer du col de l'utérus	58,8% des femmes de 25 à 65 ans sur la période 2018-2020 ⁶⁵	70%

(Source SPF)

⁶⁴ Hewitson P, Glasziou P, Watson E, et al. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (Hemoccult): an update. *Am J Gastroenterol.* 2008; 103: 1541-9

⁶⁵ Source SPF: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>

⁶⁶ Hors exclusion médicale notifiée au CRCDC (cf. partie 1c)

⁶⁷ Source SPF : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/donnees>

⁶⁸ Source SPF : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/donnees>

⁶⁹ Source SPF : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2020-2021-et-evolution-depuis-2005>

Des bénéfices attendus de l'augmentation de la participation pour un surcoût acceptable : l'exemple du dépistage du cancer colorectal

Si le cancer colorectal est rare avant 50 ans, plus de la moitié des cas sont détectés entre 50 et 74 ans, tranche d'âge ciblée par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) par test immunologique. Du fait de leurs antécédents personnels ou familiaux, certaines personnes ont un risque augmenté de cancer colorectal et doivent bénéficier d'un suivi spécialisé par coloscopie, elles ne relèvent pas du DOCCR (Tableau 1).

Tableau 1 : Personnes à risque élevé ou très élevé de cancer colorectal ne relevant pas du dépistage organisé de ce cancer par test de recherche de sang occulte dans les selles

Personne à risque élevé de cancer colorectal nécessitant un suivi spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent personnel ou familial d'adénome (parent au 1er degré) ou de cancer colorectal • Antécédent personnel de Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale (MICI : Maladie de Crohn ou Rectocolite hémorragique)
Personne à risque très élevé de cancer colorectal nécessitant un suivi spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent familial de Polypose Adénomateuse Familiale (PAF) ou de Syndrome de Lynch

Le niveau de risque d'une personne peut évoluer au cours de la vie, si on détecte un adénome ou cancer colorectal chez l'un de ses proches apparentés, ou si on lui diagnostique un adénome, notamment à l'occasion d'une coloscopie diagnostique à la suite d'un test de dépistage positif. Ainsi l'augmentation de la participation au dépistage peut conduire à requalifier le niveau de risques de la population.

Sur les 20,5 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans, 13% relève d'un suivi spécialisé en dehors du dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) [Données SPF]. Parmi les 17,8 millions de personnes restantes, seules 35% ont participé au DOCCR au cours des 2 dernières années (campagne biennale), alors qu'une participation minimale de 45% est recommandée au niveau européen. Atteindre une participation de 45% supposerait 2 millions de participants supplémentaires par campagne de 2 ans, soit en moyenne 1 million de participants supplémentaires par an, conduisant à 33 000 coloscopies de confirmation diagnostique, induisant une augmentation de 2 % du volume d'endoscopies digestives basses réalisées chaque année en France. Selon une modélisation de l'INCa⁷⁰, cette augmentation de participation permettrait d'éviter 1 300 cancers colorectaux chaque année, et 3 500 décès par cancer colorectal.

Les conséquences économiques de cette augmentation de participation suivent une cinétique en plusieurs étapes, avec un surcoût initial progressivement compensé par les dépenses évitées grâce au dépistage par la détection de cancers moins graves (traitement moins coûteux), puis à plus long terme par les cancers évités, les décès évités étant liés à la fois à la détection de cancers à un stade plus précoce, et également aux cancers évités (voir Figure 54 qui simule à la fois les conséquences d'une campagne de dépistage au cours des années ultérieures, mais également l'équilibre à long terme résultant des campagnes successives, appelé "état stationnaire"). Selon le scénario principal, le solde net à l'état stationnaire serait de 14,2 millions d'euros d'économies par an. Ce solde est particulièrement sensible au nombre de cancers évités du fait de l'augmentation de participation.

Le résultat doit être considéré avec prudence compte tenu des incertitudes sur les hypothèses sous-jacentes. De façon notable, il ne prend pas en compte de surcoûts dans l'organisation du programme, qui seraient éventuellement nécessaires pour atteindre cette participation, et ne prend pas non plus en compte les dépenses liées à la requalification du risque d'une partie de la population, telle qu'exposée en préambule dont certaines personnes nécessiteraient un suivi itératif par coloscopie, plus adapté à leur niveau de risque mais également plus coûteux que le dépistage par test immunologique.

Tableau 16 – Analyse de sensibilité déterministe sur le solde à l'état stationnaire

	Scénario principal	Analyse de sensibilité	Solde* (Ref. -14,2 M€)
Nombre de cancers évités	1300	1000 (-30%)	-2,7 M€
Coût moyen d'un cancer actif	11 309 €	10 000 €	-7,6 M€
Taux de coloscopie	3,38%	4%	-8,3 M€
Coût par test réalisé	11,02 €**	16 € (+45%)	-9,3M€
Coût par coloscopie	975,8 €	1 100 € (+13%)	-10,0 M€
Pourcentage de test refait car non analysable	0%	5,3%	-13,6 M€
Survie à 5 ans des stades IV	13%	20%	-15,1 M€

⁷⁰ Barré S, Leleu H, Vimont A, et al. [Estimated impact of the current colorectal screening program in France]. Rev Epidemiol Sante Publique 2020

Taux de participation	45%	65%***	-20,1 M€
-----------------------	-----	--------	----------

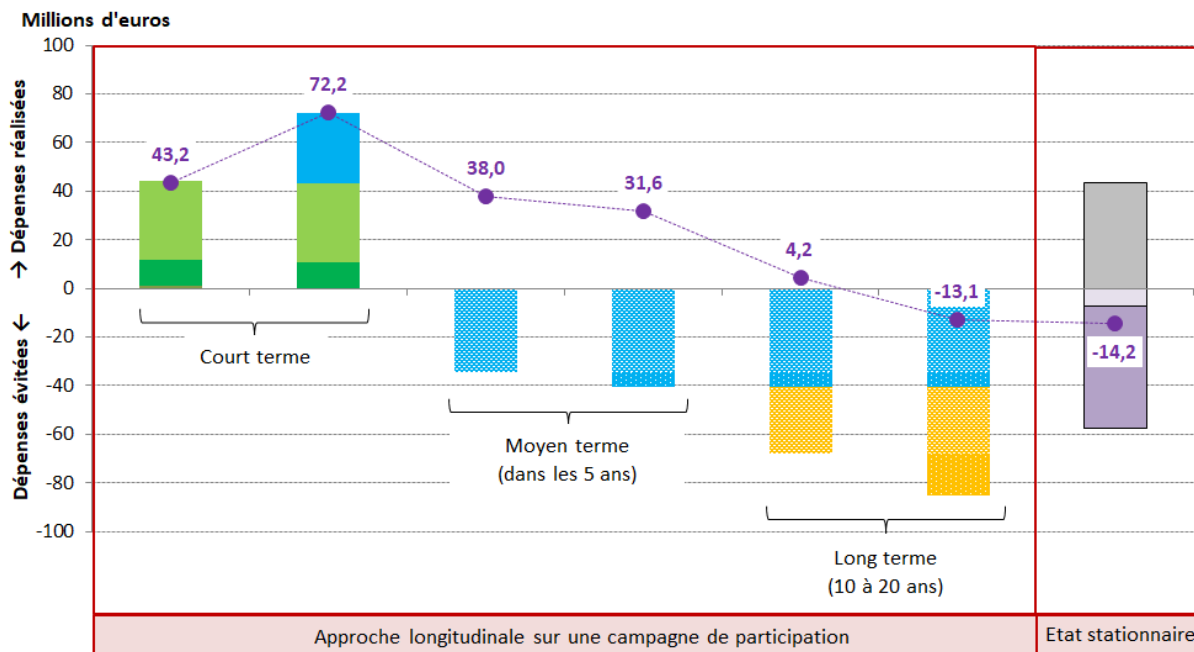
*Solde négatif : dépenses évitées supérieures aux dépenses réalisées ⇔ économies

**Achat : 2,32 € ; Distribution : 5 € ; Lecture 3,7 €

*** 3500 cancers évités selon la modélisation INCa.

Source : Cnam

Figure 54 – Impact économique de l’augmentation du taux de participation (passage de 35 à 45% de taux de participation)



Source : CNAM)

Légende :

Dépenses directement liées à l'augmentation de participation

- Test immunologique
- Coloscopie chez les positifs

Dépenses réelles ou évitées liées à la prise en charge des cancers

	Cancer dépistable grâce à l'augmentation de participation		Cancer évitable grâce à l'augmentation de participation
	Cancers dépistés suppl. (+ précoces)	Evolution de ces cancers sans gain de participation (+ avancés)	
Prise en charge initiale	■	■	■
Prise en charge au décès		■	■
	<i>Dépenses réelles</i>		<i>Dépenses évitées du fait de l'augmentation de participation</i>

Solde cumulé (dépenses réelles + évitées) - - - ● - - -

Bilan à l'état stationnaire (long terme)

- Dépenses réelles
- Dépenses évitées (moindre gravité)
- Dépenses évitées (cancers évités)

Les dépenses évitées à l'état stationnaire ont été décomposées en :

- Dépenses évitées par la diminution de l'incidence (cancers évités), en appliquant le coût moyen par cancer colorectal actif de la cartographie au nombre de cancers évités estimés par l'INCa,
- et en dépenses évitées par la diminution de la sévérité, en estimant la diminution du nombre de cancers stade IV incidents attendue de l'augmentation de la participation (à partir du taux de détection des cancers invasifs parmi les participants au dépistage et leur différence de répartition par stade par rapport aux cancers hors dépistage⁷¹), et les dépenses correspondantes évitées en estimant la part des dépenses de cancers actifs associées au stade IV dans la cartographie à partir des taux de survie à 5 ans global, et spécifique au stade IV et du ratio de coût de la prise en charge initiale entre un cancer stade IV et un cancer moins avancé⁷².

La cinétique des dépenses a été évaluée en comparant les dépenses estimées pour les participants supplémentaires pour le dépistage (test et coloscopie) et la prise en charge du cancer (coût par stade pondéré par la répartition par stade des cancers dépistés dans le programme national), aux dépenses attendues en l'absence de participation (prise en charge du cancer plus coûteuse du fait d'une répartition par stade moins favorable). Les dépenses évitées du fait de cancers et de décès évités ont été estimées en appliquant aux effectifs calculés par l'INCa le coût moyen de la prise en charge initiale d'un cancer détecté hors dépistage, et du coût de prise en charge du cancer sur la dernière année de vie (valeur fixée pour conduire à un état stationnaire convergent avec la 1^{ère} méthode et compatible avec les données de littérature^{73,74} apportant des données cadrage certes indirectes).

5.3.2 La stratégie décennale de lutte contre le cancer, enrichie en décembre 2022, fixe des objectifs ambitieux en matière de prévention et confie à l'Assurance Maladie la mise en œuvre d'un dispositif rénové d'invitation aux dépistages organisés

Des objectifs de réalisation des dépistages ambitieux, dans le cadre d'une stratégie décennale renforcée.

La nouvelle stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 a fixé comme objectif d'atteindre et dépasser 1 million de dépistages supplémentaires à l'horizon 2025. Plusieurs orientations ont été fixées à cette fin, dont une partie substantielle relève de l'Assurance Maladie, en collaboration avec ses partenaires institutionnels et territoriaux. Il s'agit notamment de simplifier l'accès au kit de dépistage du cancer colorectal notamment permettre la commande en ligne d'un kit sans invitation : à la suite de l'ouverture de deux nouvelles modalités d'accès au kit de dépistage déployées par l'Assurance Maladie en 2022, à savoir la distribution par les pharmaciens et mise en place d'un site internet de commande de kit en ligne, il est prévu une évolution de ce dernier afin de permettre aux personnes n'ayant pas à disposition leur invitation de pouvoir tout de même commander un kit de dépistage en ligne.

Par ailleurs, tenant compte des conclusions du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales publié en 2022⁷⁵ sur le dispositif existant de dépistage organisé des cancers, le ministre de la Santé et de la Prévention a acté en décembre de la même année un nouveau schéma organisationnel. Cette organisation rénovée prévoit notamment :

- Le transfert dès le début de l'année 2024 à l'Assurance Maladie du pilotage des invitations à participer au dépistage organisé ;
- La mobilisation systématique d'opérations « d'aller vers » par les caisses d'Assurance Maladie, notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé dans la continuité des actions menées sur la vaccination Covid.

⁷¹ Source SPF <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-colon-rectum-sur-la-période-2018-2019-et-2020-indicateurs-nationaux>

⁷² INCa Evaluation médico-économique du dépistage du cancer colorectal / rapport technique. Avril 2019

⁷³ Tanguy-Melac A, Aguade AS, Fagot-Campagna A, et al. Management and intensity of medical end-of-life care in people with colorectal cancer during the year before their death in 2015: A French national observational study. *Cancer Med.* 2019;8 :6671-6683

⁷⁴ Yabroff KR, Warren JL, Shrag D, et al. Comparison of approaches for estimating incidence costs of care for colorectal cancer patients. *Med Care* 2009 ; 47 :S56-S63

⁷⁵ *Le dépistage organisé des cancers*, IGAS, janvier 2022

- Le recentrage des missions confiées aux Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC), sur leurs missions essentielles de suivi des résultats pour l'ensemble des programmes de dépistages organisés, d'information et de formation des professionnels de santé.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a bâti une stratégie d'invitations et de relances visant à contribuer à une augmentation substantielle du nombre de dépistages réalisés, en combinant le déploiement de nouveaux canaux d'invitation et le développement d'une approche d'aller-vers, en lien étroit avec ses partenaires territoriaux.

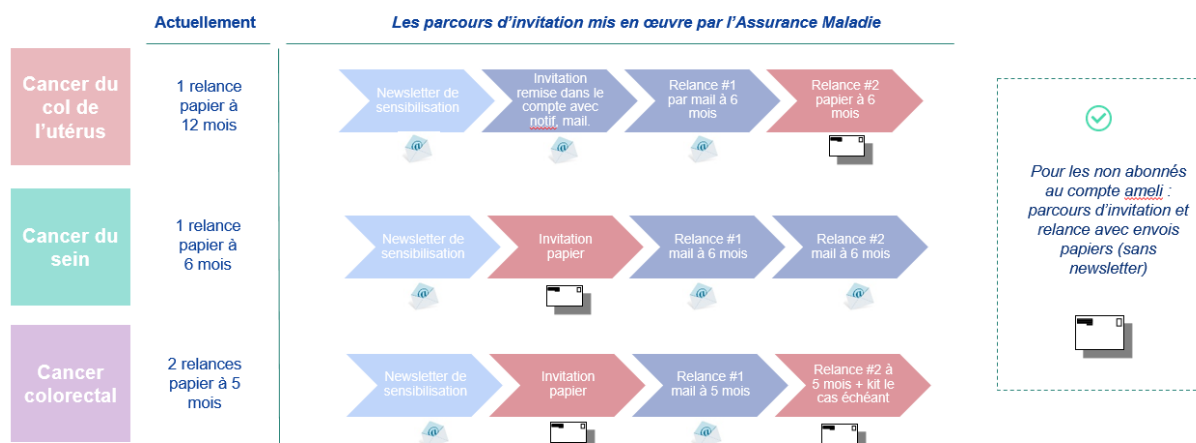
Une stratégie proactive d'invitation aux dépistages organisés, en pleine cohérence avec la nouvelle doctrine de l'Assurance en matière de santé publique

De l'invitation à l'adhésion, une stratégie rénovée pour faire adhérer durablement aux dépistages organisés en luttant contre les inégalités de santé

L'Assurance Maladie est chargée d'assurer à partir de 2024 le pilotage des invitations et des relances, et plus largement de toute la composante du parcours de dépistage qui se situe en amont de la réalisation du test biologique (pour le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus) ou de la mammographie (pour le cancer du sein).

Afin de renforcer la participation au dépistage organisé des cancers, l'Assurance Maladie prévoit de combiner plusieurs canaux de contact auprès des assurés (courriers papiers, courriels et SMS notamment). Les bases de l'Assurance Maladie contribueront à la qualité de l'identification des assurés éligibles ; de façon complémentaire, les assurés non concernés par un dépistage organisé pourront le signaler à l'Assurance Maladie. Afin de réduire les inégalités de santé en matière d'accès à ces dépistages, un dispositif d'« aller-vers » individuel, reposant sur des appels téléphoniques sortant et des SMS, est également prévu pour les personnes n'ayant pas suffisamment recours à ces dépistages, et en particulier chez les personnes les plus précaires et les plus éloignées du système de soins. Cet accompagnement comprendra en tant que de besoin un appui à la prise de rendez-vous auprès des professionnels concernés, ou l'aide à l'obtention d'un kit de dépistage concernant le dépistage du cancer colorectal.

Figure 55 : Parcours d'invitation aux dépistages organisés mis en œuvre par l'Assurance Maladie



Source : Cnam, 2023

La centralisation du processus d'invitation et de relance permettra une forte réactivité, avec un suivi et un pilotage infra-annuel du dispositif et de son efficacité. Le cas échéant, les modalités de contact pourront évoluer en fonction des niveaux d'efficacité observés (proportion de personnes contactées qui réalisent effectivement leur dépistage), dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité du dispositif.

Enfin, l'Assurance Maladie veillera à préserver les expérimentations en cours menées au niveau des CRCDC, et à faciliter les futures expérimentations dans le cas où celles-ci concerneraient la partie « invitation » du parcours du dépistage.

Envoi des listes des assurés non dépistés aux médecins traitants

Pour répondre aux enjeux de santé publique et renforcer la participation aux dépistages organisés des cancers, l'Assurance Maladie adresse aux médecins traitants, depuis fin 2022, la liste de leurs patients éligibles aux dépistages organisés des cancers et non dépistés dans les délais recommandés – dès lors que ces patients n'ont pas exprimé d'opposition à cette transmission.

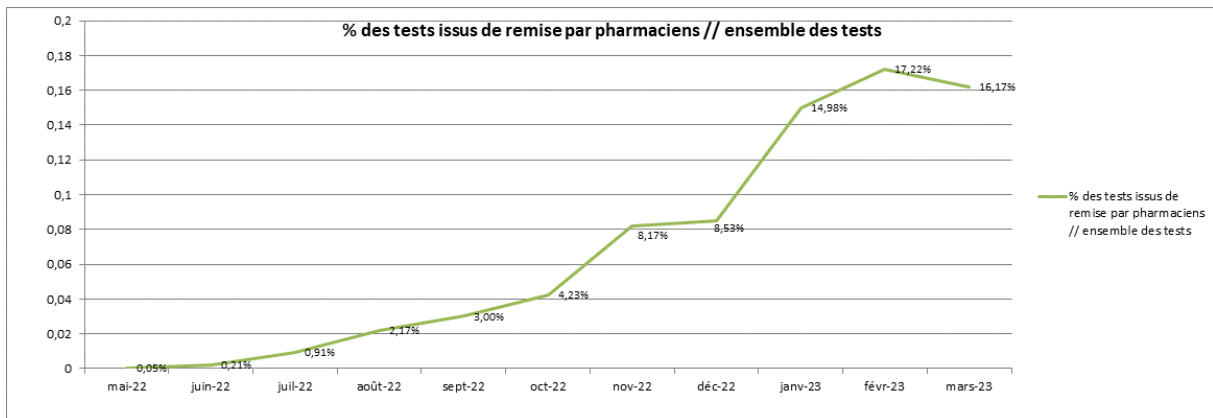
La mise à disposition de la liste de leurs patients concernés permet aux médecins traitants de mieux les identifier pour échanger avec eux lors d'une consultation. A compter de fin 2023, cette liste sera mise à disposition via le portail amelipro. Cela permettra ainsi aux médecins d'importer ces données en format informatique afin de pouvoir les intégrer au sein de leur logiciel métier.

Un sondage réalisé sur plus de 1000 médecins via amelipro a établi que 52% d'entre eux avaient d'ores et déjà utilisé la liste transmise dans le cadre de leur pratique. Une étude complémentaire dont les résultats seront disponibles fin 2023, permettra d'évaluer les effets de la mise à disposition de ces informations au bénéfice des médecins traitants.

Remise des kits de dépistage du cancer colorectal par les pharmaciens et formation de ces derniers à la remise

La remise des tests par les pharmaciens entre mai 2022, mois à compter duquel les pharmaciens ont pu remettre des kits après avoir bénéficié d'une formation, et mars 2023, mois complet avec données exhaustives et consolidées, n'a cessé de croître. En moins d'un an, plus de 15 % des tests analysés sont issus d'une remise par le pharmacien (Figure 56).

Figure 56 : Part de tests de dépistage du cancer colorectal par les pharmaciens parmi l'ensemble des tests



Source : Cnam

Partageant ce même objectif, les CRCDC se sont engagés depuis 2022 dans la formation des pharmaciens d'officine. A ce jour, au moins un pharmacien a été formé dans plus de la moitié des officines en France, soit 45% des pharmaciens en moyenne. L'Assurance Maladie poursuivra son soutien au déploiement de cette nouvelle mission des pharmaciens, qui recouvre d'importants enjeux de santé publique.

5.4 L'activité physique : un facteur de promotion de la santé et dans certains cas une thérapeutique non médicamenteuse

L'amélioration du niveau d'activité physique et la lutte contre la sédentarité représentent un enjeu de santé publique majeur. Le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques ne cesse de s'accroître. Selon l'OMS, les maladies chroniques sont la première cause de mortalité mondiale, et en Europe, elles concourent à près de 86 % des décès et impactent lourdement les dépenses de santé. Selon l'Assurance Maladie, en 2018, les pathologies et les traitements chroniques représentent près de 61 % des dépenses de santé du régime général en France (environ 86 milliards d'euros) et concernent 35 % de la population (soit près de 21 millions de personnes pour le régime général). Or, la place de l'Activité Physique ou sportive (APS) dans la prévention et la thérapeutique de la plupart de ces maladies, et son rôle sur la prévention de la perte d'autonomie et de la dépendance, la qualité de vie, la santé mentale, physique et sociale des personnes sont formellement démontrés⁷⁶. En plus de ces bienfaits, l'APS améliore l'espérance de vie en bonne santé (et l'espérance de vie de 7 ans en moyenne). L'activité physique adaptée (APA) est un sous-ensemble de l'activité physique et sportive.

Les publications scientifiques et les rapports parlementaires étant unanimes sur les bénéfices de l'AP adaptée si nécessaire (comme thérapeutique non médicamenteuse), l'APA s'est inscrite logiquement et progressivement dans le droit (Code de la santé publique et textes d'application). La loi du 26 janvier 2016 prévoit l'intégration de l'APA dans les parcours de soins des patients atteints d'ALD sur prescription du médecin traitant. Le décret du 30 décembre 2016 et l'instruction ministérielle du 3 mars 2017 précisent les conditions de dispensation de l'APA (voir ci-dessous). La loi du 2 mars 2022 vise quant à elle à démocratiser le sport en France en élargissant la prescription de l'APA à tous les médecins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée, d'une maladie chronique (diabète, cardiopathie, cancer...), présentant des facteurs de risques (hypertension, obésité...) ou en perte d'autonomie.

Malgré cette ouverture de la prescription de l'APA, la définition de ses conditions de réalisation et la mobilisation croissante de différents acteurs comme les collectivités locales, la majorité des médecins n'ont pas le réflexe de prescription de l'APA à visée thérapeutique. Seuls certains territoires plus volontaristes, comme à Strasbourg, où un dispositif est organisé, lisible et financé (près de 500 médecins généralistes prescrivent à Strasbourg) font figure d'exception en termes de montée en charge de sport santé.

Concernant les bénéfices médico-économiques de l'AP, un rapport du ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques a été élaboré avec la contribution de personnes qualifiées de l'équipe nationale Article 51, du SGMAS et du MSP⁷⁷.

Ce rapport indique que malgré le faible nombre d'études portant sur l'évaluation des différents impacts socio-économiques des activités de sport santé, en particulier dans le contexte français, « *il existe un haut niveau de preuve scientifique sur les effets bénéfiques sur la santé des activités physiques et/ou sportives en prévention primaire, secondaire et tertiaire* » ; le rapport compile néanmoins plusieurs publications d'intérêt dont les principales conclusions sont synthétisées en annexe. Les méthodologies, les périmètres et les perspectives (coûts sociétaux, coûts au périmètre AM, ...) sont divers mais le potentiel d'économies est réel.

5.4.1 Activité physique, activité sportive, activité physique adaptée, réadaptation : des notions distinctes

Les techniques mobilisées par l'APA relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent d'une part de l'activité physique (AP), et d'autre part des actes de rééducation fonctionnelle et de la réadaptation en SMR.

L'activité physique (AP) se définit comme « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle du repos* » (Caspersen, 1985). Elle inclut les activités physiques de la vie

⁷⁶ Expertise collective de l'INSERM (2008) et celle de l'ANSES (février 2016)

⁷⁷ *Évaluer les impacts socio-économiques du sport-santé en France* » - 21 février 2023 : <https://onaps.fr/evaluer-les-impacts-socio-economiques-du-sport-sante-en-france-2022-nouveau-rapport-inedit/>

quotidienne et celles de loisirs, dont le sport. C'est une thérapeutique non médicamenteuse dont l'efficacité est démontrée dans de nombreuses situations cliniques

La rééducation fonctionnelle (ou motrice) vise la récupération *ad integrum* de la fonction. Il s'agit d'un traitement donné à la suite d'un accident, d'une maladie, d'un traumatisme ; elle est généralement basée sur des exercices répétitifs et un ensemble de soins corporels bien déterminés et permet de rétablir une fonction locomotrice lésée et de restaurer au maximum l'autonomie des muscles atteints.

La réadaptation est « *l'ensemble des moyens médicaux, psychologiques et sociaux qui permettent à une personne en situation de handicap, ou menacée de l'être, du fait d'une ou plusieurs limitations fonctionnelles, de mener une existence aussi autonome que possible* ». Ce terme sous-entend des séquelles majeures, sans récupération possible. Elle fait appel aux moyens de la rééducation, mais aussi de la psychiatrie et de la chirurgie fonctionnelle.

L'activité physique adaptée (APA) est une thérapeutique non médicamenteuse validée par la Haute Autorité de Santé en 2011, mobilisable dans de nombreuses pathologies chroniques, seule ou en complément d'une autre thérapeutique, médicamenteuse ou non. Elle est basée sur un programme structuré d'exercices physiques encadré par des intervenants formés, tenant compte de la condition médicale et physique, des limitations fonctionnelles (locomotrices, cognitives, sensorielles) et des motivations de ses bénéficiaires. Elle se compose d'exercices physiques, en groupe ou en individuel, en face à face ou à distance. Le programme d'APA est destiné aux malades chroniques dont la condition médicale nécessite une adaptation de la pratique et un accompagnement psycho-comportemental renforcé dans le but de leur **faire adopter un mode de vie physiquement actif** sur une base régulière permettant de réduire les facteurs de risque ou les limitations fonctionnelles liées à l'affection de longue durée, la maladie chronique ou la/les situations(s) de perte d'autonomie dont ils sont atteints ;

5.4.2 Les évolutions réglementaires encadrant l'APA

L'expertise collective de l'INSERM (2008) et celle de l'ANSES (février 2016) confirment les effets bénéfiques de l'activité physique sur la réduction des complications ainsi que sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies chroniques et sur leur autonomie, conduisant à **l'inscription de la prescription d'activité physique dans le Code de la santé publique via la loi de santé de 2016**.

Le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'APA indique que la prescription de l'APA s'adresse aux patients atteints d'une ALD et précise qui peut dispenser de l'APA :

- Les professionnels de santé suivants : les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens.
- Les professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'APA, autrement dit les enseignants en APA (EAPA), titulaires d'une licence mention STAPS, parcours-type APAS ou d'un master mention STAPS APAS.
- Les professionnels et personnes qualifiées, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une ALD. Il s'agit des éducateurs sportifs, des fonctionnaires et des militaires figurant à l'article R.212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles. Il s'agit également des professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle (TFP) ou d'un certificat de qualification.

L'article 2 de la loi du 2 mars 2022, qui a pour objectif de développer la pratique sportive pour le plus grand nombre **étend le champ des bénéficiaires** de la prescription d'APA par les MT aux « **personnes atteintes d'ALD ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie** (décret n° 2023-235 du 30 mars 2023). »

L'article 4 **élargit les modes de renouvellement** de l'APA en précisant que « *le masseur-kinésithérapeute peut renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales initiales d'activité physique adaptée, dans des conditions définies par décret.* » (Décret n° 2023-234 du 30 mars 2023).

Ces textes ne mentionnent pas le remboursement de ces prescriptions par l'Assurance Maladie.

Les référentiels HAS actualisés en juillet 2022⁷⁸ ont permis de définir 4 niveaux de prescription de l'activité physique :

⁷⁸ HAS • Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte • juillet 2022

Le niveau 1 est approprié aux patients présentant une maladie/blessure avérée et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme **justifiant d'un programme de rééducation/réadaptation**. Le patient est adressé sur ordonnance pour une rééducation/réadaptation à **un professionnel de santé de rééducation (MK et MPR)**.

Le niveau 2 est approprié aux patients présentant une maladie et/ou un état fonctionnel évalués par le médecin comme justifiant d'un **programme d'activité physique adaptée (APA)**. Le patient est adressé sur ordonnance pour un programme d'APA à **un professionnel de l'APA** (professionnel de santé paramédical [MK, psychomotricien ou ergothérapeute] ou enseignant en APA-S).

Les niveaux 3 et 4 sont appropriés aux **patients physiquement inactifs** qui ont besoin d'augmenter leur niveau d'AP et qui sont considérés par le médecin comme **capables de participer à une gamme ordinaire d'AP ou sportive**, soit avec **une supervision** pour le **niveau 3** (éducateurs sportifs formés, organisés par des associations ou des clubs sportifs), soit évalués comme capables de contrôler et de maintenir **seuls** leur propre AP pour le **niveau 4**.

5.4.3 Les dispositifs relatifs à l'AP ou à l'APA existant actuellement

Le cancer

Pour chaque personne ayant reçu un traitement pour un cancer du sein⁷⁹, les médecins concernés prescrivent l'accès à un parcours de soins global comprenant un bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique pour les patients atteints d'un cancer afin de réduire les risques de séquelles et prévenir les rechutes. Les séances d'activité physique à visée thérapeutique correspondant aux objectifs thérapeutiques identifiés lors des bilans initiaux, sont explicitement « *non comprises dans ce financement forfaitaire* ».

Les prestations visées sont :

- Pour les diététiciens : bilan diététique (d'une durée d'une heure) et consultations de suivi (d'une durée d'une demi-heure), en fonction des besoins identifiés ;
- Pour les professionnels de l'activité physique adaptée (APA) : bilan fonctionnel et motivationnel de l'activité physique, qui donne lieu à l'élaboration d'un projet d'activité physique adaptée (d'une durée d'une heure)
- Pour les psychologues : bilan psychologique (d'une durée d'une heure) et consultations de suivi (d'une durée d'une demi-heure), en fonction des besoins identifiés. »
- Ce type de prise en charge est actuellement plutôt réalisé dans des structures hospitalières.

Le diabète

L'art. 71 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 prévoit un dispositif expérimental de financement de la mise en place par certaines ARS d'un parcours soumis à prescription médicale, pouvant comprendre un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des consultations de suivi nutritionnels et psychologiques, visant à accompagner les personnes pour lesquelles une complication du diabète de type 2 est découverte. A date, ce dispositif n'a pas été mis en œuvre : il est en attente des textes d'application.

Les dispositifs mis en place par les ARS

Il existe quelques exemples de dispositifs proposés par certaines ARS :

Prescri'mouv en Grand Est : permet au médecin traitant d'orienter certains patients (liste ALD 30, patients atteints d'un trouble musculosquelettique, de troubles persistants à la suite d'une infection à la Covid [notamment en cas d'altérations physiques marquées : atteintes respiratoires, cardiaques ou articulaires...] et/ou en situation d'obésité [indice de masse corporelle (IMC) compris entre 30 et 40] vers une offre d'AP.

Prescri'Forme en Ile de France : permet aux médecins de prescrire de l'APA et d'orienter leurs patients en ALD, en situation d'obésité et atteints d'hypertension artérielle vers la structure adaptée à la pathologie.

⁷⁹ Article L. 1415-8 du code de la santé publique/Article R. 1415-1-12. Issu de l'article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020

Les complémentaires santé

Les organismes de prévoyance, d'assurance et mutuelles proposent des offres de soutien à la pratique d'activité physique et sportive, sous forme d'aide au financement d'une pratique d'activité physique et/ou sportive (forfait de prise en charge ou de remboursement d'une licence sportive/ d'un abonnement annuel /de séances, ou offre directe de séances d'activité physique adaptée) ou de prise en charge d'un bilan personnalisé pour la reprise d'une activité physique. Les forfaits peuvent s'adresser à l'ensemble des adhérents ou pour certains spécifiquement (ALD, +55 ans...).

Les expérimentations Article 51

Une dizaine d'expérimentations issues du dispositif article 51 proposent un parcours polarisé autour de l'APA et offrent ainsi quelques pistes de réflexion sur sa prise en charge financière. En effet, bien que les pathologies-cibles, objectifs et contenus de prise en charge de ces expérimentations divergent, elles présentent certaines analogies pouvant contribuer à la définition d'un cadre commun.

La prise en charge de l'APA au sein de ces dispositifs s'insère tout d'abord dans un contexte de prévention tertiaire, à l'issue de la prise en charge d'un événement de santé, qu'il s'agisse d'un cancer, d'une décompensation d'insuffisance cardiaque ou respiratoire. Globalement, les modèles de financement sont principalement à la séquence ; des forfaits qui rémunèrent une équipe pluri professionnelle, souvent mixte (ville/hôpital), dont l'EAPA fait partie et dans laquelle il joue un rôle central. Les programmes varient ensuite en intensité, en durée, et en nombre de séances selon la pathologie des patients (cancer, BPCO, insuffisance cardiaque) dans le cadre des recommandations HAS, faisant ainsi varier le coût moyen par patient.

Encadré 10. CAMI Sport Santé : expérimentation dans le cadre de l'article 51

Intégration précoce d'un programme d'APA dans le parcours d'adultes (pendant et après le traitement d'un cancer (sein, poumon, prostate, colon-rectum). Le parcours proposé comprend un panel d'interventions en présentiel et à distance pour assurer un accompagnement et un suivi des patients : consultation, bilan, séances APA, webinaires, animations thématiques, évaluation régulière et actions de coordination. Un parcours initial de 3 mois est proposé, comprenant : 2 bilans avec tests physiques, 24 séances APA (séance collective d'1h en présentiel à raison de 2 séances / semaine) et 12 séances en autonomie via des vidéos.

Financement à la séquence : 4 forfaits :

1/Parcours initial 3 mois : 345 euros

2/Renouvellement 3 mois : 310,50 euros

3/Renouvellement un mois : 92 euros

4/Bilan sortie 34.50 euros

Les maisons Sport Santé

Il s'agit d'un dispositif d'accompagnement à l'activité physique créé en 2019 par le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques et le ministère des Solidarités et de la Santé. Leurs missions couvrent un champ d'actions assez large de la mise à disposition du public de l'information sur les offres existantes de pratique d'APS et/ou APA, à la réalisation par un médecin ou autre professionnel compétent de l'évaluation des capacités physiques et du niveau de motivation des personnes en passant par la promotion de la pratique d'AP auprès des professionnels de santé du territoire.

En 2021, on dénombre 436 Maisons sport-santé ; ces structures sont cofinancées via des subventions du ministère des sports, des collectivités territoriales et/ou de l'agence nationale du sport dans le cadre du plan « 5000 équipements ».

5.4.4 Proposer une activité physique à des patients atteints de diabète ou de cancer, pour lesquels le bénéfice est avéré

L'Assurance Maladie propose de contribuer à la promotion de la pratique autonome de l'activité physique et de prendre en charge l'APA pour les patients atteints de diabète ou de cancer qui nécessite un accompagnement pour intégrer cette pratique dans leur quotidien. L'Assurance Maladie, en tant qu'assureur public du risque maladie, a vocation à contribuer à la promotion des bienfaits de l'activité physique, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) et de la

stratégie nationale sport santé et des Jeux Olympiques (JO) 2024, en coordination ou partenariat avec les ministères de la santé et de la prévention et des sports.

En complément, l'Assurance Maladie propose de prendre en charge financièrement une partie des programmes d'APA en tant que thérapie non médicamenteuse d'une partie des patients ciblés par les recommandations HAS de juillet 2022. Pour ce faire, il est proposé de porter une mesure dans le cadre du PLFSS 2024 ouvrant la prise en charge par l'Assurance Maladie d'une prestation d'APA auprès de populations pour lesquelles l'APA a montré largement sa pertinence en termes de santé publique et son efficacité médico-économique (rapport INSERM, recommandations HAS, rapports Brun et al (2008), Lauhers et al (2017), Perrier et al (2019), Palmer et al (2004)). Elle propose d'engager cette prise en charge en ciblant sur les personnes atteintes de cancer ou de diabète. L'ouverture de cette prise en charge pourrait être étendue progressivement à d'autres populations mentionnées dans les recommandations de la HAS de juillet 2022. Cette extension devra être envisagée au regard de la montée en charge du dispositif, du retour d'expérience des structures effectrices et de l'intérêt médico-économique mesuré sur les premiers bénéficiaires de cette prestation d'APA. Elle tiendra également compte de la capacité des acteurs à absorber cette nouvelle activité, désormais solvabilisée.

Selon les recommandations HAS, un parcours type d'APA se compose de 2 à 3 séances d'activité physique par semaine, sur une période de 3 mois éventuellement renouvelable. Chaque séance d'APA dure entre 45 et 60 minutes et associe des AP d'endurance aérobie et de renforcement musculaire. Il est destiné à des patients présentant un état physique ou fonctionnel pour lesquels l'APA a fait la preuve de son efficacité (niveau 2 de la HAS présenté ci-dessus) ; et prescrit par tout médecin généraliste ou spécialiste. Le programme est précédé au minimum d'une évaluation médicale basique, complétée d'une consultation médicale d'activité physique⁸⁰ si l'indication est retenue.

Encadré 11. Les conditions de prescription médicale initiale d'une APA (HAS)

4 conditions pour justifier cette prescription et garantir son efficacité à court et à moyen et long terme :

- Le patient a une maladie et/ou un état fonctionnel pour lesquels l'APA a démontré ses effets bénéfiques
- Il n'a pas déjà un niveau d'AP régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de l'OMS
- Il ne peut pas augmenter son niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et de façon Sécurisée ?
- Il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable

L'APA est une thérapeutique individualisée :

- Elle est adaptée aux capacités, besoins et envies du patient, et supervisée par un professionnel de l'APA.
- Elle doit être associée à un accompagnement vers un changement de mode de vie de la personne avec une majoration de l'AP quotidienne et une diminution du temps passé à des activités sédentaires.

La prise en charge de l'APA par l'Assurance Maladie : concrètement

La prise en charge financière pour la réalisation de la consultation de prescription et d'orientation par le médecin est prise en charge à 100% pour les patients relevant de l'ALD.

Ensuite, les programmes se déclinent sous la forme d'un cycle d'APA (voir encadré CAMI Sport Santé qui servira de base de réflexion sur les modalités de prise en charge) réalisé par des professionnels de l'APA (masseurs-kinésithérapeutes, Enseignants en Activité Physique Adaptée, ergothérapeutes, psychomotriciens) selon les besoins du patient. Ce programme est constitué de deux bilans (initial et final), de séances d'APA et d'accompagnement motivationnel.

Il est proposé une prise en charge partagée entre l'Assurance Maladie et l'Assurance complémentaire en santé s'agissant d'enjeux de santé partagés pour lequel les organismes complémentaires ont développé des offres auprès de leurs clients. Les discussions avec les organismes complémentaires s'ouvriront courant 2023, pour définir au mieux le niveau de prise en charge AMO/AMC sur ces prestations novatrices d'accompagnement d'assurés malades vers la pratique d'une activité physique régulière autonome.

Le médecin prescripteur pourra dans sa prescription initiale indiquer les besoins du patient vis-à-vis d'autres composantes professionnelles (diététicien, psychologue) et ainsi orienter vers des offres complémentaires (offre de services

⁸⁰ A noter que l'évaluation de la condition physique incluse dans cette dernière peut être réalisée par un professionnel de l'AP

dématérialisée en lien avec Manger-bouger dont l'Assurance Maladie pourrait être le porteur, dispositif d'accompagnement psychologique de l'Assurance Maladie Mon soutien psy) permettant de bénéficier d'un accompagnement multidimensionnel.

Il s'agit d'une offre thérapeutique non médicamenteuse complémentaire qui s'inscrit dans le cadre du parcours de soins coordonné, proposée pour ce faire par les structures d'exercice coordonné (MSP, CDS) afin d'assurer la coordination de la prise en charge globale de patients malades chroniques.

Le médecin traitant est le pivot de cette prise en charge, qui pourrait faire l'objet d'une demande d'accord préalable de l'Assurance Maladie qui pourra être dématérialisée afin d'assurer le bon respect des conditions de prise en charge de ces séances.

Avec l'accord du patient, le **masseur-kinésithérapeute (MK)** peut, sauf indication contraire du médecin, **renouveler une fois** la prescription médicale initiale d'APA à l'échéance de la durée de celle-ci ou du nombre de séances prescrites ou l'adapter en termes de type d'activité, d'intensité, de fréquence et de durée.

Encadré 12 : Principales études médico-économiques montrant l'intérêt de l'APA

Auteurs	Méthodologie	Résultats
Senik et al (2015, 2021)	A partir des résultats de l'étude « <i>HAPPIER</i> », estimation des coûts annuels directs économisés grâce aux chutes évitées à la suite d'un programme d'APA à destination de résidents de maisons de retraite.	Un programme d'APA de type « <i>HAPPIER</i> » permettrait d'économiser chaque année entre 1 842 et 3 242 € par patient . Si ce type de programme d'APA était généralisé à 500 000 résidents de maisons de retraite, la France pourrait économiser chaque année entre 421 et 771 millions € .
Brun et al (2008)	Comparaison des dépenses de santé pendant 12 mois de 25 patients diabétiques qui ont été répartis au hasard en deux groupes : un groupe témoin avec un traitement conventionnel et un groupe intervention, qui en sus de leur traitement conventionnel, ont bénéficié d'un programme d'APA avec des séances encadrées et en autonomie.	Sur les 12 mois d'expérimentation, le coût moyen journalier des dépenses de santé a été évalué à 3 euros dans le groupe témoin et à 1,65 euros dans le groupe intervention, soit une économie de près de 50 % attribuable au programme d'APA .
Lauhers et al (2017)	Suivi de la consommation de médicaments et de leurs coûts d'une cohorte de 29 patients âgés de 50 à 70 ans atteints de diabète de type 2 qui ont bénéficié d'un programme intensif de changement de style de vie basé sur l'APA et la nutrition pendant 3 semaines, suivi d'un programme à domicile visant à maintenir ces changements de mode de vie pendant environ 11 mois.	Un an après le début du programme, 26 patients ont entièrement suivi l'intervention, 14 d'entre eux ont arrêté ou diminué leur consommation de médicaments pour le diabète. Ainsi pour l'ensemble du groupe, le coût moyen des médicaments consommés pour le diabète à 1 an était inférieur (135.1±43.9 €) par rapport à la consommation moyenne initiale (212.6±35.8 €) .
Bailly et al (2018)	a) Évaluation du ratio coût-efficacité en QALYs d'un programme d'APA de 5 mois à destination de patients atteints par une maladie coronarienne ou une insuffisance cardiaque modérée.	a) Le ratio coût-efficacité du programme d'APA a été évalué à 10 928 euros par QALY .
	b) Comparaison des dépenses de santé pendant 12 mois de 43 patients atteints par une maladie coronarienne ou une insuffisance cardiaque modérée , affiliés au RSI et reconnus en ALD (affection de longue durée), qui ont suivi un programme d'APA pendant 5 mois, avec les 1 891 autres patients également affiliés au RSI atteints des mêmes affections ALD, qui n'ont pas bénéficié de ce programme d'APA.	b) Les dépenses de santé des participants au programme d'APA , issues des bases de données du RSI, ont diminué significativement (environ de 30 %), passant d'une moyenne de 4 097 euros par an avant le programme d'APA à 2 877 euros par an après ; en revanche celles des patients n'ayant pas bénéficié de ce programme n'ont quasiment pas changé, passant de 4 087 euros à de 4 180 euros par an.
Perrier et al (2019)	a) Évaluation du ratio coût-efficacité d'un programme d'APA de 6 mois , associé à des soins nutritionnels sur 41 patientes atteintes d'un cancer du sein localisé , en comparaison à 19 patientes ayant reçu des soins nutritionnels habituels, sur la base de 4 critères (i.e. IMC, tour de taille, masse grasse et capacité aérobie estimée).	a) Le programme combinant de l'APA et des soins nutritionnels était rentable pour améliorer la capacité aérobie des patientes .
	b) Comparaison entre les deux groupes de l'ensemble des coûts liés aux hospitalisations, aux consultations médicales externes, aux transports, au programme d'APA et aux soins nutritionnels	b) Les coûts moyens totaux par patiente étaient inférieurs de 3 271 € dans le groupe bénéficiant du programme d'APA et des soins nutritionnels comparativement aux groupes bénéficiant des soins nutritionnels habituels (i.e. 17 344 € versus 20 615 €).
Palmer et al (2004)	Modélisation de l'impact économique à long terme d'un programme de prévention du diabète de type 2 , chez des personnes en surpoids intolérantes au glucose, intégrant de l'APA dans une approche globale de changement de style de vie. Modélisation réalisée à partir de modèle Markov, des données de l'étude DPP (2002), et des coûts directs du diabète en France.	Les résultats de cette modélisation ont estimé que ce type de programme de prévention pourrait être rentable en France. Ce programme permettrait d'économiser des coûts directs de santé estimés en moyenne à 455 euros par personne, qui développerait malgré tout un diabète de type 2 .

5.5 La santé mentale : un enjeu majeur de santé publique

5.5.1 L'importance des problématiques de santé mentale, amplifié par le COVID

Selon une étude BVA diligentée par Santé publique France⁸¹, plus de quatre personnes sur dix ont confié des signes d'état dépressif ou anxieux au cours de l'année 2022. Près d'un Français sur quatre (24%) a montré des signes d'un état anxieux, quand quasiment un sondé sur six (17%) reconnaissait des signes d'un état dépressif. La santé mentale des Français est fortement dégradée depuis le début de la crise sanitaire et ne montre pas d'amélioration en 2022. Si une partie des effets est sans doute attribuable aux impacts à long terme de la crise sanitaire, le contexte actuel (tensions internationales, inflation, changement climatique...) contribue sans doute également aux difficultés observées. Globalement, les chiffres concernant les états anxieux et dépressifs, les conditions de vie, les problèmes de sommeil et les pensées suicidaires ne baissent pas par rapport à l'année passée. La part des personnes anxieuses reste notamment très élevée, avec plus de 10 points par rapport à 2017. Une seule légère amélioration est à noter : la baisse de 2 points de la part de Français déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année par rapport à 2021. Un sondé sur dix reste cependant concerné.

La santé mentale des jeunes semble aussi particulièrement affectée

La santé mentale des plus jeunes a fait l'objet de récentes publications⁸² démontrant que les troubles dépressifs ne débutent pas à l'adolescence comme le dispositif PsyEnfantAdo a pu en témoigner durant la crise sanitaire, près de 4 500 jeunes entre 3 et 17 ans ont été pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie (dont 51% ont entre 3 et 11 ans). Une enquête européenne de 2010 dans sept pays évalue à 12,8 % la proportion d'enfants de 6 à 11 ans avec un trouble de la santé mentale, quand une méta-analyse de 2015 l'estime à 12,4 % au niveau mondial dans cette tranche d'âge. Contrairement aux adultes pour lesquels le généraliste est le premier recours (pour 8 % d'entre eux versus 5 % qui se tournent vers les psychologues), les enfants sont plus enclins à voir un psychologue (7 % versus 3 % qui consultent un généraliste ou pédiatre).

Le dernier rapport Charges et Produits pour 2023 de l'Assurance Maladie soulignait la persistance d'une forte consommation de traitements psychotropes en 2021, dans un contexte général de dégradation de la santé mentale, notamment des plus jeunes⁸³. En France, l'enquête EpiCov (INSERM, DREES) a évalué la part des jeunes de 15-24 ans souffrant de syndromes dépressifs à 22% en mai 2020, proportion ayant doublé en seulement 1 an (10,1% en 2019) alors qu'elle avait doublé en 5 ans sur la période précédente, entre 2014 et 2019⁸⁴. Par ailleurs, l'ATIH dans son analyse de l'activité hospitalière en psychiatrie note qu'entre 2019 et 2021, alors que le nombre de patients pris en charge en psychiatrie à temps complet et partiel diminue, ce dernier augmente pour les 13-17 ans de 11,5 % et de 7,0 % pour les 18-24 ans.

Enfin, Santé Publique France⁸⁵ constate une dégradation continue depuis l'automne 2020 des indicateurs relatifs aux passages aux urgences pour idées suicidaires et gestes suicidaires, et aux hospitalisations pour tentative de suicide, particulièrement chez les jeunes de 10 à 24 ans et de sexe féminin. Depuis début 2021, on observe une augmentation des passages aux urgences pour geste suicidaire, idées suicidaires et troubles de l'humeur chez les enfants de 11-17 ans (niveaux collège, lycée) et dans une moindre mesure chez les 18-24 ans, selon Santé Publique France⁸⁶.

Corroborant ces résultats, les passages aux urgences pour idées suicidaires étaient en hausse à la fin de l'année 2022 chez les 18-24 ans et se maintenaient à un niveau élevé en début d'année 2023.

⁸¹ CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19

⁸² Deux travaux publiés le 20 juin 2023 : *Étude nationale sur le bien-être des enfants (Enabee)*, Santé publique France et données d'Epicov, Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Drees).

⁸³ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2023. pp15-40 et pp115-116

⁸⁴ Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans :

Résultats issus de la 1re vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019, Études et résultats, n°1185, DREES, mars 2021

⁸⁵ Point épidémiologique santé mentale

⁸⁶ Santé mentale. Point épidémiologique national mensuel. N° 7. 07 mars 2022. Saint-Maurice : Santé publique France.

5.5.2 Bilan des propositions 2022 dans le domaine de la santé mentale

Déploiement de l'initiative « Premiers secours en santé mentale » à destination des jeunes et réflexions sur les conditions de son extension en milieu professionnel

Déploiement de formations de secouristes en santé mentale en direction d'intervenants auprès de jeunes de 18 à 25 ans « non étudiants » et/ou de ces jeunes eux-mêmes

Le Secourisme en santé mentale, porté par le programme « Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) », consiste à apporter une aide à une personne qui présente un trouble de santé mentale (que ce soient les premiers symptômes, l'aggravation d'un trouble connu ou une situation de crise). Les premiers secours sont donnés jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée, ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premiers secours qui eux, apportent une aide physique à la personne en difficulté. Les PSSM sont inspirés du programme australien « Mental health first aid ». Il s'agit d'un programme standardisé, visant à former la population générale pour être en mesure d'intervenir, avec aisance et de façon proactive, devant toute situation nécessitant des secours en santé mentale.

Encadré 13. Focus formation aux PSSM

La formation aux PSSM permet une meilleure connaissance de la santé mentale, des troubles psychiques, un repérage de ces troubles et indique la conduite à tenir en cas de problème ou de crise. Le module « standard » concerne un public adulte (18 ans et plus) et consiste en une formation de 14h (2 jours consécutifs ou non) avec des cours théoriques portant sur la santé mentale, les symptômes et facteurs de risque de dépression, anxiété, psychose et addictions, et sur les situations de crise associées à ces pathologies : crise suicidaire, attaque de panique, événement traumatique, menaces, overdose ; puis une mise en pratique pour acquérir les comportements adéquats, tout cela à l'aide d'un manuel d'instruction remis à chaque participant.

Lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie des 27 et 28 septembre 2021, le Président de la République a annoncé sa volonté de diffuser la formation au secourisme en santé mentale en population générale, en formant 60 000 secouristes d'ici 2023 et 150 000 d'ici 2025.

Objectifs du projet :

Objectif stratégique : repérer chez les jeunes les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise afin d'intervenir précocement, sur le modèle des « gestes qui sauvent ».

Objectifs secondaires :

- Lutter contre la stigmatisation liée aux troubles psychiques et ;
- Améliorer la situation des personnes touchées par ces troubles en favorisant l'accès aux soins et à l'accompagnement.

Objectif opérationnel : former des secouristes en santé mentale : **des intervenants auprès de jeunes de 18 à 25 ans et/ou ces jeunes eux-mêmes.**

Bilan 2022 et actions 2023 (en cours) :

En 2022, il était proposé à chaque Caisse de mettre en œuvre **une session de formation** de secouristes en santé mentale à destination d'intervenants auprès de jeunes de 18 à 25 ans et/ou de ces jeunes eux-mêmes. **Au total 81 sessions de formation de secouristes ont été organisées pour 1011 participants avec une moyenne de 13 participants par session.** Les publics formés étaient majoritairement des intervenants auprès de publics jeunes issus de différentes structures : missions locales, associations, foyers de jeunes travailleurs, collectivités, protection judiciaire de la jeunesse, etc. L'Assurance Maladie a ainsi contribué, avec d'autres acteurs portant des formations en direction d'autres publics (universitaires, secteur de la justice, fonction public territoriale, etc.), à l'atteinte de l'objectif de 60 000

secouristes formés en 2023. En effet, au 1er juin 2023, 60 831 secouristes en santé mentale étaient comptabilisés en France.

Compte tenu des évaluations très positives de la satisfaction des participants (99% des participants recommandent la formation), des demandes de la majorité des Caisses d'organiser d'autres sessions, et du contexte dégradé de la santé mentale des jeunes tel que mesuré dans l'étude supra et dans différentes enquêtes^{87 88}, il a été proposé à chaque Caisse **d'organiser 1 ou 2 session(s) de formation en 2023** en fonction des besoins exprimés sur son territoire, à destination d'intervenants auprès de jeunes de 18 à 25 ans et/ou de ces jeunes eux-mêmes. L'objectif étant d'augmenter de 50 % le nombre de bénéficiaires par rapport à 2022 (objectif d'environ 1520 participants). Le bilan du déploiement 2023 sera disponible à la fin du premier trimestre 2024. D'autres acteurs portent également des formations en direction de différents publics. Des formations sont ainsi en cours de déploiement entre autres dans les universités (pilotage DGESIP et DGS/ARS) ; dans le secteur de la justice (DAP, DPJJ), dans la fonction publique (DGAFP), etc.

Expérimentation de déploiement de formations de secouristes en santé mentale en milieu professionnel

Une analyse spécifique a montré que le dispositif peut utilement être également déployé en milieu de travail via PSSM France ou un potentiel autre opérateur.

Un 1er niveau de retour d'expériences des institutions/entreprises ayant mis en œuvre les PSSM en milieu de travail a ensuite été réalisé. Ces retours ont permis de déterminer des pistes de déploiement du dispositif PSSM en entreprise, d'identifier les éléments déclencheurs de ce déploiement et les objectifs poursuivis par les entreprises, ainsi que de questionner comment ce dispositif est relié à la politique « santé au travail » des entreprises. Ce premier retour d'expérience pose des bases favorables à un déploiement du dispositif en milieu de travail en prenant en compte les points de vigilance identifiés.

En parallèle de ce retour d'expérience, une étude sur le déploiement des PSSM et du secourisme en santé mentale en Europe a été lancée via Eurogip. Les premiers éléments de cette étude montrent qu'aucune formation de salarié sauveteur secouriste du travail (SST) ne contient de module sur la formation de premier secours en santé mentale (même si des questions émergent dans plusieurs pays). Des programmes dédiés SSM en « milieu de travail » sont déployés dans quelques pays.

Enfin, une expérimentation sera menée sur le 2^{ème} semestre 2023 à l'instar du déploiement réalisé par le réseau Assurance Maladie pour avoir un plus large retour d'expérience. L'objectif poursuivi est de mettre en œuvre une session de formation aux PSSM par toutes les Carsat/CGSS en 2023 (environ 70 entreprises et 200 secouristes formés) afin notamment d'évaluer à plus grande échelle l'adéquation du dispositif SSM aux besoins des entreprises, d'évaluer les conditions de réussite du possible déploiement par les entreprises (mobilisation, préparation, formation et mise en œuvre) et pouvoir s'appuyer le cas échéant sur des relais pour construire un référentiel SSM en milieu de travail.

Accompagner et consolider la généralisation de l'expérimentation de l'Assurance Maladie proposant des séances d'accompagnement psychologique sur adressage du médecin pour les patients présentant des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée

De 2018 à mars 2022, l'Assurance Maladie a expérimenté une prise en charge de séances d'accompagnement psychologique pour les patients âgés de 18 à 60 ans et présentant des troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée auprès de psychologues cliniciens ou de psychothérapeutes agréés par l'ARS.

Ce dispositif, mis en place dans quatre départements (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Morbihan et Landes), visait à renforcer l'offre d'accompagnement psychologique en France. Il a fait l'objet d'une évaluation multidimensionnelle visant à apporter un éclairage détaillé sur le fonctionnement, l'acceptabilité et l'impact clinique, organisationnel et économique du dispositif. L'évaluation est en cours de finalisation. Plusieurs publications dans des revues scientifiques sont prévues.

Des premiers résultats sont disponibles, issus des données de pilotage du dispositif, d'entretiens auprès des acteurs (partenaires institutionnels, médecins généralistes, psychologues et psychiatres), et d'enquêtes auprès de 603 médecins généralistes et 436 psychologues participant au dispositif. La mobilisation des acteurs locaux a été forte. L'activité soutenue du dispositif témoigne de l'adhésion de nombreux patients et professionnels de santé. Sur les territoires

⁸⁷ Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(2):28 -40.

⁸⁸ OFDT2023. Les drogues à 17 ans – Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022.Tendances n° 155. https://www.ofdt.fr/files/2916/8543/2322/OFD_Tendances_ESCAPAD_VF.pdf

concernés, de 2018 à mars 2022, 89% des MG ont inclus au moins un patient, 947 psychologues conventionnés ont réalisé au moins une séance. 37 841 patients ont bénéficié de 405 674 séances financées en intégralité par l'Assurance Maladie.

Quasiment tous les acteurs interrogés soulignent le bien-fondé et la pertinence du programme. Généralistes et psychologues interrogés convergent pour reconnaître le caractère bénéfique du dispositif pour les patients : perception positive de l'évolution clinique sur le plan de la santé mentale et du fonctionnement social. Ces résultats restent à confirmer via le suivi de cohortes de patients suivis dans le dispositif et témoins. Ils permettront d'étudier l'évolution de l'état de santé et la qualité de vie des patients, ce que le dispositif change pour les professionnels de santé et pour l'organisation des soins.

Les premiers résultats de l'évaluation ont permis des adaptations concernant notamment l'élargissement des critères d'inclusion, la simplification du parcours (administratif et clinique) et la rémunération en vue d'une prise en charge des séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du droit commun au travers de la mise en place du dispositif Mon soutien psy.

Dans le cadre du déploiement de Mon soutien psy, la situation de ces quatre départements précurseurs dans la santé mentale permet de mettre en évidence, à ce jour :

- **Une densité de l'offre de psychologues conventionnés pour 100 000 habitants supérieure à la moyenne nationale** (3,4) [0,5-13,8] dans tous les départements. Elle est plus importante en Haute-Garonne (13,8) et dans les Bouches-du-Rhône (8,7). Elle est plus faible dans le Morbihan (7,3) et les Landes (4,1) ;
- **Un taux de participation au dispositif parmi les psychologues libéraux ou mixtes installés supérieur à la moyenne nationale** (8,3%) [1,5%-21%]. Dans les 4 départements : 20,8% dans le Morbihan, 16,9% dans les Bouches du Rhône, 14,2% dans la Haute Garonne et 10,8% dans les Landes (10% des départements ont un taux de participation entre 17% et 21%) ;
- **Un nombre moyen de patients adressés par médecin supérieur à la moyenne nationale (3,8)**, [1-260], Haute-Garonne (9), Morbihan (6), Bouches-du-Rhône (5) et Les Landes (6) ;
- **Un nombre moyen de patients pris en charge par psychologue conventionné plutôt plus important que la moyenne nationale** (62) ; [1-560]] : plus élevé dans les Landes (109), (74) en Haute-Garonne, (67) dans le Morbihan, (60) dans les Bouches du Rhône. Ce qui signifierait que les psychologues de ces départements consacrent une partie plus importante de leur activité dans le cadre du dispositif que dans le reste de la France. *Hypothèse à nuancer avec le constat réalisé en Haute Garonne, où 26% des psychologues conventionnés n'ont réalisé aucune séance, ce taux est cependant inférieur à 10% dans les 3 autres départements de l'expérimentation contre une moyenne nationale de 12%.*

Améliorer la pertinence et les conditions de prescriptions des antidépresseurs

Au premier semestre 2023, une campagne d'échanges confraternels menée par les praticiens conseils de l'Assurance Maladie vers près de 10 000 médecins généralistes ciblés a été réalisée pour les accompagner dans la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé de 65 à 75 ans. Les objectifs poursuivis sont d'améliorer le diagnostic de dépression et sa prise en charge notamment au regard de la durée de traitement (entre 6 et 12 mois après rémission) et de l'alliance thérapeutique avec le patient pour favoriser l'observance médicamenteuse. Il convient en outre de bien différencier le niveau de gravité de l'épisode dépressif : léger, modéré et/ou sévère. La psychothérapie est systématiquement préconisée, mais le traitement antidépresseur n'est pas recommandé en première intention en cas de trouble léger.

5.5.3 Perspectives d'actions visant à renforcer l'efficacité et la pertinence des soins dans le domaine de la santé mentale

Bilan du dispositif d'accompagnement psychologique Mon soutien psy

Depuis avril 2022, l'Assurance Maladie soutient la montée en puissance du dispositif Mon soutien psy, qui permet aux personnes en souffrance psychique d'intensité légère à modérée de bénéficier de 8 séances d'accompagnement par un psychologue prises en charge par l'Assurance Maladie. Ce dispositif présente plusieurs objectifs :

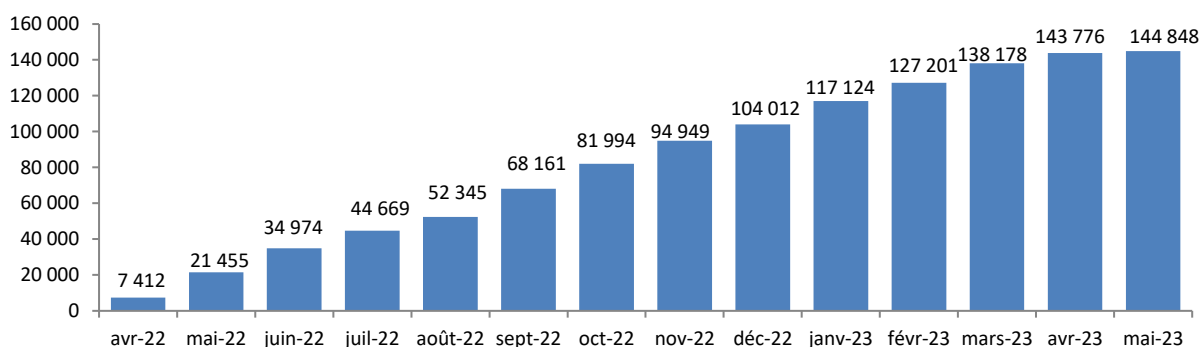
- Proposer une offre de 1^{ère} ligne de prise en charge initiale pour l'ensemble de la population à partir de trois ans ;

- Permettre un accès aux soins en santé mentale plus large et plus équitable, notamment pour les personnes pour qui le coût des séances d'accompagnement psychologique est un frein ;
- Construire un parcours de soins et renforcer le partenariat entre le psychologue et le médecin
- Déstigmatiser le sujet de la santé mentale.

Ce dispositif généralisé a permis **l'unification des dispositifs expérimentaux et d'urgences préexistants**, pour une meilleure lisibilité de l'offre dans les territoires.

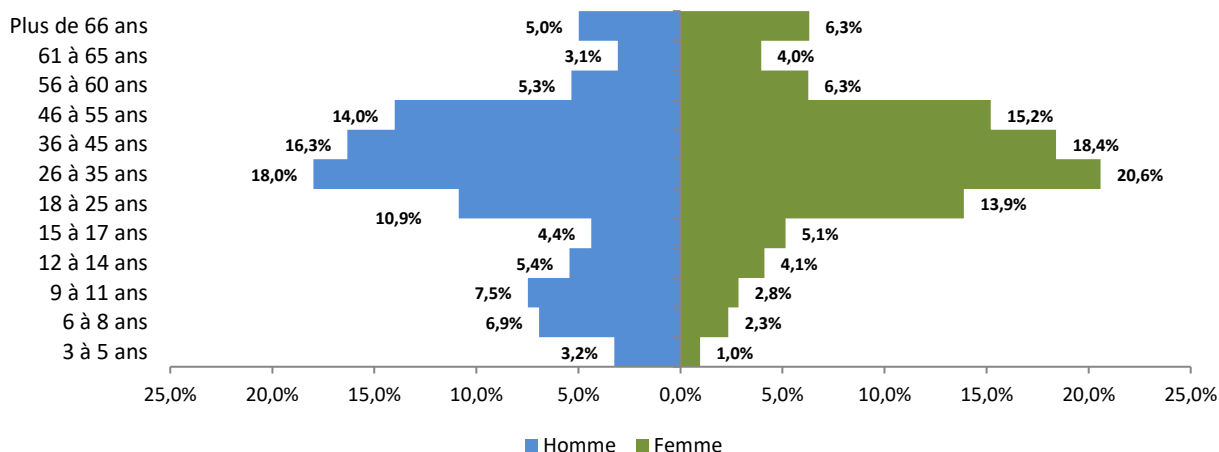
Au 31 mai 2023, **144 848 patients** ont été inclus dans le dispositif Mon soutien psy par **39 441 médecins** (dans 92% des cas un généraliste), soit plus de 664 674 séances réalisées. La moitié des patients ont pu avoir leur premier entretien d'évaluation en moins de 14 jours après la consultation du médecin et **84%** des patients ont eu recours à au moins une séance de suivi après leur entretien d'évaluation.

Figure 57 : Évolution du nombre de patients inclus (en cumulé) par mois de réalisation des séances



Source : SNDS

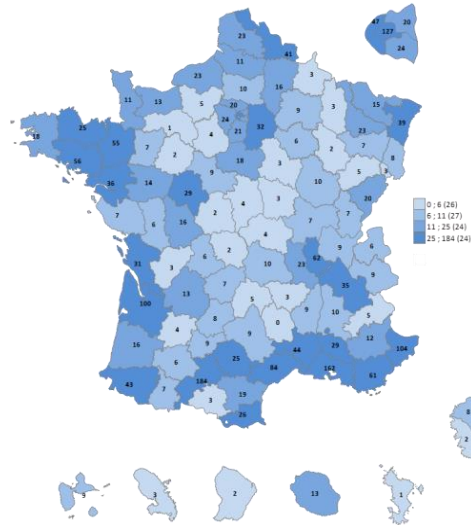
Figure 58 : Répartition du nombre de patients inclus dans le dispositif par tranche d'âge et sexe



Source : SNDS

Les données indiquent que les patients ayant eu recours au dispositif sont à 71% des femmes, et à 11% des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire. Les patients ont réalisé en moyenne 4,6 séances, bien plus souvent en présentiel qu'en distanciel (2 142 patients). Les médecins ont orienté, en moyenne, 4 patients.

Figure 59 : Répartition du nombre de psychologues conventionnés par département (au 24/04/2023)



Source : Cnam

Au 31 mai 2023, le dispositif comptait plus de **2 325** psychologues partenaires. Leur répartition géographique demeure encore hétérogène sur le territoire, un département reste non couvert à ce jour (Lozère). Les deux départements qui concentrent le plus de psychologues sont la Haute-Garonne et les Bouches-du-Rhône, deux des quatre départements ayant participé à l'expérimentation prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée annoncée par l'Assurance Maladie dans Charges et Produits 2016. Le nombre moyen de séances par psychologue est de 280 séances. Un psychologue sur deux a réalisé plus de 202 séances. En moyenne, un psychologue a reçu 62 patients. Un psychologue sur deux a reçu plus de 44 patients.

Au total, **664 674 séances** ont été réalisées pour un montant remboursé de **13,5M€** et un montant moyen par patient de **93,2€**.

L'article 79 de la LFSS pour 2022 prévoit la remise d'un rapport d'évaluation du dispositif en 2024 pour décider des éventuelles évolutions sous l'égide du Comité de pilotage⁸⁹ du dispositif Mon soutien psy. Une analyse médico-économique est prévue pour étudier le parcours de soins des patients inclus dans le dispositif Mon soutien psy. Cette analyse portera sur l'impact de cette prise en charge sur les hospitalisations en lien avec la psychiatrie (MCO, SSR et PSY), les consultations chez le psychiatre (soins de ville), les traitements psychotropes et les arrêts de travail (Indemnités journalières). L'analyse de ce recours aux soins sera réalisée sur trois périodes : avant, pendant et après la prise en charge dans le dispositif.

Dans le cadre de Charges et Produits 2024, l'Assurance Maladie souhaite porter une proposition d'évolution intermédiaire en attendant 2025, concernant la suppression de la condition d'expérience professionnelle de trois ans demandée aux psychologues. Et conserver les paramètres existants concernant le nombre de séances, le tarif des séances et les critères d'inclusion des patients qui feront l'objet de discussions dans le cadre de l'évaluation qui sera menée en lien avec le Comité de Pilotage du dispositif.

Améliorer la pertinence des prescriptions de psychotropes chez les jeunes de 12 à 25 ans

Pour donner suite à ces constats, des actions seront menées, en lien avec les acteurs de la psychiatrie afin d'accompagner les prescripteurs dans leur prescription des psychotropes sur cette population. Les durées de traitement recommandées des antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques doivent être suivies tant au niveau des prescripteurs que des malades (observance) afin de limiter les effets indésirables (tolérance pharmaceutique, dépendance, risque de rechute, ...). Le respect des indications thérapeutiques des AMM des prescriptions de mélatonine (hypnotiques) et méthylphénidate (psychostimulants) doit permettre d'encadrer leur progression.

⁸⁹ L'évaluation du dispositif Mon soutien psy sera réalisée par un comité de suivi dont la composition est fixée par décret. La composition définitive du comité de suivi est en cours de finalisation mais il sera composé d'un représentant de la DGOS, un de la DSS, un de la DGS, un de la DMSMP et un de la CNAM ; ainsi que de deux représentants des organisations professionnelles de psychologues, cinq psychologues dont deux conventionnés, un médecin psychiatre, un médecin généraliste et des représentants des associations de patients.

Espace santé mentale en soins primaires

En 2023, l'Assurance Maladie crée un « Espace santé mentale en soins primaires » à destination des médecins généralistes, accessible **EN 3 CLICS** sur **AMELI.FR > MEDECIN > SANTE ET PREVENTION > SANTE MENTALE EN SOINS PRIMAIRES**. Cet espace vise à présenter les moyens thérapeutiques (médicamenteux et non médicamenteux) disponibles dans le domaine des soins primaires en santé mentale.

Cette véritable « boîte à outils » a pour ambition de faciliter la prise en charge des patients par le médecin généraliste pour les pathologies les plus courantes en soins primaires :

- En proposant des outils de diagnostic des pathologies et de leur sévérité.
- En rappelant les recommandations de bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie (notamment l'activité physique), d'accompagnement psychologique, de prescription d'arrêts de travail et de médicaments.
- En proposant des liens directs vers des annuaires de professionnels et des structures de prise en charge de deuxième niveau (spécialistes...) au niveau national et local.

Il se structure en abord populationnel avec des articles courts et opérationnels par pathologie. Pour chaque population (7 catégories : Maternité / Périnatalité, Petite enfance (0 à 3 ans), Enfant (4 à 9 ans), Adolescent (10 à 19 ans), Jeune / Étudiant (20 à 25 ans), Adulte, Senior), un tableau de synthèse avec des liens cliquables permet d'accéder directement aux recommandations et dispositifs nationaux ou locaux.

Figure 60 : Exemple de tableau de synthèse pour la population adulte

APPROCHE THÉRAPEUTIQUE				
	TROUBLE ANXIO DÉPRESSIF LÉGER À MODÉRÉ	DÉPRESSION D'INTENSITÉ LÉGÈRE	DÉPRESSION D'INTENSITÉ MOYENNE	DÉPRESSION D'INTENSITÉ SÉVÈRE
HYGIÈNE DE VIE	Lutte contre l'isolement : sorties libres recommandées Exercice physique régulier - Bonne hygiène de sommeil - Relaxation, gestion du stress			
ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE	Traitement de référence en 1 ^{re} intention Annuaire des psychologues conventionnés		Traitement de référence Annuaire des psychologues conventionnés en association avec un antidépresseur	Orientation directe vers un psychiatre : risque vital majeur risque ++ de séquelles cognitives à long-terme
RECOURS PSYCHIATRE	En cas d'évolution péjorative ou d'absence d'amélioration			En 1 ^{re} intention
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX	Pas en 1 ^{re} intention Si nécessaire, Antidépresseur 6 mois minimum à partir de l'amélioration et à dose efficace		Antidépresseur 6 mois minimum à partir de l'amélioration et à dose efficace	
	Hypnotiques, anxiolytiques : aide temporaire mais pas systématique Durée la plus courte possible du fait du risque de dépendance			
ARRÊTS DE TRAVAIL INITIAUX ET PROLONGATIONS	Pas systématique, selon contexte Arrêts courts Rdv de réévaluation < 7 jours Mémo CMG : arrêts de travail en lien avec la pathologie mentale	Si besoin, arrêts courts : 1 à 2 semaines	2 OPTIONS : ARRÊTS COURT : 1 À 2 SEMAINES Rassurer le patient sur la possibilité de prolongation ARRÊT D'1 MOIS Réévaluations en cours d'arrêt	2 OPTIONS : ARRÊTS COURT : 1 À 2 SEMAINES Rassurer le patient sur la possibilité de prolongation ARRÊT D'1 MOIS Réévaluations en cours d'arrêt
	Consultations dédiées et programmées entre 3 à 7 jours pour réévaluer l'impact de l'arrêt sur la santé (amélioration ?, aggravation ?) Point d'ancrage temporel rassurant pour le patient			
PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE	Sans objet si les arrêts ne se répètent pas		Accompagner la reprise du travail avec : - le médecin du travail - le service social de l'Assurance Maladie - le médecin conseil (via la messagerie sécurisée sur AmeliPro)	

Source : Cnam

Les différentes modalités d'inscription des psychologues dans les structures d'exercice coordonné testées dans les expérimentations article 51

Dans le cadre du dispositif Article 51⁹⁰, six expérimentations⁹¹ dans le champ de la santé mentale proposent des modèles organisationnels dans lequel le psychologue s'inscrit dans un exercice coordonné pour une meilleure prise en charge des troubles psychiques ou de la dépression ou de l'accompagnement des besoins affectifs de l'enfant. Ces expérimentations

⁹⁰ Article 51 de la LFSS 2018 qui introduit la possibilité de financer des expérimentations innovantes en santé sur les plans organisationnels et/ou de modèle financier

⁹¹ DSPP volet adultes et volet enfants, Equip'Addict, Microstructures post-Covid, SP ADpress, Base

permettent une coordination entre psychologue, médecin généraliste (ou avec un pédiatre pour les enfants) et psychiatre pour les expérimentations **SpaDepress** et **Dispositif de soins partagés en psychiatrie** (DSPP) ou sous la forme d'une microstructure médicale dans le cadre des expérimentations **Post Covid** ou **EquipAddict** et enfin sous la forme de parcours de soins préventifs universels et pluridisciplinaires dans le cadre de l'expérimentation **Besoin d'attachement et santé de l'enfant**. En effet, bien que le médecin généraliste soit au centre du système de prise en charge des patients, il demeure confronté à de nombreuses difficultés : manque de formation, durée et fréquence des consultations, situations complexes nécessitant des compétences hors du champ médical.

Deux exemples sont particulièrement prometteurs :

Le Dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) est un dispositif innovant proposé sur le département de l'Hérault pour faciliter la prise en charge des enfants présentant des troubles psychiques par les médecins généralistes et pédiatres libéraux bénéficiant d'un appui de psychologues et ponctuellement de psychiatres. Les dispositifs de soins partagés font partie des expériences d'amélioration de la coordination identifiées en France et à l'étranger par la Haute Autorité de Santé. Dans un premier temps, l'équipe du DSPP évalue l'état des patients, âgés de 6 à 18 ans, présentant des souffrances psychiques ou des troubles psycho-pathologiques émotionnels aigus peu sévères. Puis, elle met en place un suivi partagé et apprenant avec les médecins généralistes et les pédiatres pendant la durée de la séquence de soins, ou oriente dans les meilleurs délais vers un suivi spécialisé, notamment en psychiatrie. Le dispositif permet également de financer des séances (bilans ou suivi, individuelles ou collectives) auprès de psychologues partenaires du DSPP exerçant en libéral, sur prescription du psychiatre du DSPP. Les échanges entre médecins généralistes et psychiatres dans le cadre du suivi partagé, ainsi que les séances de formation (vidéo ou groupes de travail présents) organisés par le DSPP permettent de compléter l'éducation thérapeutique du patient et sont sources d'apprentissage pour les médecins.

L'expérimentation **EquipAddict** se base sur l'expérience des microstructures médicales addictions (MSMA) existantes pour proposer un modèle économique unique et reproductible de rémunération d'une équipe pluriprofessionnelle. La création des microstructures addictions est née de la volonté d'améliorer les capacités de prise en charge des personnes sujettes à des conduites addictives dans le champ des soins primaires par une démarche associant au suivi médical une prise en charge psycho-sociale systématique. Elles offrent une prise en charge pluriprofessionnelle en addictologie autour du médecin généraliste en associant des compétences médicales de premier recours et des professionnels du CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) comprenant le travailleur social et le psychologue. Constituée d'un médecin généraliste libéral, d'un travailleur social salarié détaché par une structure médico-sociale spécialisée en addictologie (SMS) et d'un psychologue libéral ou détaché, la MSMA peut être un cabinet individuel ou de groupe de médecine générale, une maison de santé, ou un centre de santé. Elle repose, dans le territoire, sur une forte articulation entre une ou plusieurs équipes de soins primaires ou un médecin généraliste en exercice isolé et une structure médico-sociale spécialisée dans la prise en charge des addictions notamment les CSAPA, voire les CAARUD le cas échéant. La collégialité est particulièrement importante dans l'élaboration du parcours de soin de chaque patient : un psychologue et un travailleur social viennent ainsi en appui au médecin généraliste, dont le cabinet est le cœur de l'inclusion. Pour assurer le suivi des patients, le psychologue et le travailleur social sont présents régulièrement à des plages horaires hebdomadaires fixes.

Le forfait pluriprofessionnel testé ici s'entend comme le partage d'honoraires entre cabinet médical en exercice regroupé et structure employeur du psychologue et du travailleur social. Il prend en compte des temps de concertation et la rémunération d'autres intervenants comme les pharmaciens, spécialistes, etc.

Figure 61 : Modèle économique de rémunération de l'équipe pluriprofessionnelle

Prestation	Intervenant	Nb moyen d'actes par patient par an	Coût horaire	Durée moyenne (en min)	Nb moyen de patients vus	Forfait annuel par patient
Consultation	Médecin généraliste	1	75 €	35	1	46,00 €
Remplissage données MAIA	Médecin généraliste	1	75 €	15	1	19,94 €
Consultation	Psychologue	7	45 €	60	1	315,00 €
Consultation	Travailleur social	6	31 €	60	1	186,00 €
Traitement de dossiers hors présence patients	Travailleur social	-	31 €	30	1	15,50 €
Déplacements annuels pour les salariés	Psychologue / TS	-	30,4 €	68	5	6,89 €
RCP	Médecin généraliste	5	75 €	90	9	62,50 €

	Psychologue		45 €			37,50 €
	Travailleur social		31 €			25,83 €
Coordination administrative (en ETP dans la colonne durée)		-	31 500 €	0,5	-	37,50 €
Coordination médicale (en ETP dans la colonne durée)	Médecin généraliste	-	75 000 €	0,3	-	53,57 €
Forfait annuel par patient						806,238 €

Ce forfait annuel est un forfait moyen qui a été calculé en fonction de prévisions d'interventions.

Les évaluations de ces expérimentations qui débiteront à partir de 2023 contribueront à façonner le paysage de l'exercice coordonné dans le domaine de la santé mentale pour les années à venir.

Propositions sur l'approche par pathologie

Proposition 1 : Organiser le dépistage précoce du diabète de type 2 en France

Instruire (en lien avec le ministère de la Santé et de la Prévention et la Haute Autorité de Santé - HAS) l'opportunité d'instaurer une campagne organisée de dépistage du diabète de type 2, ciblant les 45-50 ans à risque, via la mobilisation du questionnaire FINDRISC (8 questions) et, selon les résultats du *scoring*, la prise en charge d'un test de glycémie à jeun, en lien avec le médecin traitant ;

Intégrer cette offre de dépistage du diabète dans le RDV de prévention prévu à cet âge.

Proposition 2 : Poursuivre la mobilisation collective pour améliorer les taux de dépistage des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus

Déployer à compter de janvier 2024 des parcours d'invitations personnalisés par l'Assurance Maladie, combinés à des actions d'« aller vers » individuelles et collectives, menées en lien avec les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), les agences régionales de santé (ARS) et l'institut national du cancer (INCa), et la mobilisation des professionnels de santé comme relais des dépistages organisés.

Proposition 3 : Ouvrir le remboursement de l'activité physique adaptée (APA) à certaines catégories de patients atteints de maladies chroniques

Cibler les patients atteints de diabète et les patients atteints d'un cancer, pour lesquels l'APA est indiquée par la HAS, afin de proposer un développement progressif de cette thérapeutique non médicamenteuse et d'en assurer l'évaluation en vie réelle ;

Proposer le remboursement, en lien avec les organismes complémentaires, d'un cycle de prise en charge sur 3 mois, renouvelable 1 fois, dispensé au sein de structures pluridisciplinaires par des professionnels de l'APA ;

Promouvoir par ailleurs les bienfaits de l'activité physique régulière et du sport auprès de l'ensemble de la population et mobiliser l'Assurance Maladie comme un relai de cette communication.

Proposition 4 : Augmenter l'offre Monsoutienpsy pour faire face à la sollicitation croissante du dispositif, et plus généralement répondre à la demande continue de patients adressés par leurs médecins

Renforcer l'offre de psychologues conventionnés dans le dispositif Monsoutienpsy en conduisant une campagne de promotion du dispositif auprès des psychologues cliniciens

Étudier les évolutions possibles du dispositif pour renforcer son attractivité, en lien avec le Comité de pilotage national et à la Délégation interministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, dont celle de lever le critère de 3 ans d'exercice pour être conventionné

Proposition 5 : Accentuer l'effort de repérage des troubles psychiques chez les jeunes

Doubler le nombre de sessions de formation au PSSM pour permettre la sensibilisation d'un plus grand nombre de personnes ;

Adapter la formation PSSM au milieu professionnel en lien avec les acteurs nationaux de la santé au travail (DGT, ANACT, OPPBTP, MSA, SPST...) et de la santé publique (DGS, SPF...) ;

Accompagner le déploiement d'un PSSM dédié au milieu professionnel.

6 Approche populationnelle

6.1 Vaccination HPV : améliorer le taux de couverture vaccinale

6.1.1 Contexte

Les infections à papillomavirus humains (HPV) sont très fréquentes et hautement transmissibles, essentiellement lors des contacts sexuels. En effet, 80% de la population a été en contact avec ces virus. Dans la plupart des cas asymptomatiques, elles sont à l'origine des lésions précancéreuses et/ou des cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus⁹². La vaccination contre les infections à papillomavirus humains HPV prévient jusqu'à 90 % des infections HPV à l'origine de ces lésions précancéreuses et/ou de ces cancers.

En France, la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) a été recommandée chez les filles en 2007 et chez les garçons en 2021. Elle repose sur un schéma vaccinal à deux doses de Gardasil 9® chez les jeunes de 11 à 14 ans. Un rattrapage, selon un schéma à 3 doses, est possible jusqu'à l'âge de 19 ans, et jusqu'à 26 ans révolus pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. La couverture vaccinale chez les filles a récemment connu une progression notable. Ainsi au 31 décembre 2021, elle était de 45,8% pour 1 dose chez les filles de 15 ans (soit une progression de +11 points depuis 2019) et de 37,4% pour 2 doses chez les filles de 16 ans (+9,5 points depuis 2019). La couverture vaccinale chez les garçons de 15 ans est de l'ordre de 6% pour 1 dose. Une marge de progression reste à réaliser pour atteindre l'objectif de couverture vaccinale fixée par la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : 80% de couverture vaccinale en 2030.

Comme l'ont démontré les campagnes de vaccination menées au Royaume-Uni, en Suède ou en Australie – pays ayant des taux de couverture vaccinale supérieurs à 80%, la vaccination contre les HPV en milieu scolaire est un des leviers les plus efficaces pour augmenter la couverture vaccinale. En France, des expérimentations régionales⁹³ de vaccination au collège ont également montré leur efficacité.

6.1.2 Focus sur les expériences internationales

Le cancer du col de l'utérus dont les infections HPV sont responsables à 95%, apparaît comme une maladie largement évitable. La plupart des pays ayant initié et soutenu un taux de couverture vaccinale anti-HPV élevé depuis une dizaine d'années ont constaté une diminution significative du risque de cancer chez les personnes vaccinées, c'est pourquoi plusieurs organismes de santé publique dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommandent un taux de couverture vaccinale contre les HPV entre 80 et 90%.

Cet objectif de vaccination de 80 %, poursuivi notamment par la France, a amené l'Assurance Maladie à identifier les conditions optimales dans lesquelles se réalisent la vaccination anti-HPV pour le public cible des 11-14 ans. Cette comparaison internationale s'appuie ainsi sur les expériences d'autres pays dont les moyens organisationnels et de communication permettent d'atteindre une couverture vaccinale efficace. On peut distinguer deux groupes de pays, selon les modalités d'organisation de la vaccination anti-HPV.

Pays pratiquant la vaccination en milieu scolaire

Un premier groupe rassemble les pays qui pratiquent la vaccination en milieu scolaire ou en lien direct entre les écoles et des maisons de santé locales (Australie, Canada, Espagne, Norvège, Portugal, Royaume-Uni, Suède). Ces pays ont globalement les meilleurs résultats en termes de couverture vaccinale (plus de 80%). Cette approche fondée sur le parcours de l'élève a pour principal atout de permettre une communication « cœur de cible », où l'information et la prévention s'organisent directement auprès des élèves concernés par le vaccin anti-HPV (les jeunes de 11 à 14 ans) via des interventions animées par des enseignants ou des professionnels de santé en milieu scolaire.

A titre d'exemple, l'Australie fait figure de pays pionnier en matière de vaccination anti-HPV et affiche un taux de couverture vaccinale de 82 % pour les filles et de 79% pour les garçons. La vaccination est organisée depuis 2007 en

⁹² On recense, chaque année en France, plus de 30 000 lésions précancéreuses du col de l'utérus dépistées et traitées et 6 400 nouveaux cas de cancers dont 2 900 cancers du col de l'utérus

⁹³ [Article 60 - LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

milieu scolaire et les élèves reçoivent une brochure d'information chez eux qui est ensuite discutée en classe avec un professeur et un professionnel de santé. Le suivi des personnes vaccinées depuis 2007 a montré que le taux de personnes infectées par les HPV à l'origine des cancers du col de l'utérus a fortement diminué, il est passé de 22,7 % en 2005-2007 à 1,5 % en 2015 chez les jeunes femmes de 18-24 ans. La Suède affiche des résultats similaires (83% de filles vaccinées, 77% de garçons) et une étude récente couvrant la période 2006-2017 et portant sur 1,6 millions de femmes vaccinées et non vaccinées dans le pays a corroboré l'efficacité du vaccin : le risque de cancer cervical est réduit de 88 % lorsque la femme a été vaccinée avant l'âge de 17 ans et de 53 % quand elle l'a été entre 17 et 30 ans.

La procédure de vaccination anti-HPV en milieu scolaire se trouve facilitée par la coordination entre l'école et les services de santé publique : elle gagne en accessibilité (vaccination sur place, gratuité) et en efficacité dans la mesure où elle suit un circuit court. Elle permet ainsi de rendre effective l'incitation vaccinale impulsée par les actions d'information et de prévention. Il est également plus simple dans le cas du schéma vaccinal anti-HPV d'accompagner l'élève sur les échéances des deux doses.

Néanmoins l'intégration du calendrier vaccinal anti-HPV dans le calendrier scolaire ne suffit pas à garantir un niveau de couverture vaccinale correct. Il est important de sensibiliser les parents sur les infections liées au HPV et les moyens de prévention contre ces virus. L'enjeu principal de ce type d'organisation est donc de pouvoir informer les parents qui se trouvent hors du système scolaire afin qu'ils puissent disposer des éléments nécessaires afférents au consentement de la vaccination de leurs enfants. Le formulaire de consentement à l'attention des parents est crucial dans ce processus car il permet de communiquer des informations précises sur le vaccin, notamment en proposant des liens vers des pages officielles d'information sur internet, et de lutter contre les perceptions erronées sur ses risques.

Pays pratiquant la vaccination dans le cadre du suivi habituel des enfants

A l'inverse d'une organisation de la vaccination en milieu scolaire, les résultats des pays où la vaccination anti-HPV est à l'initiative individuelle (Etats-Unis, France, Allemagne, Italie, Danemark) sont plus mitigés et se situent entre 30% et 80% de couverture vaccinale. La comparaison internationale s'est construite à partir des actions mises en œuvre dans les pays avec des taux significatifs d'augmentation de leur couverture vaccinale à la suite d'actions ciblées. C'est le cas des Etats-Unis dont le taux de couverture vaccinale anti-HPV connaît une hausse constante depuis la mise en œuvre d'une stratégie vaccinale globale en 2018 (augmentation de 20% entre 2018 et 2021 du taux de couverture vaccinale, objectif de 80% d'ici 2026). Quant au Danemark, le pays a su dépasser une hésitation vaccinale liée aux controverses médiatiques sur le vaccin en élaborant une stratégie vaccinale originale dont l'information et le message de prévention s'adresse avant tout aux parents du public cible mineur (n'excédant pas les 30% en 2017, le taux de couverture vaccinale danois est aujourd'hui proche des 80%).

En effet, la stratégie vaccinale anti-HPV lorsqu'elle n'est pas centralisée via le milieu scolaire, nécessite le déploiement d'un plan de communication plus complexe pouvant à la fois accompagner le processus de vaccination (information, prévention, suivi pour un schéma vaccinal complet) et mobiliser les acteurs impliqués dans celle-ci (jeunes adolescents, parents, jeunes adultes).

Aux Etats-Unis, l'incitation vaccinale repose en premier lieu sur la médecine générale et spécialisée (médecin traitant, pédiatre, gynécologue). Les professionnels de santé jouent le rôle de premier relais d'information sur la vaccination anti-HPV à des âges et rendez-vous médicaux clés comme le rappel du vaccin diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP) chez les jeunes adolescents. Les institutions de santé publique dont les CDC (Centers of Disease Control and Prevention) mettent à la disposition des professionnels de santé des guides et des outils de communication permettant de rassurer et de convaincre le public cible et leurs parents.

Mais de manière plus générale, la vaccination anti-HPV sur initiative individuelle implique de repenser le public cible. Afin de diffuser le plus largement possible un message de prévention anti-HPV, les Etats-Unis ont misé sur une communication multi-cible (adolescents, parents, jeunes adultes) et multicanale. Parmi ces actions (brochures, spot télévisé et radiophonique, campagne événementielle, SMS...), une étude récente insiste sur la nécessité de mieux relayer la vaccination anti-HPV sur les réseaux sociaux et d'y associer des messages positifs notamment en déconstruisant les préjugés.

A ce sujet, la campagne vaccinale danoise déployée sur la période 2017-2021 est particulièrement intéressante puisque, grâce à une action de communication via les réseaux sociaux ciblée presque exclusivement sur les parents, elle a su dépasser l'hésitation vaccinale et a permis au taux de couverture vaccinale d'atteindre 80% en moins de trois ans. Le Danemark considère en effet la création d'un groupe Facebook sur la vaccination anti-HPV comme l'élément clef de réussite de sa campagne : le groupe Facebook associé à une page d'accueil dédiée sur la vaccination et à une hotline spécifique, a servi de plateforme de dialogue afin de recevoir les inquiétudes des parents et à réhabiliter le vaccin pour donner suite aux controverses médiatiques dont il était sujet.

L'organisation d'une campagne vaccinale de ce type nécessite toutefois une coordination élaborée entre plusieurs institutions publiques afin d'animer une communauté autour de la vaccination anti-HPV. L'activité de la page Facebook, de la page internet dédiée et de la hotline a été pilotée par les principales institutions publiques de santé au Danemark, à savoir l'Agence danoise de la santé, la Société Danoise contre le Cancer (SDC) et l'Association médicale danoise (groupe parlementaire).

Conclusions de la comparaison entre ces différents groupes de pays

L'observation de ces deux types d'organisation vaccinale montre que les conditions d'accès au vaccin anti-HPV constituent la clef d'une couverture vaccinale réussie. Elles se caractérisent dans les stratégies vaccinales étudiées par :

- L'accès à l'information sur les infections aux papillomavirus ;
- La prise en charge sans avance par les assurés des frais du vaccin ;
- La proximité de sa délivrance, soit par une organisation planifiée en milieu scolaire ou par l'intervention d'un médecin traitant.

La superposition de la vaccination avec une temporalité liée aux adolescents âgés de 11 à 14 ans, que ce soit au travers du calendrier scolaire ou des visites médicales obligatoires est un levier essentiel d'augmentation de la couverture vaccinale.

Par ailleurs, l'information des parents dans le cadre de la vaccination anti-HPV est un élément clé dans la réussite d'un taux de couverture vaccinale élevé. Outre des actions de communication classiques (brochures, marketing social), les professionnels de santé constituent un relais d'information de confiance auprès du public cible et de leurs parents. L'expérience du Danemark met en évidence que les actions axées sur le dialogue avec les groupes cibles, en particulier les parents, sont considérablement efficaces et permettent de dépasser l'hésitation vaccinale.

Une étude complète présentant les comparaisons internationales sur les stratégies vaccinales anti-HPV sera publiée ultérieurement à ce rapport.

6.1.3 Bilan de l'année 2022

Dans son rapport « Charges & Produits pour 2023 », l'Assurance Maladie formulait les propositions suivantes :

- Renforcer la promotion de la vaccination HPV chez les jeunes adolescents (au collège, lycée, sur les réseaux sociaux, etc.) ;
- Organiser une campagne d'invitation et de relance systématique aux parents d'enfants de 11 et 12 ans non (ou incomplètement) vaccinés ;
- Introduire un indicateur de rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour les médecins traitants de l'enfant.

Dès mars 2022, l'Assurance Maladie a communiqué via une « Newsletter » sur ce sujet auprès des professionnels de santé puis en juin auprès des assurés. En septembre de la même année, l'Assurance Maladie a également organisé une campagne de mails (2,6 millions diffusés auprès des parents) et SMS ciblés (467 000 diffusés aux assurés âgés de 18 et 19 ainsi qu'aux mineurs émancipés). Par ailleurs, plus de 280 000 courriels ont été adressés aux professionnels médicaux et paramédicaux concernés par la vaccination contre les HPV.

6.1.4 Perspectives en 2023

En février 2023, le Président République a annoncé une campagne de vaccination « généralisée » dans les collèges, pour les classes de 5^{ème}, afin d'augmenter significativement la couverture vaccinale en France. Un accord parental sera demandé pour que l'enfant réalise cette vaccination.

L'Assurance Maladie sera partie prenante de cette campagne, en appui des services de l'État, notamment pour la facturation des doses de vaccins et le paiement des professionnels de santé vacataires qui iront dans les écoles pour vacciner les élèves.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie renouvellera sa campagne de communication en ciblant l'ensemble des classes d'âges concernées par la vaccination (au-delà des seules classes de 5^{ème}), et les professionnels de santé :

- Mails à destination des parents d'enfants de 11 à 17 ans
- SMS à destination des jeunes de 18 à 19 ans ou des mineurs émancipés
- Mails à destination des professionnels de santé concernés

Cette campagne s'articulera avec la communication ministérielle et de l'INCa sur la campagne de vaccination au collège.

6.2 Génération sans carie : investir dans la prévention bucco-dentaire

Enjeu majeur de santé publique, la santé bucco-dentaire connaît en France une situation particulièrement contrastée face à laquelle l'Assurance Maladie entend construire avec ses partenaires conventionnels un nouveau paradigme, fondé sur une approche préventive conciliant haut de niveau de protection et maîtrise des dépenses de santé à long terme. Inspiré des politiques de santé publique de plusieurs pays européens (Allemagne, Suède et Pays-Bas), l'objectif d'une génération sans carie doit être recherché en le fondant sur deux piliers : inciter massivement à un suivi préventif plus régulier pour les jeunes générations et améliorer la prise en charge des soins conservateurs.

Si le « 100 % Santé » constitue depuis le 1er janvier 2020 un progrès significatif en offrant une prise en charge pour les soins prothétiques avec un reste à charge proche de zéro, il importe de réduire de façon substantielle la prévalence des caries qui en sont responsables dans la majorité des cas et pour lesquelles les mesures de prévention sont simples et efficaces. Entre 2009 et 2018, la consommation de soins dentaires a progressé de 1,9% environ chaque année, selon des données de la DREES.

En comparaison internationale, les résultats de la santé bucco-dentaire en France apparaissent nettement en retrait au regard de la situation observée dans d'autres pays européens. L'indice carieux à 12 ans s'élève à 1,12 en France, contre 0,5 en Allemagne, 0,7 en Suède et 0,6 au Pays-Bas. La part d'enfants sans aucune carie est par ailleurs très inférieure en France (56 %) à celle constatée en l'Allemagne (81 %). Dans le même temps, le volume des soins conservateurs est particulièrement faible en France (47 % du total des soins, contre 75 % en Allemagne), de même que le taux de recours annuel aux chirurgiens-dentistes pour les adultes (43 % en France, contre plus de 70 % en Allemagne, en Suède et aux Pays Bas). La crise sanitaire est susceptible d'avoir dégradé le niveau de suivi par un praticien, et perturbé les habitudes des patients notamment en matière de brossage.

Dans une étude consacrée à la santé bucco-dentaire par Santé Publique France, il est souligné qu'en France, « les différentes études montrent une proportion d'adultes avec au moins une dent cariée à traiter comprise entre 33 et 50 % et un tiers d'adultes présentant un problème d'érosion dentaire. Parmi les déterminants influençant la santé bucco-dentaire (mauvaise alimentation, tabagisme, abus d'alcool), la qualité de l'hygiène dentaire joue un rôle prépondérant ».

Ainsi, deux défis doivent être relevés conjointement par l'ensemble des acteurs impliqués : accroître durablement le suivi bucco-dentaire et améliorer l'accès aux soins conservateurs, pour l'ensemble des publics. L'ouverture en avril 2023 des négociations avec les organisations représentatives de chirurgiens-dentistes constitue à cet égard une opportunité majeure.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie entend faire évoluer, en lien avec ses partenaires conventionnels, les conditions de prise en charge des examens bucco-dentaires, premier pilier de la prévention, aujourd'hui proposés tous les 3 ans aux enfants dès 3 ans et jusqu'à 24 ans pour les rendre annuels et en améliorer la rémunération.

Le second pilier de l'approche préventive repose sur l'amélioration de la prise en charge de certains soins conservateurs lorsque la prévention n'aura pas été suffisante. Il demeure en effet un enjeu fort à renforcer le recours aux actes évitant des prises en soins plus lourdes, particulièrement les prothèses dentaires.

L'ambition des pouvoirs publics et de l'Assurance Maladie est de passer d'une approche curative à une approche préventive des soins dentaires en vue de diminuer durablement le recours de la population aux actes prothétiques et implantaires. Par le biais des discussions engagées dans le cadre des négociations conventionnelles en cours avec la profession, l'Assurance Maladie entend relever ce défi avec l'ensemble des acteurs engagés - chirurgiens-dentistes, organismes complémentaires et patients.

L'Assurance Maladie propose d'investir massivement sur la prévention bucco-dentaire des jeunes générations (3 à 24 ans) pour faire naître des « générations sans carie » et diminuer ainsi le recours aux actes prothétiques.

6.3 Améliorer les parcours de santé des personnes âgées

6.3.1 Les personnes âgées, une population concentrant de forts enjeux de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé

Les personnes âgées constituent une population fréquemment polypathologique, particulièrement exposée à des risques de fragilité et de dépendance avec des besoins de soins importants

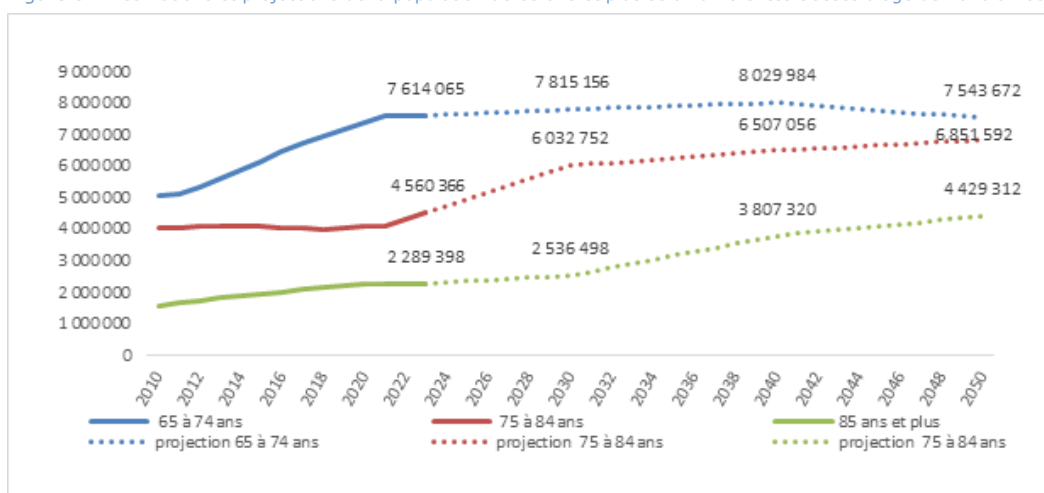
Une population en augmentation qui représente un défi majeur pour le système de santé

Le vieillissement de la population, sous l'effet de l'arrivée progressive aux tranches d'âge élevées des générations nées après-guerre et de l'allongement de la durée de vie, est un fait démographique majeur. En 2023, la France compte 14,5 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 21 % de la population. En 2050, cette population sera de 18,8 millions de personnes, soit 29 % de la population selon les projections de l'Insee. Les femmes sont majoritaires parmi les personnes âgées et leur proportion augmente avec l'avancée en âge. Elles représentent 54 % des personnes âgées de 65 à 75 ans et 67 % parmi les 85 ans et plus en 2023.

Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011 et se poursuivra dans les années à venir, avec des dynamiques différentes selon la classe d'âge considérée. La population âgée de 65 à 75 ans après une forte hausse de 2011 à 2021 se stabilise, la population âgée de 75 ans à 85 ans connaîtra une forte croissance jusqu'en 2030, puis augmentera plus modérément jusqu'en 2050 et enfin la population âgée de 85 ans et plus va croître de façon continue jusqu'en 2050 (Figure 64).

En 2022, l'espérance de vie à la naissance est de 85,2 ans pour les femmes et de 79,3 ans pour les hommes. Elle n'a pas retrouvé son niveau d'avant Covid⁹⁴. De fortes inégalités sociales d'espérance de vie existent, en particulier chez les hommes avec 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes⁹⁵. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans en 2021 atteint par ailleurs 12,6 ans chez les femmes et 11,3 ans chez les hommes. Elle se situe au-dessus de la moyenne européenne et elle augmente pour les hommes comme pour les femmes depuis 2018⁹⁶.

Figure 62: Estimations et projections de la population de 65 ans et plus selon différentes classes d'âge de 2010 à 2050



94 Décès – Mortalité – Espérance de vie - France - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE ([insee.fr](https://www.insee.fr/fr/statistiques/1258))

95 Blanpain, N. (2018). L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. *Insee Première*, INSEE, 1687.

96 Deroyon, T. (2023). L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021. *Etudes et résultats*, DREES, 1258. Consulté sur : [ER1258MAJ240223.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/ER1258MAJ240223.pdf)

Une croissance importante du nombre de personnes âgées atteintes de pathologies et dépendantes

D'après les projections de la DREES, 2,0 millions de personnes de 75 ans et plus sont en situation de dépendance en 2023. Elles seront 200 000 de plus en 2027 et cette population atteindra le nombre de 3,3 millions en 2050.

La population des personnes âgées apparaît plus marquée par les situations de polypathologie et de dépendance. En 2019, 91 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins une pathologie ou un traitement chronique (données Cnam issues du SNDS et de la cartographie des pathologies), une proportion stable depuis 5 ans. Les comorbidités sont fréquentes, 21% des personnes de 75 ans et plus cumulant au moins trois pathologies, chez les hommes plus souvent que chez les femmes (respectivement 26 % et 17%)⁹⁷.

A 75 ans et plus, les pathologies les plus fréquentes sont les maladies cardio-neuro-vasculaires (38 %), le diabète (19 %), le cancer (19 %), les maladies neurologiques (hors maladies neuro-vasculaires) ou dégénératives (13 %), les maladies respiratoires (12 %) puis les maladies psychiatriques (7 %). Les prévalences de ces pathologies sont systématiquement plus élevées chez les hommes, sauf pour les maladies neurologiques et dégénératives et les maladies psychiatriques plus fréquentes chez les femmes.

Le nombre de personnes de 75 ans et plus atteintes de ces pathologies a augmenté entre 2015 et 2020 du fait de la croissance démographique de cette population, combinée à l'accroissement de la prévalence de certaines pathologies (maladies cardio-neurovasculaires cancers et diabète). La prévalence des maladies cardio-neurovasculaires a en effet augmenté de 36,5 % à 37,6 % chez les 75 ans et plus entre 2015 et 2020, la prévalence des cancers de 18,2 % à 19,4 % et la prévalence du diabète de 17,8 % à 19,1 %)⁹⁸. La fréquence de la polypathologie (au moins 2 pathologies) augmente avec l'âge. En 2016, elle concerne au moins 1 personne sur 5 à partir de 65 ans et au moins 1 personne sur 3 à partir de 85 ans⁹⁹. Il en résulte une importante polymédication susceptible de générer des interactions médicamenteuses créant des effets indésirables pouvant eux-mêmes être facteurs de prescriptions correctrices (cascade médicamenteuse)¹⁰⁰.

Au total, compte tenu de l'évolution démographique impliquant une hausse forte du nombre de personnes âgées, la prise en charge adaptée de cette population représente un défi central pour le système de santé.

Un niveau élevé de polymédication chez les personnes âgées bien qu'orienté à la baisse

Parmi les personnes de 75 ans et plus, EPI-PHARE¹⁰¹ a décrit les évolutions de la prévalence de la polymédication et des prescriptions potentiellement inappropriées entre 2011 et 2019 en France. La prévalence de l'hyper-polymédication (10 médicaments ou plus) a diminué de 30,5 % à 25,9 % sur cette période, tandis que celle de la polymédication (5 à 9 médicaments) a augmenté de 44,9 % à 47,8 %. La prévalence des prescriptions potentiellement inappropriées a diminué de 49,6 % à 39,6 % durant cette période. Les psychotropes sont le plus souvent impliqués dans ces prescriptions inappropriées. La prévalence de leur remboursement a reculé de 28,9 % à 26,1 % chez les 75 ans et plus entre 2015 et 2020.

L'exposition à des interactions médicamenteuses pourtant contre-indiquées multiplie par près de 2,5 le risque d'hospitalisation urgente ce qui représente entre 4 500 et 8 900 hospitalisations urgentes potentiellement évitables par an, selon une récente étude française. La contre-indication pour un médicament revêt un caractère absolu, ne doit pas être transgressée et est donc bien différente des autres niveaux de contrainte qui sont l'association déconseillée, la précaution d'emploi ou le « à prendre en compte ».

En règle générale, tout symptôme inhabituel ou nouveau chez la personne âgée doit évoquer un possible effet indésirable lié la prise médicamenteuse. En effet, la polymédication augmente le risque d'effets indésirables iatrogènes¹⁰² (troubles

97 Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T. *et al.* (2022). L'état de santé de la population en France. *Les dossiers de la DREES*, 102.

98 Données CNAM issues du SNDS et de la cartographie des pathologies disponibles sur Data pathologies. [Accueil — Data ameli](#)

99 L'état de santé de la population en France, Septembre 2022. Guillaume Bagein, Vianney Costemalle, Thomas Deroyon, Jean-Baptiste Hazo, Diane Naouri, Elise Pesonel, Annick Vilain (DREES)

100 Elle se définit par la prescription d'un médicament pour traiter l'effet secondaire d'un autre.

101 Decreasing trends in potentially inappropriate medications in older people: a nationwide repeated cross-sectional study Solene Drusch, Thien Le Tri, Joel Ancri, Mahmoud Zureik, and Marie Herr *BMC Geriatrics* (2021).

102 Les effets indésirables iatrogènes se définissent par l'ensemble des effets néfastes provoqués par un traitement médicamenteux.

rénaux, chutes suivies de fractures, troubles digestifs, perte d'autonomie, etc.)¹⁰³. Elle peut aussi être à l'origine d'une réduction voire d'une absence d'observance médicamenteuse, du fait de la trop grande complexité du traitement ou encore de la réduction des fonctions cognitives et motrices.

Par ailleurs, à mesure que la situation clinique du patient devient plus complexe et nécessite l'intervention de différents spécialistes, la probabilité d'un manque de coordination entre les professionnels augmente conduisant à un risque accru d'interactions entre les médicaments prescrits et à la survenue d'effets indésirables. Pour chaque nouvelle spécialité qui participe au processus de soins, la probabilité qu'un patient souffre d'un effet indésirable lié au médicament augmente de 12 % à 28 %, même après ajustement des facteurs de risque d'effets indésirables connus tels que l'âge, le sexe, la polypharmacie, la fréquence des visites chez le médecin traitant et le poids de la morbidité.

En moyenne, les personnes de 65 ans et plus consomment 7 boîtes par mois de médicaments.

En 2022, 10,3 Mds€ de médicaments ont été remboursés à 13,3 millions de patients de 65 ans et plus. En moyenne, les remboursements de médicaments des patients âgés de 65 ans et plus se sont élevés à 773 € par patient pour 81 boîtes de médicaments sur un an, soit près de 7 boîtes par mois. Il existe cependant de fortes disparités de consommation parmi les personnes de plus de 65 ans. Parmi les 10 % plus gros consommateurs, le montant moyen remboursé par patient est d'au moins 1 311 € pour au moins 177 boîtes annuelles.

Tableau 17 : Éléments sur la distribution de consommation de médicaments pour les personnes de 65 ans et plus

	Moyenne	p10	p25	Médiane	p75	p90
Montant remboursé	773 €	29 €	85 €	224 €	618 €	1 311 €
Montant remboursable	867 €	50 €	138 €	328 €	765 €	1 448 €
Quantité (nb de boîtes par patient)	81	11	27	59	110	177

Source : SNDS, tous régimes, délivrances entre le 1^{er} juillet 2021 et le 30 juin 2022

Les 15 groupes thérapeutiques les plus importants concentrent 80 % des remboursements de médicaments délivrés aux personnes âgées de 65 ans et plus (soit 8,2 Mds€). Les 5 plus grandes catégories en montants remboursés concernent les anticancéreux, les antithrombotiques, les collyres et pommades pour les yeux, les médicaments destinés au traitement du diabète et enfin les thérapies endocrines (lesquelles bloquent la production ou l'action de certaines hormones naturellement produites par l'organisme).

Tableau 18 : Nombre de patients de 65 ans et plus et montants remboursés en millions d'euros par groupes thérapeutiques

Groupes thérapeutiques ¹⁸	Nb patients de 65 ans et +	Montants remboursés (Millions €)	% cumulés en montants remboursés	Montant remboursé moyen (par patient)
ANTINEOPLASIQUES	235 625	1 411 M€	14%	5 988 €
ANTITHROMBOTIQUES	5 434 142	1 076 M€	24%	198 €
MEDICAMENTS OPHTALMOLOGIQUES	4 448 644	991 M€	34%	223 €
MEDICAMENTS DU DIABETE	2 358 167	844 M€	42%	358 €
THERAPEUTIQUE ENDOCRINE	290 536	799 M€	50%	2 751 €
IMMUNOSUPPRESSEURS	202 099	481 M€	54%	2 380 €

103 D'autres symptômes peuvent indiquer une possible pathologie iatrogène : l'éruption cutanée, la déshydratation, la somnolence, l'asthénie, la confusion, l'hypoglycémie etc.

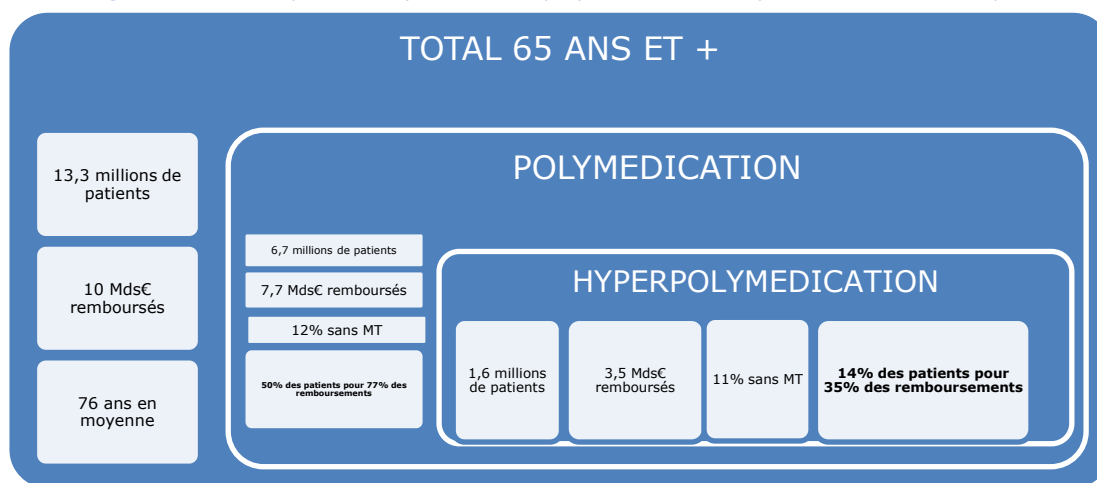
MEDICAMENTS POUR LES SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AERIENNES	2 050 679	421 M€	58%	205 €
AUTRES MEDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX	916 591	404 M€	62%	441 €
AGENTS MODIFIANT LES LIPIDES	5 234 920	378 M€	66%	72 €
MEDICAMENTS AGISSANT SUR LE SYSTEME RENINE-ANGIOTENSINE	6 142 845	365 M€	69%	59 €
ANALGESIQUES	9 666 480	308 M€	72%	32 €
PREPARATIONS ANTIANEMIQUES	1 298 639	236 M€	75%	182 €
ANTIVIRAUX A USAGE SYSTEMIQUE	408 889	193 M€	76%	472 €
MEDICAMENTS POUR LES TROUBLES DE L'ACIDITE	6 138 316	166 M€	78%	27 €
BETABLOQUANTS	3 875 958	155 M€	80%	40 €

Source : SNDS, tous régimes délivrances entre le 1er juillet 2021 et le 30 juin 2022

Une personne de plus de 65 ans sur deux est en situation de polymédication¹⁰⁴

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, 50 % des patients ont plus de 5 molécules par an délivrées trois fois dans l'année. Les remboursements de ces patients représentent 77 % de ceux effectués pour l'ensemble des patients de cette classe d'âge. Parmi les personnes de 65 ans et plus, 14% ont plus de 10 molécules par an délivrées trois fois dans l'année. Les remboursements de ces patients représentent 35 % de ceux effectués pour l'ensemble des patients de cette classe d'âge.

Figure 63: Statistiques descriptives sur la polymédication des patients de 65 ans et plus



Source : DGS, Ministère de la Santé et de la Prévention, tous régimes délivrances entre le 1er juillet 2021 et le 30 juin 2022

Le remboursement moyen par an chez un patient âgé d'au moins 65 ans polymédiqué s'élève à 1 138 € et 1 882 € s'il est hyper-polymédiqué (versus 762 € pour la population totale des personnes âgées de 65 ans et plus). Le remboursement moyen des 10% des patients polymédiqués qui ont les plus forts remboursements s'élève à 1 764 € et 3 001 € pour les patients hyper-polymédiqués (versus 1285 € pour la population totale des personnes âgées de 65 ans et plus).

Le nombre moyen de molécules délivré au moins 3 fois chez un patient âgé d'au moins 65 ans polymédiqué est de 8 molécules et s'élève à 12 s'il est hyper-polymédiqué (versus 6 pour la population totale des personnes âgées de 65 ans et plus). Dix pour cent des patients polymédiqués ont 12 molécules délivrées au moins 3 fois (16 molécules chez les hyper-polymédiqués (versus 11 pour la population totale des personnes âgées de 65 ans et plus). Le nombre de molécules

¹⁰⁴ Délivrances de médicaments entre juillet 2021 et juin 2022 chez les patients âgés de 65 ans, Données France entière, Tous régimes - Retraits de certains médicaments en conformité avec cette [étude EPI-PHARE](#)

par patient est relativement stable quel que soit la tranche d'âge des patients à partir de 65 ans, qu'ils soient polymédiqués ou hyper-polymédiqués.

Tableau 19 : Éléments sur la distribution de consommation médicamenteuse des patients polymédiqués

		Moyenn e	p10	p25	Médian e	p75	p90
Montants remboursés par patient		762 €	25 €	77 €	210 €	600 €	1 285 €
		1 138 €	134 €	217 €	438 €	941 €	1 764 €
	Hyper-polymédication	1 882 €	338 €	529 €	944 €	1 582 €	3 001 €
Nb molécules délivrées au moins 3 fois		6	2	3	5	8	11
		8	5	6	7	10	12
	Hyper-polymédication	12	10	10	12	13	16

Source : SNDS, tous régimes, délivrances entre le 1er juillet 2021 et le 30 juin 2022

45 % de la patientèle « médecin traitant » de 65 ans et plus est polymédiquée et 12 % hyper-polymédiquée

Plus de 10% des patients de plus de 65 ans polymédiqués et hyper-polymédiqués n'ont pas de médecin traitant. Cette absence de médecin traitant pose la question du suivi de ces patients, mais également des leviers sur lesquels agir pour réduire le nombre de molécules prescrites. En effet, le médecin traitant est le professionnel de santé le plus à même d'avoir une vision globale de ces traitements et d'identifier les possibilités de désescalade médicamenteuse.

Un médecin traitant (MT) a en moyenne 45% de sa patientèle « médecin traitant » de 65 ans et plus en polymédication et 12% en hyper-polymédication. Certains médecins traitants (10%) comptent même jusqu'à 62% de leur patientèle en polymédication et plus de 20% en hyper-polymédication.

Tableau 20 : Répartition des patients polymédiqués et hyper-polymédiqués au sein de la patientèle médecin traitant

	Nb PS MT	Moyenn e	p10	p20	p30	p40	p50	p60	p70	p80	p90	p95	p99
Part des patients MT 65 ans et + en POLYMEDICATION	61 321	45%	0%	36%	41%	45%	47%	50%	52%	56%	62%	74%	100%
Part des patients MT 65 ans et + en HYPERPOLYMEDICATION	61 321	12%	0%	4%	8%	10%	11%	13%	15%	17%	21%	26%	50%

Source : SNDS, tous régimes, délivrances entre le 1er juillet 2021 et le 30 juin 2022

Une population dont le recours au soin augmente avec l'âge

Le recours aux soins de ville

Avec l'avancée en âge, on observe une baisse du taux de recours aux spécialistes et aux dentistes, une stabilité du taux de recours aux omnipraticiens, à la biologie et aux médicaments et une hausse du taux de recours aux masseurs-kinésithérapeutes, aux infirmiers, aux transports et à la LPP.

Le recours aux urgences augmente avec l'âge

Les passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus sont au nombre de 2,6 millions en 2021 (données du PMSI, exploitation CNAM). Plus de la moitié de ces passages conduisent à une hospitalisation. Le recours aux urgences augmente avec l'âge. Il est de 22 % entre 75 et 84 ans et de 35 % chez les personnes de 85 ans et plus. Le risque que ce passage conduise à une hospitalisation croît aussi avec l'âge : 47 % chez les 75-84 ans, 58 % chez les 85 ans et plus.

Le nombre de passage aux urgences a très légèrement progressé (+ 4 %) chez les 75 ans et plus entre 2015 et 2021, tandis que le taux de recours aux urgences est resté stable dans cette tranche d'âge, avec en 2020 une baisse de ces 2 indicateurs en raison de la crise du Covid. Les recours aux urgences sont légèrement moins fréquemment suivis d'une hospitalisation en 2021 qu'en 2015 (respectivement dans 52 % et 55 % des cas).

Le nombre de séjours en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) chez les personnes âgées de 75 ans et plus s'élève à 4,0 millions en 2021. Entre 2010 et 2021, ce nombre a progressé (+15 %) parallèlement à la croissance démographique (PMSI MCO, ATIH) ²⁰. Durant toute cette période, 19% de l'ensemble des séjours en MCO concernent les 75 ans et plus. Cette part est remarquablement stable, tout comme celle des 75 ans et plus dans l'ensemble de la population qui s'élève à 9 %.

Le taux d'hospitalisation en MCO augmente avec l'avancée en âge (60 % des personnes entre 75 et 84 ans ont été hospitalisées en 2021 vs 66 % chez les 85 ans et plus) et est plus élevé chez les hommes (81 % chez les hommes de 85 ans et plus).

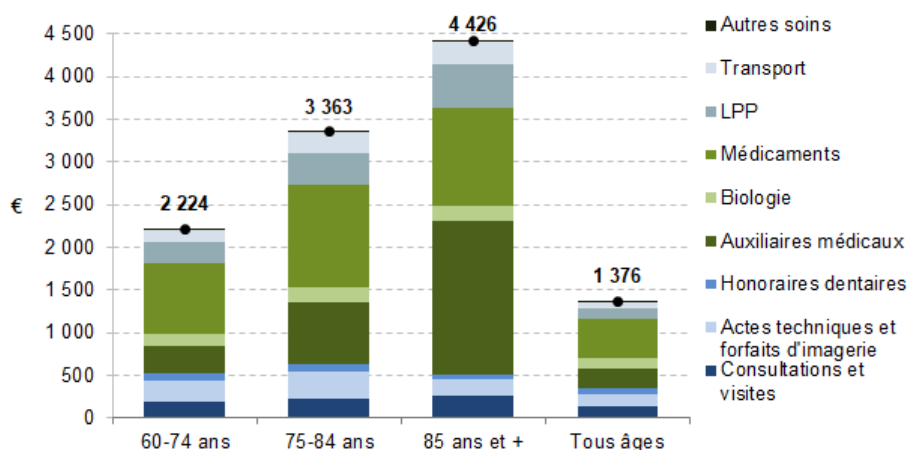
Globalement, le taux d'hospitalisation des personnes âgées de 75 ans et plus est stable entre 2010 et 2021, avec une baisse observée en 2020 en raison de l'épidémie de Covid. En 2021, parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, le taux de réhospitalisation à 1 mois est de 18 %, il est stable depuis 2017. Le taux d'hospitalisation potentiellement évitable (HPE) est de 2,6 % chez les 75 ans et plus. Ce taux diminue depuis 2015, il était alors de 3,3 %, d'après les données de l'ATIH 22. Le fait de ne pas avoir eu recours à un médecin traitant (MT) dans l'année chez les personnes âgées de 65 à 85 ans en 2017 multiplie le risque par 5,5 d'avoir une HPE par rapport aux personnes ayant eu 1 à 2 consultations avec leur MT d'après une étude de la DREES. A l'autre extrême, avoir 9 consultations ou plus avec leur MT multiplie aussi le risque d'HPE de 5,5 ²³.

Le risque de développer des incapacités permanentes est 60 fois plus élevé chez les sujets âgés qui sont hospitalisés. Selon les études, l'incidence de la dépendance liée à l'hospitalisation varie entre 30 et 60 % chez les sujets âgés de 70 ans et plus. Après la sortie d'hospitalisation, seuls 50 % des patients récupèrent leur état fonctionnel de base : environ 33 % récupèrent dans les 6 mois après la sortie d'hospitalisation, et 14 % récupèrent à 1 an ²⁴. Il ressort de ces constats un enjeu particulier à prévenir tout épisode d'hospitalisation chez les personnes âgées.

Une croissance des dépenses de santé avec l'avancée en âge

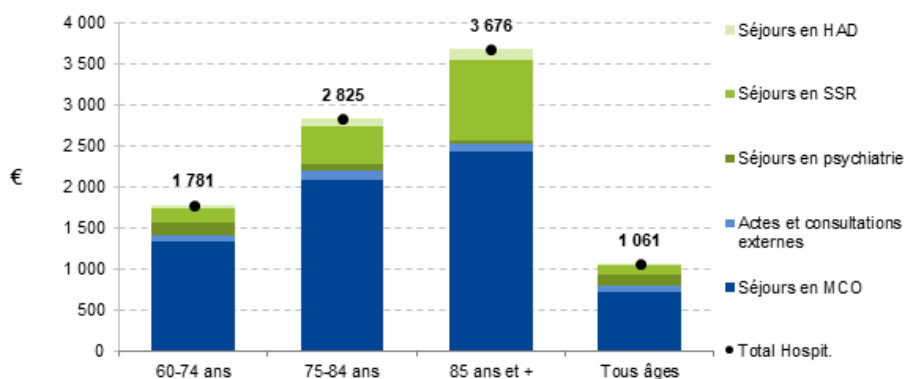
La consommation moyenne de soins de ville augmente avec l'âge. Elle est de 2 224 euros chez les personnes âgées de 60 à 74 ans, de 3 363 euros chez les 75-84 ans, et 4 426 euros chez les 85 ans et plus. Le médicament est le principal poste de dépense parmi les personnes âgées de 60-84 ans, tandis que chez les 85 ans et plus ce sont les dépenses relatives aux auxiliaires médicaux qui sont au premier plan.

Figure 64 : Consommation moyenne remboursable par tête de soins de ville en 2021, par âge



En établissement de santé, les personnes âgées de 85 ans et plus ont deux fois plus de dépenses par tête en moyenne en établissements de santé comparées aux personnes âgées de 60 à 74 ans, respectivement 3 676 euros et 1 781 euros.

Figure 65 : Dépense moyenne remboursable par tête en établissements de santé en 2020, selon l'âge



Source : CNAM, SNDS-DCIR, Rapports 2022 d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS)

Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus augmentant, les charges pour le système de santé vont également croître dans les prochaines années et représenter un défi majeur à relever.

Par ailleurs, un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser à l'Assurance Maladie un montant d'environ 1,5 milliards d'euros par an sur la période 2021-2031 selon la Cour des comptes¹⁰⁵.

6.3.2 Plusieurs dispositifs visent à répondre aux enjeux sanitaires propres à cette population

Les autres branches de la Sécurité Sociale sont mobilisées selon leurs missions : actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées (CNSA) ou centrées sur le bien vieillir (action sociale de l'Assurance Retraite).

Des initiatives existantes en faveur de la santé des personnes âgées

Plusieurs dispositifs pris en charge par l'Assurance Maladie sont spécifiques aux personnes âgées :

- Le médecin traitant peut proposer une visite longue et complexe à son patient âgé de 80 ans et plus en affection de longue durée (ALD) dans la limite de trois fois par an. En 2022, 673 000 visites de ce type réalisées au domicile du patient ont été remboursées aux personnes de 80 ans et plus ;
- Le pharmacien d'officine peut réaliser un bilan partagé de médication avec son patient âgé polymédiqué à partir de 65 ans ;
- L'équipe médicale hospitalière et le conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) organisent la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile du patient dans le cadre du programme d'accompagnement du retour à domicile Prado pour les personnes âgées.

L'Assurance Maladie, via le service PRADO, accompagne les personnes âgées en sortie d'hospitalisation

A la suite d'une expérimentation conduite en 2018 avec 13 CPAM, le service Prado en faveur des personnes âgées de 75 ans et plus s'est déployé sur l'ensemble du territoire à compter de 2019. Le conseiller de l'Assurance Maladie organise durant le séjour du patient, les rendez-vous médicaux nécessaires à sa sortie, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé et des sociétés savantes : médecin traitant et bilan de soins infirmier (BSI) dans les 7 jours de la sortie.

¹⁰⁵ Cour des comptes. (2021). *La prévention de la perte d'autonomie. Construire une priorité partagée*. Rapport public thématique.

Selon les besoins identifiés par l'équipe médicale hospitalière, des rendez-vous complémentaires peuvent être prévus ainsi que des aides à domicile (aide-ménagère, portage de repas).

Le principal enseignement est que cette cet accompagnement favorise le recours aux soins de ville en sortie d'hospitalisation. En 2021¹⁰⁶, on constate en effet que 7 jours après la date de sortie :

- 82 % des patients ont eu un soin infirmier vs 57 % population éligible ;
- 57 % ont consulté le médecin généraliste dans les 7 jours vs 40 % population éligible ;
- 15 % ont bénéficié d'un BSI vs 2% population éligible.

En 2022, près de 15 000 patients ont bénéficié du Prado personnes âgées.

D'autres actions, sans leur être spécifiques, peuvent bénéficier aux personnes âgées.

Il s'agit notamment de l'offre de prévention de l'Assurance Maladie (contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, campagne de vaccination grippe saisonnière, de la prévention canicule, offre des centres d'examen de santé), du Bilan de Soins Infirmiers (patients dépendants quel que soit leur âge), de l'activité physique adaptée (patients en ALD), de la dispensation de médicaments à domicile dans le cadre de Prado (patients isolés, sans aidant et dans l'incapacité de se déplacer), des autres volets Prado (chirurgie, insuffisance cardiaque, BPCO et AVC), du programme Sophia pour les personnes diabétiques, du parcours insuffisance cardiaque et de l'accès au numérique. L'accompagnement des proches aidants fait également partie de ces actions.

6.3.3 Construire un parcours de prévention et de soins adapté aux personnes pour préserver durablement la santé et l'autonomie

Le programme ICOPE et les Rendez-vous de prévention de l'Assurance Maladie sont des opportunités à intégrer en faveur de l'accompagnement des personnes âgées :

Le programme ICOPE issu d'une démarche de l'Organisation Mondiale de la Santé permet le dépistage des fragilités fonctionnelles de la personne âgée

Le programme ICOPE (« *integrated care for older people* ») est issu d'une démarche de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ses objectifs sont le dépistage et le repérage multidimensionnels précoces des fragilités fonctionnelles de la personne âgée de 60 ans et plus. La démarche intègre un premier niveau de repérage via l'outil « ICOPE monitor », permettant à chacun en quelques minutes d'autoévaluer ses capacités et de vérifier qu'il n'est pas en risque de fragilité via un test réalisable sur une application mobile. Le senior peut ainsi réaliser lui-même son test, accompagné ou non d'un professionnel. ICOPE prévoit ensuite une évaluation approfondie et des entretiens motivationnels réalisés par un professionnel. Plusieurs dispositions législatives - notamment un amendement à la proposition de loi dite "bien vieillir", non adoptées définitivement à ce stade - visent à généraliser le programme.

Les rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie permettent de prendre un temps dédié pour améliorer sa santé et agir contre l'apparition de maladies

Institués par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, les rendez-vous de prévention ont pour objectif de promouvoir l'activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, de prévenir les cancers, les addictions et l'infertilité, et de promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle. Ils ciblent deux tranches d'âge concernant les seniors : les personnes âgées de 60 à 65 ans et de 70 à 75 ans. Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre prévoit un déploiement à partir de septembre 2023.

106 Source : PMSI 2021 4 653 patients Prado PA / 475 453 patients éligibles

Deux démarches complémentaires permettront d'identifier et d'accompagner les personnes âgées en situation de fragilité potentielle ou avérée, et de déployer une stratégie de maîtrise médicalisée auprès des patients polymédiqués

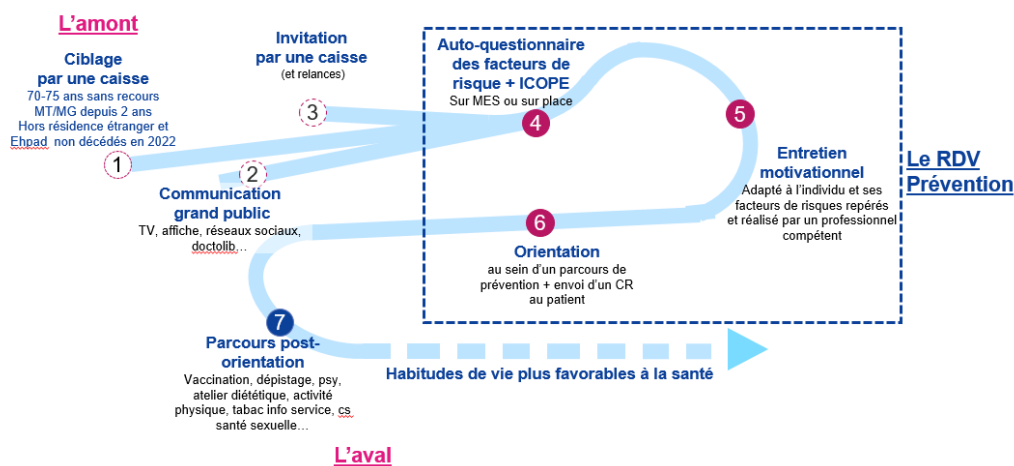
Aller vers les personnes âgées de 70-75 ans éloignées du système de soins pour les inviter à un bilan de prévention

Les personnes sans recours dans l'année à un médecin traitant sont plus exposées au risque d'avoir une hospitalisation potentiellement évitable comme indiqué supra. De plus, les seniors âgés de 70 à 75 ans sans recours à un médecin traitant/médecin généraliste (MT/MG) depuis 2 ans bénéficient plus souvent de la Complémentaire santé solidaire (C2S) en 2022 que les séniors ayant vu leur MT/MG (respectivement 13 % et 5 %).

Enfin, malgré la prévalence élevée de plusieurs pathologies parmi les personnes âgées, certains facteurs de risque sont fréquemment non dépistés, voire certaines maladies comme l'insuffisance cardiaque sont sous-diagnostiquées. S'agissant de l'hypertension artérielle¹⁰⁷, facteur de risque cardio-vasculaire, on estime que 68 % des personnes âgées de 65 à 74 ans sont hypertendus et que 38% de ces personnes hypertendues l'ignorent.

Face à ce constat, l'Assurance Maladie propose un ciblage spécifique d'une population potentiellement éloignée du système de soins dans le cadre des rendez-vous aux âges clés de la vie. Une **action d'aller-vers sera ainsi proposée aux personnes âgées de 70 à 75 ans vivant en France, ne résidant pas en EHPAD et n'ayant eu aucun recours à un médecin traitant, ni à un médecin généraliste depuis deux ans. Il s'agit d'inciter ces patients exposés à des risques sanitaires particuliers à s'inscrire dans un parcours adapté de santé et de prévention, construit par des professionnels santé qui les suivront au long cours.** Le cas échéant, une liste des patients concernés sera adressée aux médecins traitants. L'invitation au rendez-vous de prévention gérée par l'Assurance Maladie pourra intégrer un auto-questionnaire et ICOPE via Mon Espace Santé (MES) ou disponible auprès du médecin consulté.

Figure 66 : Parcours du patient



Source : Ministère de la Santé et de la Prévention

La population âgée de 70 à 75 ans - pouvant bénéficier d'un rendez-vous de prévention- est de **4,6 millions dont 383 000 personnes** sans aucun recours à un médecin traitant ou médecin généraliste sur les deux années 2021 et 2022 (hors résidents à l'étranger et en EHPAD)¹⁰⁸. Parmi elles, 54% sont des hommes, 13% bénéficient de la C2S et 29% n'ont aucun frais de santé remboursés sur la période.

107 Source : Esteban 2014-2016 (2023, BEH, Epidémiologie de l'hypertension artérielle en France: prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population.)

108 CNAM (extraction DCES), SNDS-DCIR,2021-2022, âge atteint en 2022

Déployer une stratégie de gestion du risque visant la polymédication des personnes âgées, associée au déploiement du bilan partagé de médication

Si les données de consommation de soin signalent qu'une part substantielle des personnes âgées paraissent ne pas bénéficier de suivi médical, il existe par ailleurs un niveau élevé de polymédication chez d'autres personnes âgées, induisant des risques sanitaires spécifiques. L'Assurance Maladie souhaite ainsi engager des actions de bon usage aussi bien auprès des professionnels de santé (médecins et pharmaciens) que des patients pour diminuer la polymédication, source d'iatrogénie chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

La démarche de l'Assurance Maladie consistera à inciter les professionnels de santé à acquérir un réflexe iatrogénique, à réviser régulièrement les ordonnances des personnes âgées et à déprescrire les traitements inappropriés chez ces personnes chaque fois que cela sera possible, afin de diminuer le nombre de molécules consommées. La prise en compte de l'automédication sera indispensable car elle augmente encore le nombre de médicaments pris et induit, elle aussi, des interactions médicamenteuses supplémentaires.

Afin de faciliter l'appropriation de cette campagne par les médecins généralistes traitants, l'Assurance Maladie mettra à disposition une visualisation dynamique des profils par datavisualisation ce qui permettra la mise à disposition de davantage de données (affinées avec filtre âge/sexe/ALD...), personnalisera la présentation en fonction du profil du professionnel rencontré.

Il sera également rappelé aux pharmaciens l'utilité du bilan partagé de médication comme dispositif de prévention des risques associés à la polymédication. Le bilan partagé de médication s'adresse aux patients de plus de 65 ans souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques et présentant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois. En 2022, 14 397 patients ont bénéficié de ce bilan dans 941 officines. L'âge moyen des patients est de 81 ans et 81,4% d'entre eux ont au moins une ALD active en 2022. Si ce volume est déjà conséquent, les prochaines négociations conventionnelles avec les pharmaciens pourront constituer l'opportunité d'accélérer la montée en charge du BPM.

Enfin, une aide sera proposée aux patients (exemples : flyers, "remis patients" par les médecins...) afin de leur permettre de mieux communiquer auprès de leur médecin traitant en indiquant toutes leurs prises médicamenteuses, y compris en automédication, de comprendre et accepter une déprescription quand elle aura lieu et de les sensibiliser sur les risques liés la multiplication des prises médicamenteuses.

Ces objectifs pourront être intégrés à **l'expérimentation des équipes de soins coordonnés autour du patient (ESCAP)** portée par l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), expérimentation prévue sur une durée de trois ans et visant favoriser une prise en charge pluri professionnelle et coordonnée autour du patient permettant de réévaluer son état clinique, l'observance et les interactions médicamenteuses et ainsi réévaluer la prise en charge.

Les ESCAP constituent en effet des collectifs de professionnels de santé dont l'organisation pourrait répondre à la nécessité d'une prise en charge coordonnée, au long cours, des personnes âgées exposées à la polymédication à laquelle est associée une ou plusieurs maladies chroniques.

Le repérage du patient se fait par un professionnel de santé (âge de 75 ans et plus, polymédication, éligibilité selon la grille ESCAP). Le patient identifie ses professionnels de santé habituels qui vont constituer la base de l'équipe de soins et adhère au dispositif et au bilan partagé de médication (BPM). Le médecin traitant est informé de la démarche s'il n'est pas à l'origine du repérage.

L'ESCAP est composée *a minima* du médecin traitant, pharmacien, infirmier. Elle est complétée selon les besoins par :

- Un médecin spécialiste d'organe, un masseur-kinésithérapeute, un orthophoniste, un chirurgien-dentiste, un pédicure-podologue ...
- Un diététicien, un psychologue, un ergothérapeute, un professionnel de l'APA

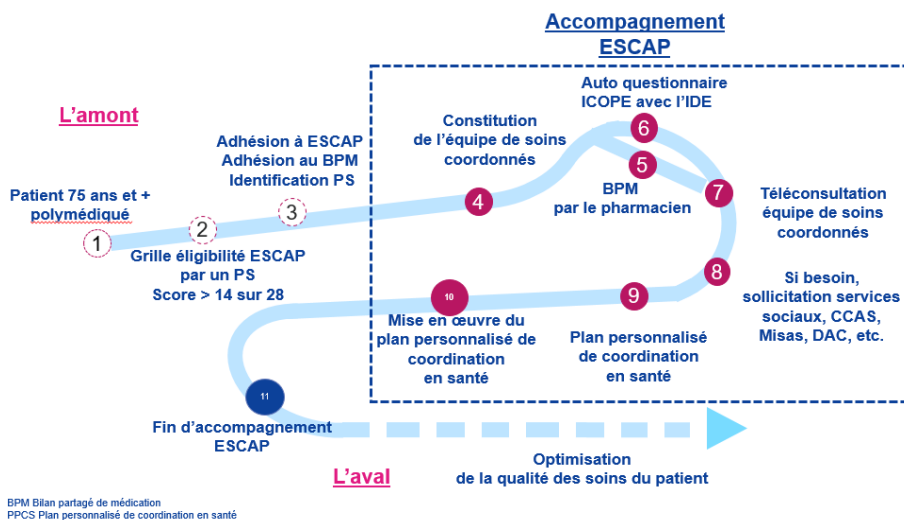
Un BPM est réalisé par le pharmacien et le patient complète un auto-questionnaire ICOPE avec l'aide de l'infirmier. Une téléconsultation entre l'ESCAP et le patient sera organisée afin de lui proposer et mettre en œuvre plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) intégrant :

- La révision et l'amélioration de la prescription par le médecin traitant ;
- L'information du patient sur les risques de la polymédication et sur l'automédication
- Si besoin, un acte infirmier sur la prise médicamenteuse du patient à domicile ;
- Si besoin, un accompagnement nutrition, APA, psychologue, ergothérapeute ;
- Si besoin, la sollicitation de services sociaux, centres communaux d'action sociale, mission d'accès aux soins des CPAM, dispositifs d'appui à la coordination (DAC), etc.

L'expérimentation ESCAP nécessitera un outil de parcours intégrant des fonctionnalités de prise de rendez-vous, de monitoring, de téléconsultation, de téléexpertise et interopérable avec MES et les solutions de e-parcours régionales. Le

déploiement d'un parcours personnes âgées s'accompagnera donc de l'élaboration d'un référentiel numérique spécifique aux personnes âgées, à construire en collaboration avec la DGOS en charge du programme E-Parcours, et en mobilisant les parties prenantes.

Figure 67 : Accompagnement ESCAPE



Source : Ministère de la Santé et de la Prévention

6.4 Santé de la mère et de l'enfant : bilan des propositions pour 2023

Proposition 5 : Améliorer l'accompagnement des femmes enceintes pendant la grossesse et après l'accouchement

L'accompagnement des femmes enceintes au cours de la grossesse et à la suite de l'accouchement constitue une priorité pour l'Assurance Maladie. La part des femmes ayant eu recours à au moins une consultation chez une sage-femme ou chez un médecin généraliste dans les sept jours suivant la sortie de la maternité est proche de 80% (79,7% en 2019, 81,7% en 2020 et 79,9% en 2021).

L'Assurance Maladie prend en charge l'accompagnement des femmes enceintes par le remboursement de deux entretiens, prénatal et post-natal. Institué en 2019, l'entretien prénatal, a concerné près de 300 000 bénéficiaires par an, en 2019 et 2020, avant d'atteindre 335 370 bénéficiaires en 2021, puis 333 568 bénéficiaires en 2022, pour des dépenses s'élevant à plus de 15 millions d'euros par an pour l'Assurance Maladie (source : DCIR). Désormais, et depuis le 5 septembre 2022, les femmes peuvent bénéficier de l'entretien post natal précoce entre la 4ème et la 6ème semaine après l'accouchement, à domicile ou au cabinet. Selon des données encore non exhaustives du DCIR, 28 345 femmes en ont bénéficié entre septembre et décembre 2022, pour un montant de 904 308 euros en dépense pour l'Assurance Maladie. Le nombre de bénéficiaires a progressé entre septembre et décembre passant de 3 977 à 8 563 bénéficiaires.

Par ailleurs, la convention des pharmaciens d'officine signée en mars 2022 a mis en place un « entretien femme enceinte » pour les sensibiliser aux risques liés à la prise de substances tératogènes ou fœtotoxiques. Entre le 7 novembre 2022 et le 27 février 2023, 1 540 officines ont réalisé au moins un entretien « femmes enceintes », représentant un démarrage encourageant.

Concernant la vaccination chez les femmes enceintes contre la grippe, l'Assurance Maladie a assuré une campagne de communication multicanale pendant l'hiver 2022-2023.

Enfin, l'avenant 6 à la convention des sages-femmes, signé en décembre 2022, a permis de préciser les missions confiées aux « sages-femmes référentes ». Les femmes qui le souhaitent, peuvent bénéficier d'une prise en charge durant la phase anténatale, l'accouchement et le post-partum, par une même sage-femme libérale, au sein de maisons de naissance, ou dans le cadre de plateaux techniques. Cette mesure est valorisée par un forfait de 45€ par suivi de grossesse pour laquelle la sage-femme est déclarée référente.

Concernant l'adressage aux psychologues par les sages-femmes, cette proposition figure dans la proposition de loi de Mme Sandrine Josso, adoptée au Sénat le 4 mai 2023 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche. En attente du passage auprès de la commission mixte paritaire, cette disposition devrait entrer en vigueur au cours de l'année 2023.

Proposition 6 : Améliorer le suivi et la prise en charge des enfants

L'amélioration et le suivi de la prise en charge des enfants est une priorité pour l'Assurance Maladie.

Le taux de couverture vaccinale ROR à l'âge de 33 mois est passé de 81.6% en 2018 à 84.9% en 2021 grâce à une campagne ciblée et graduée adressée aux parents d'enfants partiellement, ou non-vaccinés. De plus, ce vaccin est remboursé intégralement jusqu'à l'âge de 18 ans.

Plusieurs initiatives de maisons de santé pluriprofessionnelles dédiées à la santé de l'enfant ont été menées, à l'image de la « MSP pédiatrique Graines en santé » à Noisy-le-Grand (Seine-Saint-Denis) et du projet de santé construit autour de deux objectifs d'amélioration de la couverture vaccinale des enfants et des adolescents et d'éducation à la santé de l'enfants par un accompagnement à la parentalité.

Propositions sur les populations et la prévention

Proposition 6 : Investir massivement sur la prévention bucco-dentaire des jeunes générations pour faire émerger une « génération sans carie »

Et poursuivre ainsi la politique de réduction des inégalités sociales de santé en matière de santé bucco-dentaire, amorcée en 2007 avec le lancement du programme MT'dents et amplifiée en 2019 avec la mise en œuvre du 100% Santé sur les prothèses dentaires :

- Déployer un bilan spécifique de prévention annuel pour les enfants, les adolescents et les jeunes entre 3 et 24 ans (promotion de la santé et dépistage) ;
- Rembourser intégralement, sur le modèle du 100% Santé, la totalité des actes de prévention et des actes conservateurs auprès des 3-24 ans, à des tarifs incitatifs pour les dentistes en mobilisant une coalition avec les dentistes. Augmenter chaque année cette cohorte d'une génération, de sorte à prévenir l'érosion dentaire et empêcher l'apparition de caries, rendant ainsi caduques les prothèses à terme ;
- Construire une coalition avec les organismes complémentaires pour financer ce virage préventif, et allier les forces de tous les acteurs pour « aller-vers » les publics plus éloignés du soin.

Proposition 7 : Déployer auprès des médecins un outil spécifique de réduction de l'iatrogénie médicamenteuse pour leurs patients polymédiqués

et expérimenter pour ces patients de plus de 75 ans un accompagnement par une équipe de soins coordonnées (ESCAP) afin de les orienter vers un bilan partagé de médication et un auto-questionnaire de prévention des risques de perte d'autonomie (ICOPE), en lien avec le rendez-vous de prévention prévu à cet âge.

7 Renforcer l'accès aux soins et améliorer l'organisation du système de santé

7.1 Renforcer l'accès territorial aux soins

7.1.1 Constats et enjeux

La répartition géographique des professionnels de santé, sur le territoire constitue un enjeu majeur en termes d'accès aux soins mais aussi d'efficacité du système de santé, qui se pose à l'ensemble des systèmes de santé dans le monde.

S'il est illusoire de prétendre assurer une égalité parfaite de répartition des professionnels de santé, il est indispensable, dans le cadre d'un système de santé au financement mutualisé, de tendre vers l'objectif d'un égal accès aux soins de la population en tous points du territoire.

Les déterminants de ces inégalités de répartition ainsi que les moyens de les réduire font l'objet d'une littérature abondante et ancienne. Cette littérature souligne le caractère multifactoriel de la décision d'installation et du maintien d'un professionnel à un endroit donné, à la croisée des projets de vie personnels, des parcours de formation, des conditions d'exercice et du niveau de revenu. Elle démontre également qu'il n'existe pour réduire les inégalités de répartition aucune solution miracle, mais plutôt des stratégies conjuguant un ensemble de mesures complémentaires durablement mises en œuvre et adaptées aux caractéristiques de chaque territoire.

Parmi les composantes de ces stratégies, un certain nombre sont accessibles aux leviers de la vie conventionnelle. C'est pourquoi, les partenaires conventionnels, à travers les accords signés avec les différentes professions de santé libérales, ont mis en place depuis plusieurs années des mesures dites « démographiques » pour favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé libéraux dans les zones déficitaires et réguler l'installation dans des zones dites non prioritaires.

Ces mesures visent in fine à la réduction des écarts de densité entre départements et au sein même des départements. Ces écarts diffèrent évidemment en fonction des professions et des règles conventionnelles existantes.

Les plus fortes inégalités de répartition sont en réalité infra-départementales : les professionnels de santé libéraux sont concentrés sur des zones littorales et urbaines tandis que les zones délaissées sont rurales et suburbaines notamment les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Figure 68 : Bilan fin 2021 de la démographie des professions de santé libérales

Profession en 2021	Effectifs	Évolution annuelle moyenne 2000-2021	Nouvelles installations 2021	Densité pour 100 000 habitants France entière	Écart départemental France métropolitaine (min-max)
Médecins généralistes	52 291	-0,3%	2 226	77,7	2,6
Chirurgiens-dentistes	35 218	-0,1%	1 550	52	3,5
Sages-femmes	7 223	7,1%	655	11	4,3
Masseurs-kinés	73 457	3,1%	3 599	109	5,7
Orthophonistes	20 413	3,3%	785	30	6,6
Infirmiers	99 005	3,3%	5 306	147	8,4

Source : données AMOS 2021

7.1.2 Les dispositifs démographiques existants

Les partenaires conventionnels ont mis en place des dispositifs démographiques conventionnels construits autour d'une double logique incitative et de régulation avec la création de contrats démographiques accessibles aux professionnels exerçant en zones sous denses et la régulation du conventionnement pour certains professionnels de santé fortement représentés dans des zones dites non prioritaires (voire sur-denses pour certaines professions).

Afin de définir les zones « sous-denses » et les zones « sur-denses » ou « non prioritaires », les partenaires conventionnels se sont accordés sur les critères à prendre en compte¹⁰⁹ pour repérer les zones où l'offre de soins est insuffisante et les éventuelles zones où l'offre de soins est considérée comme suffisante par rapport aux besoins de la population. Ce « zonage », qui peut varier selon la profession considérée, permet, dans le cadre des conventions nationales, d'identifier les zones qui feront l'objet de mesures incitatives, et les zones qui feront l'objet de mécanismes de régulation à l'installation. Un arrêté national reprend le cadre général et des arrêtés régionaux fixent le détail du zonage au niveau de leurs territoires.

Un équilibre entre aides incitatives et régulation

Les dispositifs démographiques ont été mis en place depuis 2009 pour les sages-femmes et à partir de 2012 pour les autres professions concernées.

Les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers, les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes bénéficient d'un dispositif démographique incitatif via le versement d'aides à l'installation dans les zones dites sous-denses.

Compte tenu de la dynamique d'évolution de leurs effectifs et de leur répartition sur le territoire¹¹⁰, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers sont parallèlement régulés pour leurs conventionnements dans les zones sur-denses ou non prioritaires.

Ces dispositifs incitatifs ou de régulation concernent des zones du territoire plus ou moins étendues en fonction des professions et du zonage final. Ci-après une synthèse des dispositifs existants :

Figure 69 : Présentation simplifiée des différents types mesures démographiques conventionnelles prises pour les professions de santé libérales

	AIDES INCITATIVES	REGULATION
Médecins	×	
MASSEURS-KINES	×	×
SAGES-FEMMES	×	×
INFIRMIERS	×	×
ORTHOPHONISTES	×	
CHIRURGIENS DENTISTES	×	

Source : CNAM

Figure 70 : Répartition de la population couverte par des dispositifs incitatifs ou de régulation

	Zones d'AIDES INCITATIVES	Zones de REGULATION
Médecins depuis 2012	18%	
MASSEURS-KINES Avenant 5 en 2017	12,5%	12,5%
SAGES-FEMMES Avenant 4 de 2018	17,5%	12,5%
INFIRMIERS Avenant 6 de 2019	5%	28,5%
ORTHOPHONISTES Avenant 19 de 2022	17,5%	
CHIRURGIENS DENTISTES depuis 2012	6%*	

*estimé en 2012. Zone aidée pour les chirurgiens-dentistes si la zone appartient au 1er décile de densité pondérée. Il n'y a pas de référence à la part de population couverte dans le texte.

¹⁰⁹ L'indicateur choisi pour classer les zones est souvent celui de l'accessibilité potentielle localisée (APL) ou bien une densité pondérée (pour quelques professions).

¹¹⁰ Il s'agit des professions pour lesquelles les effectifs sont en augmentation depuis le début des années 2000

Il convient de souligner que pour les infirmiers, la part des zones régulées a été sensiblement élargie en 2019, passant de 16% à 28,5% de la population couverte.

Les aides incitatives

Les aides sont versées dans les zones considérées comme sous-denses.

État des contrats incitatifs existant par profession

Les contrats incitatifs suivants ont été inscrits dans les conventions nationales de chacune des professions ci-dessous. Tous les professionnels s'installant dans les zones concernées peuvent conclure un contrat d'aide à l'installation.

Des contrats plus spécifiques par profession existent en sus notamment pour inciter les professionnels à maintenir leur activité dans ces zones mais aussi à accompagner la transition quand ils font valoir leurs droits à la retraite.

Tableau 21

	Médecins	Sages-femmes	Chirurgiens-dentistes	Masseurs-kinésithérapeutes	Infirmiers	Orthophonistes
Contrat d'aide à l'installation	X	X	X	X	X	X
Contrat d'aide au maintien	X	X	X	X	X	X
Contrat d'aide à la première installation		X			X	X
Contrat d'aide à la création de cabinet				X		
Contrat de transition	X					
Contrat de solidarité territoriale médecin	X					

Source : CNAM

La régulation démographique

Les dispositifs de régulation : le principe du 1 pour 1 en zone sur-dense

Le principe de la régulation consiste à permettre le nouveau conventionnement d'un professionnel de santé dans la zone uniquement si un autre professionnel a préalablement et définitivement cessé son activité dans celle-ci (« principe du 1 pour 1 »).

Ce principe s'applique pour les trois professions qui font l'objet de mesure de régulation. Les modalités d'application de ce dispositif sont déterminées par les partenaires conventionnels.

Pour les infirmiers, ce dispositif est renforcé et le conventionnement en zone sur-dense (appelée surdotée) ne peut intervenir qu'au bénéfice du seul successeur désigné de l'infirmier cessant son activité sur la zone surdotée. Les avenants conventionnels prévoient quelques dérogations à ce principe pour tenir compte de la situation personnelle et professionnelle des professionnels de santé. Il a été observé pour cette profession une amélioration de la répartition géographique notamment avec l'indice de Gini¹¹¹ qui s'est amélioré.

Ce mécanisme permet effectivement de stabiliser les effectifs dans les zones sur-denses, comme le montre l'exemple des masseurs-kinésithérapeutes : la régulation des conventionnements des masseurs-kinésithérapeutes a débuté en 2019 en « zone surdotée ». Alors que l'évolution moyenne annuelle de l'effectif total est de 3 % entre 2019 et 2021, on observe dans la zone régulée une stabilisation de l'effectif (légère hausse de 0,2 %).

¹¹¹ Indicateur synthétique permettant de rendre compte du niveau d'inégalité pour une variable et sur une population donnée

Tableau 22 : Nombre de cabinets principaux de masseurs-kinésithérapeutes par an et par zone (Hors Mayotte)

	Nombre de MK libéraux conventionnés ¹¹							
Zonage MK avenant 5 publié ARS APL 2016	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Ev moyenne 2019-2021
1- Très sous dotée	1 677	1 675	1 732	1 761	1 818	1 963	2 042	6,0%
2- Sous dotée	1 814	1 834	1 877	1 889	1 925	2 053	2 099	4,4%
3- intermédiaire	36 022	37 160	38 475	38 857	39 937	41 800	42 560	3,2%
4- Très dotée	8 295	8 622	8 950	9 209	9 564	10 135	10 610	5,3%
5- Sur dotée	13 339	13 949	14 583	15 320	15 390	15 491	15 449	0,2%
TOTAL	61 147	63 240	65 617	67 036	68 634	71 442	72 760	3,0%

Source : Zonage MK - avenant 5 publié ARS APL 2016 -12,5 % en zone aidée et 12,5 % en zone régulée- FNPS

Une régulation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé

La détermination du zonage et des zones fortement dotées tient compte de l'activité des professionnels de santé libéraux et des centres de santé.

Le dispositif de régulation démographique appliqué aux infirmiers libéraux a été transposé par avenant dans l'accord national des centres de santé. Ainsi, depuis le 21 juin 2022, aucun nouveau conventionnement ne peut être accordé à un centre de santé infirmiers en zone surdotée. Ce dispositif s'applique uniquement aux nouveaux centres de santé qui souhaiteraient se conventionner dans une zone dite surdotée en infirmiers. De fait, les centres de santé infirmiers déjà installés ne sont aujourd'hui pas concernés par la régulation et peuvent continuer à salarier des infirmiers. En outre, la régulation s'applique strictement aux nouveaux centres de santé infirmiers et ne concerne pas les centres de santé polyvalents avec activité infirmier.

7.1.3 Propositions d'évolution

Certaines de ses mesures sont utiles et ont produit des effets (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) mais peuvent être jugées insuffisantes pour améliorer rapidement l'accès aux soins des patients pour le territoire. Ainsi, elles mériteraient d'être renforcées et étendues pour certaines professions.

D'autres mesures sont contournées en particulier via le salariat des professionnels de santé pour outrepasser les mécanismes de régulation.

Mettre fin au contournement du dispositif de régulation démographique via le salariat

Ces différents dispositifs de régulation du conventionnement ne s'appliquent pas aux professionnels de santé salariés des centres de santé ou des professionnels de santé libéraux. De fait, le salariat entraîne un contournement de la régulation des professionnels de santé en zone non prioritaire (voire surdotée) : comme évoqué supra sur les centres de santé infirmiers, dès lors qu'un professionnel ou un centre de santé est installé et conventionné, il peut recruter autant de professionnels salariés qu'il le souhaite, sans être contraint par les règles régulant l'installation en zone sur-dotées.

Dès lors, afin de ne pas entraîner de déséquilibre de l'offre sur certains territoires et de préserver les objectifs poursuivis par les dispositifs démographiques, il est proposé de réguler le salariat des professions de santé en inscrivant le principe selon lequel, sauf dérogation¹¹², dans les zones soumises à régulation, **le recours au salariat ne doit pas conduire à une augmentation de l'activité dans la zone.**

¹¹² Par exemple : situation médicale grave personnelle, du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct ; mutation professionnelle du conjoint

Il est donc proposé :

- D'introduire dans l'avenant des centres de santé l'impossibilité de recruter des nouveaux ETP dans les zones surdotées et donc de figer le nombre d'ETP existant et d'appliquer la régulation pour les nouveaux centres de santé c'est-à-dire que plus aucun nouveau conventionnement ne sera pas possible dans une zone surdotée sous réserve du principe du « un pour un » (comme pour les centres infirmiers).
- Une mesure législative visant à appliquer ce principe à l'ensemble des professionnels de santé salariés exerçant auprès d'un professionnel de santé libéral.

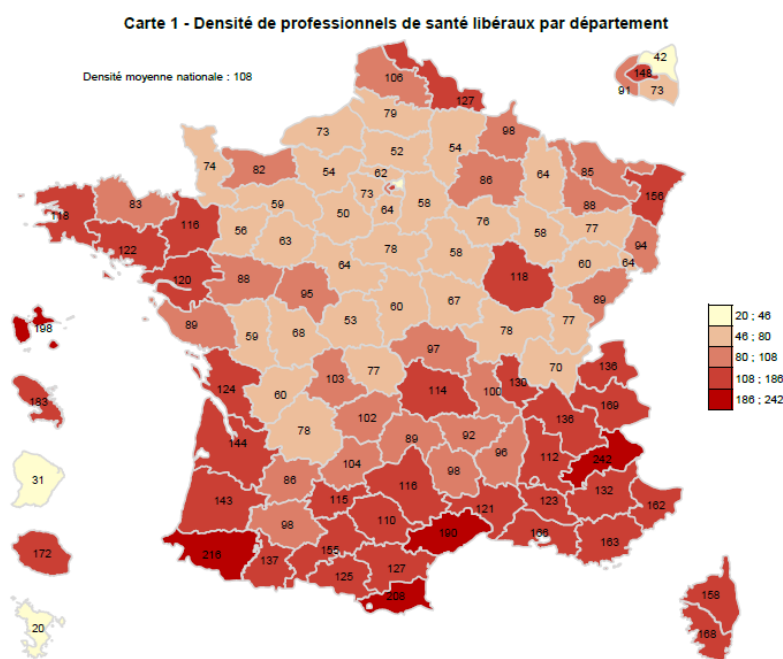
Il s'agit donc d'appliquer à tous les professionnels de santé libéraux et aux centres de santé, pour leurs salariés, la régulation de l'installation en zone non prioritaires (voire surdotées).

Renforcement des règles de régulation des masseurs-kinésithérapeutes

Lors des négociations visant à conclure un avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes (signature de l'avenant en décembre 2022 par la FFMKR - non entré en vigueur du fait de l'opposition des deux autres syndicats représentatifs) l'une des mesures visait à mieux répartir les professionnels de santé sur le territoire afin de répondre aux besoins de la population.

En effet, plusieurs constats ont conduit les partenaires conventionnels à proposer une modification du dispositif démographique actuel :

Figure 71 : Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux par département



Source : 2021 SNIIRAM-AMOS ; France entière ; libéraux

Au niveau géographique, la densité de masseurs-kinésithérapeutes (MK) est de 108 MK libéraux pour 100 000 habitants en 2021. Elle est plus importante en régions Guadeloupe, Martinique ainsi qu'en Réunion. A l'inverse, la densité est plus faible dans les régions Normandie, Guyane et Mayotte.

Si le dispositif démographique mis en place pour la profession (zonage/dispositif de régulation/dispositif incitatif) produit ses premiers effets, la répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes reste encore très inégale sur le territoire.

Comme le montre le tableau 21, la régulation a permis de stabiliser le nombre de masseurs kinésithérapeute en zone « sur dotée ». En revanche, l'effet de bord observé est que les zones « très dotées » (ayant une densité importante de PS même si moindre que les zones régulées), souvent périphériques des zones surdotées, ont une très forte dynamique.

Si le zonage n'évolue pas, la tendance conduira rapidement à une densité plus élevée dans les zones « très dotées » que les zones « sur-dotées » et ne permettra pas de couvrir les besoins des personnes en zones plus déficitaires.

Ainsi, il paraît nécessaire de revoir le mécanisme de régulation pour corriger cet effet.

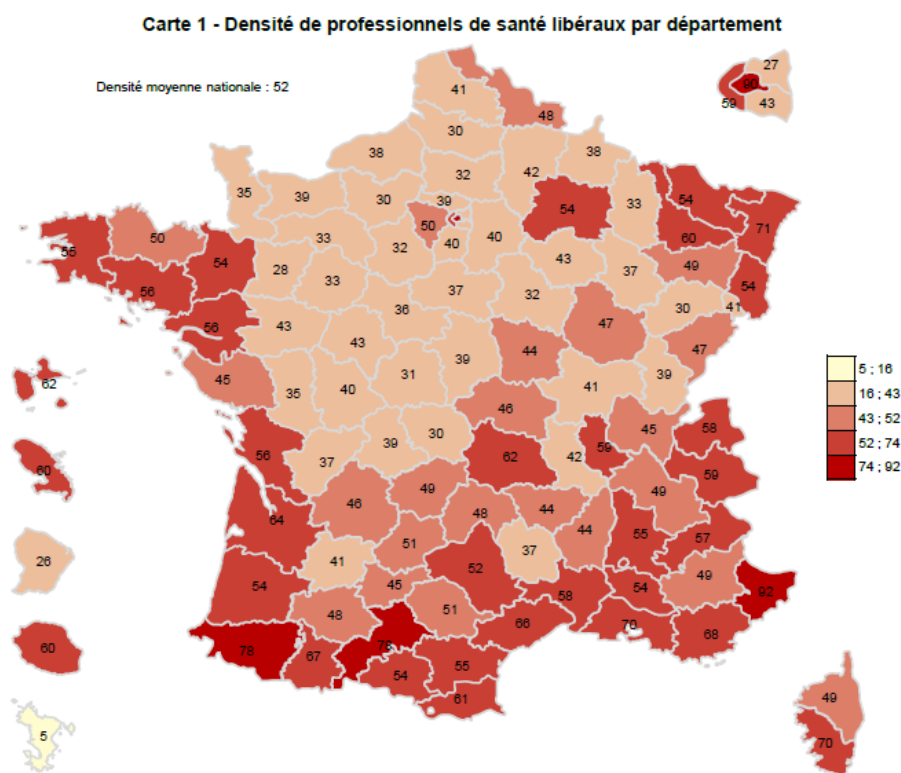
Introduire une gestion partagée des installations des chirurgiens-dentistes

Des négociations visant à conclure une nouvelle convention dentaire ont été ouvertes le 14 avril 2023 (échéance de la convention actuelle au 24 août 2023).

Cette négociation est également l'occasion de revoir le dispositif démographique actuellement applicable aux chirurgiens-dentistes (2 contrats incitatifs).

En 2022, 44 044 chirurgiens-dentistes exerçaient en France. Les chirurgiens-dentistes exercent principalement en libéral (36 809 chirurgiens-dentistes libéraux).

Figure 72 : Densité des chirurgiens-dentistes libéraux par département



Source : 2021 SNIIRAM-AMOS ; France entière ; libéraux

Les chirurgiens-dentistes libéraux sont répartis de manière inégale sur le territoire : tropisme géographique des chirurgiens-dentistes libéraux en activité pour les départements côtiers (sauf Normandie et Nord), la moitié sud de l'Hexagone, et dans certains départements de la région Grand-Est.

Il existe de fortes inégalités territoriales d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes avec une accessibilité 7,3 fois plus élevée dans les territoires où vivent les 10 % de la population les mieux dotés en chirurgiens-dentistes par rapport aux territoires où vivent les 10 % de la population les moins bien dotés (Rapport DREES pour 2021).

Ainsi, il est proposé dans le cadre des négociations en cours :

- D'augmenter très significativement les périmètres des zones aidées permettant à plus de chirurgiens-dentistes de bénéficier d'aides incitatives ;

- De mettre en place un dispositif de gestion partagée des installations dans quelques zones non-prioritaires afin d'appliquer une modulation du conventionnement aux chirurgiens-dentistes libéraux et aux centres dentaires.

Ces mesures devraient également être rendues opposables à l'installation et au recrutement de salariés par les centres de santé dentaires ou polyvalents ayant une activité dentaire.

Adaptation du dispositif démographique avec les médecins

Lors des négociations d'une nouvelle convention médicale, ouvertes au dernier trimestre 2022, l'Assurance Maladie a proposé plusieurs mesures de simplifications et d'incitations afin d'encourager les installations de médecins dans les zones sous dotées. La négociation entre l'Assurance Maladie et les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux n'ayant pu aboutir à un accord, le règlement arbitral n'a pas repris les propositions démographiques suivantes :

- Engagement des partenaires conventionnels à travailler avec le Ministère et les ARS pour avoir des zonages médicaux plus réguliers et ainsi répondre plus rapidement aux besoins des territoires.
- Fin du caractère contractuel des aides démographiques pour proposer des aides moins complexes et dont le versement est automatisé. Ainsi, les médecins n'auraient plus besoin de s'engager à travers des contrats afin de faciliter les démarches administratives, la plupart des mesures seraient versées automatiquement aux praticiens via des majorations spécifiques du FPMT (forfait patientèle médecin traitant).
- Afin de valoriser les praticiens qui étaient installés dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP) dont la zone d'implantation du cabinet, après publication du zonage ARS, ne relevait plus d'une ZIP, ces praticiens pouvaient bénéficier d'une sortie progressive du dispositif.
- Les médecins nouvellement installés qui choisissaient de s'installer en zone d'action complémentaire (ZAC) pouvaient bénéficier d'une aide à l'installation dédiée. En effet, l'objectif de cette mesure était de maintenir une offre de soins dans les ZAC afin qu'elles ne passent pas en ZIP.

Au-delà des mesures permettant une meilleure répartition des professionnels de santé libéraux, il convient de réussir à mieux mobiliser les professionnels pour se déplacer en-dehors de leur cabinet principal vers des zones où l'offre de soins est plus faible

Favoriser le déplacement des professionnels de santé vers les zones sous denses

L'Assurance Maladie souhaite rendre le dispositif de consultations avancées des médecins encore plus attractif et simple pour les médecins spécialistes en prévoyant une **rémunération forfaitaire pour chaque demi-journée de consultations avancées réalisées en ZIP ou en ZAC**, sous réserve que le praticien réalise des soins à tarif opposable.

Des **organisations « tournantes »** ont également vu le jour avec notamment l'exemple du centre de santé Ajain en Creuse. Leur organisation repose sur l'alternance de médecins toute la semaine afin d'assurer une permanence médicale. L'objectif principal étant de faire venir ponctuellement le professionnel de santé afin de susciter l'envie de s'y installer de manière pérenne.

Plus globalement, il convient de réfléchir à **des dispositifs incitant les professionnels de santé à aller vers des publics prioritaires dans des zones sous-denses, y compris lorsque les professionnels n'y sont pas installés.**

7.1.4 Dégager du temps médical via un allègement des tâches administratives des médecins

Le contexte démographique rend nécessaire d'agir simultanément sur tous les leviers permettant de renforcer le temps utile des médecins auprès des patients. Parmi ces leviers, la simplification et l'allègement des tâches administratives des médecins apparaissent prioritaires.

La proposition 13 du rapport Charges et Produits 2023 incitait à « déployer une boîte à outils pour améliorer l'accès à un médecin traitant dans un contexte de raréfaction des médecins généralistes installés en ville », et identifiait explicitement l'enjeu de réduction de la « charge administrative des médecins ».

Le 6 février 2023, le Docteur Jacques Franzoni, Président de la CPTS du Grand Valenciennes et M. Pierre Albertini, ancien Directeur général de la CPAM de Paris, ont remis au Directeur général de l'Assurance Maladie leur rapport « Simplifier et réduire les tâches administratives pour libérer du temps médical ». Ce rapport conclut la mission qui leur a été confiée, dans le cadre des discussions conventionnelles engagées entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux, et les a conduits à mener plus de 60 entretiens et à analyser 900 contributions de médecins libéraux.

Sur la base de leurs recommandations, des témoignages recueillis auprès des professionnels de terrain et de plusieurs contributions issues des conseils nationaux de la refondation (CNR) territoriaux « Santé », le ministre de la Santé et de la Prévention s'est engagé à mettre en œuvre 15 mesures structurées autour de 5 axes. Le ministre a rappelé également l'importance du déploiement massif des assistants médicaux pour contribuer à ce gain de temps médical.

Réduire la demande de certificats médicaux inutiles

Il demeure bien souvent un écart entre ce qu'impose la réglementation et les demandes des organisations et structures à leurs usagers, conduisant les médecins à y consacrer encore aujourd'hui en moyenne entre une heure et demie et deux heures chaque semaine, selon la mission. Les règles en matière de demande de certificat médical seront clarifiées afin que le certificat médical devienne désormais une exception dans les différents domaines concernés (crèches, écoles, fédérations sportives, employeurs, obtention d'un droit pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie).

Limiter les sollicitations inutiles pour les médecins libéraux concernant la gestion administrative des patients en affections de longue durée (ALD)

Concernant les pathologies graves et irréversibles, des travaux ont été initiés sur les référentiels des durées réglementaires d'ALD. Des pistes d'évolution sont en cours d'analyse, notamment en allongeant certaines durées d'admission ou de prolongation d'ALD afin de diminuer la fréquence d'exposition des professionnels de santé aux demandes de renouvellement des dossiers.

En outre, une information aux assurés envoyée deux mois avant l'expiration de leur ALD est en cours de déploiement pour les inviter à consulter leur médecin si leur ALD n'a pas été renouvelée automatiquement. Pour les médecins, la lisibilité de l'information a d'ores et déjà fait l'objet d'évolution sur amelipro et sera encore accrue dans le cadre de la refonte du service.

Optimiser les processus de facturation

Le processus de facturation de l'Assurance Maladie repose à des fins de sécurité sur la nécessité d'identifier le patient et ses droits sur la base de la présentation de sa carte Vitale par le patient, en l'absence de quoi les exigences doivent être renforcées et nécessitent le retour à des feuilles de soins « papier » signées. L'Assurance Maladie est pleinement mobilisée pour déployer une nouvelle utilisation de la carte Vitale, via une application pour smartphone répondant aux usages numériques actuels, aux assurés qui le souhaitent. Cela devrait limiter drastiquement les cas de non-présentation de la carte Vitale par les patients et donc le retour au « papier ». L'expérimentation de l'ApCV a été lancée dans deux départements (Rhône et Alpes-Maritimes) et une phase pilote est en phase de déploiement pour l'ensemble des assurés de huit départements (Rhône et Alpes-Maritimes, Loire-Atlantique, Puy-de-Dôme, Sarthe, Seine-Maritime, Bas-Rhin, Saône-et-Loire).

En parallèle, pour les cas où l'assuré aurait oublié sa carte Vitale, l'Assurance Maladie soutient le déploiement d'une solution de transmission des pièces justificatives de flux dégradés. Un cahier des charges destiné aux éditeurs de logiciels a été publié le 9 juin, conformément aux dispositions du règlement arbitral. La piste d'une signature électronique de la feuille de soins papier par l'assuré est également en cours d'étude.

Enfin, les principaux motifs d'indus et de rejets ont été relevés afin d'améliorer la lisibilité des communications liées à ces motifs. Une reformulation de ces courriers et courriels les plus fréquemment adressés a été engagée.

Intégrer les outils du numérique en santé dans la pratique quotidienne des médecins

Dans le cadre du Ségur du numérique en santé, de nouveaux services en miroir du parcours usager seront conçus sur amelipro à horizon 2023-2025 : carnet de santé, prévention (vaccination, dépistage, etc.), avec une personnalisation des services informatiques pour le médecin (onglet « mes services préférés »).

Par ailleurs, une forte mobilisation des éditeurs de logiciels est nécessaire pour continuer à proposer aux médecins libéraux des produits ergonomiques et respectant le cahier des charges du Ségur.

L'Assurance Maladie veille également à ce que le déploiement des outils numériques n'implique pas une charge administrative. Sur ce point, la doctrine de qualification de l'identifiant national de santé (INS) a été simplifiée en avril 2023, permettant aux professionnels de santé de ne plus avoir à vérifier l'identité d'un patient déjà connu.

Fluidifier les relations entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux

L'accompagnement des médecins libéraux sera renforcé grâce à l'intervention des délégués du numérique en santé de l'Assurance Maladie pour le déploiement du Ségur numérique. Des contenus, notamment vidéos seront prochainement déployés sur YouTube et sur le portail amelipro de l'Assurance Maladie pour faciliter l'utilisation des nouveaux services et les interfaces avec les logiciels métiers utilisés par les médecins libéraux.

Le service médical reste également au service des professionnels de santé dans leur pratique quotidienne. Le dispositif d'échanges médicaux sécurisés (EMS) offert via amelipro monte en charge progressivement pour la gestion des prestations individuelles (indemnité journalière, invalidité, accident du travail, maladie professionnelle). Entre 2021 et 2022, le nombre de conversations est passé de 220 000 à près de 300 000 et le nombre de médecins libéraux ayant utilisé l'EMS est passé de 22 000 à 29 000.

Enfin, conformément aux recommandations du rapport Albertini-Franzoni, l'Assurance Maladie révisé sa stratégie de contact et d'accompagnement des médecins afin d'en renforcer la qualité et la pertinence, notamment en matière de facturation (communications proactives, module pédagogique sur la facturation à l'installation du professionnel de santé, etc.).

L'Assurance Maladie demeure déterminée à mettre en œuvre ce plan d'action en veillant à associer étroitement les représentants des médecins. Un suivi régulier de l'avancée des travaux est assuré afin que chacune de ces mesures se concrétise dans les meilleurs délais et permette d'alléger l'exercice quotidien des médecins libéraux des tâches administratives inutiles ou chronophages, afin de libérer du temps médical.

7.2 Les urgences et la permanence des soins ambulatoires

7.2.1 En 2021, le nombre de passage aux urgences était de 20 millions de passages, en augmentation constante depuis 2015

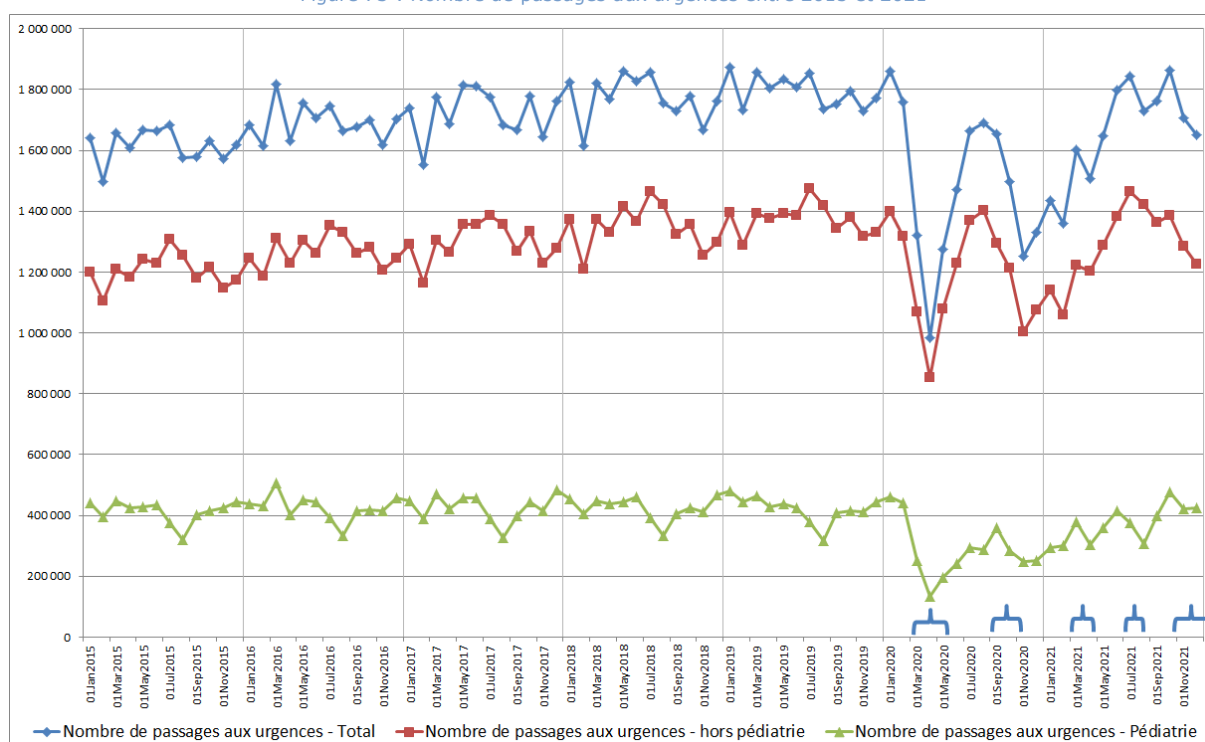
Une évolution très dynamique des passages aux urgences entre 2015 et 2019, puis une baisse entre 2019 et 2021

En 2021, le nombre de passages aux urgences est estimé, à partir des données du PMSI à 20 millions, dont plus d'un cinquième concerne des passages aux urgences d'enfants de moins de 15 ans.

Entre 2015 et 2021, le nombre de passages a augmenté de près de 3 %, avec deux périodes présentant des différences assez marquées, du fait notamment de la pandémie de COVID 19, qui a fortement affecté le recours aux urgences. En effet, entre 2015 et 2019, le nombre de passages aux urgences a augmenté de plus de 11 % tandis qu'entre 2019 et 2021, on observe une baisse de 7,2 %.

Le nombre mensuel de passages aux urgences a régulièrement augmenté entre 2015 et 2019. La première vague de l'épidémie de Covid en 2020 a ensuite entraîné une forte baisse du nombre de passages aux urgences au printemps 2020 (Figure 73). Les différentes vagues de Covid ont ensuite régulièrement affecté le recours aux urgences. Ainsi, fin 2021, le nombre de passages aux urgences est encore faible, en raison de la montée de la quatrième vague de Covid en France, qui correspond à l'émergence du variant Omicron. L'évolution du nombre de passages aux urgences est moins dynamique pour la population pédiatrique (moins de 15 ans) que pour le reste de la population.

Figure 73 : Nombre de passages aux urgences entre 2015 et 2021



Source : PMSI
Champ France entière
Les accolades bleues figurent les différentes vagues épidémiques de VODI-19

Le taux de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation est relativement stable dans le temps, avant la pandémie. En 2019, ce taux est de 10,5% pour la population pédiatrique et 24,4% pour la population non pédiatrique. La pandémie de Covid a entraîné une augmentation du pourcentage de passages aux urgences suivies d'une hospitalisation, davantage prononcée en population non pédiatrique.

Le principal facteur expliquant la hausse du nombre de passages est l'augmentation du taux de recours, les effets démographiques jouant un rôle mineur.

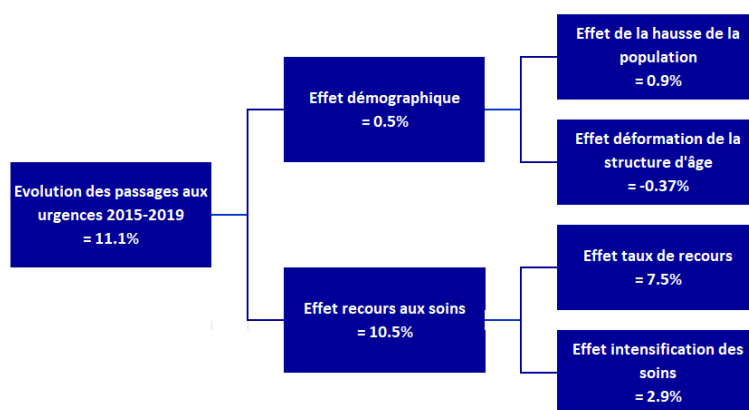
Encadré 14 : Méthode d'analyse de l'évolution du recours aux urgences

L'évolution du nombre de passages aux urgences peut s'expliquer essentiellement par deux composantes :

- Une évolution de la population à la fois en effectif (effet de la hausse de la population) et en structure d'âge (effet de déformation de la structure d'âge)
- Une évolution du recours aux urgences à la fois en termes de fréquentation des urgences au moins une fois dans l'année (effet taux de recours) et de récurrence des passages urgences (effet intensification des soins).

Entre 2015 et 2019, l'évolution du nombre de passages aux urgences est particulièrement dynamique en raison d'une augmentation du recours aux urgences (+10,5%) ; l'effet démographique ne participe que faiblement à la croissance des passages aux urgences (+0,5%).

Figure 74 : Décomposition de la croissance des passages aux urgences entre 2015 et 2019



Champ : Tous régimes, France entière
Source : CNAM (DCIR), ATIH (PMSI), INSEE

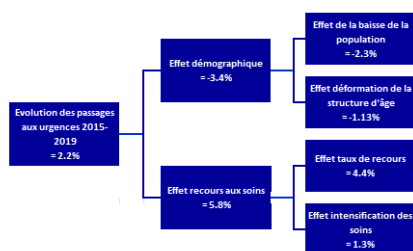
Champ : Tous régimes, France entière
Source : CNAM (DCIR), ATIH (PMSI), INSEE

L'évolution du nombre de passages aux urgences est moins dynamique pour la population pédiatrique en raison notamment d'un effet démographique qui en limite la croissance. En revanche, l'effet recours de cette population est important (5,8%), bien que moindre qu'en population non pédiatrique (12,1%).

Figure 4 : Décomposition de la croissance des passages aux urgences entre 2015 et 2019 -

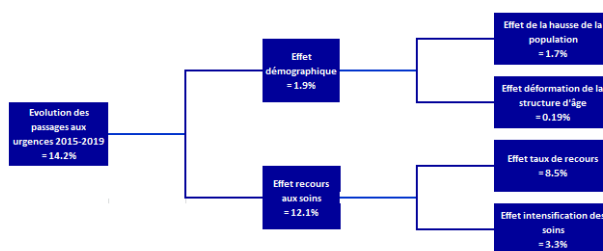
Distinction pédiatrie/ hors pédiatrie

Décomposition de la croissance des passages aux urgences entre 2015 et 2019 Pédiatrie



Champ : Tous régimes, France entière
Source : CNAM (DCIR), ATIH (PMSI), INSEE

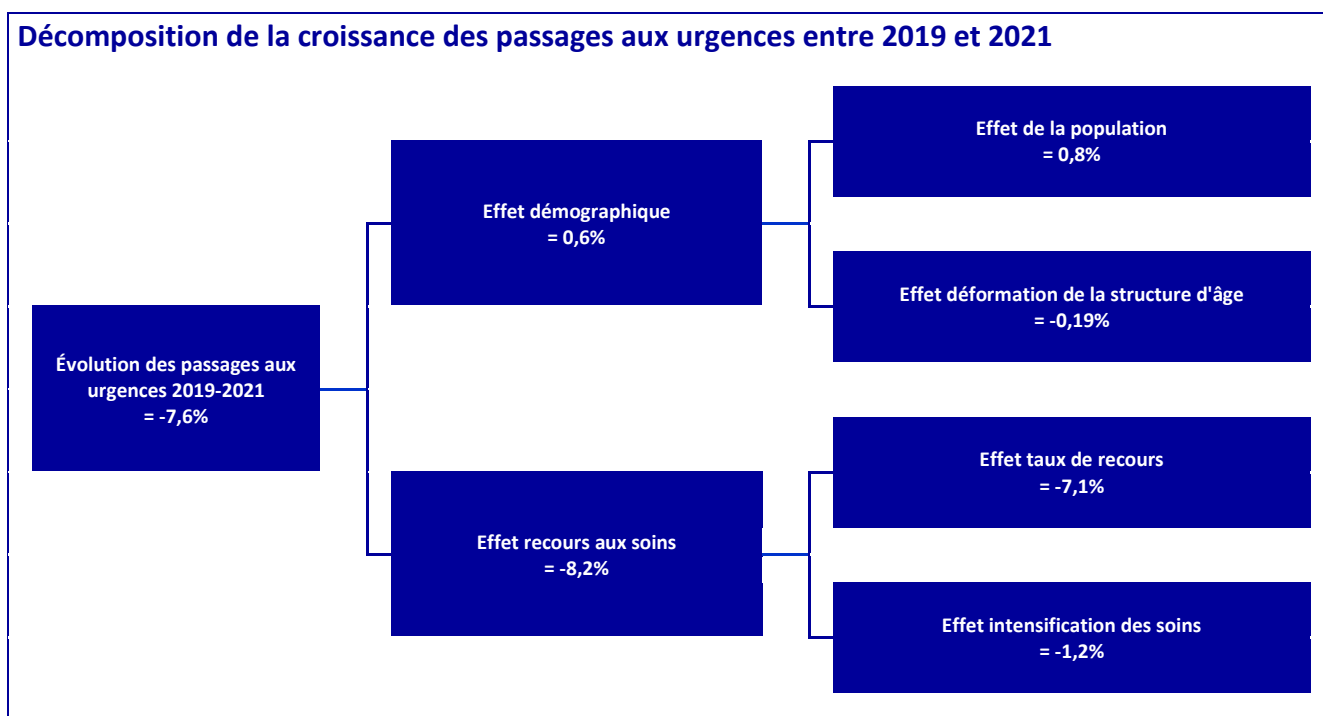
Décomposition de la croissance des passages aux urgences entre 2015 et 2019 - Hors pédiatrie



Champ : Tous régimes, France entière
Source : CNAM (DCIR), ATIH (PMSI), INSEE

Entre 2019 et 2021, le nombre de passages aux urgences décroît (-7,6 %), en raison de l'épidémie de Covid qui a fortement impacté le recours aux urgences. Cette baisse est davantage prononcée en pédiatrie (-11,9 %) qu'en population non pédiatrique (-6,3 %).

Figure 75 : Décomposition de la croissance des passages aux urgences entre 2019 et 2021



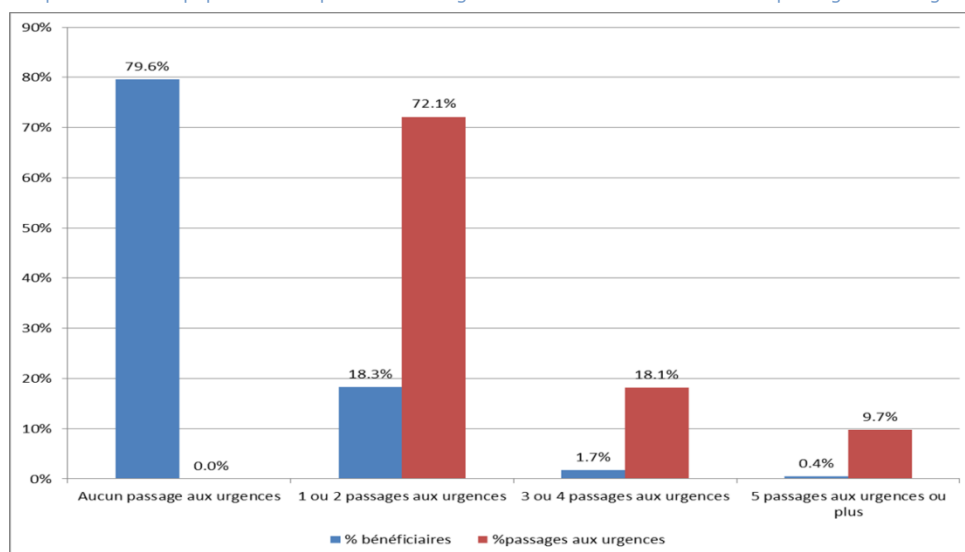
Champ : Tous régimes, France entière
Source : CNAM (DCIR), ATIH (PMSI), INSEE

En 2019, plus de 20 % de la population a eu recours au moins une fois aux urgences. Les recours fréquents (3 fois ou plus dans l'année) concernent une population plus restreinte mais représente plus du quart des passages aux urgences

Le recours est comparable chez les femmes (20,2 %) et les hommes (20,9 %) en 2019. Plus de 32% des enfants de moins de 5 ans ont recours aux urgences. Ce pourcentage est autour de 20% chez les 5-19 ans avec un recours un peu plus important pour les hommes que pour les femmes. De 20 à 39 ans, le taux de recours est supérieur à 20% et plus élevé pour les femmes que pour les hommes. De 40 à 74 ans, le taux de recours est inférieur à 20% et plus important pour les hommes que pour les femmes. A partir de 75 ans, le recours aux urgences augmente avec l'âge pour atteindre un taux de recours de plus de 40% chez les plus de 95 ans.

Près des ¾ des passages aux urgences concernent des personnes qui n'y ont recours que deux fois ou moins dans l'année (18,3% de la population). Un recours plus régulier aux urgences concerne une population plus restreinte (1,7 % de la population va 3 ou 4 fois et 0,5% de la population va plus de 5 fois aux urgences dans l'année), mais représente plus d'un quart des passages (27,8 %). (76)

Figure 76 : Répartition de la population fréquentant les urgences en fonction du nombre de passages aux urgences en 2019



Parmi les personnes qui fréquentent les urgences 5 fois ou plus dans l'année en 2019, on observe une surreprésentation des femmes âgées entre 15 et 34 ans qui représentent près d'un quart de cette population, alors qu'elles sont moins de 12% parmi les personnes n'ayant eu aucun recours aux urgences. Mais elles représentent moins de 1% des femmes de cette tranche d'âge.

Tableau 23 : Répartition de la population par âge et sexe en fonction de la fréquence du recours aux urgences en 2019

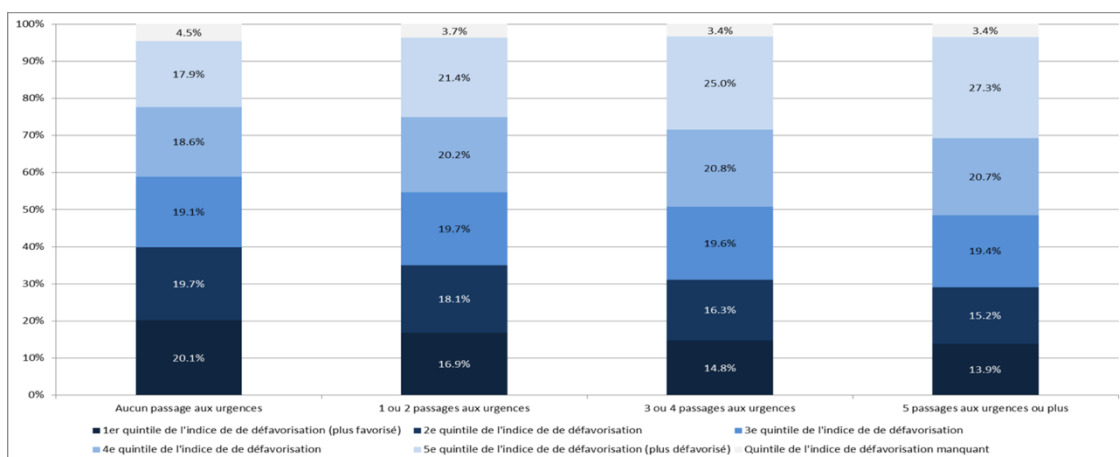
	Aucun passage aux urgences	1 ou 2 passages aux urgences	3 ou 4 passages aux urgences	5 passages aux urgences ou plus
0-14 ans - Femmes	8.4%	9.4%	10.3%	9.6%
15-34 ans- Femmes	11.6%	13.7%	18.1%	24.7%
35-54 ans - Femmes	13.8%	11.1%	10.1%	10.6%
55-64 ans - Femmes	7.0%	4.7%	3.3%	2.8%
65-74 ans - Femmes	6.3%	4.2%	3.3%	2.9%
75 ans et plus - Femmes	5.6%	7.6%	9.4%	7.3%
0-14 ans - Hommes	8.6%	10.8%	11.6%	10.4%
15-34 ans- Hommes	10.9%	13.0%	10.5%	8.7%
35-54 ans - Hommes	12.6%	11.5%	8.6%	8.5%
55-64 ans - Hommes	6.3%	4.8%	3.7%	3.7%
65-74 ans - Hommes	5.4%	4.2%	4.0%	3.9%
75 ans et plus - Hommes	3.6%	4.9%	7.1%	7.0%

Source : CNAM / Note de lecture: parmi les personnes ayant recours 5 fois ou plus aux urgences par an, 24,7% sont des femmes âgées de 15 à 34 ans

La précarité est un facteur associé à un recours aux urgences plus important

Parmi les personnes ayant recours plus de 5 fois aux urgences en 2019, 27% résident dans une commune faisant partie des 20% des communes les plus défavorisées, contre 18% parmi les personnes n'ayant jamais recours aux urgences dans l'année.

Figure 77 : Répartition de la population par quintile de l'indice de défavorisation en fonction de la fréquence du passage aux urgences en 2019

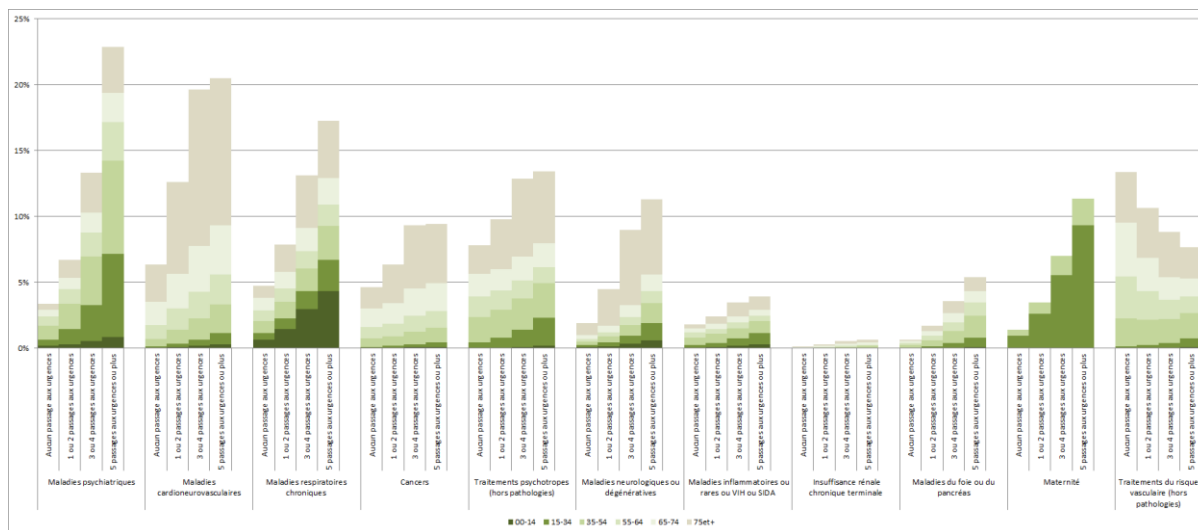


De même, 19,6 % de la population non bénéficiaire de la C2S a eu recours aux urgences en 2019 contre 27,4% chez les bénéficiaires de la C2S payante et 29,2% de la C2S gratuite. Les bénéficiaires de la C2S sont également surreprésentés parmi les personnes ayant un recours fréquent (plus de 5 fois) aux urgences : 0,4% pour les non bénéficiaires de la C2S contre 1,2% pour les bénéficiaires de la C2S payante et 1,3% pour les bénéficiaires de la C2S gratuite.

Certaines pathologies sont surreprésentées parmi les passages fréquents aux urgences.

Parmi les personnes ayant des passages très fréquents aux urgences (plus de 5 fois dans l'année), 22,9% présentent une maladie psychiatrique, 20,5% une maladie cardio-neurovasculaire et 17,3% une maladie respiratoire chronique. Ainsi, pour les pathologies respiratoires chroniques, les passages fréquents aux urgences concernent principalement les moins de 15 ans, alors que pour les pathologies psychiatriques, les passages fréquents aux urgences concernent principalement les 15-54 ans et pour les pathologies cardiovasculaires, il s'agit principalement des personnes les plus âgées (Figure 78). Il est important cependant de souligner que ces pathologies, repérées grâce aux algorithmes de la cartographie des pathologies, ne sont pas forcément la cause du recours aux urgences.

Figure 78 : Répartition par pathologies et par âge de la fréquence des passages aux urgences

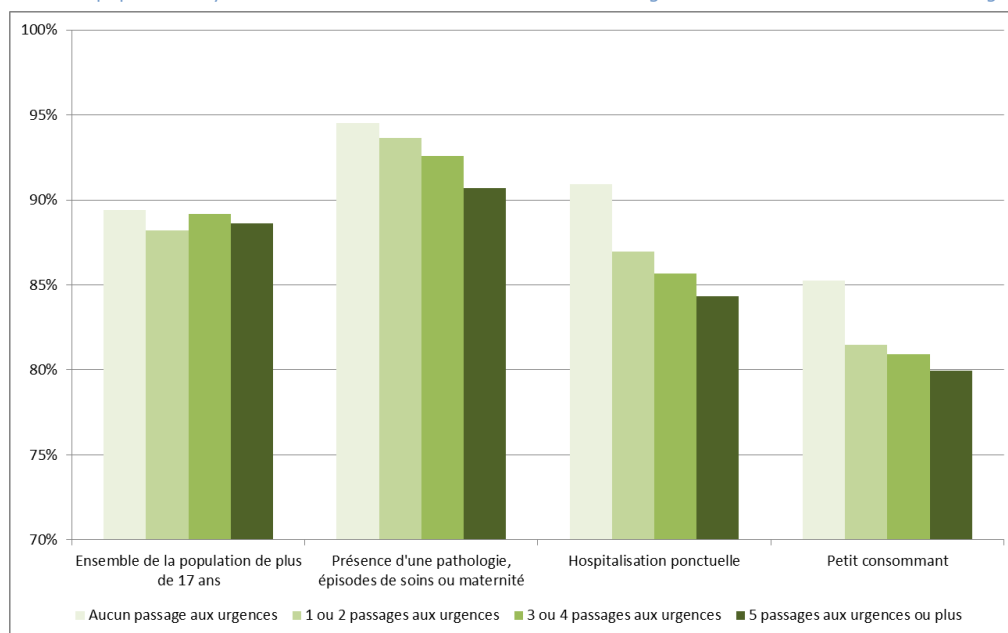


Le fait d'avoir un médecin traitant déclaré semble limiter le recours aux urgences, même si l'évolution de la densité médicale n'est pas associée à l'évolution de la consommation de soins

Le recours aux urgences est plus important parmi les personnes qui n'ont pas de médecin traitant déclaré. Le fait d'avoir un médecin traitant diminue d'un tiers le taux de recours aux urgences, avec une consommation de soins de généralistes plus importante.

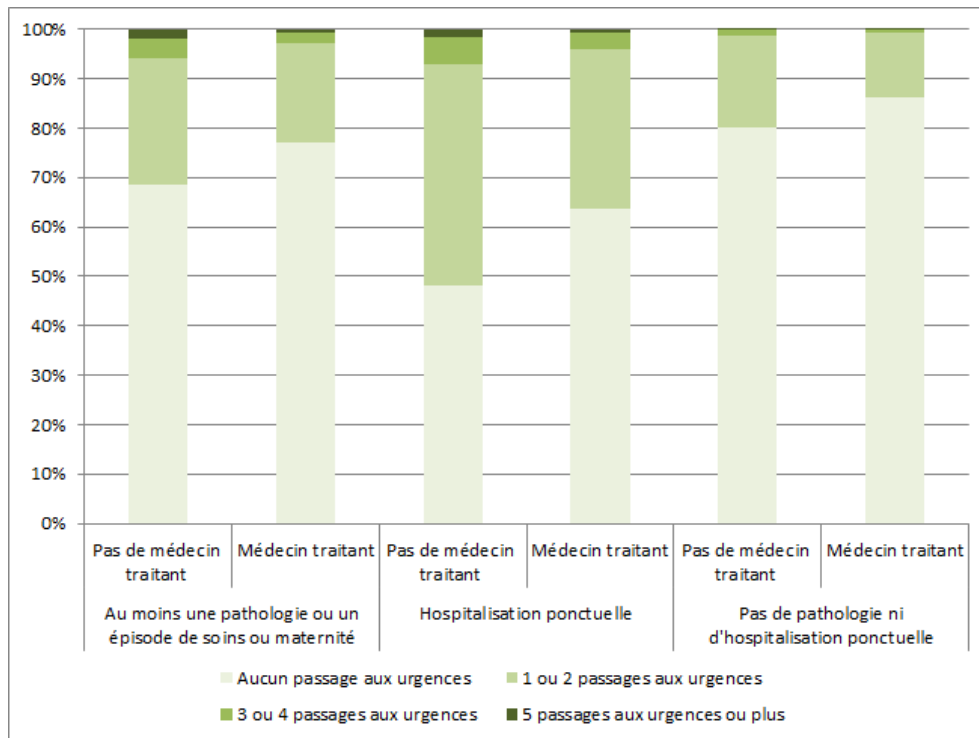
Dans l'ensemble de la population ayant eu recours au moins une fois aux urgences, on n'observe pas de différences majeures en ce qui concerne la présence ou non d'un médecin traitant : en effet, parmi les personnes de plus de 17 ans qui ne vont pas aux urgences, 89,4% ont un médecin traitant. Ce pourcentage est de 88,6% pour les personnes qui y vont 5 fois ou plus (Figure 79). En revanche, si on prend en compte la présence ou non d'une pathologie, épisodes de soins ou maternité et la présence ou non d'une hospitalisation ponctuelle, on observe que le fait d'avoir un médecin traitant déclaré au cours de l'année est plus fréquent chez les personnes ayant moins fréquemment recours aux urgences.

Figure 79 : Part de la population ayant un médecin traitant dans différentes catégories du nombre de recours aux urgences en 2019.



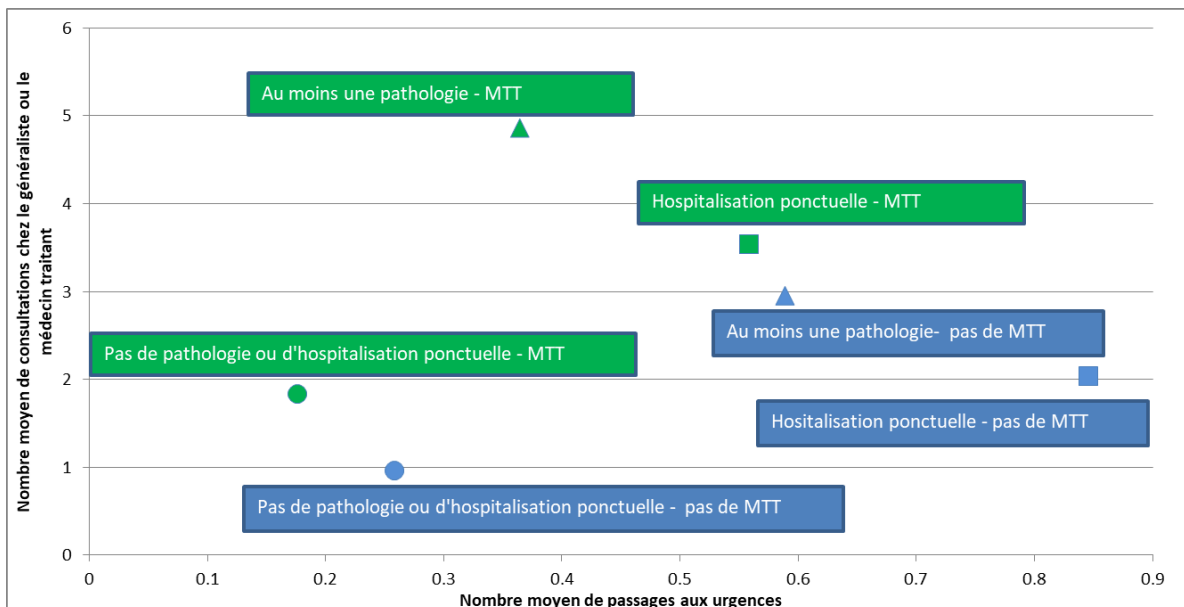
Par ailleurs, le recours aux urgences (au moins un passage dans l'année) est plus important parmi les personnes de plus de 17 ans qui n'ont pas de médecin traitant déclaré : 23,3 % contre 19,1% chez les personnes qui ont un médecin traitant actif dans l'année. Si l'on segmente la population suivante qu'elle ait ou non une pathologie (population âgée de plus de 17 ans), 31,4% des personnes ayant une pathologie et pas de médecin traitant fréquentent les urgences au moins une fois dans l'année. Ce pourcentage est de 22,8% chez les personnes avec une pathologie et un médecin traitant actif (Figure 80). Chez les personnes ne présentant pas de pathologie ni de médecin traitant (population âgée de plus de 17 ans), 19,8% ont au moins un passage aux urgences dans l'année contre 13,6% chez les personnes sans pathologie ayant un médecin traitant.

Figure 80 : Pourcentage de la population en fonction de la fréquence du recours aux urgences, suivant la présence ou non d'un médecin traitant



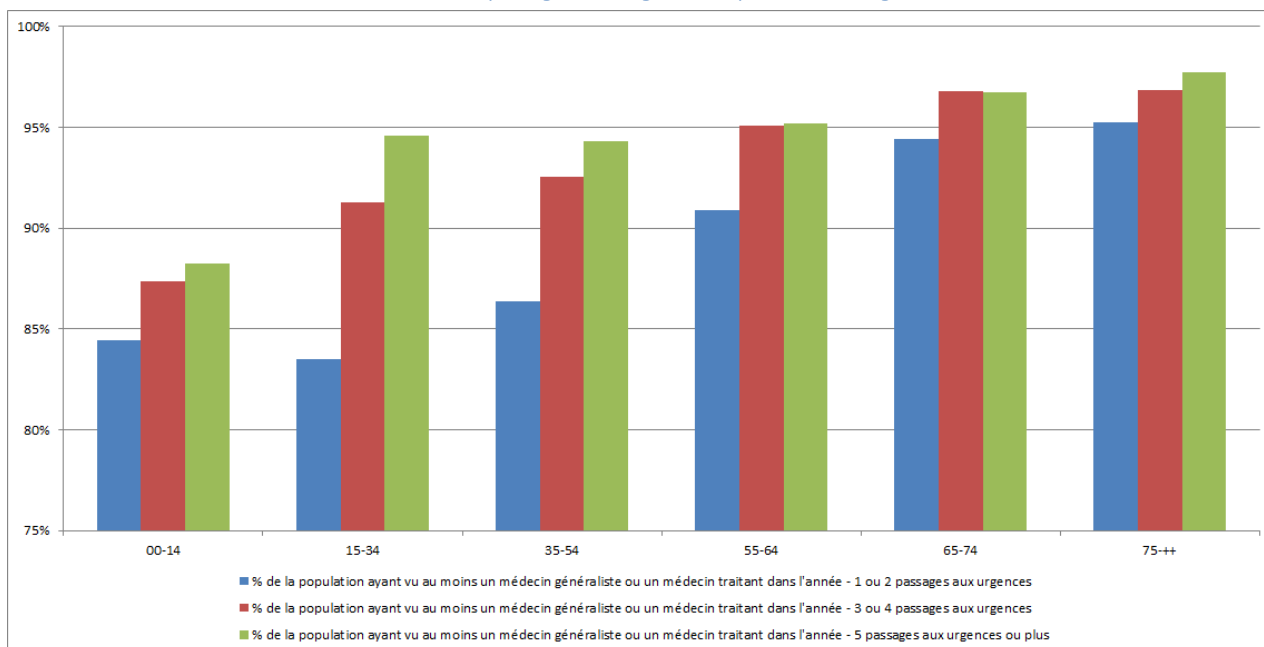
Les personnes de plus de 17 ans non décédées dans l'année ayant un médecin traitant ont un nombre moyen de consultations avec un médecin généraliste ou leur médecin traitant plus élevé que ceux n'en ayant pas et un nombre moyen de passages aux urgences plus faible. Au global le taux de recours aux urgences est ainsi diminué de près d'un tiers chez les personnes ayant un médecin traitant.

Figure 81 : Relation entre le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste ou le médecin traitant et le nombre moyen de passages aux urgences en 2019, chez les personnes de plus de 17 ans non décédées dans l'année



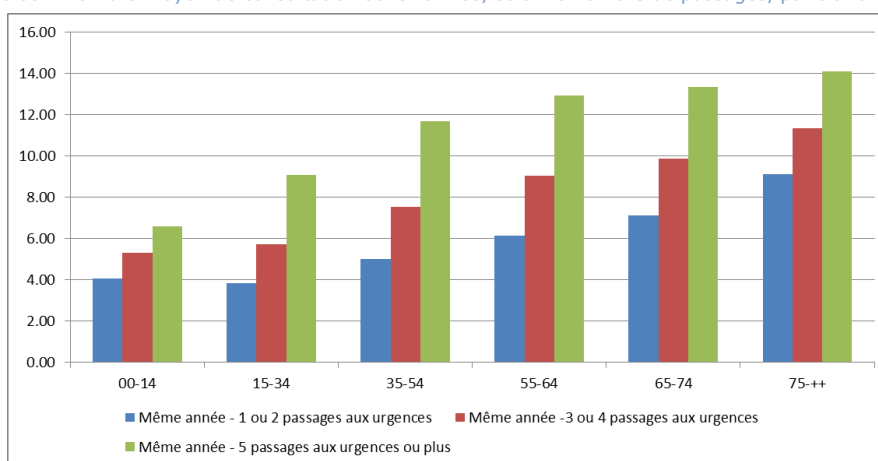
88,9% des personnes ayant recours aux urgences ont eu recours à leur médecin traitant ou un médecin généraliste pendant l'année précédant ce passage. Ce pourcentage est d'autant plus important que la fréquence des passages aux urgences est grande, dans toutes les tranches d'âge.

Figure 82 : Pourcentage de la population ayant vu au moins leur médecin traitant ou un médecin généraliste dans l'année, selon le nombre de passages aux urgences et par tranche d'âge



Le nombre moyen de consultations chez le médecin traitant ou un médecin généraliste est croissant avec le nombre de passages aux urgences. Ainsi les personnes de plus de 75 ans ayant au moins 5 fois recours aux urgences dans l'année, consultent dans l'année qui précède au moins 14 fois leur médecin traitant ou leur médecin généraliste (Figure 83).

Figure 83 : Nombre moyen de consultation dans l'année, selon le nombre de passages, par tranche d'âge



On ne retrouve en revanche aucun lien de corrélation, à l'échelle des territoires de vie santé, entre les passages aux urgences et la densité de médecins généralistes (mesurée par l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)).

Encadré 15 : L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes

L'APL mesure l'offre médicale disponible sur un territoire. Elle est calculée au niveau de la commune ou du territoire de vie santé (moyenne des indicateurs APL des communes de ce territoire).

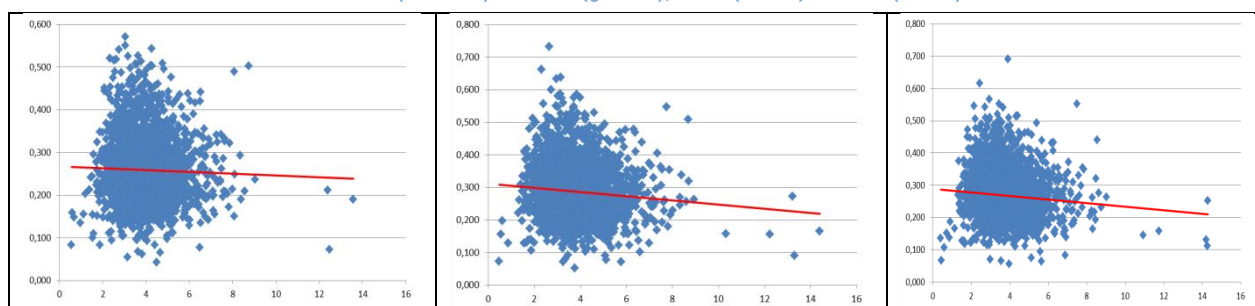
L'APL est plus fine qu'un indicateur classique de densité et recouvre 3 dimensions :

- L'activité des praticiens, mesurée par le nombre de consultations ou de visites ;
- Le temps d'accès au praticien ;
- Le recours aux soins par classe d'âge.

Le calcul de l'APL prend en compte l'âge des praticiens afin d'anticiper les départs en retraite. Elle s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant (standardisé) pour les médecins généralistes.

Que ce soit en 2015, 2019 ou 2021, l'APL du territoire de vie santé (TVS) n'impacte pas le nombre de passages aux urgences des assurés résidant dans ce TVS. De même, l'évolution de l'APL (baisse ou augmentation) n'est pas corrélée avec l'évolution du nombre de passages aux urgences par TVS, que le passage aux urgences soit ou non suivi d'une hospitalisation.

Figure 84 : Corrélation entre le ratio du nombre de passages par les urgences par TVS (ordonnées) et l'APL médecins généralistes par TVS (abscisse) en 2015 (gauche), 2019 (milieu) et 2021 (droite)



7.2.2 En 2021, le nombre d'acte de PDSA (régulée et non régulée) était de 6,7 millions, en croissance constante depuis 2015

Encadré 16 : La permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins est un dispositif devant répondre par des moyens structurés, adaptés et médicalement régulés, aux demandes de soins non programmés survenant aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux :

- Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
- En fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

L'un des enjeux principaux de ce dispositif est la limitation des recours aux services d'urgence.

D'organisation régionale, la PDSA revêt le caractère d'une mission de service public assurée par des médecins sur la base du volontariat. Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins volontaires et les associations de permanence des soins établissent un tableau de garde, pour la régulation médicale, et pour l'effectation des gardes/astreintes. L'effectation peut être de deux sortes : effectation postée, dans des lieux fixes de consultation (maisons médicales de garde ou autres points fixes), ou effectation mobile, avec des visites à domicile notamment par des associations type SOS médecins. La permanence des soins est sous forme « régulée » lorsque l'activité s'inscrit dans ce dispositif organisé. En parallèle, on distingue les soins assurés par les médecins de ville sur les tranches horaires de PDSA, en dehors de toute régulation préalable, ces soins étant soumis à des majorations tarifaires de nuits, dimanche et jours fériés (activité non régulée).

L'évolution de l'activité de PDSA est assez comparable à celle de urgences, avec une forte croissance entre 2015 et 2019 et une baisse entre 2019 et 2021, avec un décrochage de l'activité de pédiatrie

Une activité de PDSA qui semble pertinente pour réduire le recours aux urgences, quoique dans des proportions limitées

A l'instar de l'activité des urgences, on observe une augmentation de l'activité clinique de PDSA régulée particulièrement marquée entre 2015 et 2019 (+24%), puis une légère baisse entre 2019 et 2021 (-1,5%) / tandis que la période 2019-2021 est contemporaine d'une diminution de cette activité (-1,5%).

Alors que l'on constate une baisse du recours à la PDSA régulée et aux urgences entre 2019 et 2021, l'activité non régulée de PDSA a fortement augmenté entre 2019 et 2021 (+28 %), ce qui peut s'expliquer en partie par le déploiement des téléconsultations sur les créneaux de PDSA : ce mode de consultation qui n'existait pratiquement pas en 2019, représente en 2021 17 % de l'activité de PDSA non régulée. A noter que 40% des téléconsultations sont facturées par des centres de santé (incluant les plateformes en ligne de téléconsultation). Pour cette raison, l'analyse se concentre ici uniquement sur l'activité régulée.

En 2021, seuls 8 % des actes de PDSA sont suivis le jour même, ou le lendemain d'un passage aux urgences. La PDSA semble ainsi jouer un rôle efficace dans le tri des passages aux urgences, pour les patients qui y ont recours.

Tableau 24 : Évolution de la quantité d'actes cliniques de PDSA régulés et non régulés de 2015 à 2019 et 2019 à 2021

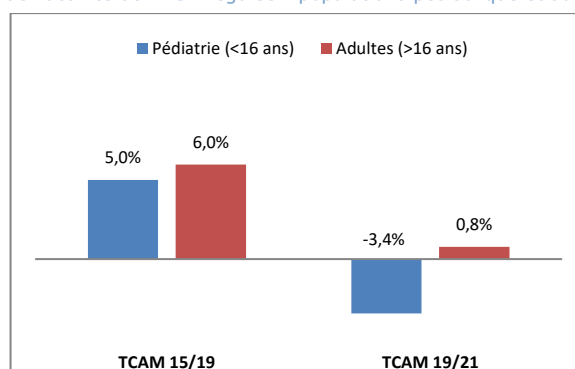
		2015	2019	Évolution 15/19	2021	Évolution 19/21
Activité régulée	Quantité d'actes	3 747 433	4 660 825	24%	4 592 724	-1,50%
	Nb Médecins	29 478	26 031	-12%	24 953	-4%
Activité non régulée	Quantité d'actes	1 592 784	1 681 181	5,50%	2 149 880	27,90%
	Nb Médecins	32 079	27 607	-14%	25 909	-6%
Total (reg+ non reg)	Quantité d'actes	5 325 723	6 342 006	19%	6742606	6,30%
	Nb Médecins	41 678	37 927	-9%	37 378	-1%

Source : Cnam, SNDS – DCIR
Champ : Tous régimes, France entière

L'augmentation de l'activité de PDSA régulée entre 2015 et 2019 est davantage marquée en population adulte, avec une augmentation moyenne annuelle des actes de PDSA de +6% chez les adultes et de +5% chez les enfants.

Entre 2019 et 2021, on observe une baisse des actes de PDSA en population pédiatrique (-3,4 % par an en moyenne) qui peut en partie s'expliquer par une diminution des naissances et une baisse des épidémies saisonnières en raison des mesures de freinage de l'épidémie de COVID. En revanche, les actes de PDSA sont en faible augmentation chez les adultes (+0,8% par an en moyenne entre 2019 et 2021), contrairement à ce qui est observé pour les passages aux urgences.

Figure 85 : Évolution de l'activité de PDSA régulée : populations pédiatrique et adulte entre 2015 et 2019



Source : Cnam, SNDS – DCIR Année de soins 2021

Champ : Tous régimes, France entière

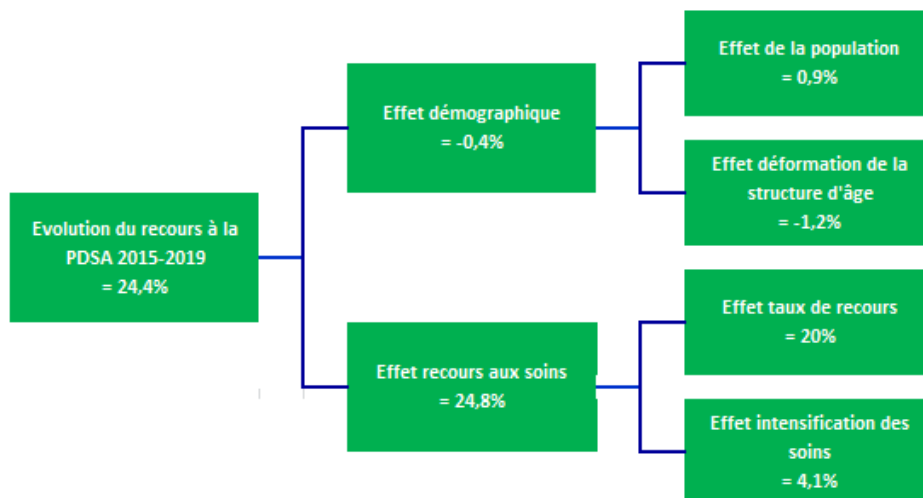
L'augmentation du taux de recours explique, comme pour les urgences, l'évolution de la dynamique de l'activité de PDSA

L'augmentation de l'activité de PDSA entre 2015 et 2019 est uniquement due à une hausse du recours (+24,8%) : à la fois du nombre de personnes y ayant recours (taux de recours) et de la fréquence des recours (intensification des soins). L'effet démographique est négatif sur cette période (-0,4%).

La faible baisse de l'activité entre 2019 et 2021 s'explique principalement par une baisse du taux de recours (-2,5%), et un effet démographique faiblement négatif.

Figure 86: Décomposition de la croissance du recours à la PDSA entre 2015 et 2019 et entre 2019 et 2021

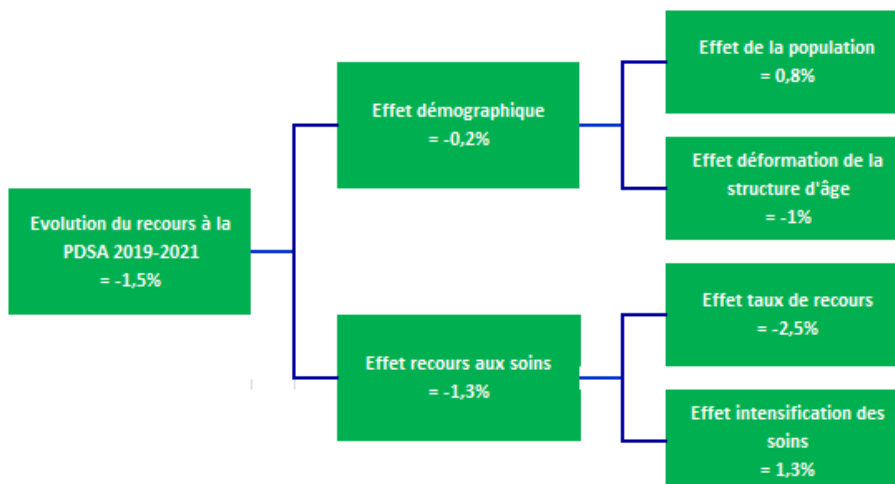
Décomposition de la croissance du recours à la PDSA entre 2015 et 2019



Champ : Tous régimes, France entière

Source : CNAM (DCIR), INSEE

Décomposition de la croissance du recours à la PDSA entre 2019 et 2021



Champ : Tous régimes, France entière

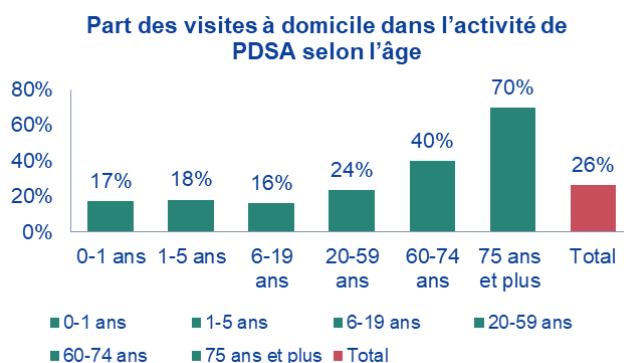
Source : CNAM (DCIR), INSEE

L'activité de la PDSA comporte beaucoup de visites à domicile, en particulier chez les personnes âgées et se concentre sur les débuts et fins de nuits et les weekends.

En 2021, un peu plus d'un quart des actes de PDSA régulée sont des **visites à domicile** (26% des actes cliniques). On observe une baisse constante de l'effectif mobile depuis une dizaine d'année : les visites représentaient près de 40% de l'activité en 2015, et la moitié en 2008¹¹³. Cette tendance suit la tendance globale de baisse des soins à domicile.

La part des visites à domicile augmente avec l'âge du bénéficiaire : elles représentent environ 1 acte sur 6 chez les enfants, contre 7 actes sur 10 chez les 75 ans et plus.

Figure 87 : Part des visites à domicile dans l'activité de PDSA selon l'âge en 2021



Source : Cnam, SNDS – DCIR Année de soins 2021
 Champ : Tous régimes, France entière

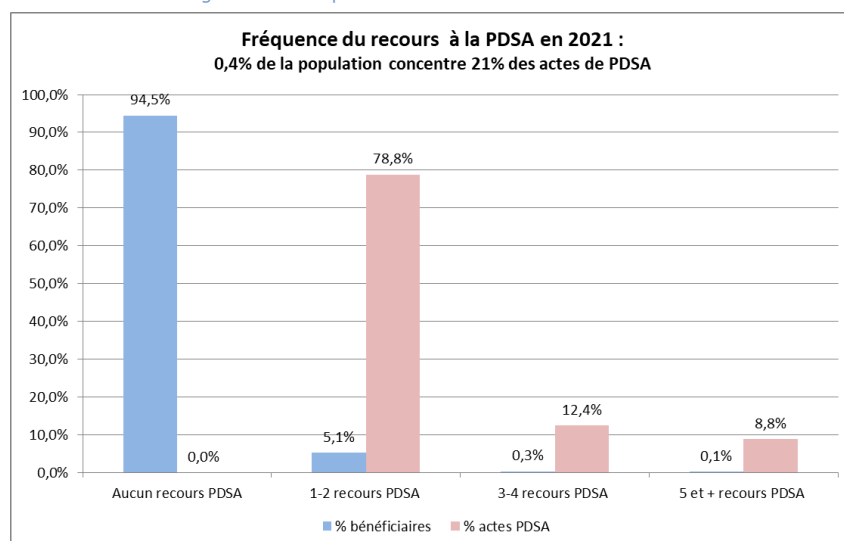
La répartition de l'activité de PDSA est variable selon le créneau horaire : l'activité se répartit quasi à parts égales entre la nuit (49 % des actes) et les créneaux de week-end et jours fériés (51%)¹¹⁴. L'activité de nuit progresse car elle représentait 46% des actes en 2015. Cette augmentation porte uniquement sur les actes de début ou fin de nuit (20h-minuit ou 6h-8h), la part des actes effectués en milieu de nuit est en baisse (minuit-6h). La baisse des actes en nuit s'explique notamment par un re-questionnement du maintien des lignes de PSDA de nuit profonde (0h-8h). On n'observe pas de différence notable au recours de nuit selon l'âge, qui est un peu moins important pour les moins de 5 ans (44% des actes).

En 2021, 5,5% de la population française a eu recours au dispositif de PDSA. La grande majorité (5,1% de la population) a un ou deux recours dans l'année. 0,4% de la population concentrent 21% des actes de PDSA.

¹¹³ La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire (Points de repère n° 28, décembre 2009)

¹¹⁴ Uniquement les dimanches et jours fériés pour la PDSA non régulée, ainsi que les samedi après-midi pour la PDSA régulée

Figure 88 : Fréquence du recours à la PDSA en 2021

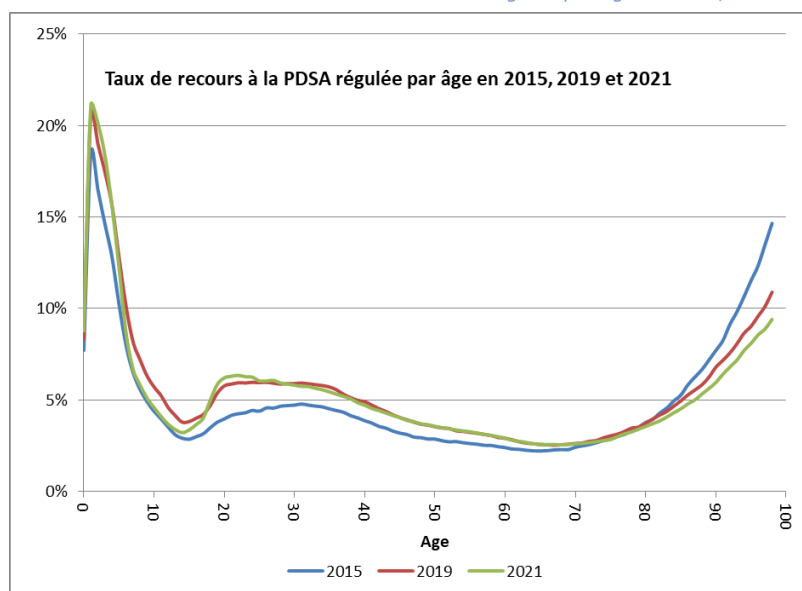


Source : Cnam, SNDS – DCIR Année de soins 2021
Champ : Tous régimes, France entière

L'âge moyen du recours est de 35 ans pour les femmes et 30 ans pour les hommes. Bien qu'en baisse en 2021, le recours est plus important chez les jeunes enfants : les enfants représentent près d'1/3 des bénéficiaires de la PDSA, avec un pic de recours observé pour les moins de 6 ans (taux de recours moyen de 16% avant 6 ans, soit un enfant sur 6 dans l'année). La baisse du recours chez les enfants entre 2019 et 2021 est observée chez les 5 à 14 ans.

On observe également une baisse de recours au dispositif de PDSA dans la population âgée de plus de 80 ans dès 2019, sans doute en rapport avec la diminution des visites à domicile, principal mode de recours dans cette population.

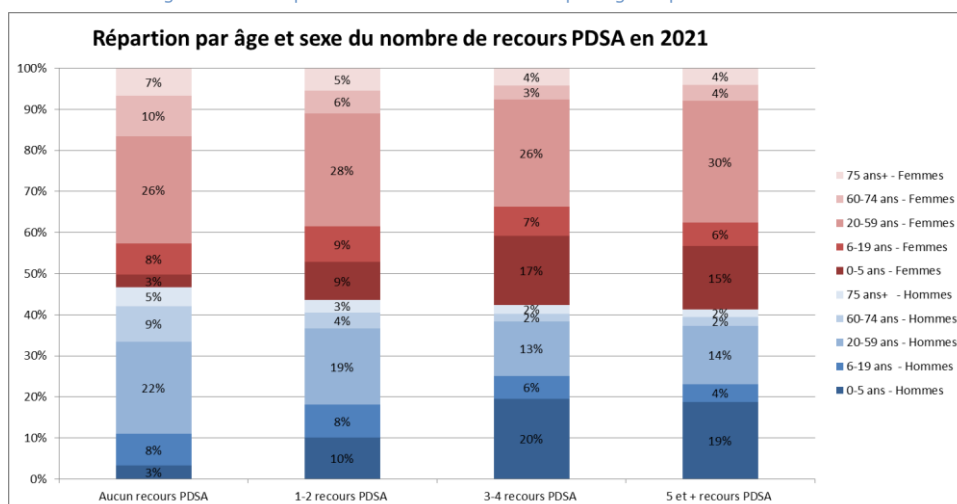
Figure 89 : Taux de recours et % d'hommes à la PDSA régulée par âge en 2015, 2019 et 2021



Source : Cnam, SNDS – DCIR
Champ : Tous régimes, France entière

Comparé aux passages aux urgences, le recours à la PDSA est davantage féminin, les femmes représentant 56 % des recours à la PDSA (tous âges confondus). Néanmoins, il y a davantage de recours masculin chez les enfants de moins de 15 ans (PDSA comme urgences). Chez les adultes, le pic de recours est observé entre 20 et 40 ans chez les femmes (femmes en âge de procréer), mais moins marqué en 2021 pour la PDSA. On constate une forte baisse de la part d'hommes après 75 ans.

Figure 90 : Fréquence du recours à la PDSA par âge et par sexe en 2021



Source : Cnam, SNDS – DCIR Année de soins 2021
 Champ : Tous régimes, France entière

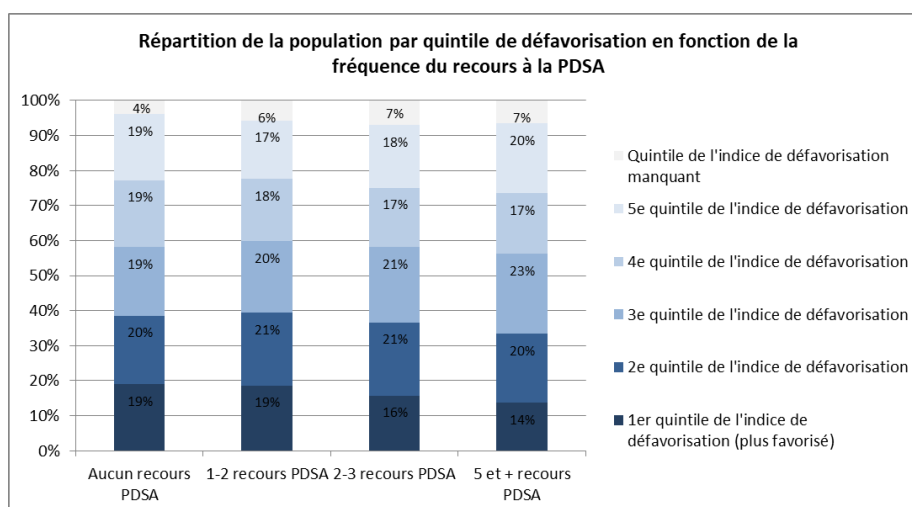
On observe une surreprésentation des enfants de moins de 6 ans et des femmes en âge de procréer parmi les personnes avec un recours plus fréquent à la PDSA. En effet, parmi les personnes ayant au moins 5 recours à la PDSA :

- 19 % sont des garçons de moins de 6 ans et 15 % des filles de moins de 6 ans, alors qu'ils représentent respectivement 3% des personnes n'ayant aucun recours ;
- 30 % sont des femmes âgées de 20 à 59 ans, alors qu'elles représentent 26 % des personnes n'ayant aucun recours.

Une activité également marquée par la défavorisation, mais dans une moindre mesure que pour les urgences

Contrairement au recours aux urgences, les personnes habitant dans les communes les plus défavorisées n'ont pas plus fréquemment recours à la PDSA. Cependant, on observe un recours moins fréquent chez les personnes habitant dans les 20% des communes les plus favorisées : elles représentent 14 % des personnes ayant 5 recours ou plus, contre 19% des personnes ayant 0, 1 ou 2 recours.

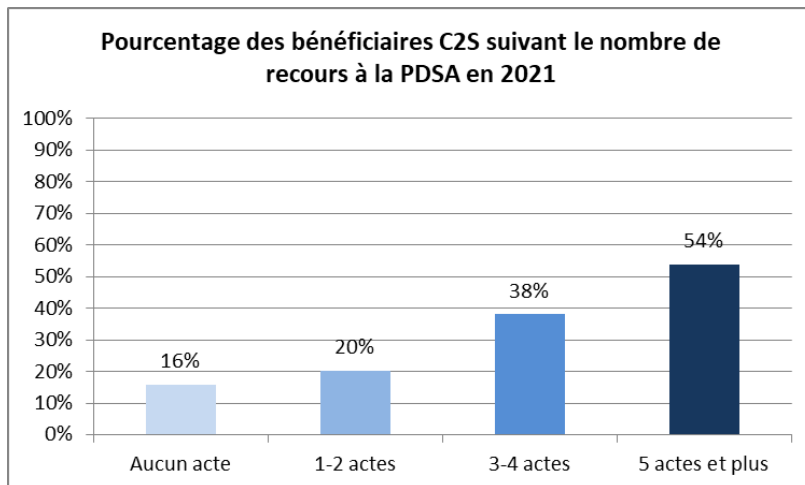
Figure 91 : Répartition de la population par quintile de défavorisation en fonction de la fréquence du recours à la PDSA



Source : Cnam, SNDS – DCIR Année de soins 2021
 Champ : Tous régimes, France entière

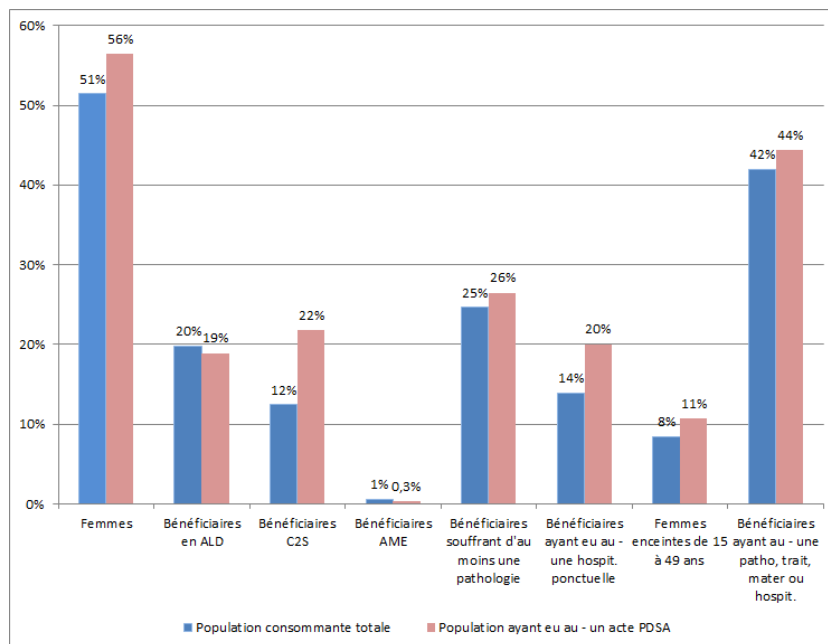
Par ailleurs, on retrouve une surreprésentation des personnes bénéficiaires de la C2S, qui représentent 22 % des bénéficiaires de la PDSA contre 12 % de la population consommante totale. Leur part augmente graduellement avec l'intensité du recours : ils représentent 54% des bénéficiaires ayant 5 recours ou plus. Les bénéficiaires AME sont en revanche sous-représentés en tant que consommateurs d'actes de PDSA.

Figure 92 : Pourcentage de bénéficiaires suivant le nombre de recours à la PDSA en 2021



Source : Cnam, SNDS – DCIR Année de soins 2021
 Champ : Tous régimes, France entière

Figure 93. Caractéristiques des consommateurs selon qu'ils aient eu ou non recours au moins une fois à la PDSA



Source : Cnam, SNDS – DCIR Année de soins 2021
 Champ : Tous régimes, France entière

Le fait d'être porteur d'une ALD ou d'au moins une pathologie ne semble avoir que peu ou pas d'incidence sur le recours à la PDSA. Les personnes hospitalisées au moins une fois dans l'année pour une hospitalisation ponctuelle (pas en rapport avec une pathologie (cancer, diabète...)) ont en revanche un plus fort recours à la PDSA, ainsi que les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans.

7.2.3 Pour répondre aux tensions dans les services d'urgences, le ministère a lancé depuis 2020 le service d'accès aux soins (SAS)

Le fonctionnement du SAS

- Le SAS est un service universel accessible à tous sur tous les territoires, quel que soit le lieu d'appel, qui doit permettre à chacun d'accéder, d'une part, aux soins urgents, et, d'autre part, aux soins non programmés nécessitant une prise en charge sous 48h, dont il a besoin. Il participe ainsi à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Le SAS assure « une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente, et une régulation de médecine ambulatoire ».
- Une réponse aux appels organisée entre médecins urgentistes et médecins généralistes pour les situations d'urgence et les demandes de soins non programmés, lorsque l'accès au médecin traitant ou à un autre médecin de proximité n'est pas possible en première intention ;
- Une plateforme numérique destinée aux professionnels de santé permettant de recenser l'ensemble de l'offre de soins non programmée disponible sur un territoire donné et d'orienter un patient vers un des professionnels répertoriés.

Il repose sur une régulation téléphonique médicale qui permet, en fonction de l'urgence de chaque situation et des besoins des patients, d'obtenir une réponse adaptée pour des soins non programmés. Elle propose une orientation ou un conseil médical, la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48 heures, l'accès à une téléconsultation, l'orientation vers un établissement de santé, un service d'urgence, la possibilité d'envoi d'un transport sanitaire ou l'engagement d'un SMUR.

La régulation médicale de la filière de médecine générale du SAS est à différencier du dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) assuré tous les jours entre 20 h et 8 h 00 ainsi que le samedi à partir de 12 h, le dimanche toute la journée et les jours fériés. Ces deux dispositifs sont complémentaires et doivent s'articuler afin de permettre une réponse continue aux besoins de soins non programmés.

Encadré 17 : L'exemple du SAS de la Loire

Ainsi qu'en témoigne l'exemple du SAS de la Loire, la réussite de cette organisation repose sur un partenariat renforcé entre professionnels de santé du territoire, qu'ils relèvent du champ hospitalier ou qu'ils exercent dans un cadre libéral. Hébergée au CHU de Saint-Etienne, œuvrant en étroite collaboration avec le service infirmier d'orientation Auvergne-Rhône-Alpes, le SAS 42 organise depuis décembre 2022 l'accès aux soins non programmés dans le département. Concrètement, dans le département de la Loire, l'ensemble des appels pour une demande médicale en urgence convergent vers une plateforme de régulation unique. Les assistants de régulation médicale (ARM), qui gèrent le décroché, organisent une réponse commune de niveau 1, et assurent, selon l'urgence, l'aiguillage des appels vers les médecins régulateurs hospitaliers du SAMU ou vers les médecins régulateurs libéraux du SAS, physiquement présents sur la même plateforme téléphonique. Lorsque l'appel est orienté vers la régulation libérale, et que le médecin régulateur considère qu'il y a effectivement besoin d'un RDV médical, il suit un logigramme spécifique d'orientation des patients (Charte du SAS 42) :

- D'abord un appel au médecin traitant (qui accepte dans 40% des cas de recevoir son patient dans les 48h) ;
- Puis une orientation vers les CPTS du territoire qui ont organisé un roulement des effecteurs au sein de leurs organisations (sans bloquer de plages horaires ad hoc pour ne pas immobiliser inutilement du temps médical) ;
- Ensuite, à défaut, un appel direct à des médecins enregistrés directement auprès du SAS comme étant volontaires ;
- Enfin, en dernier recours, un adressage vers un centre de soins non programmés du territoire.

Une instance de coordination permet d'assurer une évaluation continue du fonctionnement du SAS, et au besoin de redéfinir le quantum des disponibilités des médecins libéraux auxquels les régulateurs peuvent recourir. In fine, la régulation médicale fait « tomber » la majorité des appels, et les effecteurs tiers du territoire ne sont que marginalement sollicités, ce qui semble démontrer la capacité de la ville à absorber la demande de soins non programmés

Le SAS 42 constitue à cet égard une forme aboutie de réponse aux soins non programmés, fonctionnant sur une plateforme de régulation commune avec le 15, et une intégration entre professionnels de santé libéraux et services hospitaliers. Si ce dispositif connaît plusieurs modèles d'organisation et de fonctionnement, le SAS développé dans la Loire témoigne d'un principe qui leurs sont commun : la réussite du SAS repose sur une coopération étroite entre acteurs des soins de ville et de l'hôpital, impliqués collectivement pour la prise en charge des soins non programmés, et une organisation structurée des offreurs de ville autour de CPTS.

A noter que le SAS 42 propose de surcroît 3 services spécifiques : le SIO (service infirmier d'orientation), une permanence pour les urgences dentaires, et une permanence pour les urgences psychiatriques.

Le rôle de l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie contribue depuis la signature de l'avenant 9 à la convention médicale au financement du SAS pour ce qui relève de la participation des médecins libéraux à la fois à la régulation libérale et à la prise en charge des soins non programmés sur orientation de la régulation médicale du SAS.

Le règlement arbitral publié le 1er mai 2023 a entériné les mesures de valorisation de la participation des médecins libéraux au SAS selon les modalités suivantes :

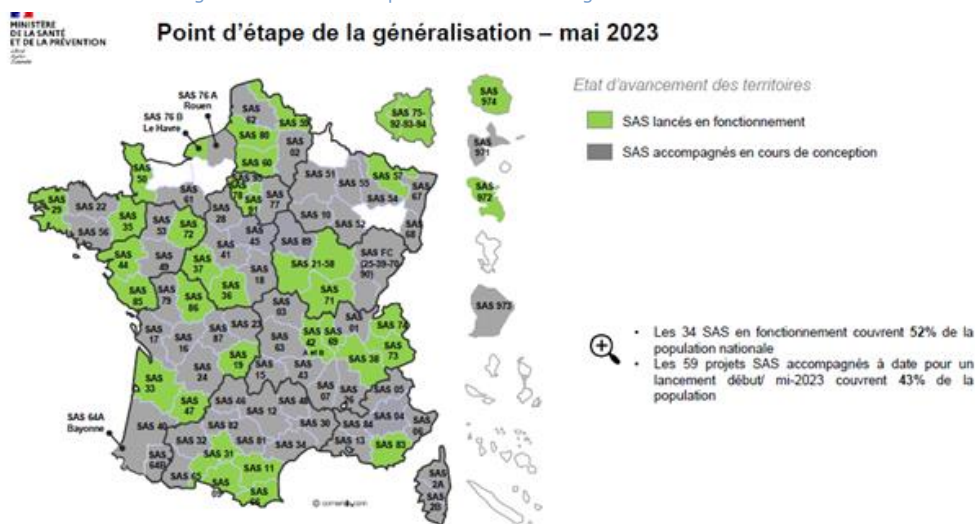
- 100 euros de l'heure pour la participation à la régulation libérale du SAS ;
- Une majoration de 15 euros facturable par les médecins libéraux qui prennent en charge, dans les 48 heures, un patient dont ils ne sont pas médecin traitant sur orientation de la régulation SAS, dans la limite de 20 majorations facturables par semaine.

L'Assurance Maladie soutient également le déploiement et le recours à la plateforme nationale numérique du SAS en valorisant à hauteur de 1 400 euros par an, via le forfait structure, la participation au SAS via l'inscription des médecins libéraux auprès du SAS sur la plateforme numérique et l'usage des agendas en ligne qui permettent d'optimiser l'utilisation des créneaux disponibles dans les agendas des médecins et ainsi répondre le plus rapidement et au plus près aux besoins de soins non programmés des patients d'un territoire.

Un premier bilan à mi-2023

34 SAS se sont effectivement déployés sur le territoire, couvrant ainsi plus de 50% de la population.

Figure 94 : Point d'étape à mai 2023 de la généralisation des SAS

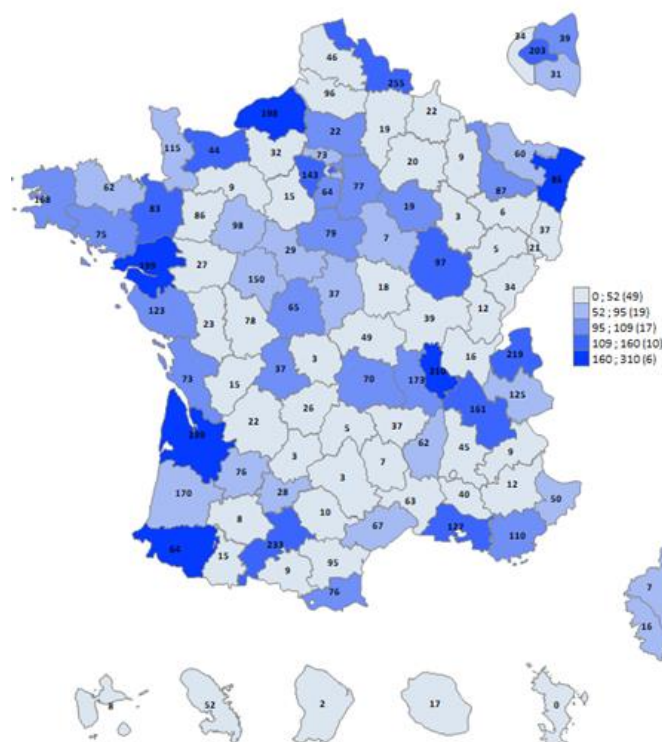


Source : Ministère de la Santé et de la Prévention

L'accélération du déploiement des SAS est attendu afin d'atteindre l'objectif de généralisation à la fin de l'année 2023.

En matière de financement, depuis juillet 2022, l'Assurance Maladie a versé plus de 4,5 millions d'euros au titre de la prise des soins non programmés (majoration SNP à 15 euros) et 19 millions d'euros pour la participation des médecins libéraux à la régulation médicale libérale du SAS.

Nombre de PS libéraux ayant réalisé au moins 1 acte



Perspectives

Dans un contexte marqué par la contrainte sur les services d'urgence et par les tensions de démographie médicale, il est impératif de renforcer l'organisation des soins non programmés de premier recours et de mutualiser la « charge » pour les médecins.

C'est pourquoi, l'Assurance Maladie poursuivra son engagement pour assurer la bonne régulation des urgences sur chaque territoire en soutenant les modèles de « SAS intégré » (fonctionnant en coopération entre l'hôpital et la ville et s'appuyant sur les CPTS). Au-delà, elle participera à la structuration de l'offre de soins non programmés pour les activités dentaires, psychiatriques, pédiatriques et obstétricales en accompagnant les expérimentations de SAS impliquant les médecins spécialistes, les dentistes et les sages-femmes, accompagnera les modèles impliquant l'intervention à domicile des infirmiers libéraux en lien avec la régulation médicale.

Par ailleurs, le modèle de centre de soins non programmés s'il peut apporter une réponse pertinente sur certains territoires ne doit s'envisager que comme une solution subsidiaire au recours au médecin traitant qui doit rester le pivot de la prise en charge de sa patientèle y compris pour les soins non programmés. Ces centres ne doivent venir tarir l'offre de soins de ville « installée » en dégradant la possibilité pour les patients d'accéder à un médecin traitant, de la même manière qu'ils ne doivent pas détériorer la capacité de fonctionnement des services d'urgence en recrutant les professionnels qui y exercent.

Encadré 18 : L'Expérimentation article 51 « urgences dentaires »

L'expérimentation article 51 « Urgences dentaires » est portée par les Conseils départementaux et régionaux de Nouvelle Aquitaine et Bourgogne Franche Comté, l'Ordre des chirurgiens-dentistes et l'URPS Pays de Loire. Elle se déroule dans 10 et 26 départements.

Cette expérimentation consiste en une régulation spécifique de l'accès à la permanence des soins dentaires par des chirurgiens-dentistes dans les SAMU-Centre 15 les dimanches et jours fériés.

Cette expérimentation a pour objectifs :

- D'améliorer l'efficacité de cette organisation, la pertinence du recours aux soins et la sécurisation du dispositif (notamment par une meilleure connaissance des protocoles sanitaires en vigueur dans les cabinets dentaires libéraux) ;

- De mieux adapter la réponse aux besoins de soins dentaires urgents les dimanches et jours fériés (conseils, prescriptions ou orientation) et de diminuer ainsi le temps d'attente pour la prise en charge quand elle est nécessaire ;
- De disposer d'une meilleure répartition géographique des rendez-vous entre les différents chirurgiens-dentistes de garde au sein des départements ;
- De mieux gérer la prise en charge des soins urgents en permettant au chirurgien-dentiste de garde de mener à son terme des actes curatifs et ainsi faciliter la continuité des soins dentaires lorsque le patient retournera chez son praticien ;
- De désengorger la régulation du SAMU-Centre 15 des appels portant sur l'odontologie.

Pour financer cette régulation, un « forfait horaire de régulation chirurgien-dentiste » est expérimenté, avec un montant horaire du forfait fixé par département. L'expérimentation s'est basée sur les montants des forfaits de régulation des médecins de permanence des soins ambulatoires qui sont variables selon les départements sur la base d'un montant plancher, fixé par arrêté ministériel.

Les dates de fin d'expérimentation sont différentes selon les régions, à partir de février 2024. Le rapport final d'évaluation de l'expérimentation est attendu pour le mois de septembre 2023. Sous réserve des résultats, cette échéance permet d'envisager une possible entrée dans le droit commun de ce nouveau mode de régulation à relativement court terme.

7.3 L'évolution progressive vers des paiements forfaitaires et des rémunérations collectives

7.3.1 Les paiements forfaitaires dans le cadre des expérimentations article 51

Les expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 permettent une meilleure structuration de parcours de soins, majoritairement rémunérés au forfait de manière dérogatoire. Dans ce cadre, le financement au parcours peut être défini comme une rémunération forfaitaire collective des acteurs impliqués dans une prise en charge spécifique pour un patient, dont le montant est préétabli et couvre un ensemble de prestations, qui peuvent varier dans une certaine mesure selon la situation des patients.

En comparaison avec le paiement à l'acte, le forfait présente en théorie plusieurs **avantages** :

- Pour le payeur, confier une enveloppe prédéfinie pour une prise en charge « moyenne » d'un patient atteint d'une problématique de santé constitue un **levier d'efficience**, en incitant les professionnels de santé à limiter les actes inutiles et choisir les soins les plus efficaces ;
- Pour ces derniers, le forfait doit permettre une **plus grande souplesse** dans les soins proposés à un patient, que ce soit dans leur *intensité* (nombre et fréquence des contacts), ou dans leur *nature* (proposer l'intervention d'un professionnel supplémentaire selon les besoins du patient) ;
- Pour le payeur, il constitue aussi un levier sur la nature des interventions effectivement réalisées pour une prise en charge donnée, et sur la **coordination** entre les différents acteurs. En effet, les modalités de versement du forfait peuvent être l'occasion d'introduire une notion de **solidarité financière** entre ces derniers : si une partie du parcours considéré comme minimal n'est pas réalisée, alors les autres professionnels peuvent être pénalisés (forfait minoré, voire pas de versement du forfait) ;
- Le forfait permet enfin aux professionnels impliqués d'avoir une meilleure visibilité sur les recettes attendues, que ce soit pour les structures ou pour les libéraux

Si le forfait est le mode de rémunération majoritairement retenu pour les expérimentations article 51, son **périmètre varie**. En pratique, les forfaits mis au point :

- Ont comme point commun d'être tous pluriprofessionnels (avec une grande variabilité, allant de 2 professionnels rémunérés par le forfait jusqu'à une grande diversité d'acteurs) ;
- Peuvent concerner le suivi de pathologies chroniques, ou la prise en charge de soins aigus, sur des périodes de quelques jours à quelques mois ;
- Concernent uniquement l'hôpital (MCO, SSR), la ville, ou les deux secteurs conjugués ;
- Rémunèrent des acteurs du monde sanitaire : professionnels de santé, mais aussi d'autres professionnels non encadrés par le code de la santé publique (psychologues, enseignants d'activité physique adaptée), ou dont les prestations ne sont peu ou pas prises en charge dans le droit commun en ville (diététiciens, ergothérapeutes), ce qui permet une prise en charge globale, conforme aux recommandations, et sans risque de renoncement aux soins pour les patients les plus modestes. Ils peuvent aussi rémunérer des activités jusqu'ici peu ou pas prises en charge dans le droit commun (accompagnement thérapeutique en ville).
- Ils peuvent également rémunérer les acteurs du social, pour proposer une prise en charge plus intégrée aux patients ou usagers (travailleurs sociaux, interprétariat et médiation en santé).

En pratique, les **modalités de versement du forfait** ne doivent pas être négligées car elles contribuent aux effets du forfait sur les prises en charge et les organisations. Dans le cadre de l'article 51, elles ont été adaptées pour tenir compte des contraintes des porteurs et expérimentateurs.

On distingue ainsi deux cas de figure :

- Le porteur recueille les informations sur l'activité des différents professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient donné, qu'ils soient salariés ou libéraux. Il informe ensuite l'Assurance Maladie, qui verse le forfait aux différents intervenants, selon une clef de répartition définie en amont. Le forfait s'apparente ici à un paiement à l'acte. Cette modalité a cependant l'avantage d'avoir permis de « mettre à plat » un parcours type pour une prise en charge donnée.
- Le porteur est entièrement gestionnaire du forfait : en plus de recueillir ces informations, il est en charge des rémunérations. Il perçoit l'intégralité du forfait, qu'il doit ensuite diviser et reverser aux différents professionnels.

C'est la forme la plus intégrée du forfait, dans laquelle l'incitation à une meilleure coordination des acteurs est la plus forte.

A noter, ces forfaits peuvent aussi se combiner à des paiements à l'acte du droit commun dans certaines expérimentations.

Certaines expérimentations arrivent à **échéance d'ici fin 2023 et 2024**. Peuvent être citées en exemple les expérimentations : Structure libérale légère, EMNO, Equip'Addict, Handiconsult [et TSLA](#)¹¹⁵. S'il est souvent trop tôt à ce stade pour juger de l'efficacité de ces nouvelles prises en charge vis-à-vis des objectifs fixés, de premiers enseignements sur les forfaits tirés des travaux d'évaluation intermédiaires peuvent d'ores et déjà être partagés.

Cependant, il est à noter qu'il est **très difficile dans le cadre des évaluations de distinguer l'effet propre du forfait** de l'ensemble des composantes de l'expérimentation : implication de porteurs particulièrement motivés, nouvelle organisation de la prise en charge, avec souvent une nouvelle division du travail (introduction de protocoles de coopération, de nouveaux métiers), utilisation d'un système d'information *ad hoc*, le tout dans des contextes locaux qui influent également sur l'expérimentation.

Concernant la **mise en œuvre des forfaits**, les porteurs et expérimentateurs rapportent souvent des difficultés au démarrage, à propos des modalités de facturation ou des délais de versement, liées au caractère expérimental des projets (création de numéros d'Assurance Maladie pour des professionnels non conventionnés, ou de numéros FINESS pour les structures chargées de la facturation). Cependant, ces difficultés tendent à se résoudre au fil des mois avec l'expérience acquise sur les premiers projets. Pour les expérimentations impliquant des professionnels de ville libéraux, l'effort de facturation *ad hoc* pour ces derniers, pour seulement quelques patients concernés parmi l'ensemble de leur patientèle, n'est pas incitatif. Les structures coordinatrices centralisant les informations sur la complétude du parcours voire assurant le reversement du forfait aux professionnels ont dû mettre en place un système de remontée d'information, endossant une partie des missions jusqu'à présent assurées par l'Assurance Maladie dans le cas d'un paiement à l'acte. Ceci constitue un obstacle à l'entrée dans le droit commun, et, il sera donc nécessaire de simplifier ces modalités de facturation pour un passage à l'échelle de ces expérimentations.

Concernant le **calibrage des forfaits**, on rappelle qu'ils sont calculés par rapport au coût d'une prise en charge standard, sur la base des tarifs pratiqués et des salaires de référence. Un risque est alors que le nombre moyen de consultations/activités défini soit compris par certains acteurs (non impliqués dans la conception du forfait) comme le nombre maximum d'interventions. Étant donné leur caractère inédit, ces forfaits doivent pouvoir être révisés, que ce soit en cours d'expérimentation, ou lors d'une possible entrée dans le droit commun. Face à une variabilité trop importante des coûts de prise en charge constatés dans quelques expérimentations, certains ont déjà été revus, et parfois remplacés par non pas un mais plusieurs forfaits, pour mieux tenir compte de l'hétérogénéité de l'intensité de soins nécessaires. Ceci rappelle la difficulté à calibrer correctement un forfait, pour éviter de créer des situations de rente tout en proposant une rémunération suffisante qui ne cause ni faillite ni limitation de l'intensité et la qualité des soins prodigués. Mais au-delà de la valeur du forfait, le volume d'activité est également à prendre en compte, et pour certaines expérimentations, une montée en charge plus lente que prévue n'a pas été compensée par les crédits d'amorçage et d'ingénierie. Ceci est particulièrement vrai pour les expérimentations ayant des frais de structure important, où la question d'inclure une partie de ces frais dans les forfaits se pose. Trouver le point d'équilibre entre montant du forfait et volume d'activité sera crucial pour toute entrée dans le droit commun.

A ce stade, on peut souligner que dans plusieurs expérimentations le temps dédié au pilotage du projet, ou à la **coordination** ont été sous-estimés (« coûts cachés »). Cette dernière fonction, financée via les forfaits, est difficile à quantifier, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la définition de la coordination demeure variable selon les acteurs, elle peut embrasser la coordination purement « clinique » mais aussi des fonctions relevant plus de la gestion ou de l'organisation des soins (prise de rendez-vous, gestion de salle). Aussi, elle peut être effectuée au cours de consultations, mais aussi en dehors sur des temps dédiés ou non. Enfin, elle est réalisée par des professionnels de la coordination (coordonnateur, infirmière de coordination) mais aussi les autres professionnels impliqués dans la prise en charge, notamment les médecins, souvent sur des temps interstitiels. Le modèle de rémunération de la coordination reste à définir. Bien que le financeur ait besoin de garder une visibilité sur les actions de coordination financées, un *reporting* détaillé n'est pas souhaitable. Disposer d'outils analytiques pour mieux étayer le montant des sommes allouées à la coordination est un des enjeux des expérimentations en cours.

Concernant les **pratiques et les organisations**, le forfait permet avant tout de définir clairement les prises en charge concernées dans le cadre du parcours. En effet, pour établir un forfait pour une prise en charge « moyenne », il faut pouvoir décomposer les différentes interventions qui la constituent, interroger leur pertinence, et définir leur nombre. Si ce sont les crédits d'amorçage et d'ingénierie qui permettent de financer le démarrage des organisations innovantes

¹¹⁵ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>

proposées (aménagement des locaux, adaptation de système d'information etc.), le forfait peut permettre une plus grande visibilité sur les recettes et ainsi faciliter les recrutements des professionnels.

Les expérimentations article 51 permettent également de déroger aux règles d'organisation de l'offre de soins, et mettent souvent en œuvre des **délégations de tâches** via des protocoles de coopération (autorisés par ailleurs dans le droit commun). Le forfait peut aussi favoriser le développement de certaines fonctions, tels que les coordinatrices, ou les « case managers » par exemple, qui assurent des fonctions de triage, ou de suivi du patient. On observe d'autres modifications de la division du travail, en particulier entre pharmaciens et médecins, les premiers pouvant par exemple assurer l'interrogatoire des patients sur leurs traitements à l'admission.

On l'a vu, les forfaits et les parcours mis en place permettent de rassembler autour d'une prise en charge des acteurs très divers, sur des territoires parfois étendus (réseau à l'échelle d'une région par exemple). On constate dans plusieurs expérimentations qu'ils permettent une meilleure **coordination** entre ces différents acteurs, notamment entre l'hôpital et la ville, mais aussi au sein des organisations. Ces interactions ne se limitent pas au partage d'informations sur l'état clinique d'un patient, mais se caractérisent aussi par l'échange de pratiques, et le transfert de connaissances. La rémunération au forfait peut aussi inclure des professionnels relevant du social, et fluidifier le parcours du patient ou de l'utilisateur en renforçant la coordination entre ses interlocuteurs. Cette coordination passe très souvent par la mise en place d'un système d'information *ad hoc*, qui permet à des professionnels de structures différentes d'avoir accès au dossier du patient.

Concernant la **qualité des soins prodigués**, il est encore une fois difficile de distinguer l'effet du forfait. Cependant, on peut toutefois relever la plus grande protocolisation et standardisation des pratiques, la solvabilisation de prestations non prises en charge dans le droit commun (et donc auxquels certaines personnes renoncent), une meilleure coordination (système d'information, professionnels dédiés). Il est intéressant de souligner que les structures ordonnatrices et concentratrices, peuvent permettre, via le contrôle qu'elles assurent sur les prestations réalisées, une certaine homogénéité des pratiques. Il faudra toutefois être vigilant vis-à-vis d'effets négatifs du forfait, comme la sélection de patients, c'est-à-dire ne pas prendre en charge les patients les plus lourds, car requérant des soins dont le montant dépasse le forfait moyen.

Ces premiers éléments d'analyse montrent donc que les expérimentations article 51 sont l'occasion d'expérimenter des forfaits au périmètre et à l'ambition variables. Près de quatre années après le démarrage des premiers projets, on constate que ces nouveaux modes de rémunération sont opérationnels, malgré certaines difficultés initiales. Ils peuvent bouleverser les organisations avec la mise en place de structures aux missions nouvelles, qui centralisent l'information sur les soins effectivement réalisés et assurent la redistribution des forfaits aux professionnels. Les premiers résultats d'évaluation nous renseignent sur certains effets du forfait sur l'organisation, les pratiques et la coordination, mais il est pour l'instant difficile de distinguer l'effet du mode de rémunération de l'ensemble des autres modifications apportées par ces expérimentations.

En premier lieu, et compte tenu de la nécessité de redonner du temps médical aux médecins dans un contexte démographique tendu, l'évolution de l'organisation de la prise en charge des patients par une équipe de soins autour du médecin traitant apparaît prioritaire. Dans ce cadre, le premier levier réside dans le binôme médecin infirmier qui, s'il existe de fait dans bien des cas, n'est à l'heure actuelle pas structuré ni valorisé financièrement en tant que tel.

Aussi, il apparaît pertinent de favoriser la coopération entre le médecin traitant et les infirmiers tout particulièrement pour le suivi de patients à domicile. C'est l'objet de l'expérimentation RSMO (cf. encadré) mais il convient de construire, au-delà, d'autres schémas de coopération sur cette thématique afin de garantir un suivi régulier et de qualité à domicile pour les patients le nécessitant.

Encadré 19 : La coopération médecin – infirmier à domicile : L'expérimentation RSMO

Cette expérimentation, portée par une Maison de Santé Pluri professionnelle appelée Réseau de Santé Le Mans Ouest (RSMO), vise à mettre en place un suivi de proximité coordonné entre médecin traitant de la MSP et l'infirmier(e) du secteur pour les patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. D'une durée de 5 ans, l'expérimentation est autorisée depuis 2019 et prendra fin en 2024.

La population ciblée est une population fragile nécessitant un suivi médical régulier :

- Personnes âgées de plus de 80 ans ne pouvant plus quitter leur domicile pour des raisons de santé irréversibles ;
- Personnes en situation de handicap irréversible, quel que soit leur âge et ne pouvant se rendre au cabinet médical du fait de leur handicap.

Pour cette population, les médecins de la MSP ne se déplacent plus au domicile du patient tous les mois ou deux mois mais une à deux fois par an. Dans l'intervalle, c'est l'infirmier du patient qui assure un suivi mensuel à l'aide d'une grille de suivi et transmet les informations au médecin traitant qui décide de la procédure à suivre selon trois modalités :

- Poursuite inchangée du traitement et du suivi ;
- Adaptation de la prise en charge validée mais sans passage du médecin ;
- Organisation d'une visite à domicile du médecin pour réajuster la prise en charge.

Des infirmiers du territoire non-membres de la MSP peuvent intégrer le dispositif dès lors qu'ils suivent des patients dont le médecin traitant est dans la MSP. Environ 1/3 des patients identifiés par les médecins traitants comme éligibles au dispositif sont suivis par des infirmiers hors MSP. Les infirmiers concernés ont par ce biais découvert le travail de la MSP et son intérêt pour leur exercice au quotidien. Plusieurs ont ainsi demandé à intégrer la MSP.

Cette modalité de coopération médecin / IDE est rémunérée sous forme d'un forfait unique se décomposant comme suit :

- 1 visite initiale conjointe MG/IDEL au domicile, suivie d'une visite conjointe annuelle ;
- 10 visites d'IDEL ;
- Temps de coordination MT ;
- Suivi administratif.

Les premiers éléments intermédiaires d'évaluation et de retours d'expérience de la part des professionnels mettent en lumière des premiers constats positifs sur la pertinence de ce mode de coopération. Ces éléments portent sur les dimensions suivantes :

- Une satisfaction partagée des patients, des infirmiers et des médecins traitants concernant ce nouveau mode de suivi et de coopération ;
- Le constat d'une plus grande continuité de prise en charge des patients inclus par rapport à la situation pré existante ;
- La création d'une cohésion renforcée entre médecins et infirmiers et un apport du dispositif pour l'attractivité de la MSP. A noter qu'aucun professionnel de santé n'est sorti du dispositif ;

Si ces éléments positifs devront être confirmés par le rapport d'évaluation final de l'expérimentation d'ici quelques mois, ces premiers enseignements semblent confirmer la pertinence de ce mode de coopération et ouvrent des perspectives dans l'objectif d'une inscription dans le droit commun.

7.3.2 Mutualisation des rémunérations forfaitaires : vers une première application pour les médecins ?

L'évolution du cadre d'exercice de la médecine libérale vers la fin d'un exercice isolé en cabinet et davantage de mutualisation des moyens de professionnels de santé (exercice en cabinet de groupe) et d'installation dans le cadre de structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles - MSP) a conduit l'Assurance Maladie, en lien avec les partenaires conventionnels, à prendre en compte dans les formes de rémunération cette dimension collective. A titre d'exemple, il est déjà possible de définir un « taux de groupe » applicable à l'ensemble des médecins du groupe dans le cadre d'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou d'employer conjointement un assistant médical en prenant une option mi-temps. S'il s'agit d'un début de mutualisation entre médecins, ces dispositifs conservent un caractère individuel dans la mesure où les médecins signent un contrat en leur nom.

Le bénéfice d'une mutualisation des rémunérations corrélée à la mutualisation des conditions d'exercice permet de responsabiliser globalement l'ensemble des professionnels de santé sur une population de patients et de revoir les organisations de travail sans que certains professionnels du groupe en pâtissent du point de vue de leur rémunération. Les premiers retours d'expérience menés dans le cadre de l'expérimentation PEPS (paiement forfaitaire mutualisé pour la prise en charge d'un patient par une équipe) montrent ainsi que le passage à une rémunération forfaitaire permet bien aux équipes de changer leurs pratiques et de développer de nouvelles activités.

Par ailleurs, il est souvent constaté dans le cadre des exercices en groupe (MSP ou cabinet de groupe) que les médecins s'organisent pour développer des activités de soins non programmés et augmenter le volume de la patientèle médecin traitant prise en charge par les équipes. Ainsi, un médecin peut davantage s'occuper des soins non programmés de la patientèle de la « structure » (au sens large) quand son collègue s'occupe davantage des patients ALD âgés. Or, les principes actuels de rémunérations ne permettent pas à ces médecins de mutualiser les rémunérations et conduisent selon les dispositifs à pénaliser certains professionnels du groupe par rapport à d'autres.

Pour encourager les pratiques de groupe et conforter des organisations très intégrées, il apparaît opportun d'expertiser une évolution des différentes formes de rémunération complémentaires à l'acte pour permettre :

- Une nouvelle étape de mutualisation des rémunérations forfaitaires en donnant à des médecins la possibilité de mutualiser l'ensemble de leurs rémunérations forfaitaires dès lors qu'ils le souhaitent : partage du forfait médecin traitant, partage du forfait structure, partage de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), etc. ;
- D'envisager, pour les médecins volontaires, une intégration complète comme peut le proposer l'expérimentation article 51 PEPS.
- De préparer en vue de la renégociation de l'ACI MSP une option permettant de mettre en place une rémunération complémentaire à la performance commune dans les MSP volontaires, dans la logique de l'expérimentation IPEP.

Pour l'Assurance Maladie, cette mutualisation revêt un enjeu technique important. En effet, la conduite d'un projet de mutualisation des rémunérations forfaitaires fait naître les enjeux suivants :

- Une nécessité d'identifier les médecins volontaires évoluant au sein des cabinets de groupe ou de MSP ;
- Une nécessité de définir des niveaux d'intégration :
 - o L'agrégation « simple » fonctionne pour certains dispositifs qui reposent sur un indicateur qui peut être globalisé. Par exemple, pour le forfait patient médecin traitant, il pourrait s'agir de sommer les forfaits des médecins volontaires et de les répartir équitablement en fonction du nombre de médecins.
 - o L'agrégation « complexe » est obligatoire pour d'autres dispositifs. Pour des dispositifs tels que la ROSP, la rémunération repose sur une valorisation d'indicateurs de pratique individuelle du médecin. Mutualiser nécessite de globaliser les patientèles en amont, afin de calculer un unique indicateur d'atteinte pour l'ensemble du groupe. Ce niveau d'intégration soulève le niveau d'acceptabilité entre le tout-collectif et la perte possible d'information sur leur pratique individuelle
- Une nécessité de vérifier la compatibilité de ces types de rémunérations avec les statuts juridiques des structures d'exercices.

Encadré 20 : Les paiements collectifs dans le cadre des expérimentations nationales PEPS et IPEP

Les expérimentations « Paiement en équipe de professionnels de santé » (PEPS) et « Incitation à une prise en charge partagée » (IPEP) font partie des expérimentations nationales lancées par le Ministère de la santé et de la Prévention et l'Assurance Maladie en 2019, visant à tester de nouveaux modèles de rémunération collectifs. Ces deux expérimentations, qui couvrent des champs potentiellement complémentaires, concourent du même objectif d'évolution des modes de rémunération vers des modèles favorisant le décloisonnement, la coordination et la qualité des prises en charges dans un cadre pluri professionnel. Les cahiers des charges de ces expérimentations ont été co-construits avec des professionnels de santé intéressés par la démarche et volontaires pour tester ces nouveaux modes de rémunération. Quelques acteurs ont fait le choix de rentrer dans les deux expérimentations (1 MSP et 3 CDS).

PEPS vise à expérimenter un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé en ville. Ce financement s'apparente à de la capitation et comprend différentes modulations afin de limiter les effets non souhaités de ce type de financement tout en favorisant leurs effets positifs. Une équipe doit être constituée au minimum de 5 médecins généralistes et IDE, dont au moins 3 médecins généralistes et 1 IDE, le paiement forfaitaire s'appliquant pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle « médecin traitant » de l'équipe, au profit de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins ainsi que l'optimisation de la prise en charge des patients. Depuis le 1er janvier 2021, 15 équipes ont basculé au paiement forfaitaire (3 MSP et 12 centres de santé). Pour les équipes ayant choisi de substituer la rémunération à l'acte sur la totalité de la patientèle médecin traitant, le périmètre de l'expérimentation PEPS permet de substituer par du forfait jusqu'à 80% de la rémunération sur l'activité de médecine générale. Au total, l'expérimentation PEPS touche environ 55 000 patients.

IPEP a pour objet à la fois la mise en place de nouvelles formes d'organisations pluri professionnelles, centrées autour de la prise en charge d'une patientèle commune et la mise en place d'un nouveau modèle de financement reposant sur un intéressement collectif versé à cette organisation sur la base de résultats en matière de qualité et d'efficacité des dépenses d'Assurance Maladie. Il s'agit donc d'une incitation financière, complémentaire aux modes de rémunération de droit commun, dont l'usage est laissé à l'appréciation des acteurs dans le cadre de leur projet collectif. L'expérimentation s'appuie sur trente groupements expérimentateurs, répartis dans quatorze régions, comptant au total plus de 450 000 patients. Elle propose un modèle qui s'applique à des projets variés, à l'initiative de professionnels libéraux, de structures d'exercice coordonné, d'établissements de santé, ou encore de dispositifs de coordination, et impliquant des volumes de patientèle très différents (de 5 000 patients à plus de 50 000). La présence de médecins traitants est un pré requis à la constitution de tout groupement. Certains groupements s'engagent dans des modifications organisationnelles au bénéfice de leurs patientèles globales, tandis que d'autres concentrent leurs actions à destination de sous-populations aux besoins plus spécifiques.

Les deux expérimentations ont été autorisées pour cinq ans par l'arrêté du 19 juin 2019 après avis du CTIS, arrivant donc à leur terme en juillet 2024. Dans le respect des principes de l'article 51 qui systématise l'évaluation externe des projets, les résultats d'évaluation seront restitués avant la fin des expérimentations et permettront d'éclairer l'avis du conseil stratégique de l'innovation en santé concernant la suite de ces expérimentations. Après quatre

années, il est néanmoins possible de formuler des premiers retours d'expérience, sur la base du suivi du déploiement de ces projets par les équipes nationales, ainsi que des témoignages des professionnels expérimentateurs.

Il ressort que ces nouveaux modes de rémunération collectifs semblent permettre concrètement aux équipes de changer leurs pratiques, notamment par le développement de nouveaux métiers ou de nouvelles fonctions, et de développer des activités en dehors des nomenclatures existantes, concourent notamment à libérer du temps médical. Ces modèles de rémunération représentent néanmoins des évolutions très importantes du cadre d'exercice (notamment dans le cas de PEPS), impliquant sans doute une inscription dans le droit commun qui ne pourra être que progressive. La question de l'adhésion des professionnels plus largement que les seuls expérimentateurs, ainsi que la stabilisation des modèles économiques doivent être préparées dans un cadre et un horizon temporel assurant leur bonne diffusion.

7.4 Bilan des négociations entre l'UNCAM et les professionnels de santé

7.4.1 Les accords conclus ou négociés avec les professionnels de santé médicaux ou paramédicaux

Les accords conventionnels négociés et signés en 2022 et 2023 portent des ambitions sur 5 axes majeurs :

- Le soutien apporté aux professionnels de ville pour la prise en charge des patients ;
- L'accompagnement de réformes structurantes visant l'amélioration du suivi des patients et la prise en charge coordonnée ;
- La valorisation de prises en charge spécifiques et des publics les plus fragiles ;
- L'amélioration de l'accès aux soins des patients et le déploiement de la télésanté ;
- La prévention et les enjeux de transition écologique.

Le soutien apporté aux professionnels de ville pour la prise en charge des patients

Avenant 11 transports sanitaires, négociation convention médicale, négociation avenant 7 MK, ouverture des négociations transversales juin 2023

L'Uncam, la Chambre Nationale des Services d'Ambulances (CNSA) et la Fédération Nationale de la Mobilité Sanitaire (FNMS) ont signé le 13 avril 2023 un accord qui renforce et valorise les missions et le rôle des transporteurs sanitaires. Cet accord a pour objectif d'améliorer la réponse aux besoins des patients et d'efficacité du secteur tout en tenant compte du contexte économique marqué par des coûts de production en forte augmentation. Les revalorisations prévues portent sur l'ensemble des composantes (forfait de prise en charge, forfaits départementaux, tarifs kilométriques et majorations courtes distances) de la tarification d'un transport en VSL ou en ambulance. Ces revalorisations ciblées permettent de répondre à la fois aux enjeux ruraux et urbains mais également de rendre plus attractifs les transports programmés et les trajets de courtes distances dans des territoires où l'offre en transports est insuffisante à ce jour.

Pour les médecins, le projet de convention nationale négocié à partir de l'automne 2022 mais non signé par les organisations représentatives de la profession contenait des revalorisations très importantes pour l'ensemble de la profession, à hauteur de 1,5 milliard d'euros, soit 50% de plus que lors de la précédente convention. La convention permettait une revalorisation des rémunérations de l'ensemble des médecins libéraux, et notamment les médecins généralistes, les pédiatres et les spécialités cliniques, afin de reconnaître le rôle déterminant qu'occupe la médecine libérale dans le système de soins et de renforcer son attractivité pour les prochaines années. Elle prévoyait par ailleurs la mise en place d'un dispositif de reconnaissance de l'engagement territorial valorisant la mobilisation des médecins sur leur territoire et accompagnant ceux qui veulent s'engager encore davantage. En lien avec ce dispositif, cette convention actait une simplification fondamentale de la nomenclature via la hiérarchisation des consultations en 3 niveaux principaux.

Dans le même esprit, l'avenant 7 à la convention des masseurs-kinésithérapeutes, signé en décembre 2022, mais non valide du fait de l'opposition de deux syndicats représentatifs, prévoyait une revalorisation significative et historique de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes (530 millions d'euros). En association avec la mise en place d'une nouvelle nomenclature plus descriptive de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes, permettant d'appréhender de manière plus fine la diversité de leur activité. L'avenant prévoyait des mesures fortes permettant de revaloriser l'exercice des masseurs-kinésithérapeutes en majorant les deux actes principalement pratiqués par les professionnels.

Par ailleurs, le directeur de l'Uncam a reçu en juin 2023 un mandat du ministre de la Santé et de la prévention, François Braun, qui prévoit de revaloriser les professions paramédicales et les sages-femmes à hauteur de 3% et ce, pour un accompagnement transverse de ces professions dans le contexte actuel d'inflation. Ce mandat a donné lieu à l'ouverture négociations avec toutes ces professions qui a d'ores et déjà donné lieu à signature d'un avenant avec les orthoptistes, les orthophonistes et les infirmiers.

L'accompagnement de réformes structurantes visant l'amélioration du suivi des patients et la prise en charge coordonnée

Avenants 5 SF (SF référente), Avenant 9 IDEL (IPA), négociation avenant 1 ACIP, avenant 4 CDS et avenant 1 MSP

L'avenant 5 signé avec les sages-femmes en décembre 2022 permet d'adapter les dispositions conventionnelles au regard de la création récente du rôle de sage-femme référente. En effet, la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a créé la possibilité pour l'assurée de déclarer à l'Assurance Maladie le nom de

sa sage-femme référente. Cette mesure vise à favoriser la coordination des soins en lien avec le médecin traitant de la patiente, pendant et après sa grossesse et s'inscrit dans le cadre du chantier interministériel des 1000 premiers jours de l'enfant. Ce nouveau dispositif de sages-femmes référentes constitue ainsi une opportunité pour fluidifier et structurer le parcours des patientes tout au long de la grossesse et en postnatal, garantir le lien avec la maternité et reconnaître les sages-femmes dans un rôle pour lequel elles disposent d'une vision globale.

Les négociations conventionnelles ouvertes en février 2022 avec les infirmiers libéraux ont abouti à la signature d'un avenant 9 à la convention nationale. Cet avenant 9 propose une évolution significative du modèle de rémunération des infirmiers en pratique avancée (IPA) dans le but d'accentuer le déploiement de cette nouvelle profession en ville et de contribuer à l'amélioration de l'offre de soins sur les territoires. L'IPA participe à la prise en charge globale des patients atteints de maladies chroniques dont le suivi lui a été confié par un médecin. La pratique avancée vise un double objectif : améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients tout en permettant un gain de temps médical. Ainsi, l'avenant 9 revalorise de plus de 20% les forfaits de prise en charge existants pour les patients confiés par le médecin au titre d'un suivi régulier et permet dorénavant la prise en charge ponctuelle de nouveaux patients, à la demande du médecin. De plus, l'accès à l'aide prévue pour le démarrage de l'activité en libéral est également étendu à tous les IPA et le montant des aides, lorsqu'ils s'installent en zone en sous densité médicale, a été augmenté (porté à 40 000€).

L'exercice coordonné connaît une forte croissance ces dernières années au travers des CPTS, MSP et centres de santé.

Au 31/12/2022, on comptabilisait :

- 1 755 MSP en ACI ;
- 2 498 CDS adhérents à l'accord national ;
- 416 CPTS en ACI ;

Deux accords visant à valoriser et renforcer l'exercice coordonné ont ainsi été signés en 2022.

L'avenant 1 à l'ACI MSP signé le 4 mars 2022 porte des mesures autour des axes suivants :

- La gestion de la crise sanitaire : création d'un indicateur pour valoriser la participation des MSP ;
- L'articulation des MSP avec le SAS (valorisation de la participation des PS de la MSP au SAS) ;
- La valorisation de la présence d'infirmiers en pratique avancée ;
- La démarche qualité et l'implication des usagers (nouveaux indicateurs) ;
- La participation des MSP aux parcours autour de l'insuffisance cardiaque et de l'obésité de l'enfant ;
- La valorisation de la participation des MSP aux protocoles de coopération de soins non programmés ;
- Des revalorisations de certains indicateurs (fonction de coordination, formation des jeunes PS, diversification de l'offre, ...).

Ces mesures favorisent toutes les MSP et augmentent le soutien financier global de l'Assurance Maladie à leur égard. Par rapport à 2021, on constate ainsi une augmentation de +39% du montant de la rémunération totale au titre de l'exercice 2022.

L'avenant 4 à l'accord national des centres de santé signé le 14 avril 2022 porte principalement des mesures de transpositions des mesures des accords monoprofessionnels en tenant compte de la spécificité de ces structures :

- Implication des CDS dans la gestion de la crise sanitaire ;
- Articulation avec le dispositif SAS en transposition des mesures de l'avenant 9 à la convention médicale ;
- Évolution des rémunérations des centres de santé notamment en tenant compte de la présence d'infirmiers en pratique avancée et en créant de nouveaux indicateurs de parcours autour de l'insuffisance cardiaque et de l'obésité de l'enfant ;
- Enjeux liés à la pratique de la télésanté en transposant notamment les mesures de l'avenant 9 à la convention médicale ;
- Mise en place d'une procédure de régulation du conventionnement des centres de santé infirmiers en corollaire du dispositif instauré pour les infirmiers libéraux ;
- Révision des modalités d'adhésion à l'accord national dans le prolongement des mesures issues de la loi de financement de la sécurité sociale de 2022, tout en proposant un accompagnement renforcé du conventionnement des nouvelles structures dans le cadre d'une pratique vertueuse ;
- Renforcement du soutien aux centres de santé particulièrement engagés dans les démarches pour répondre aux besoins spécifiques des patients les plus vulnérables ;
- Valorisation de la présence d'infirmiers en pratique avancée ;
- Implication des usagers ;
- Revalorisations de certains indicateurs (fonction de coordination, Formation des jeunes PS, diversification de l'offre, ...).

Par rapport à 2021, on constate également pour l'exercice 2022 une hausse de 33 % du montant total de la rémunération liée à l'application des mesures de l'avenant 4.

Les partenaires conventionnels poursuivent par ailleurs la négociation de l'avenant 1 à l'ACIP portant sur la mise en place d'une expérimentation des Équipes de soins coordonnés autour du patient (ESCAP), nouvelle forme de coordination en vue d'améliorer la qualité de prise en charge des patients.

La valorisation de prises en charge spécifiques et des publics les plus fragiles

Avenant 5 SF (accompagnement global), négociation avenant 7 MK, avenant 19 OP

L'avenant 7 à la convention MK prévoyait la revalorisation et la création de nouveaux actes à fort enjeu de santé publique, notamment pour des prises en charge spécifiques :

- Création d'un acte visant à favoriser le repérage de la fragilité des personnes âgées de 70 ans ou plus pour prévenir la perte d'autonomie, conformément aux recommandations de la HAS ;
- Valorisation de l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes au domicile des patients en situation de dépendance ;
- Revalorisation des actes de prise en charge des patients souffrant de pathologies neurologiques et musculaires chroniques ;
- Création d'un acte de rééducation à destination des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap dans le cadre du parcours pluriprofessionnel prescrit par un établissement ou service sanitaire ou médico-social (AMK/AMC 16).

L'avenant 6 à la convention nationale des sages-femmes signé en décembre 2022 détermine notamment les modalités de valorisation de l'accompagnement global par les sages-femmes. L'accompagnement global, revendiqué par les sages-femmes libérales, consiste en une prise en charge de la femme durant la phase anténatale, l'accouchement et le post-partum, par une même sage-femme. Ces négociations font suite aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021 qui prévoit de pérenniser et déployer les maisons de naissance. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de proposer aux femmes une offre de soins diversifiée pour leur permettre d'avoir le choix d'un accouchement moins médicalisé au suivi habituel avec un accouchement en maternité.

L'avenant signé avec les transporteurs sanitaires intègre une majoration pour les VSL réalisant des transports de patients en fauteuil roulant afin d'inciter le transport de personnes à mobilité réduite.

Enfin, l'avenant 19 avec les orthophonistes prévoit plusieurs mesures valorisant des prises en charges spécifiques en orthophonie :

- Valorisation de l'implication des orthophonistes dans la prise en charge des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement ;
- Valorisation de l'intervention des orthophonistes au domicile des patients les plus fragiles (personnes âgées en perte d'autonomie ou en situation de handicap) ;
- Valorisation de certaines prises en charges spécifiques telles que l'accompagnement des patients avec des dysphagies.

L'amélioration de l'accès aux soins des patients et le déploiement de la télésanté

Avenant 19 OP, négociation MK, négociation médecins

L'avenant 19 à la convention nationale des orthophonistes a actualisé et renforcé les mesures démographiques mises en place par l'avenant 16 en vue d'améliorer davantage la répartition géographique des orthophonistes sur le territoire et favoriser ainsi l'accès aux soins en orthophonie. Cet avenant renforce notamment le dispositif incitatif mis en place en zones sous-denses pour favoriser le maintien et l'installation des professionnels dans ces zones. Cet accord prévoit parallèlement de nouveaux objectifs ambitieux à atteindre par la profession en vue de rééquilibrer sur les 3 années à venir l'offre de soins en orthophonie sur le territoire.

Avec le projet de convention médicale, l'Assurance Maladie a cherché à répondre aux défis actuels du système de santé, augmenter le temps médical disponible, favoriser la collaboration entre professionnels de santé, valoriser le rôle de médecin traitant, aider les médecins libéraux installés dans les déserts médicaux et inciter les jeunes médecins à s'installer. Ces propositions avaient pour objectifs de permettre de surmonter la situation actuelle grâce aux moyens organisationnels, humains et financiers prévus pour la médecine libérale.

Pour répondre à la nécessité de redonner du temps médical aux médecins et ainsi d'améliorer l'accès aux soins, le projet de convention prévoyait notamment d'alléger les contraintes administratives des médecins, optimiser la consultation et renforcer la coopération des acteurs. Cette coopération devant s'appuyer sur la constitution d'équipes administratives et soignantes par un large déploiement des assistants médicaux. La convention proposait également d'approfondir les moyens de renforcer la collaboration entre médecins et autres professionnels de santé, notamment infirmiers.

Pour les MK, l'avenant 7 rejeté prévoyait des évolutions du dispositif démographique, le renforcement de la place de la profession dans le système de santé rendant indispensable la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins de kinésithérapie. Pour soutenir les territoires prioritaires, les partenaires conventionnels avaient ainsi prévu :

- D'élargir la part des territoires où les masseurs-kinésithérapeutes bénéficient d'aides à l'installation et au maintien et d'augmenter les aides incitatives versées ;
- De renforcer le dispositif de régulation dans les zones non-prioritaires (celles où la densité de masseur-kinésithérapeutes est la plus importante).

Par ailleurs, pour les seuls masseurs-kinésithérapeutes débutant leur formation à compter de 2023, l'avenant prévoyait la possibilité d'une première installation en exercice libéral ciblée sur les seules zones « sous dotées » ou « très sous dotées ». Pour pouvoir être conventionné sur une autre zone, le masseur-kinésithérapeute devait justifier d'une expérience préalable en établissement sanitaire ou médico-social ou en zones « sous dotées » ou « très sous dotées ».

Outre l'amélioration de l'accès géographique aux soins que les mesures citées ci-dessus poursuivent, les nouveaux outils que sont la télésanté peuvent constituer une offre complémentaire visant ce même objectif d'accès aux soins. Aussi, les négociations ouvertes au 1^{er} trimestre 2022 avec les représentants des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes ont poursuivi les discussions engagées sur les modalités de réalisation et de facturation des actes de télésanté par ces professionnels. L'avenant 9 signé avec les infirmiers inscrit de manière pérenne dans la convention nationale, la possibilité pour les infirmiers de recourir au télésoin (amélioration de la surveillance à distance des pansements en particulier) et de requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel médical. L'avenant encadre les conditions de réalisation de cette pratique pour garantir la qualité et la sécurité des soins et en définit les conditions de valorisation. L'avenant étend aussi la possibilité pour les infirmiers d'assister une téléconsultation réalisée à la demande de toute profession médicale (et non uniquement à la demande du médecin comme auparavant).

Ces mesures ont fait également l'objet de transposition dans le cadre de l'accord national des centres de santé (application des mesures télésanté, seuil maximal d'activité en télésanté...).

La prévention et les enjeux de transition écologique

L'avenant 19 signé avec les orthophonistes vise à renforcer le rôle des orthophonistes dans le domaine de la prévention via la mise en place d'un nouveau bilan de prévention et d'accompagnement parental. Ce bilan permet à l'orthophoniste, si la réalisation d'un bilan orthophonique n'est pas adaptée, de pouvoir toutefois prodiguer au patient ainsi que, le cas échéant, à la famille des conseils de prévention, un accompagnement ou, si nécessaire, une orientation adéquate vers un professionnel médical. L'avenant acte par ailleurs la poursuite des travaux portant sur les actions de prévention des troubles du langage et de la communication en milieu scolaire.

De la même façon, l'avenant 7 MK prévoyait de renforcer le rôle du kinésithérapeute dans le champ de la prévention primaire en étendant les actions de prévention des troubles du rachis en milieu scolaire.

Dans la continuité des mesures réglementaires portant sur l'extension du champ de compétences des infirmiers en matière de vaccination, l'avenant 9 valorise le rôle essentiel des infirmiers dans ce champ de la prévention en revalorisant ces actes, et en créant un régime plus favorable (facturation à taux plein et en sus des autres actes) lorsqu'ils sont réalisés au domicile des patients.

Les partenaires conventionnels ont également souhaité apporter une réponse aux enjeux écologiques majeurs dans le secteur du transport en créant dans le cadre de l'avenant 11 transporteur sanitaire un bonus financier forfaitaire pour les véhicules électriques et en incitant, par le biais des mesures d'efficacité, au développement du transport partagé. Cet accord conventionnel intègre ainsi pour la première fois les enjeux environnementaux pour cette profession.

Le projet de convention médicale intégrait aussi cette volonté des partenaires conventionnels =. Le projet de convention intégrait ainsi la volonté de prendre en compte les enjeux écologiques tant dans la pratique des médecins libéraux qu'en tant qu'ambassadeurs des enjeux environnementaux auprès des patients.

L'intégration de cette dimension environnementale dans les conventions traduit la volonté de l'Assurance Maladie de faire des enjeux écologiques ou d'environnement favorable à la santé, qu'il s'agisse des liens entre la dégradation de

l'environnement et le changement climatique, qui affectent la santé des personnes, ou de l'importance de l'empreinte carbone associée à notre système de santé, des enjeux majeurs de son action conventionnelle pour les années à venir.

7.4.2 Négociations avec les biologistes

Un avenant 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et l'Assurance Maladie a été signé le 10 janvier 2023.

Cet accord prévoit la mise en œuvre de 250 M€ d'économies pérennes sur le secteur de la biologie médicale sur 2023 comme le prévoyait la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023.

En perspective il a été décidé avec la profession de définir un cadre pluriannuel de pilotage des dépenses de biologie médicale pour les années 2024 à 2026. Ce cadre doit permettre de poursuivre différents objectifs : maintenir une prise en charge élevée de la biologie courante, y compris au service des politiques de prévention, poursuivre la prise en charge des tests en lien avec le COVID 19, assurer la diffusion de l'innovation et participer à la régulation des dépenses d'Assurance Maladie.

7.4.3 Négociations avec les établissements thermaux

La convention nationale thermale arrivant à échéance le 31 décembre 2022, des négociations ont eu lieu au dernier trimestre 2022 entre le Directeur Général et les partenaires conventionnels de l'UNCAM (CNETH) dans la perspective de sa reconduction. La convention a été tacitement reconduite pour une durée de cinq ans, jusqu'au 31 décembre 2027 et le texte a donc fait l'objet d'un avenant 6 en vigueur depuis le 1er janvier 2023 et un avenant 7 signé le 30 janvier et entré en vigueur le 7 mai 2023.

Les discussions ont essentiellement porté sur trois sujets :

- Des évolutions tarifaires : revalorisation des prix limites de facturation (PLF) modulé par seuils et des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) indexé de 20% sur l'évolution du PLF modulé
- La modulation du reste à charge des patients avec l'adaptation du mécanisme de régulation tarifaire introduit par la précédente convention qui se déclenche lorsque ce reste à charge atteint le seuil de 18 %. Un effort de 8 points est alors supporté par les établissements thermaux (1/4 de l'effort) et l'Assurance Maladie (3/4)
- La mise en œuvre d'une expérimentation visant à détecter la fragilité en milieu thermal, inspiré du programme ICOPE mené depuis plusieurs années par le Gérontopôle de Toulouse dans le cadre de l'article 51

Ont également été approuvés les projets suivants :

- La dématérialisation de la facturation des cures thermales
- Les conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie des cures interrompues
- L'analyse des résultats obtenus dans le cadre de l'expérimentation de la cure infantile fractionnée en deux séjours, dans la perspective d'une éventuelle généralisation

Professions/Accord	Accords conventionnels approuvés
Transporteurs sanitaires	Avenant 10 à la convention nationale signé le 14/04/2023 (JO du 6 mai 2023).
Sages-femmes	Avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'Assurance Maladie signé le 12 décembre 2022 (JO du 28 mars 2023)
Orthophonistes	Avenant 19 à la convention nationale des orthophonistes signé le 25 février 2022 (JO du 26 avril 2022)
Infirmiers	Avenant 9 à la convention nationale des infirmiers signé 27 juillet 2022 (JO du 18 novembre 2022)
Centres de santé	Avenant 4 à l'accord national signé 14 avril 2022 (JO du 5 octobre 2022)
MSP	Avenant 1 à l'ACI MSP signé le 4 mars 2022 (JO du 3 aout 2022)

Biologistes	Avenant 11 à la convention nationale des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales signée le 10 janvier 2023
Établissements thermaux	Avenant 6 à l'accord national des établissements thermaux signé le 15 décembre 2022 Avenant 7 au même accord signé le

7.5 Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) : bilan et perspectives

7.5.1 Bilan sur l'année 2022

Une majorité d'indicateurs de la Rosp s'oriente à la hausse pour l'année 2022, traduisant ainsi une amélioration globale des objectifs de santé publique suivis et l'investissement des médecins dans ce domaine.

Les résultats 2022 présentent cependant des évolutions contrastées avec des indicateurs en progrès pour la prévention notamment (dépistage des cancers, iatrogénie médicamenteuse, antibiorésistance) et d'autres en recul comme la vaccination antigrippale, la surveillance des patients sous antivitamine K ou la prescription de statines dans le répertoire générique.

La rémunération moyenne versée est globalement stable pour les médecins généralistes (5 113 euros par médecin, soit +1,1 %¹¹⁶ en 2022) et progresse pour les médecins spécialistes (1 837 euros, +3,2 % pour les cardiologues, gastroentérologues et endocrinologues).

Au total, le montant versé au titre de la Rosp du médecin traitant de l'adulte et de l'enfant, et du forfait structure pour l'équipement du cabinet médical atteint en moyenne 9 151 euros pour les 51 661 médecins généralistes rémunérés en 2022.

Rosp Médecin traitant de l'adulte

La majorité des indicateurs de santé publique pour la Rosp du Médecin traitant sont en progrès en 2022, traduisant l'investissement renforcé des médecins généralistes libéraux.

Au volet pathologie chronique, on constate pour les indicateurs de suivi du diabète, une progression des indicateurs fond d'œil et dépistage de la maladie rénale chronique respectivement de +1,6 point et +1,1 point, tandis que celui sur les dosages d'HbA1c diminue légèrement (-0,5 point). Chez le patient hypertendu, on note une augmentation significative de l'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique (+1,9 point) : 40% des médecins dépassent désormais l'objectif cible. Sur le suivi des patients à risque cardio-vasculaire, la prévention secondaire du risque cardio-vasculaire s'améliore légèrement (+0,8 point), tandis que la surveillance des traitements par antivitamine K poursuit sa baisse (-2,3 points).

Au volet prévention, on constate une poursuite de la baisse des indicateurs de prévention de la grippe, et cela depuis la forte hausse de 2020 liée à la pandémie : si la vaccination des patients de 65 ans et plus reste à un niveau supérieur à celui observé en 2019 (60,1% en 2022 versus 56,4% en 2019), la vaccination du sujet à risque enregistre une baisse importante en 2022 pour s'établir à 33,6% (-3,5 points sur l'année, 34,9% en 2019).

Les trois indicateurs de prévention du cancer restent bien orientés en 2022. En effet, la prévention du cancer colorectal poursuit sa progression (+1,4 point), soit 168 000 patients supplémentaires dépistés. Entre 2019 et 2022, une augmentation de +4,8 points est enregistrée sur cet indicateur clé. La prévention du cancer du sein et du cancer du col, après une faible augmentation l'an dernier, progresse respectivement de +1,2 point et +0,9 point.

La prévention de la iatrogénie médicamenteuse affiche également de bons résultats : les traitements par benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques sont en baisse respectivement de -0,8 et -0,5 point (indicateur décroissant). Les prescriptions de psychotropes restent stables : la prévention des patients âgés sous psychotropes atteint un très bon niveau avec 45% des médecins au-dessus de l'objectif cible.

L'indicateur général sur l'antibiothérapie (décroissant) augmente de +3,8 points mais reste à un niveau inférieur à celui d'avant pandémie (27,2 versus 32,9), l'indicateur d'antibiotiques générateurs d'antibiorésistance est lui bien orienté (-1,1 point).

Sur le volet efficience des prescriptions, la prescription dans le répertoire d'antihypertenseurs et autres traitements progresse respectivement de +1,1 et +5,7 points, soit 1,8 million et 38,4 millions de boîtes prescrites en plus dans le

¹¹⁶ 4 958 € en moyenne pour les médecins généralistes et à exercice particulier, soit + 1 ,4 %

répertoire. La progression de la prescription de biosimilaires se poursuit activement pour s'établir à 38,6% de boîtes prescrites (+6,0 points). La prescription dans le répertoire de statines demeure mal orientée en 2022 : -2,7 points. Néanmoins, 42% des médecins se situent encore au-dessus de l'objectif cible. L'indicateur décroissant portant sur les inhibiteurs de la pompe à protons prescrits à l'adulte continue son amélioration en 2022 (-1,8 point), et celui sur les traitements par antiagrégants plaquettaires par aspirine progresse à nouveau (+0,5 point).

Au total, 64 824 médecins sont ainsi rémunérés dans le cadre de la Rosp médecin traitant de l'adulte pour un montant total de 264,6 millions d'euros¹¹⁷ en 2022 (contre 263,9 millions pour 64 801 médecins rémunérés en 2021). Le montant moyen de rémunération augmente ainsi, passant de 4 891 euros en 2021 à 4 958 euros pour les médecins généralistes et à exercice particulier.

Rosp des médecins cardiologues

Tous les indicateurs de cette ROSP sont bien orientés en 2022, en particulier, l'indicateur (décroissant) sur les traitements par antiagrégant plaquettaire qui diminue de -2,4 points, **à l'exception de la prescription de statines**, avec une baisse significative de -6,4 points sur l'année.

Pour 2022, le montant total versé atteint 9,3 millions d'euros, soit 2 067 euros en moyenne par médecin cardiologue (+ 4,2% par rapport à 2021).

ROSP des médecins gastro-entérologues

L'ensemble des indicateurs évolue positivement en 2022, à l'exception des dosages de NFS (-1,6 point) et des coloscopies avec polypectomie (+0,3, indicateur décroissant).

On constate une progression des dosages de protéinurie chez les patients atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) de +1,6 point et de l'imagerie post chirurgie pour CCR de +1,2 point.

Pour 2022, le montant total versé s'élève à 2,9 millions d'euros, soit 1 443 euros en moyenne par médecin (+ 2,9% par rapport à 2021)

ROSP des médecins endocrinologues

La majorité des indicateurs progresse, notamment l'indicateur de prévention relatif aux soins de podologie (+2,9 pts) qui poursuit son évolution à la hausse.

Les deux indicateurs de mise sous insuline des patients diabétiques sont bien orientés : celui sur les patients autonomes progresse de +1,5 point et l'indicateur décroissant sur l'initiation à l'hôpital diminue légèrement de -0,4 point.

Pour 2022, le montant total versé s'élève à 1,2 million d'euros, soit 1 529 euros en moyenne par médecin (+10,5% par rapport à 2021).

Rosp du médecin traitant de l'enfant

Sur le volet des pathologies chroniques, les deux indicateurs de suivi de l'asthme sont en baisse : -2,0 points sur l'EFR et -1,7 point sur les traitements par corticoïdes inhalés et/ou anti-leucotriènes

Sur la prévention, la vaccination ROR baisse légèrement (-0,7 point) tandis que l'anti-méningocoque C est stable. À la suite de l'extension à 11 vaccins obligatoires depuis 2018, les deux indicateurs affichent de très bons résultats : 83 % des médecins atteignent l'objectif intermédiaire sur le ROR et 99% sur l'anti-méningocoque C.

Les indicateurs décroissants d'antibiorésistance augmentent légèrement mais affichent toujours de très bons résultats. Enfin, le suivi bucco-dentaire est stable par rapport à 2021.

Pour 2022, le montant total versé au titre de la Rosp du médecin traitant de l'enfant (médecins généralistes et spécialistes) atteint 13,9 millions d'euros (+ 9,2%, hausse principalement liée à l'augmentation du nombre d'enfants pour lesquels un médecin traitant a été déclaré). Pour les pédiatres, la rémunération moyenne s'élève à 1 054 euros.

¹¹⁷ Hors centres de santé

7.5.2 Évolution à 5 ans

Si l'on observe l'évolution des indicateurs de santé publique retenus dans la durée, on constate une progression importante de certains d'entre eux sur 5 ans (décembre 2017-décembre 2022) : + 7,2 points pour la vaccination antigrippale des personnes de 65 ans et plus ; -6,3 points pour l'indicateur d'antibiorésistance ; -8,9 points pour l'antibiothérapie chez les personnes de 16 à 65 ans sans ALD et +5,0 points pour le dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus¹¹⁸.

Ces résultats témoignent à la fois d'un investissement fort de la part des médecins pour faire évoluer individuellement et collectivement leurs pratiques en matière de prévention et de santé publique, mais aussi de l'Assurance Maladie. Ainsi, les montants versés cumulés au titre des Rosp 2017 à 2022 pour la patientèle adulte du médecin traitant atteignent 1,6 milliard d'euros.

7.5.3 Perspectives d'évolution de la ROSP

Mise en place en 2011, la ROSP constitue un dispositif incitatif efficace.

Son renouvellement, dans le cadre des futures négociations conventionnelles, permettrait de la simplifier en limitant le nombre d'indicateurs suivi (29 aujourd'hui pour la ROSP MTA) et de la recentrer autour des priorités de prévention et de santé publique, notamment en proposant l'introduction d'indicateurs de promotion de la vaccination HPV chez l'adolescent et pneumocoque chez le patient à risque élevé d'infection pneumococcique.

¹¹⁸ Évolution sur la période 2018-2022, compte-tenu d'une modification du mode de calcul en 2018 par rapport à 2017.

7.5.4 Résultats complets nationaux

Tableau 25 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants (libéraux)

Indicateurs		Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Résultats à fin déc. 2021	Résultats à fin déc. 2022	Evol. en points 2021 - 2022
PREVENTION	Grippe								
	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	52,9%	52,9%	55,3%	56,4%	64,2%	61,2%	60,1%	-1,1
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	31,2%	31,2%	33,3%	34,9%	40,9%	37,0%	33,6%	-3,5
	Dépistage des cancers								
	Dépistage du cancer du sein	67,3%	66,1%	66,4%	66,2%	63,2%	63,4%	64,6%	1,2
	Dépistage du cancer du col	56,9%	56,8%	56,1%	55,0%	53,4%	53,7%	54,6%	0,9
	Dépistage du cancer colorectal	22,9%	29,1%	28,1%	30,8%	30,5%	34,3%	35,6%	1,4
	Introgéné médicamenteuse								
	Patient âgé sous psychotropes	5,3%	5,0%	4,8%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	-0,1
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	41,6%	40,9%	42,4%	41,0%	42,9%	43,7%	43,2%	-0,5
	Traitement par benzodiazépine anxiolytique	15,1%	15,0%	14,8%	14,3%	15,0%	15,2%	14,4%	-0,8
	Antibiothérapie								
	Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	39,5	36,1	35,8	32,9	24,3	23,3	27,2	3,8
Antibiorésistance	43,2%	39,5%	36,9%	34,7%	34,7%	34,4%	33,2%	-1,1	
SUIV DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Diabète								
	Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique	79,0%	78,7%	79,4%	79,7%	76,9%	78,9%	78,4%	-0,5
	Fond d'oeil chez le diabétique	62,9%	62,0%	65,8%	68,1%	67,0%	67,0%	68,6%	1,6
	Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique	31,0%	34,9%	40,9%	43,4%	42,5%	42,2%	43,3%	1,1
	HTA								
	Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu	7,0%	9,0%	22,3%	24,8%	24,6%	25,4%	27,4%	1,9
	Risque cardio-vasculaire								
	Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	44,2%	43,6%	43,7%	43,9%	44,1%	44,9%	45,8%	0,8
	Surveillance d'un traitement par anti vitamine K	79,0%	80,2%	85,5%	84,1%	80,4%	79,8%	77,5%	-2,3
	OPTIMISATION ET EFFICACITE DES PRESCRIPTIONS	Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)							
Statine dans le répertoire des génériques		90,3%	90,7%	98,1%	97,0%	95,4%	93,5%	90,8%	-2,7
Antihypertenseur dans le répertoire des génériques		86,5%	88,5%	92,7%	95,3%	93,3%	94,7%	95,8%	1,1
Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques		47,1%							
Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques		78,9%							
Autres traitements dans le répertoire des génériques		47,1%	62,2%	62,3%	64,7%	61,0%	59,8%	65,6%	5,7
Biosimilaires de l'insuline glargine		0,2%	2,8%	9,1%	19,7%	26,8%	32,6%	38,6%	6,0
Efficacité des prescriptions									
Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons				30,9%	30,1%	30,8%	32,6%	30,8%	-1,8
Traitement par ézétimibe				11,0%	12,0%	13,5%	15,4%	18,2%	2,8
Traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine		87,2%	87,9%	88,4%	88,9%	89,2%	89,7%	90,2%	0,5
Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	80,6%	81,4%	82,3%	83,0%	83,6%	83,6%	81,8%	-1,8	
Hormonémies thyroïdiennes	86,7%	89,1%	90,7%	91,0%	91,1%	91,0%	90,9%	-0,1	

Source CNAM

Tableau 26 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants adultes (centres de santé)

		Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Résultats à fin déc. 2021	Résultats à fin déc. 2022	Evol. en points 2021 - 2022	
PREVENTION	Grippe									
	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	40,1%	40,2%	42,3%	43,9%	50,1%	49,4%	50,3%	0,8	
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	26,4%	26,7%	29,2%	31,3%	36,1%	33,2%	31,0%	-2,2	
	Dépistage des cancers									
	Dépistage du cancer du sein	61,1%	59,9%	59,9%	60,2%	57,8%	58,3%	59,8%	1,5	
	Dépistage du cancer du col	50,2%	49,8%	48,9%	47,8%	46,1%	45,7%	48,1%	2,4	
	Dépistage du cancer colorectal	17,1%	23,7%	23,7%	24,5%	24,9%	28,8%	30,6%	1,8	
	Introgéné médicamenteuse									
	Patient âgé sous psychotropes	3,0%	2,9%	2,9%	2,7%	2,7%	2,8%	2,9%	0,1	
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	39,7%	39,1%	41,9%	41,4%	43,4%	43,9%	43,8%	-0,1	
	Traitement par benzodiazépine anxiolytique	13,1%	13,8%	14,0%	13,7%	14,7%	15,4%	14,9%	-0,6	
	Antibiothérapie									
Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	26,7	24,2	23,6	21,6	15,4	14,2	15,7	1,5		
Antibiorésistance	37,6%	36,7%	35,4%	34,2%	33,4%	32,7%	32,8%	0,1		
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Diabète									
	Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique	71,1%	71,2%	72,4%	73,2%	70,5%	74,0%	74,9%	0,9	
	Fond d'œil chez le diabétique	65,8%	62,2%	66,9%	70,1%	69,7%	71,0%	72,6%	1,6	
	Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique	41,0%	41,8%	43,2%	44,9%	44,2%	43,7%	44,5%	0,7	
	HTA									
	Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu	12,0%	12,3%	27,1%	28,0%	27,2%	27,8%	28,5%	0,7	
	Risque cardio-vasculaire									
	Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	38,5%	38,2%	38,9%	39,4%	39,7%	41,9%	43,3%	1,4	
	Surveillance d'un traitement par anti vitamine K	63,1%	68,4%	74,8%	74,3%	74,1%	75,1%	75,5%	0,4	
	OPTIMISATION ET EFFICACITE DES PRESCRIPTIONS	Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)								
Statine dans le répertoire des génériques		92,5%	92,6%	98,2%	97,3%	95,7%	94,0%	91,6%	-2,3	
Antihypertenseur dans le répertoire des génériques		85,7%	87,7%	92,6%	95,1%	92,9%	94,6%	96,1%	1,5	
Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques		44,4%	Indicateurs neutralisés							
Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques		71,1%								
Autres traitements dans le répertoire des génériques		44,4%	62,1%	62,4%	65,2%	62,2%	61,4%	65,9%	4,5	
Biosimilaires de l'insuline glargine		0,3%	2,6%	6,4%	14,2%	21,5%	27,2%	33,1%	5,9	
Efficacité des prescriptions										
Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons				36,0%	35,7%	35,6%	37,0%	36,6%	-0,3	
Traitement par ézétimibe				8,8%	9,9%	11,4%	13,6%	16,3%	2,7	
Traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine		88,2%	89,0%	89,2%	89,5%	90,0%	90,5%	90,6%	0,0	
Traitement par metformine chez le diabétique de type 2		87,5%	87,5%	87,7%	87,9%	88,2%	87,5%	85,5%	-2,0	
Hormonémies thyroïdiennes	78,0%	80,2%	82,6%	84,6%	85,8%	86,0%	86,3%	0,3		

Source CNAM

Tableau 27 : Indicateurs cliniques pour les cardiologues

		Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Résultats à fin déc. 2021	Résultats à fin déc. 2022	Evol. en points 2021 - 2022
PREVENTION	HTA								
	Hypertension artérielle sous trithérapie	68,1%	68,3%	68,5%	69,6%	70,6%	70,9%	71,1%	0,1
	Surveillance biologique sous trithérapie anti-HTA	89,4%	90,0%	90,4%	91,4%	91,2%	92,2%	92,8%	0,6
	Introgéné								
	Limiter la durée des traitements antiagrégants	67,9%	66,6%	65,1%	63,3%	61,3%	61,1%	58,8%	-2,4
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Infarctus du myocarde								
	Traitement post infarctus du myocarde	34,2%	33,5%	32,2%	32,0%	32,4%	32,4%	32,9%	0,5
	Insuffisance cardiaque								
	Traitement de l'insuffisance cardiaque	63,4%	63,4%	64,1%	65,8%	66,5%	67,3%	68,0%	0,6
EFF. PRESCRIPTIONS	Prescription dans le répertoire								
	Antihypertenseurs génériques	86,1%	90,9%	93,3%	92,6%	91,8%	92,6%	93,2%	0,6
	Statines génériques	91,2%	95,0%	93,8%	89,9%	84,7%	80,0%	73,7%	-6,4

Source CNAM

Tableau 28 : Indicateurs cliniques pour les gastro-entérologues

		Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Résultats à fin déc. 2021	Résultats à fin déc. 2022	Evol. en points 2021 - 2022
PREVENTION	Dépistage du cancer colorectal								
	Coloscopie totale avec polypectomie	3,1%	3,7%	3,6%	3,6%	3,5%	3,2%	3,5%	0,3
	Eradication Helicobacter Pylori								
	Contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori	58,9%	61,3%	63,1%	63,5%	57,1%	64,1%	64,4%	0,4
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Cancer colorectal								
	Imagerie après intervention pour cancer colorectal	73,5%	74,9%	77,3%	79,1%	78,7%	80,5%	81,7%	1,2
	ACE après intervention pour cancer colorectal	27,4%	27,2%	27,2%	28,0%	27,9%	28,8%	29,5%	0,6
	MICI								
	Protéinurie pour MICI sous 5-ASA	38,4%	38,8%	39,7%	41,0%	39,9%	41,9%	43,5%	1,6
	NFS-plaquettes pour MICI sous azathioprine	71,2%	70,7%	70,2%	70,8%	67,2%	69,6%	68,0%	-1,6

Source CNAM

Tableau 29 : Indicateurs cliniques pour les endocrinologues

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Résultats à fin déc. 2021	Résultats à fin déc. 2022	Evol. en points 2021 - 2022
PREVEN	Diabète								
	Soins de podologie chez le diabétique		51,0%	51,9%	52,9%	50,0%	55,0%	57,9%	2,9
SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES	Diabète								
	Diabétiques de moins de 70 ans traités par insulinothérapie « basal bolus »		88,6%	85,6%	79,6%	89,2%	88,1%	85,6%	-2,5
	Thyroïde								
	Dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline		69,5%	70,3%	72,3%	71,2%	71,6%	72,9%	1,3
EFF. PRESCRIPTI ONS	Diabète								
	Cytoponction avant opération d'un nodule thyroïdien		48,4%	50,0%	54,5%	57,9%	56,9%	58,9%	2,0
	Diabète								
	Autonomisation du diabétique de moins de 80 ans en initiation par l'insuline		69,5%	70,6%	70,4%	69,0%	67,1%	68,5%	1,5
	Initiation par l'insuline à l'hôpital chez le diabétique de moins de 80 ans		26,0%	23,9%	22,9%	20,8%	20,5%	20,1%	-0,4

Source CNAM

Tableau 30 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants de l'enfant (libéraux)

	Indicateurs	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Résultats à fin déc. 2021	Résultats à fin déc. 2022	Evol. en points 2021 - 2022
PREVENTION	Vaccination								
	2 doses vaccin ROR chez enfants de - 2 ans	75,7%	78,1%	83,1%	84,3%	85,9%	87,0%	86,3%	-0,7
	1 dose vaccin antiméningocoque C enfants - 18 mois	75,3%	80,5%	89,2%	95,1%	97,4%	98,0%	98,2%	0,2
	Antibiorésistance								
	Part des C3 ou C4 des enfants de - 4 ans traités par antibiotiques	34,0%	27,0%	24,1%	21,3%	20,1%	20,5%	22,1%	1,7
	Part des C3 ou C4 des enfants de + 4 ans traités par antibiotiques	22,8%	19,3%	17,2%	15,2%	14,1%	14,6%	14,9%	0,3
SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES	Suivi bucco-dentaire								
	Examen bucco-dentaire chez les - 16 ans	76,5%	76,9%	76,9%	77,4%	71,9%	74,1%	74,1%	0,0
	Asthme								
	Asthme persistant [1-16 ans] traités par CI ou ALT	54,8%	54,1%	53,0%	53,9%	55,5%	50,9%	49,2%	-1,7
	Asthme persistant [6-16 ans] avec au moins 1 EFR/an	38,4%	39,8%	43,3%	43,2%	41,3%	42,8%	40,8%	-2,0

Source CNAM

Propositions pour renforcer l'accès aux soins et améliorer l'organisation du système de santé

Proposition 8 : Poursuivre la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins en étendant les zones régulées où s'applique la règle du « 1 départ pour 1 installation », et le nombre de professions libérales concernées. Appliquer ce cadre de régulation démographique aux professionnels salariés par des libéraux et à ceux qui exercent au sein de centres de santé.

Il convient ainsi d'éviter les opérations de contournement par le salariat des règles d'installation, et la concurrence déloyale des centres infirmiers et dentaires dans les zones non-prioritaires ou sur-dotées. Accompagner en parallèle le développement des consultations avancées en zone sous-dense et augmenter les aides financières à l'installation.

Proposition 9 : Mener une campagne nationale d'information sur le bon usage du système de santé à l'automne 2023, pour sensibiliser les assurés sur les bons réflexes à adopter, notamment lors d'un RDV médical (prévenir en cas d'annulation, venir muni de sa carte vitale, etc.)

Le système de soins doit aujourd'hui faire face à un effet ciseau avec d'une part les tensions sur la démographie de certains professionnels et une forte hétérogénéité territoriale et un besoin en soins croissant. Chaque acteur doit donc être conscient de son rôle dans ce système et des actions qui peuvent être mise en œuvre pour desserrer la contrainte. C'est en ce sens que va être proposée une campagne d'information destinée à illustrer les petits gestes du quotidien que tous peuvent mettre en œuvre pour mieux recourir au système de santé.

Proposition 10 : Assurer la bonne régulation des urgences et des soins non programmés en soutenant les modèles de « SAS intégré »

Fonctionnant en collaboration avec l'hôpital et réorientant prioritairement les patients vers leur médecin traitant, puis s'appuyant sur les CPTS pour trouver un rendez-vous en ville. Structurer les urgences dentaires, psychiatriques, pédiatriques et obstétricales en accompagnant les expérimentations de services d'accès aux soins (SAS) impliquant les médecins spécialistes, les dentistes, et les sages-femmes, et soutenir les modèles impliquant les infirmiers libéraux en lien avec la régulation médicale.

La structuration des soins non programmés de ville, pensée infra-territorialement, est un levier majeur pour réduire le recours aux urgences injustifiées tout en mutualisant la charge pour les professionnels libéraux. Si le dispositif est impulsé sur le champ de la médecine générale, le recours encore important aux urgences de spécialité tout comme l'augmentation de la régulation par les centres 15 tend à démontrer qu'il est essentiel de poursuivre la montée en charge des services d'accès aux soins notamment sur des modèles où l'intégration complète de la régulation par les médecins de ville au sein des plateaux des centres 15 permet une prise en charge efficace de la réponse aux patients ressentant une situation d'urgence et leur orientation vers la solution la plus appropriée à leur besoin.

Au-delà, il conviendra d'expertiser le développement des SAS "de filière" pour certaines spécialités pour lesquelles la recherche d'un professionnel disponible dans un délai bref est de nature à éviter une sollicitation inappropriée des services d'urgence.

Proposition 11 : Limiter la création de centres de soins non programmés

Limiter la création de centres de soins non programmés, à l'exception des maisons médicales de garde faisant de la traumatologie interfacées avec des services d'urgence (visant à prendre en charge les patients réorientés par les urgences) et de celles organisées par ou en accord avec les acteurs du territoire (CPTS). Repositionner le médecin traitant (et l'équipe traitante) comme l'acteur de premier recours pour la prise en charge des soins non programmés de leurs patients, et mobiliser le SAS pour réguler la demande de soins sur le territoire.

Proposition 12 : Soutenir et amplifier la diffusion les modèles émergents de financement à la qualité et les financements populationnels forfaitaires en ville

Proposer une rémunération complémentaire à la performance pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) volontaires (par exemple sur des objectifs de santé publique) ;
Expérimenter la possibilité pour des médecins libéraux exerçant en groupe de mutualiser tout ou partie de leurs rémunérations forfaitaires ;

Poursuivre, pour les médecins volontaires, l'expérimentation dans le cadre de PEPS (paiement en équipe de professionnels de santé en ville) d'une rémunération forfaitaire intégrale, et permettre une plus large participation des MSP.

Proposition 13 : Améliorer le suivi et la prise en charge des patients à domicile en formant des binômes médecins-infirmiers.

Soutenir à ce titre les différents modèles de coopération entre le médecin traitant et les infirmiers intervenant au domicile du patient (délégation d'actes dans le cadre d'un protocole de coopération, téléconsultations assistées, téléexpertise, infirmier référent, etc.)

8 Analyses sectorielles pour la régulation du système de santé

8.1 La financiarisation de l'offre de soins

8.1.1 La financiarisation est un phénomène complexe et mal connu

La financiarisation : un transfert de propriété de l'offre de soins privée des acteurs professionnels vers des acteurs financiers

La place qu'occupent les acteurs financiers dans l'offre de soins et les risques que cette évolution ferait courir aux patients et aux professionnels de santé est source d'inquiétudes régulièrement exprimées dans le débat public. Cette « financiarisation » est un phénomène complexe, qui mérite d'être clairement défini pour en apprécier la réalité, l'ampleur et les conséquences.

On peut définir la financiarisation comme un processus par lequel des acteurs privés¹¹⁹, non directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, entrent dans le secteur des soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi.

On assimile parfois la financiarisation à la privatisation, qui désigne un phénomène de transfert de la propriété de segments du système de santé d'acteurs publics vers des acteurs privés. Il est cependant important de bien distinguer ces deux notions. La financiarisation traduit en effet le transfert de propriété au sein du secteur privé entre des acteurs professionnels et des acteurs financiers, non professionnels. Elle concerne ainsi au premier chef le secteur de droit privé de la santé et peut théoriquement s'accomplir sans que la privatisation n'augmente.

Il est difficile d'apprécier de manière précise la part que représentent les acteurs financiers dans l'offre de soins sans disposer de données fines et à jour concernant la structure juridique et capitalistique de sociétés ou groupes de société parfois complexes et de tailles très diverses. Ces données ne sont pas toutes disponibles aisément et nécessitent de croiser différentes sources de données de qualité et fiabilité variables. Dans le secteur des laboratoires de biologie médicale par exemple, la disponibilité et la précision des données financières des laboratoires de biologie médicale sont très variables en fonction de la taille des laboratoires¹²⁰.

La financiarisation se manifeste de façon hétérogène dans les différents champs du système de santé, notamment en fonction des formes juridiques que prennent les offreurs de soins, ce qui en rend difficile la qualification globale. On peut identifier certains champs du système de santé et de l'offre de soins, où la montée en charge d'acteurs financiers est une réalité, comme les laboratoires de biologie médicale ou plus anciennement les cliniques. Il n'existe toutefois à ce jour aucune recension systématique et réactive de ce phénomène couvrant l'ensemble du système de santé.

Certaines conditions peuvent favoriser une évolution vers la financiarisation dans le secteur de la santé

Le phénomène n'est bien évidemment pas limité à la France et on le retrouve dans divers secteurs et dans de nombreux pays de l'OCDE. Les établissements de santé, les laboratoires de biologie médicale, les pharmacies en sont quelques exemples, avec - selon la culture et les choix politiques et économiques des pays - une place plus ou moins grande. L'analyse de ces exemples, couplés aux éléments disponibles sur la situation française, permet d'identifier certaines conditions qui pourraient favoriser la financiarisation ou du moins rendre certaines situations plus propices à l'arrivée d'acteurs financiers. On retrouve particulièrement :

- L'importance du besoin en capital du secteur concerné, notamment en matière d'investissements ;
- L'existence de marges d'efficacité, d'économies d'échelle et de possibilités de restructuration au sein du secteur concerné ;
- Une part de l'offre de statut privé déjà existante susceptible de faire l'objet de rachat dans des délais courts ;
- Un contexte de régulation ou des politiques publiques porteurs de transformation importantes du secteur, soit par la qualité, soit par la recherche de gains d'efficacité par les tarifs ou les modes de financement.

¹¹⁹ Dans la suite de ce texte, ils seront désignés pour simplifier la lecture comme « acteurs financiers »

¹²⁰ Voir à ce sujet le chapitre sur les laboratoires de biologie médicale rapport charges et produits pour 2023, juillet 2022

L'existence de ces éléments, à défaut d'induire systématiquement une financiarisation accrue, augmente l'intérêt que peut avoir un secteur pour les acteurs financiers.

L'intérêt à agir des acteurs financiers peut revêtir au moins trois formes. La première, à laquelle on pense de manière assez évidente, est la recherche d'un retour sur investissement rapide, avec la réalisation d'acquisitions importantes, la mise en œuvre de restructurations permettant d'améliorer la rentabilité des organisations, et la cession à meilleur prix, sur des cycles assez courts de quelques années. Il s'agit d'un mécanisme assez classique dans d'autres secteurs d'activité et qui semble être à l'œuvre dans des systèmes de santé comme par exemple aux USA. Ces rachats sont parfois effectués en ayant recours à des montages de type LBO (*leverage-buy-out*), impliquant la création d'une société mère (holding) qui s'endette pour prendre une participation majoritaire dans une société cible qui doit rembourser l'emprunt en reversant des dividendes à la holding. A la fin du remboursement de l'emprunt, la société holding et la société cible fusionnent. Ces montages financiers de rachat avec effet de levier ont pour objectif de maximiser la rémunération du capital investi par les investisseurs puisque la fusion permet à la société mère de déduire la charge de l'emprunt de ses résultats sans avoir à faire une distribution de dividendes.

La seconde forme d'investissement est liée au fait que le système de santé peut être considéré comme un placement sûr, avec des revenus garantis par les financements mutualisés via les assurances sociales ainsi qu'une activité relativement prévisible et peu soumise à des chocs externes. Il s'agirait dans ce cas, d'immobiliser du capital d'une façon assez peu risquée, sans chercher une rentabilité importante et immédiate.

La troisième traduirait la volonté d'investir dans le secteur de la santé sur des modèles d'organisation ou des technologies innovantes via des prises de part dans des entreprises. On est ici plutôt sur des investissements risqués, avec des paris faits sur le développement de nouvelles formes d'offre de soins que sur des rachat ou restructurations de l'existant.

La financiarisation induit des risques bien identifiés, dont la réalité reste peu documentée en pratique, mais peut aussi présenter certains avantages

Les conséquences potentielles de ces évolutions sont nombreuses et varient selon les situations. On peut cependant identifier des risques génériques, avérés ou non, qui sous-tendent les prises de position des différents acteurs du système de santé, et contribuent à définir les contours des politiques de régulation.

Pour les patients, les deux principaux risques souvent mis en avant sont la réduction de l'accès aux soins - soit par une augmentation des coûts et du reste à charge, soit par les conséquences d'une restructuration qui amènerait à réduire le nombre de sites ou à fermer certaines activités pour accroître leur rentabilité - et la dégradation de la qualité des soins liée à la prise de pas des logiques de rentabilité. Les exemples récents du groupe Orpea ou de certains centres de santé dentaires ou ophtalmologiques illustrent ce risque de réduction de la qualité des soins prodigués à la suite de réductions de coûts massives.

Pour les professionnels de santé, il s'agit avant tout d'un risque de perte d'autonomie professionnelle liée à la perte de propriété des organisations, et d'un conflit potentiel de valeurs entre des logiques financières et des logiques professionnelles. De fait, les représentants des diverses professions de santé, syndicats et ordres, affichent au mieux une grande prudence, voire une franche opposition à ce qui est perçu globalement comme une menace, parfois présentée comme existentielle.

Pour le régulateur et le payeur enfin, le risque est celui d'une modification importante de la structure de l'offre de soins et de sa représentation, et de l'efficacité des outils de dialogue et de régulation, comme les conventions avec l'Assurance Maladie. Il est aussi celui d'une augmentation des dépenses liée aux logiques des acteurs financiers au détriment des dépenses publiques et enfin d'une sélection des patients, au détriment des cas les plus lourds et ou les moins solvables.

La financiarisation n'a cependant pas que des effets potentiels délétères. Elle peut même parfois servir ou accélérer l'atteinte d'objectifs des politiques publiques, lorsque celles-ci nécessitent des investissements ou des restructurations importantes, à travers l'apport de capital privé dans le système de santé. Dans ce cas, qui n'est pas nécessairement le plus fréquent, si l'objectif final des acteurs financiers demeure la rémunération du capital investi, il peut être aligné de manière temporaire ou durable avec ces objectifs des politiques publiques et constituer un levier pour ces dernières. Il s'agit d'une stratégie séduisante, parfois efficace, cependant extrêmement risquée pour la partie publique, comme a pu le montrer l'exemple des partenariats publics-privés dans l'investissement hospitalier.

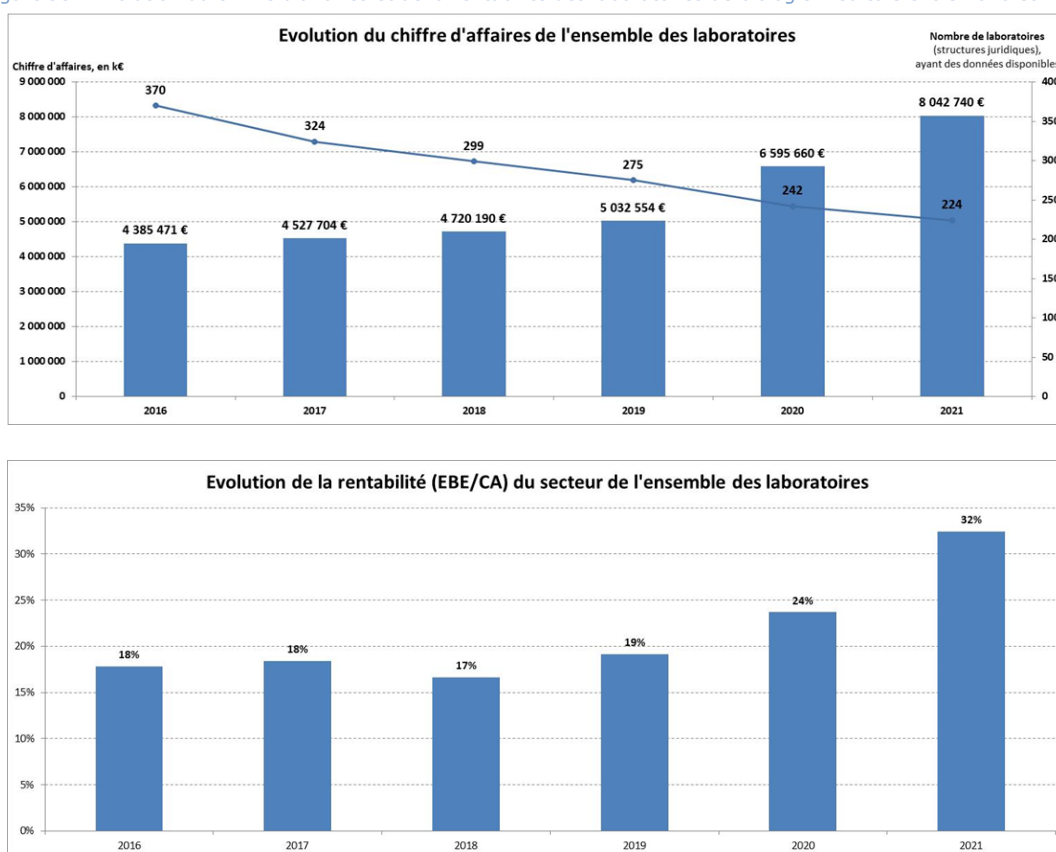
Pour les professionnels, les rachats de parts dans des segments de l'offre de soins et l'apport de capitaux qui y est lié peuvent être perçus comme une manne financière individuelle ou collective, d'autant plus intéressante que le professionnel en question s'approche de la cessation de son activité.

Ces différents avantages et inconvénients sont théoriques et peuvent se réaliser de manière variable en fonction des secteurs et des contextes. Il n'existe là aussi finalement que peu d'études approfondies analysant ce phénomène, ce qui contribue d'une part à construire le débat public sur des bases peu solides et d'autre part à rendre incertaine la prise de décision quant à la régulation ou non de la financiarisation ainsi que ses modalités.

8.1.2 La biologie médicale privée : un exemple-type de financiarisation en santé illustrant la difficulté à réguler ce phénomène

Comme l'a montré le rapport charges et produits pour 2023, le secteur de la biologie médicale privée est en 2023 un secteur extrêmement concentré, les 6 premiers groupes (Biogroup, Cerba, Innovie, Synlap, Unilabs, Eurofins) représentant plus de 60 % de l'offre privée. Il s'agit également d'un secteur très profitable, les taux de marge atteignant des niveaux élevés, d'autant plus que le chiffre d'affaires est important, y compris en neutralisant les effets liés à la période COVID-19. Le secteur fait par ailleurs l'objet d'une régulation prix-volume dynamique qui n'affecte que peu la rentabilité des laboratoires. La concentration de l'offre ne semble pas s'être accompagnée à ce stade d'un moindre accès financier ou géographique aux soins pour la population, ni d'une dégradation de la qualité des soins.

Figure 95 : Évolution du chiffre d'affaires et de la rentabilité des laboratoires de biologie médicale entre 2016 et 2021



Source : Diane 2021

Cette situation est d'autant plus remarquable que la lutte contre la concentration et la financiarisation a figuré en bonne place parmi les objectifs des politiques de régulation mis en place sur les 20 dernières années. L'étude de cet échec à réguler la financiarisation permet de mieux en comprendre les mécanismes et d'identifier les bons outils pour l'améliorer. L'avis du 4 avril 2019 de l'Autorité de la Concurrence¹²¹ fournit à ce titre une analyse très éclairante de ces mécanismes.

121 <https://www.autoritedelaconcurrence.fr/fr/avis/relatif-aux-secteurs-de-la-distribution-du-medicament-en-ville-et-de-la-biologie-medecale>

La concentration et la financiarisation de la biologie résultent de la rencontre entre d'une part des incitatifs puissants à la concentration du secteur, portée principalement par l'ordonnance dite Ballereau ainsi que par les politiques de maîtrise des dépenses, et d'autre part de l'application variable dans le temps des règles d'indépendance professionnelle fondées sur l'obligation que le capital et les droits de vote des sociétés d'exercice libéral (SEL) soient majoritairement détenus par des professionnels y exerçant.

Selon l'Autorité de la Concurrence, le secteur de la biologie n'avait avant 2001 qu'un accès très limité aux financements privés et ne faisait l'objet d'aucune politique incitative à la concentration de l'offre.

C'est en 2001 que l'ouverture à des financements privés s'est faite, avec la loi MURCEF qui a porté la création des sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) – des holdings dont l'objet social était de permettre de prendre des parts dans des SEL – forme juridique majoritaire des laboratoires de biologie médicale. Par ce biais, des acteurs privés non professionnels pouvaient prendre des participations au capital des SEL à hauteur de 25 % maximum. Cette loi portait également une mesure dérogatoire permettant que « *le capital d'une SEL soit détenu pour plus de la moitié par des biologistes n'exerçant pas dans la SEL, pour autant que la majorité des droits de vote soit conservée par des biologistes y exerçant* » (nouvel article 5-1 de la loi dite SEL de 1990¹²²). Cette dissociation entre droits de vote et propriété du capital a ouvert la porte à la constitution de larges chaînes de laboratoires et facilité les financements privés : il n'était plus requis que les biologistes majoritaires exercent nécessairement dans la SEL.

La publication de l'ordonnance « Ballereau » en 2010 a porté une politique très volontariste d'amélioration de la qualité en particulier avec une démarche de certification systématique de la chaîne pré-analytique. Les contraintes et les coûts liés à cette politique ont constitué un incitatif massif au regroupement des LBM. Se sont ainsi constitués des groupes de LBM « en cascade », avec la prise de part d'une SEL dans une autre SEL, qui elle-même prenait des parts dans une autre SEL et ainsi de suite.

En 2013, la loi relative à la biologie médicale¹²³ a été adoptée pour contenir la financiarisation du secteur, en s'inspirant notamment du rapport de la Cour des comptes qui évoque pour la première fois en 2013 le développement de « *montages juridiques type « leverage buy-out » [achat à effet de levier] permettant à des fonds financiers d'acquérir des laboratoires* ». Si la concentration était souhaitée, elle ne devait pas se faire par la financiarisation. La loi de 2013 met ainsi fin à l'applicabilité de l'article 5-1 instauré par la loi dite "Murcef" de 2001¹²⁴, dans le but d'éviter de nouvelles créations de groupes d'investisseurs par le biais de montages juridiques utilisant des sociétés étrangères.

Cependant, la loi laisse inchangée la situation des sociétés qui ont profité du régime dérogatoire de l'article 5-1 entre 2001 et 2013. Comme le note l'Autorité de la Concurrence, le législateur « *n'a édicté aucune disposition visant à revoir ou figer leur capital, leur activité ou leur situation* », en dépit des revendications syndicales. Ainsi, une asymétrie juridique a été créée car les structures qui n'ont pas utilisé l'article 5-1 pour se développer sont désormais soumises, à l'inverse des « *SEL dérogatoires* », à la règle suivante : la majorité du capital doit être détenue, directement ou indirectement, par des biologistes en exercice dans la société. Cette asymétrie est renforcée par le fait que les SEL dérogatoires ont la possibilité d'absorber les SEL non dérogatoires par des opérations de fusion-acquisition.

Parallèlement, conservant le régime dérogatoire de la loi MURCEF, des sociétés non-biologistes au terme du droit français ont pu acquérir presque intégralement le capital de deux SEL françaises de biologistes au maximum et, par le biais du mécanisme de regroupement en cascade détenir plusieurs autres SEL de biologistes et constituer de vrais groupes. Le mécanisme d'indépendance professionnelle censé constituer une protection contre la financiarisation s'est ainsi avéré inefficace.

Ainsi que le constate en 2019 l'Autorité de la Concurrence, ces évolutions « *ont entraîné un fonctionnement asymétrique du secteur, qui est aujourd'hui partagé entre quelques grands acteurs, qui ont bénéficié d'un ancien régime dérogatoire favorisant leur croissance externe, et des centaines de petits laboratoires limités aujourd'hui dans leurs capacités de développement, faute d'avoir pu bénéficier de la souplesse temporairement prévue pour se restructurer* », en même temps qu'une financiarisation importante du secteur de la biologie médicale

La loi de 2013 a donné aux ARS une mission de contrôle des règles prudentielles visant à éviter la constitution de monopôles ou de positions dominantes. Ainsi, ces dernières ont la possibilité de :

- S'opposer à l'ouverture d'un LBM si l'offre de soins en biologie dépasse de 25 % les besoins de la population ;

122 Loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales

123 Loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 relative à la biologie médicale

124 Loi n° 2001-1168 du 11 décembre 2001 portant mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier (MURCEF)

- S'opposer à une acquisition ou une fusion si l'offre résultante en biologie dépasse 25 % du total des examens de biologie sur le territoire ;
- S'opposer à une acquisition ou une fusion si l'opération de fusion ou d'acquisition revient à concentrer 33 % de l'offre de biologie du territoire auprès d'une personne physique ou morale.

Mais l'ambition portée par la loi n'a pu être réalisée en raison d'un retard dans la parution des décrets et du manque d'informations des ARS ; les limites de l'application des règles prudentielles ont elles aussi été analysées par l'Autorité de la Concurrence en 2019.

Dans ce contexte, la crise sanitaire est arrivée comme une aubaine financière inespérée, le chiffre d'affaires du secteur ayant connu une très forte hausse liée au remboursement des tests PCR-Covid et qui a permis de rembourser en quelques mois des dettes dont le remboursement était initialement prévu sur plusieurs années. Les premiers investisseurs sont donc sortis rapidement sur des valorisations historiques.

Cette situation s'est traduite par un dérèglement du marché. En quelques mois, des LBO secondaires et tertiaires se sont multipliées (Biogroup a levé 2,8 Mds€ début 2021 et Cerba a fait l'objet d'une entrée majoritaire au capital du fond suédois EQT sur une valorisation de 4,5 Mds€). Le marché s'est emballé, indépendamment du risque de remontée des taux, de l'inflation, et d'une éventuelle régulation tarifaire. Ainsi, la déconnexion entre les valeurs de marché des groupes et leur valeur réelle, associée à un taux d'endettement très important, fait craindre le risque d'un éclatement de ce qui s'apparente à une bulle spéculative.

8.1.3 La radiologie : des mouvements de financiarisation mais des garde-fous plus nombreux, inspirés de l'échec de la régulation de la biologie

La situation de l'imagerie médicale présente plusieurs analogies avec celle de la biologie médicale, à ceci près qu'aucune démarche comparable à l'ordonnance Ballereau n'y a été initiée. Le secteur se caractérise par un besoin d'investissements importants et régulier, lié à l'innovation technologique et aux cycles de vie des machines, et à des innovations susceptibles de conduire à des restructurations non négligeables. Il s'agit de conditions très favorables à la financiarisation.

Or, l'offre de soins en radiologie est traversée depuis plus de 10 ans par un important mouvement de concentration, caractérisé par la progression des réseaux de radiologues au détriment des petites structures indépendantes, deux types de réseaux parvenant à atteindre une taille régionale voire nationale :

- Les groupements d'acteurs indépendants qui suivent une logique de mutualisation et recrutent des adhérents désirant participer à une organisation commune tout en conservant leur autonomie financière. C'est par exemple le cas du groupement Vidi qui rassemble plus de 1 000 radiologues en France, répartis en 330 cabinets et comprenant 6 groupes sur l'ensemble du territoire.
- Les réseaux intégrés, qui suivent une logique plus financière et intégratrice comme France Imageries Territoires, ImDev ou encore Simago. Ces réseaux intégrés se développent par croissance externe via des montages financiers complexes qui établissent des liens capitalistiques entre la tête de réseau et les établissements qu'elle rassemble.

Il en résulte une concentration grandissante du secteur de la radiologie : près de 90 % des médecins radiologues exercent leur métier en groupe au sein de structures qui comptent 12,8 salariés en moyenne (contre 2 dans les autres spécialités médicales). Par voie de conséquence, la part du salariat parmi les modes d'exercice progresse (34,8 % des effectifs en 2021 contre 32,5 % en 2010), cette tendance s'explique également par une rémunération parfois plus attractive en tant que salarié d'un groupe qu'en libéral à son compte, et par le souhait des jeunes générations de mieux concilier vie privée et professionnelle.

De surcroît, la démographie médicale en baisse et le départ en retraite actuel et prochain d'un grand nombre de radiologues exerçant de manière indépendante et qui cherchent à céder leur cabinet créent une opportunité d'entrée sur le marché.

Il en résulte un intérêt des investisseurs en mesure de consolider l'offre. Les prises de participation financière se sont accélérées et la financiarisation du secteur a franchi un palier ces dernières années : Ardian est entré au capital de Simago (juin 2022) tandis que Résonance Imagerie s'est rapprochée d'Andera Partners, d'Ardian et de Rothschild & Co (juillet 2022) et qu'Imapôle s'est adossé à Eurazeo (septembre 2022). Ce processus est en tous points similaire à celui observé dans la biologie médicale, désormais arrivé à maturité.

La réglementation en matière de propriété du capital des sociétés d'exercice d'imagerie médicale est cependant très stricte :

- Les radiologues doivent obligatoirement détenir, directement ou indirectement, la majorité du capital social et des droits de vote d'un cabinet ou d'un centre exploité sous la forme d'une société d'exercice libéral (SELARL, SELAFA, SELCA ou SELAS) ;
- Comme pour la biologie et l'ensemble des professions de santé, l'ouverture du capital des sociétés d'exercice libéral (SEL) à des sociétés de médecins ou à des personnes (morales ou physiques) extérieures à la profession est limitée à 25 % ;
- Les SEL en imagerie doivent être inscrites au tableau de l'Ordre des médecins pour exercer.

Mais, comme dans le cas de la biologie, les investisseurs non professionnels ont eu la possibilité de construire des réseaux de centres d'imagerie autour de prises de participations croisées et de holdings. Dans les montages, il est courant de dissocier les droits de vote des droits financiers rattachés aux parts ou actions détenues grâce à la création d'actions de préférence ou la mise en place de pactes secrets d'actionnaires. Il est alors possible d'octroyer 75 % des droits de vote à des praticiens mais de conserver la quasi-totalité des droits financiers et d'exercer de fait le contrôle des groupes. En pratique, ce type de montage financier reste toutefois soumis aux règles de détention des SEL et peut faire l'objet de sanctions de la part de l'Ordre des médecins en cas de manquement.

Cela étant, la radiologie française reste très largement aux mains de praticiens « indépendants » qui sont intégralement propriétaires de leur société d'exercice et de leur plateau technique. De plus, les radiologues libéraux, voulant tirer les leçons de la financiarisation de la biologie, s'organisent et envisagent le développement d'une forme de capitalisme professionnel comme alternative à la financiarisation :

- Le rapprochement de cabinets et centres pour constituer des groupes locaux ou régionaux. Il s'agit là aussi de mutualiser les ressources (plateau technique, locaux, personnel non médical, etc.) et les compétences (radiologues spécialistes notamment) pour améliorer la santé financière des structures et défendre leur indépendance. Les rapprochements permettent notamment aux radiologues de financer eux-mêmes les coûteux investissements dans leur plateau d'imagerie.
- La création de structures multidisciplinaires ou de maisons médicales est une autre solution soutenue par la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR). Cette option vise à favoriser les coopérations médicales en mutualisant les moyens de différents spécialistes libéraux au sein d'un même lieu d'exercice (secrétariat, locaux, auxiliaires médicaux, etc.)

Surtout, les pouvoirs publics ont réagi face au risque que représente la financiarisation pour le système de santé avec l'ordonnance du 8 février 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées¹²⁵, concertée avec toutes les professions libérales réglementées (juridique, vétérinaire, notaires et médecins) et qui vise à les protéger de la prise de pouvoir de la part d'investisseurs tiers non professionnels.

Si cette ordonnance ne fait pas évoluer les règles d'ouverture du capital des SEL ni n'interdit certaines dispositions du droit des sociétés par lesquelles la financiarisation s'est développée (pactes d'actionnaires et actions préférentielles), elle introduit des garde-fous qui pourront être utilisés par les professionnels de santé et les Ordres pour garder le contrôle de leurs sociétés :

- Définition précise de la notion de « professionnel exerçant » afin de s'assurer que des investisseurs tiers ne puissent mettre à la tête des groupes constitués des dirigeants qui ne pratiquent pas leur spécialité. Comme le précise l'article 3 de l'ordonnance : « *La seule réalisation d'actes de gestion ne confère pas la qualité de professionnel exerçant* ». Dans la continuité de son rôle d'autorité disciplinaire, ce sera à l'Ordre d'estimer ce qu'est un professionnel exerçant au sein d'une SEL ;
- Renforcement de la transparence sur la détention des SEL (article 44), en imposant que l'Ordre soit notifié annuellement de chaque évolution dans la composition du capital d'une SEL ainsi que de l'ensemble de clauses relatives à la gouvernance et à la détention des droits de vote. Cette rationalisation de l'information annuelle doit permettre aux ordres professionnels d'être informés de l'ensemble des potentielles atteintes à l'indépendance des professionnels ;
- Facilitation des demandes de dissolution des SEL par les professionnels de santé en cas de non-respect des règles de détention du capital, des droits de vote et des règles relatives à la gouvernance (article 53). La procédure de dissolution de la société peut être initiée par toute personne intéressée (destinataire d'un service, confrère, associé, ordre professionnel, etc.).

125 Ordonnance n° 2023-77 du 8 février 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées

Le suivi de la mise en œuvre de l'ordonnance de février 2023 et de ses effets paraît déterminant. Le texte entrera en vigueur au 1^{er} septembre 2024 après le travail réglementaire de rédaction des décrets d'application, qui s'engage avec les Ordres.

Cette ordonnance apporte de nouveaux outils aux professionnels de santé et représente indéniablement un progrès par rapport à la situation actuelle, l'efficacité de ces outils dépendra toutefois de la mise en œuvre concrète des contrôles par l'Ordre des médecins.

Au-delà des aspects réglementaires, plusieurs tendances de fond demeurent et persistent à favoriser la financiarisation de la radiologie :

- Les prix extrêmement élevés proposés aux médecins seniors pour les rachats par les groupes « intégrés », prohibitifs pour les jeunes radiologues n'ayant pas les moyens de s'aligner, rendent ces offres particulièrement difficiles à refuser ;
- Le développement des plateformes de téléradiologie (comme France Imagerie Territoire) semble offrir un cadre et des conditions de travail attractifs pour les jeunes médecins. En se positionnant d'abord comme des fournisseurs de services de télétransmission aux acteurs privés comme aux hôpitaux publics, les groupes de téléradiologie se transforment en producteurs de soins en rachetant des cabinets de radiologie dont ils transforment la structure juridique au moment du rachat. La SEL devient une SAS dont l'opérateur est propriétaire, cette SAS vend ensuite des prestations multiples (matériel, locaux, RH) à une nouvelle SEL composée des médecins qui n'est plus qu'une société d'exercice et qui devient de ce fait prestataire pour la SAS acquise par le groupe. Le modèle de rachat et de concentration s'apparente alors à celui qui s'est développé avec les groupes de cliniques privés. Les médecins perdent le contrôle sur l'outil de travail et deviennent prestataires du groupe.

8.1.4 Les soins primaires : le prochain terrain de la financiarisation ? Des exemples à l'étranger, un secteur à surveiller

La financiarisation s'est jusqu'ici manifestée dans des secteurs, comme les cliniques privées, la biologie ou l'imagerie assez techniques avec des besoins d'investissements importants, marqués par des innovations rapides et très restructurantes.

Le champ des soins primaires et de la médecine de ville est à ce stade resté apparemment éloigné de ces mouvements. Les conditions citées plus haut comme favorables à la financiarisation ne semblent a priori pas réunies pour qu'un tel mouvement se produise massivement : secteur peu technologique, besoins d'investissements moins importants, et gains d'efficacité via la concentration potentiellement limités...

Pour autant, l'exemple de nombreux pays incite à modérer cette analyse et à observer de manière plus attentive la situation des soins primaires. On observe ainsi dans plusieurs pays européens des exemples d'acquisition réalisées dans les soins primaires par des sociétés de capital-investissement :

- En Suède, on a constaté une croissance rapide des centres de soins primaires privés, dont la plupart sont à but lucratif. En 2018, environ un tiers des cabinets privés à but lucratif étaient détenus par des sociétés internationales de capital-investissement ;
- Aux Pays-Bas, des chaînes de médecins généralistes commerciales ont émergé, dont certaines sont à but lucratif et sont détenues par des sociétés de capital-investissement. Le nombre de cabinets gérés commercialement en 2022 se situait entre 45 et 230 cabinets, sur un total de 4 874 cabinets enregistrés ;
- Au Royaume-Uni, le groupe d'assurance santé américain Centene Corporation a acheté un réseau de 70 cabinets de médecins généralistes, ce qui en fait le plus grand fournisseur de services de médecins généralistes pour le NHS.

L'exemple le plus frappant de financiarisation des soins primaires est toutefois celui des MVZ en Allemagne.

Encadré 21 : L'exemple des MVZ en Allemagne

En Allemagne, la loi de modernisation de la santé de 2004 a permis à des médecins ou des établissements de santé de créer des centres de santé de proximité délivrant des soins ambulatoires, appelés *Medizinische Versorgungszentren (MVZ)*. D'abord ouverte à tous les fournisseurs de soins de santé, l'autorisation de création de *MVZ* est aujourd'hui principalement limitée aux prestataires de services de droit public, aux médecins libéraux et hôpitaux conventionnés¹²⁶.

L'idée initiale était de permettre aux médecins de différentes spécialités de se regrouper. En 2015, la loi sur le renforcement des soins de santé a étendu la possibilité de constituer des *MVZ* à des groupes de médecins exerçant la même spécialité.

Cette organisation a connu un réel succès, en particulier chez les jeunes médecins¹²⁷. Elle permet en effet à un médecin conventionné de salarier un nombre illimité de médecins et propose de fait un meilleur environnement de travail avec plus de flexibilité des emplois du temps. Le nombre de *MVZ* est depuis en constante croissance : de 70 en 2004, ils étaient déjà plus de 3 800 en 2020¹²⁸.

Cette attractivité a attiré des investisseurs financiers dont le *modus operandi* consiste :

- Soit à acquérir des hôpitaux autorisés à créer des *MVZ*, opération possible dans la mesure où le directeur d'un hôpital n'est pas tenu d'être un médecin conventionné, contrairement aux *MVZ*. Plus précisément, si les investisseurs financiers n'ont pas le droit d'acheter directement des *MVZ*, ils peuvent toutefois acquérir des hôpitaux qui peuvent à leur tour gérer des *MVZ*,
- Soit en une transaction d'actifs en achetant par exemple les salles de consultation ou les appareils médicaux d'un *MVZ*.

L'objectif final de ces acquisitions est de vendre le réseau de *MVZ* ainsi constitué avec des bénéficiaires après une période de quatre à six ans.

Le problème majeur réside dans le modèle commercial sous-jacent de ces sociétés d'investissement :

D'une part, la provenance des fonds d'investissement privés reste opaque et la plupart des pistes mènent à des paradis fiscaux¹²⁹,

*D'autre part, l'objectif de rentabilité poursuivi par ces sociétés altère considérablement la qualité des soins : une enquête média a montré que des médecins avaient effectué des actes qui n'étaient pas nécessaires dans des *MVZ* spécialisés en soins dentaires et ophtalmologiques¹³⁰,*

*Enfin, ces sociétés, grâce à leur fort pouvoir d'achat sur le marché, disposent d'un avantage concurrentiel sur les médecins conventionnés censés être les acteurs principaux des *MVZ* et les poussent à quitter le marché.*

Comme il n'existe aucune obligation de publication officielle, le nombre de *MVZ* détenus par des sociétés d'investissement n'est pas connu. Certaines estimations en recensent 750 sur les 3800 *MVZ* en 2020. Les structures opaques de ces sociétés compliquent toute mesure politique visant à lutter contre ces évolutions indésirables. Toutefois, le débat public sur les investissements privés dans le système de santé allemand s'est intensifié et à la suite de plusieurs demandes portées par les institutions régionales sur la régulation de ces investisseurs, le ministre fédéral de la santé, Karl Lauterbach, a annoncé, fin 2022, qu'une loi interdisant les acquisitions de *MVZ* par des fonds privés serait présentée au cours de l'année 2023.

Si on peut s'interroger sur les motivations et l'intérêt à agir des acteurs et la similarité des soins primaires avec les secteurs de la biologie et de la radiologie, il demeure que la financiarisation des soins primaires est une réalité dans de nombreux pays proches de la France. Il est intéressant de constater qu'elle se produit en l'absence de politique publique incitant une telle évolution, à la différence de la biologie en France, par exemple.

Certains investisseurs poursuivent certainement des logiques de développement « horizontal » pour disposer d'une offre intégrée ville-hôpital ou en situation de l'être. D'autres peuvent considérer qu'en raison de la transition épidémiologique, de la nécessité de développer les soins ambulatoires mais aussi des inégalités de répartition géographiques des professionnels de santé, le champ des soins primaires est un secteur en développement dans lequel il est pertinent

¹²⁶ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) au 06/06/2023 : https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_95.html

¹²⁷Nolte TN, Miedaner F, Sülz S. Physicians' Perspectives Regarding Private Equity Transactions in Outpatient Health Care—A Scoping Review and Qualitative Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 22;19(23):15480. doi: 10.3390/ijerph192315480. PMID: 36497553; PMCID: PMC9737937

¹²⁸Zahl der *MVZ* in Private-Equity-Besitz auch 2020 gestiegen: <https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/niederlassung-und-kooperation/artikel/zahl-der-mvz-in-private-equity-besitz-auch-2020-gestiegen> au 06/06/2023

¹²⁹ Bernd Rechel and others, Private equity investment in Europe's primary care sector—a call for research and policy action, *European Journal of Public Health*, Volume 33, Issue 3, June 2023, Pages 354–355, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad061>

¹³⁰ <https://daserste.ndr.de/panorama/archiv/2022/Spekulanten-greifen-nach-Arztpraxen,arztpraxen112.html> au 06/06/2023

d'investir. Là encore, différentes logiques sont à l'œuvre dont la connaissance par le régulateur est aujourd'hui incomplète alors qu'il s'agit d'un enjeu crucial, comme le montre l'exemple de l'Allemagne et des MVZ.

8.1.5 La financiarisation : une tendance de fond qu'il faut mieux comprendre et réguler

A défaut d'être en France un phénomène d'une ampleur comparable à celle d'autre pays, la financiarisation est une réalité dans de nombreux secteurs du système de santé, qui ne se limite pas à quelques champs d'activité. Le secteur des soins primaires constituant un exemple typique de l'extension d'un phénomène auparavant cantonné à des secteurs ciblés et souvent techniques.

Difficile à mesurer de manière fine, complexe à réguler, aux conséquences incertaines, la financiarisation est un enjeu que notre système de santé est en définitive assez peu préparé à relever, en dépit d'efforts certains et d'une prise de conscience récente. Au-delà des postures sur le bienfondé ou la moralité de ce phénomène, il est assez clair qu'il risque de prendre une ampleur croissante dans les années à venir et toucher d'autres champs que ceux classiquement concernés. On ne peut que constater les limites des outils d'observation et d'analyse dont dispose le régulateur pour construire ses politiques. Remédier à ce manque doit être une priorité, préalable à toute action dans le domaine. La transparence constituant ici un enjeu crucial pour la régulation du système de santé.

Par ailleurs, l'exemple de la biologie a montré à quel point ce phénomène s'appuyait sur des montages juridiques complexes et de mécanismes capitalistiques particulièrement élaborés. Le contrôle de tels montages ne constitue pas le cœur de compétences des régulateurs en santé en France, historiquement basés sur le contrôle de la qualité des soins et la conformité à des référentiels existants. La capacité à disposer d'une expertise de haut niveau dans ces domaines risque d'être dans les années à venir la clé de la réussite des outils de régulation. Les pouvoirs publics gagneraient certainement à développer cette expertise rare et à la concentrer de telle sorte qu'elle puisse jouer un rôle efficace et réactif.

8.2 Les pharmacies d'officine : analyse sectorielle

La nouvelle convention signée en mars 2022 a entériné le rôle majeur du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé publique. Elle accroît ainsi ses missions en matière de prévention, d'accompagnement des patients et de premiers recours ainsi que son implication pour améliorer le bon usage des produits de santé. Elle accompagne également un virage numérique inédit et intègre, pour la première fois, la prise en compte des enjeux environnementaux, axe que les partenaires conventionnels entendent développer tout au long de l'application de cette nouvelle convention.

Cette transformation du rôle du pharmacien s'est accompagnée, dès 2019, d'une transformation de sa rémunération, auparavant essentiellement basée sur le prix des médicaments, qui s'est diversifiée grâce à la création de nouveaux honoraires visant à rémunérer l'acte de dispensation valorisant ainsi permettant de valoriser le rôle essentiel de conseil et d'accompagnement du patient dans la prise en charge médicamenteuse. Ces évolutions ont dynamisé la rémunération des pharmaciens, qui a crû de 3,2 % par an en moyenne entre 2019 et 2022, ces hausses ayant bénéficié à l'ensemble du réseau que ce soit en fonction de son lieu d'implantation ou de sa taille estimée par son chiffre d'affaires.

En 2021 et 2022, la rémunération des pharmaciens d'officine a connu une croissance exceptionnelle du fait des rémunérations en lien avec la Covid 19 qui ont représenté plus de 3 milliards d'euros sur ces deux années. Cette hausse de la rémunération témoigne du rôle central joué par les pharmaciens au cours de la pandémie de Covid-19 en réalisant près de 140 millions de tests antigéniques, près de 23 millions d'injections de vaccins et de délivrances de masques et d'autotests.

Ainsi, en 2022, la rémunération des officines en lien avec la dispensation de médicaments remboursés, les nouvelles missions et les rémunérations en lien avec la Covid-19 s'élève à 8,5 Mds€ en 2022 soit une rémunération moyenne des officines de 386 000 euros par officine contre 315 000 euros en moyenne en 2020 soit une hausse de plus de 70 000 euros par officine.

Afin d'améliorer l'accès aux soins et de renforcer encore le rôle central du pharmacien au sein du système de santé tout en dynamisant la rémunération des officines il est nécessaire de poursuivre le développement des nouvelles missions du pharmacien. Ainsi, il est proposé de mettre en place la délivrance d'antibiotiques à la suite d'un test de dépistage positif par un pharmacien lorsqu'une patiente souffre d'une cystite aiguë simple ou en cas de symptôme d'angine, de mettre en place de nouveaux accompagnements pour les patients sous opioïdes et pour la prévention des pathologies cardiovasculaires et enfin en pérennisant l'offre sur le territoire en soutenant les officines en difficulté.

8.2.1 La nouvelle convention signée avec les pharmaciens contribue à la mise en œuvre de nouvelles missions qui participent au développement de l'activité économique de la profession

La convention signée le 9 mars 2022 avec les pharmaciens a pour objectif de développer le champ des missions réalisables par les pharmaciens. De nombreuses thématiques sont abordées, parmi lesquelles figurent : la prévention, le dépistage, l'accès aux soins, l'accompagnement de patients, le bon usage des produits de santé, le développement du numérique et la prise en compte des enjeux environnementaux.

La mise en œuvre de ces missions est progressive et nécessite pour certaines encore une appropriation par les pharmaciens et pour d'autres la publication de textes réglementaires.

Néanmoins, le premier bilan de la convention, qui ne couvre qu'une période de quelques mois et qui devra être consolidé lorsque toutes les missions seront montées en charge et pourront être évaluées sur une année complète, permet dès à présent de dégager des premières tendances démontrant l'investissement des pharmaciens dans ces nouvelles thématiques, notamment en matière de prévention.

Il est à noter que pour la première fois dans une convention est mis en avant le développement des actions ayant un impact favorable et durable sur l'environnement. Deux axes principaux ont été retenus : la sensibilisation des patients et celle de l'équipe officinale. Un projet peut être créé au sein de chaque officine ; le bilan de ce volet de la convention ne pourra être réalisé qu'ultérieurement.

Les actions de prévention et de dépistage rencontrent un succès important en officine

Réaliser des rappels vaccinaux

L'administration des rappels vaccinaux en officine s'est rapidement développée : en 5 mois, 250 000 patients ont été vaccinés au sein de 16 000 officines pour un montant de plus de 2 M€. Courant 2023, les pharmaciens devraient être autorisés à prescrire ces rappels vaccinaux, après avoir suivis une formation, ce qui facilitera encore un peu plus leur rôle en matière de prévention.

Participer au dépistage du cancer colorectal

De mai 2022 à avril 2023, 420 000 kits de dépistage, dont 130 000 pour le seul mois de mars 2023, ont été distribués en officine (près de 16 000 officines) représentant une rémunération de 2,4M€. Le taux de réalisation du test par le patient après la remise du kit par le pharmacien est particulièrement important ; il atteint 67 % avec un mois de recul. Ces résultats sont très encourageants et contribuent à augmenter le taux de dépistage de ce cancer en France qui demeure en deçà du taux standard européen. Afin d'amplifier ce mouvement, la rémunération des pharmaciens sera, à compter du 1^{er} janvier 2024, conditionnée pour partie à la réalisation effective du test par l'assuré.

Dépister la présence d'une cystite aiguë chez les femmes

Cette nouvelle mission devrait être mise en œuvre dans le courant de l'année 2023 dès la parution des textes réglementaires encadrant cette nouvelle mission.

Dépister une angine bactérienne

Mission engagée en juillet 2021 à la suite de l'avenant n°18 de la précédente convention mais qui n'a pu être mise en œuvre pendant la crise sanitaire. On constate une utilisation encore limitée de l'utilisation du TROD angine en officine malgré la forte augmentation constatée ces derniers mois (8 000 TROD en 2021 versus 52 000 TROD en 2022). En avril 2023, plus de 6 000 officines proposaient ces tests contre 2 000 en 2022 suite notamment à l'action d'accompagnement mise en œuvre à l'automne 2023 pour inciter à la réalisation de cette nouvelle mission notamment pour lutter contre l'antibiorésistance.

Le renforcement du rôle du pharmacien au sein du parcours de soins permet d'améliorer l'accès aux soins des patients

La convention a pour objectif de faciliter l'accès aux soins, en s'appuyant sur le maillage officinal pour donner accès à un médecin via les télécabines particulièrement dans les zones à faible densité médicale. Elle propose également de limiter les ruptures dans le parcours de soins en renforçant la place du pharmacien dans les dispositifs de coordination entre professionnels de santé, pour lui permettre de contribuer notamment à l'interface ville/hôpital.

L'assistance à la téléconsultation en officine

On constate en 2022, la participation de plus de 2 000 officines qui ont perçu en moyenne 339€ au titre de leur activité de téléconsultation contre 1 585 en 2021. 1 209 nouvelles officines se sont équipées de télécabines cette année bénéficiant ainsi d'un forfait de 1 225€, pour une dépense totale d'1,5 M€.

La dispensation des produits de santé à domicile dans le cadre de la participation du pharmacien au sein des services de retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO).

Le dispositif monte progressivement en charge, il a, en quelques mois de mise en œuvre, concerné 367 patients pour 535 actes remboursés et 125 officines.

La juste dispensation des produits de santé, une mission essentielle du pharmacien

En premier lieu, un accompagnement dédié a été mis en œuvre pour favoriser la juste dispensation des produits de santé chez les femmes enceintes, visant à réduire les risques tératogènes. Depuis novembre 2022, ce nouveau dispositif de sensibilisation des femmes enceintes à la prise de médicaments pendant la grossesse a permis la réalisation de 10 744 entretiens facturés à l'Assurance Maladie par 2 462 officines.

Ensuite, la création d'une rémunération sur objectif de santé publique pour le bon usage des produits de santé doit permettre de garantir une qualité de la pratique pharmaceutique, en incitant notamment le pharmacien à adhérer à la « démarche qualité » développée par la profession, tout en assurant la juste délivrance des produits de santé notamment des médicaments génériques. Cette nouvelle rémunération couvre 5 indicateurs (adhésion à la démarche qualité, pénétration des médicaments génériques, pénétration des nouveaux génériques, stabilité de la délivrance des génériques pour les patients de 75 ans ou plus et taux de recours au motif urgence de substitution sur le répertoire générique). La ROSP "bon usage des produits de santé" au titre de 2022, a été versée en 2023 à 15 300 officines pour un montant total de 4,8 M€.

Enfin, la nouvelle convention a permis de développer la dispensation à l'unité des médicaments en la valorisant financièrement. Cela favorise à la fois une prise en charge efficace du patient et la lutte contre le gaspillage et la production de déchets notamment de produits dangereux ou toxiques. En 2022, 20 063 officines ont été concernées.

Parallèlement, les actions de lutte contre les fraudes, comme la vérification de l'authenticité des ordonnances, sont une mission fondamentale du pharmacien pour lutter contre les fraudes et les trafics organisés, notamment dans le cas des médicaments onéreux. Cette action de contrôle prévue par la convention est pourtant insuffisamment mise en œuvre. Elle a fait l'objet de campagne d'accompagnement des pharmaciens pour les sensibiliser à cette obligation conventionnelle.

La convention accompagne le virage du numérique en santé grâce à une nouvelle rémunération sur objectifs

- L'usage des nouveaux outils et l'amélioration de l'accès aux soins parmi lesquels figurent notamment : alimentation de l'espace numérique en santé du patient, utilisation de la messagerie sécurisée, bascule vers la e-prescription, usage de l'application carte vitale ;
- Le renforcement des actions de lutte contre les mauvaises pratiques de facturation (indicateur de qualité de facturation).

En 2023, près de 85M€ ont été versés aux 22 296 officines au titre de la rémunération sur objectifs pour le développement du numérique.

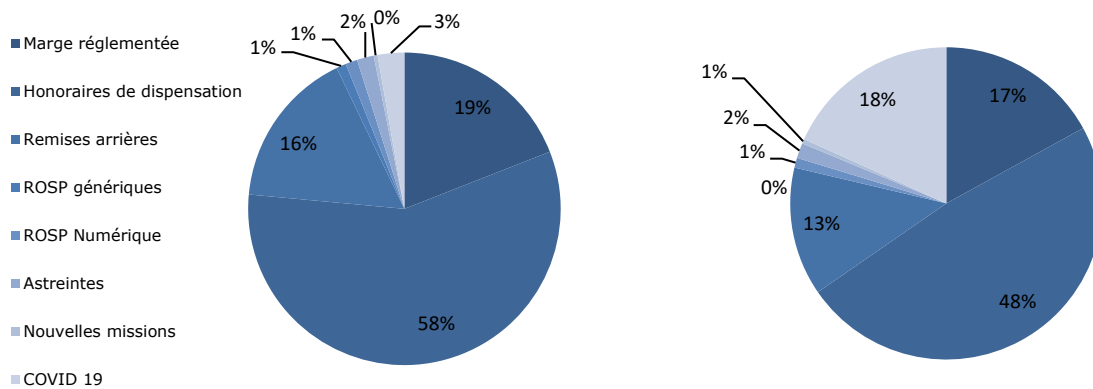
8.2.2 Une situation financière de l'officine très favorable et renforcée par l'activité en lien avec le COVID-19

La rémunération étudiée dans cette analyse ne comprend que la rémunération rattachée à la dispensation des médicaments remboursés ainsi que les rémunérations sur objectif notamment dans le cadre de l'aide au virage numérique. L'analyse ne comprend donc pas, car ces données ne sont pas disponibles, la rémunération liée à la dispensation de dispositifs médicaux remboursables dont les marges ne sont pas connues et uniformes par officine ou encore celle liée à la vente de produits remboursables mais non pris en charge ou des produits de parapharmacie. En termes de chiffre d'affaires, les médicaments remboursables représentent près de 75% du chiffre d'affaires des officines.

Une forte croissance de la rémunération des pharmacies en 2022

La rémunération des officines en lien avec la dispensation de médicaments remboursés, les nouvelles missions et les rémunérations COVID 19 s'élève à 8,5 Mds€ en 2022 soit une rémunération moyenne de 386 000 € par officine contre 315 000€ en moyenne en 2020 (+ 22,5 %). Les rémunérations en lien avec le COVID 19 ont largement modifié la structure de rémunération des officines. En 2020, la marge réglementée sur les prix des médicaments et les honoraires liés à la dispensation représentaient 76 % de la rémunération des pharmaciens d'officines. Les remises consenties par les industriels par rapport au prix officiel sur les médicaments génériques représentaient 17 % de la rémunération des pharmaciens. Le reste de la rémunération soit 7 % était composée des rémunérations sur objectifs de santé publique et numérique, des honoraires d'astreintes et des nouvelles missions (vaccination contre la grippe, accompagnements). En 2022, la marge réglementée sur les prix des médicaments et les honoraires à la dispensation ne représentaient plus que 60 % de cette rémunération, 13 % pour les remises sur les génériques et 18 % pour la rémunération en lien avec le COVID 19 (Figure 96).

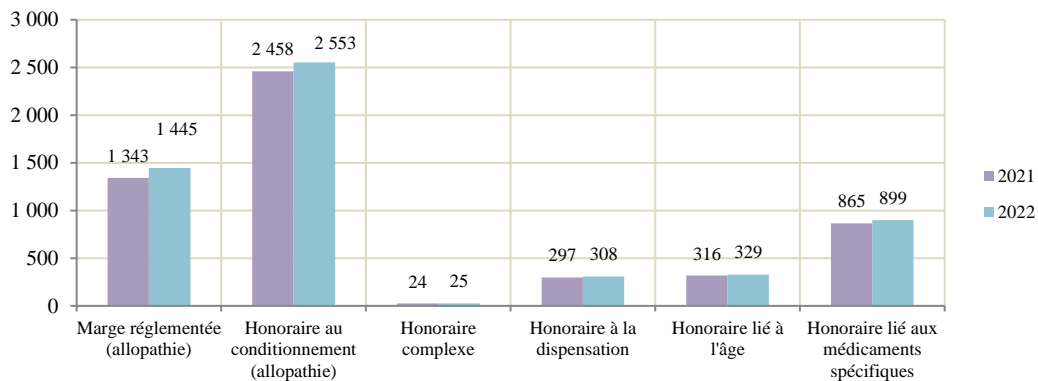
Figure 96 : Structure de la rémunération des officines en 2020 et 2022



Source : SNDS, DCIR, 2020-2022

La rémunération des pharmacies hors COVID 19 a connu en 2022 une croissance particulièrement forte de 4,8 % portée par l'ensemble des composantes de la rémunération historique des pharmaciens. Ainsi, la marge réglementée sur le prix des médicaments a augmenté de plus de 100M€ en 2022, soit une croissance de 8%. Les autres composantes de la rémunération ont cru de 4 % représentant une hausse de la rémunération de plus de 150 M€ (Figure 97).

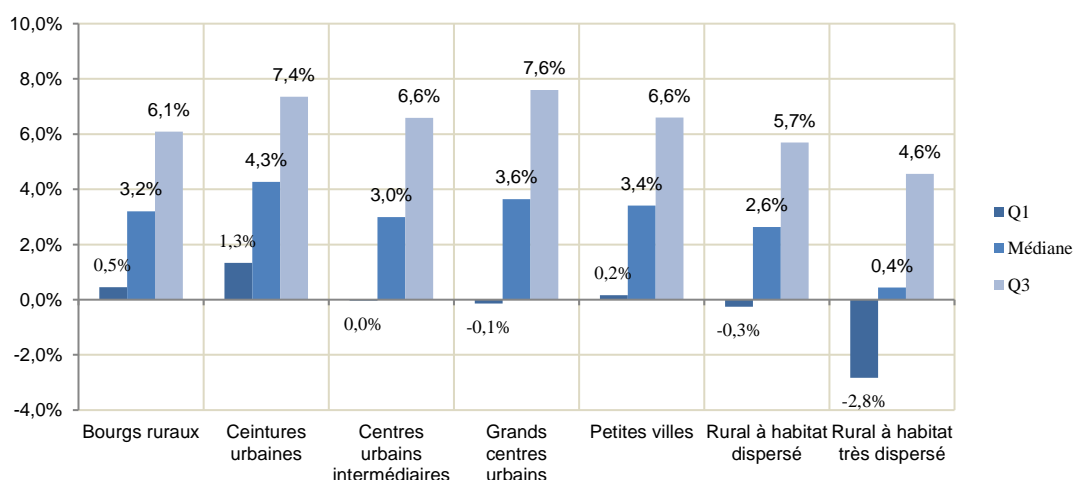
Figure 97 : Montant des honoraires de dispensation des pharmaciens



Source : SNDS, DCIR, 2021-2022

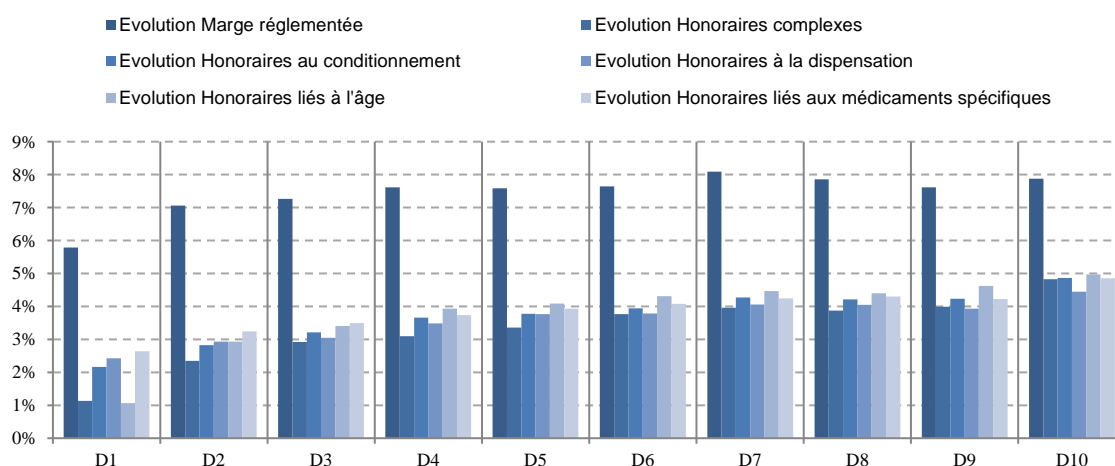
Cette hausse de la rémunération historique des pharmacies en 2022 s'observe quel que soit le lieu d'implantation de l'officine ou la taille de l'officine. Ainsi, les taux d'évolution médians oscillent entre 2,6 % et 4,3 % pour l'ensemble des typologies de territoire INSEE (cf. encadré méthodologique : typologie de densité des territoires d'implantation des officines) sauf pour la moitié des 162 officines installées dans des zones d'habitat rural très dispersé (évolution médiane de 0,4 %) (cf. graphique 3). Par ailleurs, la croissance de la rémunération historique des officines augmente avec la taille de l'officine - approchée par le chiffre d'affaires sur les produits remboursables par l'Assurance Maladie - mais reste élevée même pour les officines des premiers déciles de chiffre d'affaires (Figure 98).

Figure 98 : Évolution de la rémunération hors COVID 19 en fonction du lieu d’implantation de l’officine entre 2021 et 2022



Source : SNDS, DCIR, 2021-2022

Figure 99 : Évolution de la rémunération hors COVID 19 en fonction du décile de chiffre d’affaires de l’officine entre 2021 et 2022

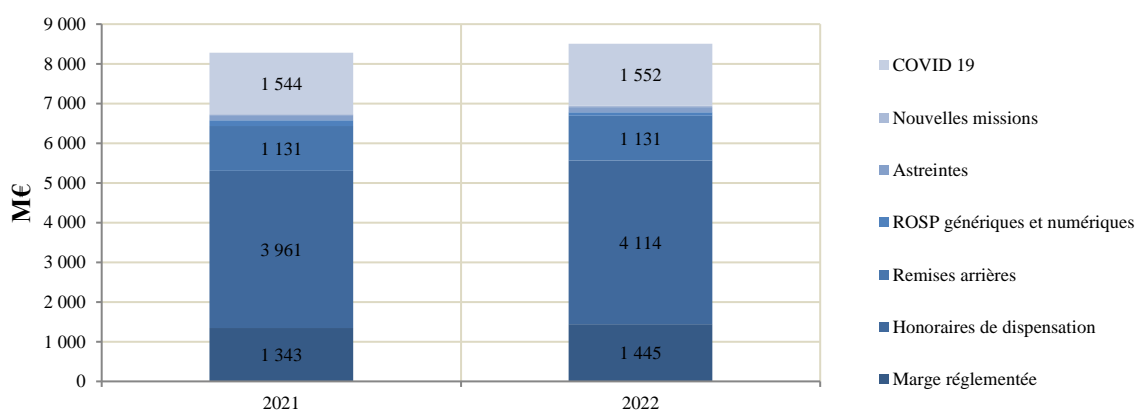


Source : SNDS, DCIR, 2021-2022

Les rémunérations en lien avec le COVID 19 ont représenté plus de 3 milliards d’euros en deux ans

En 2021 et 2022, la rémunération des pharmaciens d’officines a connu une croissance exceptionnelle de plus de 21 % en 2021 notamment du fait des rémunérations liées au COVID 19 qui ont représenté en deux ans plus de 3 milliards d’euros. Ainsi, la rémunération des pharmaciens a atteint 8,3 Mds€ en 2021 et a encore augmenté en 2022 (8,5 Mds€) (cf. graphique 5).

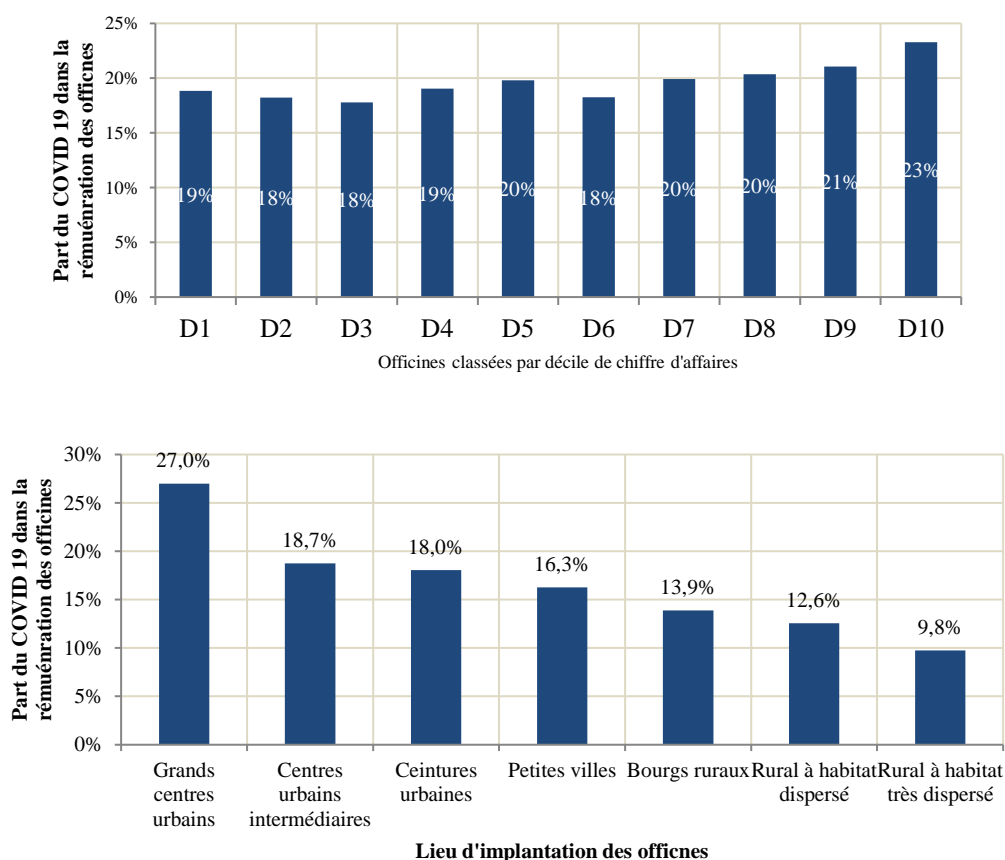
Figure 100 : décomposition de la rémunération des officines en 2021 et 2022



Source : SNDS, DCIR, 2021-2022

La rémunération supplémentaire en lien avec le COVID 19 a bénéficié à l'ensemble des officines quelle que soit leur taille en termes de chiffres d'affaires. Ainsi, en 2022, elle a représenté entre 18 % et 23 % de la rémunération des officines. Elle a plus bénéficié aux officines des grands centres urbains, la rémunération des officines liées au COVID 19 comptant pour 27 % de la rémunération dans les grands centres urbains contre 9,8 % pour les officines situées dans les zones rurales à habitat très dispersés (Graphique 6).

Figure 101 : part du COVID 19 dans la rémunération des officines en 2022 en fonction de la zone d'implantation de l'officine et du décile de chiffre d'affaires

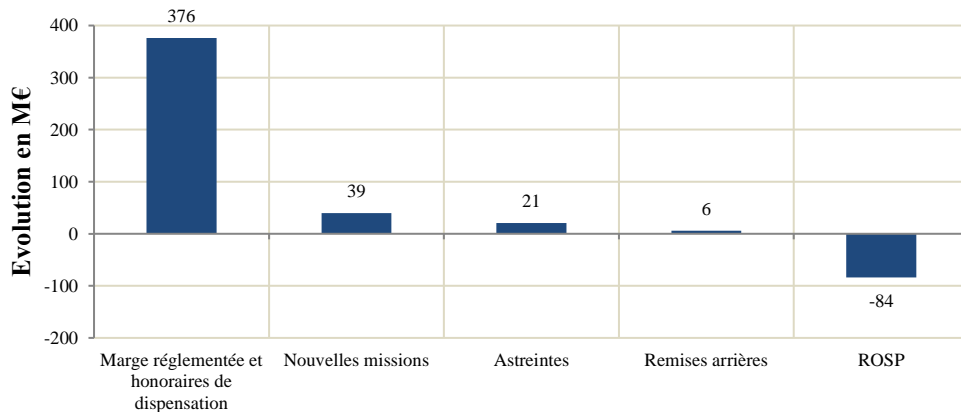


Source : SNDS, DCIR, 2021-2022

Une rémunération historique (hors COVID 19) dynamique entre 2018 et 2022

La hausse de la rémunération des pharmaciens d'officines s'explique par le COVID 19 mais également par une forte hausse de la rémunération hors COVID 19 progressant de 6,6 Mds€ en 2018 à 7,0 Mds€ en 2022. Depuis 2019, la diversification de la rémunération des pharmaciens avec la mise en œuvre de nouveaux honoraires et le développement des nouvelles missions des pharmaciens a permis une croissance soutenue de la rémunération des officines. Ainsi, les marges réglementées et les honoraires à la dispensation ont cru de 375 M€ sur la période 2018 à 2022 soit + 7,3% sur l'ensemble de la période (Figure 102). Les nouvelles missions qui se sont développées au cours de la période ont représenté une rémunération supplémentaire de 40 M€, notamment du fait de l'important investissement des pharmaciens dans le cadre de la vaccination contre la grippe. Enfin, les astreintes qui ont été revalorisées ont vu leur rémunération augmenter de 21 M€ ce qui représente une revalorisation de plus de 15 %. La ROASP générique est la seule rémunération qui a diminué du fait notamment du plafonnement des résultats en termes de substitution à des niveaux élevés et la mise en œuvre de nouveaux mécanismes d'incitation à la substitution.

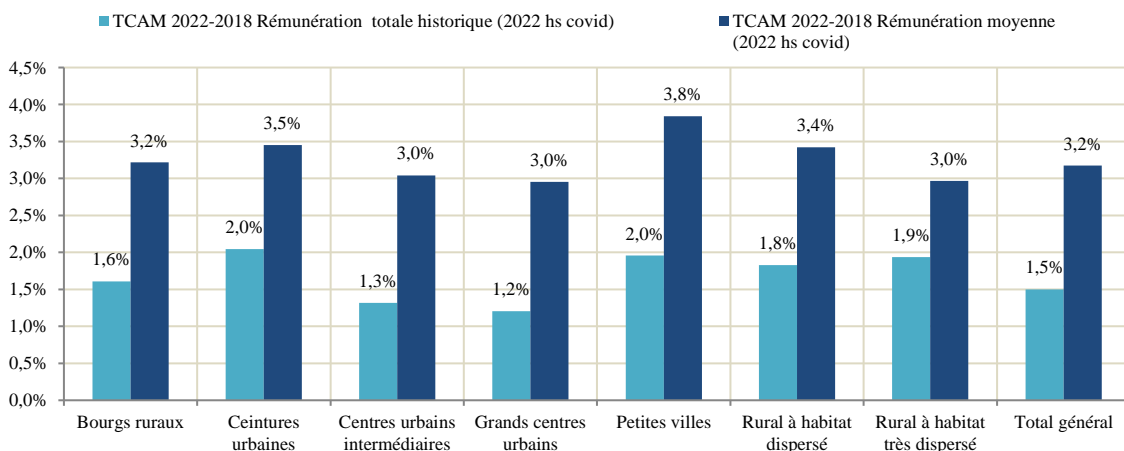
Figure 102 : Évolution des principales composantes de la rémunération des pharmaciens entre 2018 et 2022



Source : SNDS, DCIR, 2021-2022

Cette hausse de la rémunération historique sur la période, supérieure à 3 % a été très homogène quel que soit le lieu d'implantation des officines. L'évolution de la rémunération moyenne des officines est la plus élevée dans les petites villes sur la période avec une hausse de 3,8% de la rémunération.

Figure 103 : Taux de croissance annuel moyen de la rémunération hors COVID 19 entre 2018 et 2022 par zone géographique d'implantation

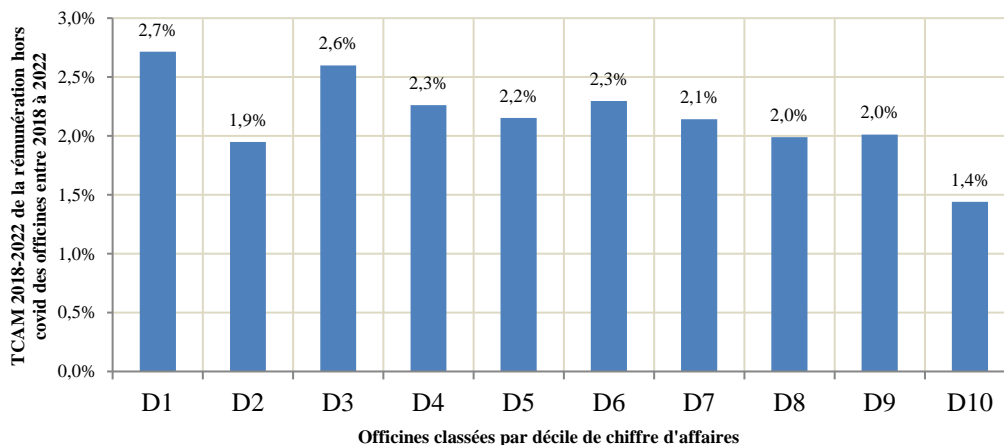


Source : SNDS, DCIR, 2021-2022

La hausse de la rémunération hors COVID 19 entre 2018 et 2022 a également bénéficié à l'ensemble des officines quelle que soit leur taille en termes de chiffres d'affaires sur les produits pris en charge par l'Assurance Maladie (cf. graphique

9). Parmi les officines qui étaient à la fois en activité en 2018 et 2022 soit près de 15 000 officines, celles appartenant aux premiers déciles de chiffre d'affaires ont connu une hausse moyenne sur la période entre 1,9 % et 2,7 % de leur rémunération historique contre 1,4% pour celles appartenant aux derniers déciles d'affaires.

Figure 104 : Taux de croissance annuel moyen de la rémunération hors COVID 19 entre 2018 et 2022 par décile de chiffre d'affaires



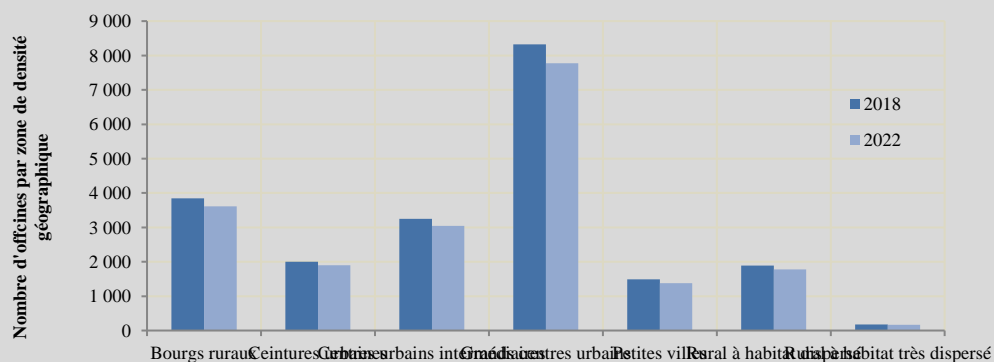
Source : SNDS, DCIR, 2021-2022

Encadré 22 : typologie de densité des territoires d'implantation des officines

La grille communale de densité permet de classer les communes en fonction du nombre d'habitants et de la répartition de ces habitants sur leur territoire. Plus la population est concentrée et nombreuse, plus la commune est considérée comme dense. L'appartenance à un niveau de la grille n'est pas simplement liée à la densité moyenne de population calculée sur l'ensemble de la commune (incluant les surfaces non habitées comme les forêts, la montagne et les champs), elle prend en compte la présence au sein de la commune de zones concentrant un grand nombre d'habitants sur une faible surface. Plus précisément, la définition retenue par l'Union européenne s'appuie sur le découpage du territoire en carreaux de 1 kilomètre de côté et sur l'agrégation de carreaux de densité équivalente, définissant des « tâches » ou « clusters ». Chaque commune est ensuite affectée dans une catégorie en fonction de la part de la population communale comprise dans les différents types de cluster. Les données de population sont issues des fichiers démographiques sur les logements et les individus (Fideli 2018).

Valeurs possibles :

- Grands centres urbains ;
- Centres urbains intermédiaires ;
- Petites villes ;
- Ceintures urbaines ;
- Bourgs ruraux ;
- Rural à habitat dispersé ;
- Rural à habitat très dispersé.



La rémunération des officines a connu une croissance importante et soutenue ces dernières années, portée à la fois par la hausse exceptionnelle due aux missions en lien avec le COVID 19 mais également grâce à la diversification des modes de rémunération. Pour améliorer l'accès aux soins et maintenir une offre de soins de proximité, de nouvelles missions pourraient être proposées aux pharmaciens et des mécanismes spécifiques pourraient être créés pour maintenir l'offre officinale sur le territoire. Une réflexion sur le financement de ces nouvelles missions au regard du dynamisme de la rémunération historique des pharmaciens en lien avec la délivrance de médicaments pourrait être menée afin d'assurer une juste régulation de la rémunération des officines.

8.2.3 Poursuivre le développement des missions des pharmaciens d'officine pour améliorer l'accès aux soins

Autoriser les pharmaciens à prescrire des antibiotiques à la suite d'un test de dépistage positif en cas de cystite aiguë simple ou d'angine bactérienne

Dépistage et traitement des cystites aiguës simples

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la réalisation d'une bandelette urinaire en cas de symptômes cliniques de cystite aiguë non compliquée. Elle permet d'infirmier le diagnostic d'infection urinaire dans 20 à 30% des cas et d'éviter ainsi la prescription d'un antibiotique. Le dépistage en officine grâce à une bandelette urinaire sera prochainement possible, la HAS ayant validé en avril 2023 le rôle du pharmacien.

Dans le cadre des protocoles de coopération, les pharmaciens sont dès à présent autorisés à délivrer cet antibiotique lorsque les symptômes correspondent et que la bandelette est positive (utilisation d'un arbre décisionnel validé par la HAS). Un seul antibiotique est prescrit dans le cas d'une cystite aiguë simple, il s'agit de la fosfomycine.

Afin d'améliorer l'accès aux soins et de prendre en charge immédiatement les patientes après un examen complet réalisée par un professionnel de santé et de lutter contre l'antibiorésistance en limitant les cas où un antibiotique est prescrit à tort, les missions du pharmacien pourraient être étendues afin de les autoriser à prescrire et délivrer des antibiotiques lorsqu'il est avéré que la patiente présente les symptômes d'une cystite aiguë simple confirmée par une bandelette urinaire positive. Cette mission devra impérativement s'accompagner d'une formation préalable pour respecter l'arbre décisionnel permettant de s'assurer de l'éligibilité à la bandelette puis à la prise d'antibiotiques. Par ailleurs, cette mesure pourrait permettre de limiter le recours aux examens cytot bactériologique des urines (ECBU) dans un laboratoire de biologie préconisé par la HAS uniquement si les symptômes ne s'améliorent pas au bout de 3 jours malgré le traitement. Or, en pratique, il est prescrit dans 30 % à 35 % des cas de cystite simple.

Dépistage et traitement des angines bactériennes

La HAS recommande la prescription d'antibiotiques en cas d'angine lorsque le résultat du TROD est positif. En 2021, les médecins généralistes ont commandé 1,2 million de TROD, ce qui semble insuffisant au regard des 9 millions d'angines annuelles qui sont traitées. Le dépistage en officine est quant à lui possible depuis 2021 pour les adultes et les enfants de plus de 10 ans en fonction de la situation du patient (logigramme à respecter).

Dans le cadre des protocoles de coopération, les pharmaciens sont dès à présent autorisés à délivrer un antibiotique lorsque les symptômes correspondent et que le TROD est positif.

Afin de lutter contre l'antibiorésistance et limiter les prescriptions d'antibiotiques non justifiées, les missions du pharmacien pourraient être étendues pour les autoriser à prescrire des antibiotiques lorsqu'il est avéré, en suivant l'arbre décisionnel validé par HAS de la Haute Autorité Santé, que le patient présente les symptômes d'une angine bactérienne confirmée par un TROD positif. Cette mission devra impérativement s'accompagner d'une formation préalable.

Créer un contrat tripartite entre l'officine, l'Agence régionale de santé et la caisse primaire d'Assurance Maladie afin d'identifier les officines à soutenir pour préserver l'accès aux soins

Face à la disparité des situations géographiques et économiques des officines, un contrat tripartite entre l'Agence régionale de santé, la caisse primaire d'Assurance Maladie et l'officine en difficulté doit permettre de maintenir sur le territoire les officines nécessaires pour préserver l'accès aux soins des patients. Cette gestion au plus près du territoire doit permettre de trouver des solutions adaptées à la situation de chaque zone géographique et de chaque officine. Les partenaires conventionnels devront définir les modalités de ce contrat, notamment les critères pour le déclenchement d'une aide, ses modalités de calcul et les devoirs rattachés à ce soutien à l'activité officinale.

Poursuivre le développement des accompagnements simples sur le modèle de l'accompagnement femmes enceintes

Les conseils et les accompagnements des patients auront vocation à se développer dans le cadre conventionnel afin de renforcer la place du pharmacien notamment en matière de suivi des patients sous traitement opioïde ou encore de prévention cardio-vasculaire.

Accompagnement Tramadol

Ces dernières années, le mésusage du Tramadol n'a cessé d'augmenter et est devenu un problème de santé publique majeur. Il est le premier antalgique responsable de décès devant la morphine (enquête DTA¹³¹). La consommation qui reste soutenue en France avec 12,5 millions de délivrances entre septembre 2021 et août 2022, pour 5,2 millions de patients.

Depuis 2022, afin d'endiguer la crise des opioïdes et leur usage détourné, la durée de prescription de ces médicaments est limitée à 3 mois contre 12 mois précédemment). La HAS a publié en mars de la même année des recommandations de bon usage afin d'accompagner les professionnels dans la prescription de ces antalgiques à risque de mésusage/dépendance et dans la prise en charge des patients dépendants : « Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses ».

En 2024, l'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine pourrait s'appuyer sur ces recommandations pour développer un accompagnement dédié. Cet accompagnement « opioïdes » permettrait de rappeler les règles de bon usage aux patients, de repérer et d'alerter en cas de trouble lié à la consommation de ces médicaments et d'accompagner les patients en cas de détection de mésusage.

La prévention cardio-vasculaire

Les maladies cardio-neuro-vasculaires représentent une des premières causes de décès en France avec près de 150 000 morts par an et font donc l'objet d'une attention particulière de l'Assurance Maladie dans le cadre de la gestion du risque et ont fait l'objet de propositions portées dans les précédents rapports Charges et Produits (cf. fil rouge approche par pathologie). La prise en charge de ces pathologies et de leurs complications est très lourde pour le système de soin, plus de 15 millions de patients sont traités pour une maladie cardiovasculaire ou un diabète. Pour diminuer la mortalité et limiter les complications liées à ces maladies, la prévention est le principal levier.

L'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officines pourraient mettre en place au sein des officines une action de prévention et de dépistage de ces maladies. L'objectif est à la fois d'alerter la population sur les risques liés aux maladies cardiovasculaires mais aussi de détecter précocement les patients à risque afin de les prendre en charge le plus tôt possible. Dans cette perspective, le pharmacien pourrait détecter les patients à risque de développer une maladie cardio-vasculaire ou un diabète (étape 1 : la sensibilisation au risque et l'information des patients) et réaliser des examens de dépistage (étape 2).

¹³¹ Décès Toxiques par Antalgiques (données 2017) : enquête qui recueille les cas de décès liés à la prise d'antalgiques et rapportés au experts toxicologues analystes volontaires et au réseau d'addictovigilance

8.3 Assurer un accès rapide et sans rupture aux médicaments en France

8.3.1 Délais d'accès aux médicaments - comparaison européenne

Dans le prolongement de l'étude pilote sur les délais d'accès aux nouveaux médicaments publiée dans le rapport précédent¹³², la Cnam a réalisé une nouvelle étude sur les délais d'accès aux médicaments en comparaison à d'autres pays. En collaboration avec la Haute Autorité de Santé (HAS), l'étude cible une sélection de médicaments qui apportent un progrès thérapeutique. Les délais d'accès sont comparés à ceux de trois pays européens (Allemagne, Espagne, Angleterre).

Alors que les initiatives visant à mesurer les délais d'accès aux médicaments émanent pour la plupart des laboratoires pharmaceutiques (Encadré 23), la diffusion de données transparentes produites directement par les institutions nationales chargées du médicament est centrale pour décrire les véritables délais d'accès des patients aux produits qui apportent un progrès thérapeutique en tenant compte des spécificités nationales (accès direct, précoce, procédures d'évaluation et de fixation des prix).

L'étude présente les principaux indicateurs de délais d'accès aux patients de 30 molécules qui apportent un progrès, remboursés dans l'ensemble des pays comparés. En France, l'accès précoce populationnel (17 produits) a permis de mettre à disposition les produits en moyenne 37 jours avant l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché). Les dispositifs d'accès précoces permettent d'homogénéiser les délais d'accès entre pays pour les produits avec progrès thérapeutique : la France se distingue par une prise en charge publique de ces dispositifs, qui permettent de réduire considérablement les délais d'accès, affichant les délais les plus courts, derrière l'Allemagne.

Les réformes récentes de l'accès précoce et plus récemment la mise en place de l'accès direct devraient contribuer à favoriser un accès encore plus rapide aux patients.

8.3.2 Observer un cycle complet du médicament jusqu'à l'inscription au remboursement et prendre en compte les spécificités nationales

L'étude porte sur les deux principales modalités d'accès des patients : *via* la procédure de droit commun (cas général) ou *via* les dispositifs dérogatoires d'accès précoce.

Les dispositifs de droit commun

Dans le cadre du droit commun, on distingue trois phases principales dans le circuit du médicament (Figure 105) avec des cadres nationaux spécifiques¹³³ :

- **L'autorisation de mise sur le marché (AMM)** délivrée sur la base de l'évaluation bénéfique/risque. Nous considérons ici uniquement les AMM « centralisées » délivrées par l'Union européenne¹³⁴ (UE) valable dans tous les pays de l'UE pour la première indication.
- **L'évaluation médicale et/ou médico-économique.** En France, l'évaluation clinique est établie par la Commission de la Transparence de la HAS qui se prononce sur la prise en charge du médicament par la solidarité nationale au regard de la valeur du service médical rendu (SMR) et établit la valeur de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) au regard des traitements disponibles. Dans le cas où l'industriel revendique une ASMR

¹³²Cnam (2022), rapport charges et produits pour 2023, Mesurer les délais d'accès aux nouveaux médicaments

¹³³ Pour une description plus détaillée des dispositifs nationaux, voir l'étude du rapport précédent.

¹³⁴ Il existe d'autres procédures plus minoritaires de délivrance d'AMM au niveau européen (procédure décentralisée, reconnaissance mutuelle entre pays) et au niveau national pour les produits pour lesquels la commercialisation n'est envisagée que dans un seul Etat membre de l'Union européenne (en France par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé). Pour en savoir plus : <https://ansm.sante.fr/page/autorisation-de-mise-sur-le-marche-pour-les-medicaments>

élevée et un « *impact significatif sur les dépenses de l'Assurance Maladie compte tenu de son incidence sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les modes de prise en charge des malades, et le cas échéant de son prix* »¹³⁵, l'avis est complété par un avis d'efficacité économique établi par la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP). L'admission au remboursement peut s'appliquer à un champ d'indications plus restreint que celui de l'AMM.

- **La fixation du prix et du taux de remboursement** : en France, la négociation du prix est établie par négociation entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les laboratoires pharmaceutiques, régie par des critères légaux et par l'accord-cadre entre le CEPS et le représentant des entreprises du médicament (LEEM). Le taux de remboursement est établi par l'union nationale des caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) sur la base de la valeur du SMR. Le prix et le taux de remboursement sont publiés au Journal Officiel (JO).

Dans les pays comparés, si on retrouve globalement le même séquençage du parcours du médicament, avec des différences à la marge en termes d'organisation (différentes agences de régulation outils de fixation des prix...), les approches différentes que retiennent les États pour fixer les prix des médicaments ont un impact sur le délai de mise à disposition des médicaments aux patients (cf. rapport C&P 2023).

Comme en France, l'accès du médicament au patient en Espagne est conditionné par la fixation du prix du médicament. La décision du remboursement revient entièrement au ministère de la Santé au terme de son évaluation médico-économique à la suite de l'évaluation clinique de l'agence du médicament et des produits de santé (AEMPS).

En revanche en Allemagne, la prise en charge des médicaments et l'accès au patient sont quasi-immédiats après l'obtention de l'AMM. La phase d'évaluation (par le GBA) puis de fixation du prix négociée par la fédération nationale des caisses d'Assurance Maladie (GKV-Spitzenverband) se déroule *a posteriori* durant une période limitée pendant laquelle le prix est librement fixé par les industriels. Réformée en novembre 2022, la durée du prix libre a été réduite de 12 à 6 mois.

En Angleterre, les médicaments sont mis à disposition et pris en charge soit au terme de l'évaluation médico-économique du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), qui reste la méthode d'accès la plus courante, soit par le « Direct Commissioning » du *National Health Service* (NHS). Ces procédures sont faites indépendamment de la politique de régulation des prix des médicaments. Les prix sont en effet fixés librement par les laboratoires pharmaceutiques mais encadrés par les mesures de régulation mises en place par le *Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access* (VPAS). Le NHS a par ailleurs l'obligation légale de mettre le médicament recommandé par le NICE à disposition des patients dans un délai de 90 jours (30 jours pour les médicaments faisant l'objet d'une évaluation accélérée *Fast track*).

Les dispositifs d'accès dérogatoire « accès précoces »

En France, les dispositifs dérogatoires permettent un accès précoce des médicaments aux patients avant l'obtention de leur AMM ou avant l'instruction de l'admission au remboursement de médicaments présumés innovants selon les dispositifs.

Réformés en juillet 2021¹³⁶, les dispositifs dérogatoires relèvent de deux catégories :

- l'accès précoce (AP), la forme majoritaire. Elle vise les médicaments répondant à un besoin médical non couvert, susceptibles d'être innovants et pour lesquels le laboratoire s'engage à déposer une demande d'AMM. Il comprend notamment les précédentes autorisations temporaires de cohorte (ATUC) ;
- l'accès compassionnel qui vise les médicaments non nécessairement innovants, non destinés à obtenir une AMM dans l'indication mais qui répondent de manière satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert.

¹³⁵ Depuis janvier 2023, les critères d'éligibilité à un avis de la CEESP ont évolué, et la notion « d'impact significatif » précisée : dès lors que le produit concerné est un médicament de thérapie innovante (MTI), compte tenu de l'incidence que ce type de médicament est susceptible d'avoir sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les conditions de prise en charge des malades, ou ; dès lors que le chiffre d'affaires hors taxes prévisionnel de la 2e année de commercialisation dans l'indication est supérieur ou égal à 20 millions d'euros annuels, ou ; dès lors que l'entreprise revendique une incidence sur l'organisation des soins, les pratiques professionnelles ou les conditions de prise en charge des malades. Sont exemptés les produits non brevetés, les extensions d'indication pédiatrique pour laquelle l'indication chez les adultes est déjà prise en charge par la solidarité nationale ; les extensions d'indication qui engendrent une hausse de la population rejointe par le produit, de moins de 5% à 2 ans.

¹³⁶ LFSS pour 2021, article 78

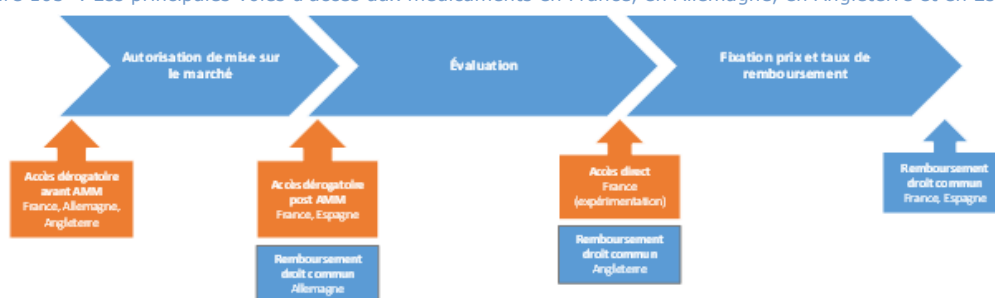
Dans le cadre de l'étude, pour la France, seuls les accès précoces (destinés à des cohortes de patients) ont été considérés du fait de leur couverture plus importante dès leur autorisation.

Ces dispositifs sont complétés depuis mai 2023 par l'expérimentation de l'accès direct¹³⁷ durant deux ans, en cours de mise en œuvre. Ils concernent les médicaments jugés innovants mais non éligibles à l'accès précoce, dès leur évaluation par la HAS, avant la fixation du prix par négociation entre le CEPS et le laboratoire. Sont concernés les médicaments hospitaliers innovants et onéreux éligibles à la liste dite « en sus » ou les médicaments de ville non remboursés par ailleurs, dès lors que leur évaluation par la HAS reconnaît un niveau de service médical rendu important et une amélioration de ce service médical rendu. Le médicament est entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie sur la base d'un prix librement fixé par le laboratoire (sauf si celui-ci est déjà fixé au titre d'autres indications). À l'issue du dispositif d'accès direct, en fonction du prix négocié avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), l'exploitant pourra être amené à verser des remises complémentaires ou à bénéficier d'un reversement de l'Assurance Maladie.

L'accès précoce est un dispositif présent dans tous les pays étudiés avec des variabilités selon les politiques nationales concernant les populations cibles, les modalités de financement et la période dans le parcours administratif, plus particulièrement avant ou après AMM européenne¹³⁸ :

- En Allemagne : accès nominatif ou de cohorte des médicaments sans AMM, sous condition d'une demande d'AMM ou d'un essai clinique en cours. Le traitement n'est pas pris en charge par l'assureur public.
- En Espagne : accès précoce nominatif, octroyé avant ou après l'AMM, sur demande des pharmaciens hospitaliers. La prise en charge peut évoluer au cours du temps généralement d'un financement des industriels au début à un financement public. La prise en charge de l'industriel peut par exemple être limitée à un certain seuil de patients, au-delà duquel les traitements des nouveaux patients sont ensuite financés publiquement.
- En Angleterre : accès de cohorte (*Early Access to Medicines Scheme*) ou compassionnel avant AMM. L'accord de cohorte est valable un an et peut être renouvelable.

Figure 105 : Les principales voies d'accès aux médicaments en France, en Allemagne, en Angleterre et en Espagne



Source : Cnam

8.3.3 Comparaison internationale sur une sélection de produits sur critères de progrès thérapeutique

Menée en collaboration avec les autorités compétentes dans les pays étudiés, cette étude vise à compléter et à prolonger les études de comparaison internationales présentant les indicateurs d'accès aux médicaments, notamment celles à l'initiative de l'industrie pharmaceutique (Encadré 23).

L'étude est centrée sur les produits qui apportent un progrès thérapeutique au regard de leur évaluation clinique effectuée par la commission de la transparence de la HAS (Encadré 24). Le caractère de progrès thérapeutique est déterminé au regard du double critère suivant : répondre à un besoin médical c'est-à-dire avec un service médical rendu (SMR) important et apporter un progrès thérapeutique à savoir une amélioration du service médical rendu (ASMR) majeure, importante, modérée ou mineure (ASMR I à IV).

Outre leur évaluation clinique, les produits ont été sélectionnés sur la base de critères temporels pour retenir des produits relativement récents (avec une date d'AMM postérieure au 1^{er} janvier 2017) et avec une procédure de prise en charge

¹³⁷ En application de l'article 62 de la LFSS 2022

¹³⁸ Voir à ce sujet le chapitre correspondant dans le rapport charges et produits pour 2023

aboutie au 31 décembre 2021 afin de pouvoir comparer les délais d'accès aussi bien dans le cadre du droit commun que dans le cadre de dispositifs d'accès précoce le cas échéant.

En France, 52 produits répondent aux critères cliniques et sont inscrits au remboursement fin 2021. Parmi ces produits, 30 produits sont également remboursés dans tous les pays comparés (Allemagne, Espagne, Angleterre) dont 16 ont obtenu l'appellation de médicament « orphelin » par l'Agence européenne du médicament (EMA) pour toute ou partie de leur indication.

Encadré 23 : Études existantes sur la comparaison des délais d'accès aux médicaments

L'indicateur d'accès au marché W.A.I.T. (Waiting to Access Innovative Therapies) de la fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques (EFPIA)

Cet indicateur qui mesure le délai moyen entre l'obtention de l'AMM et l'accès au marché en Europe est publié annuellement et largement relayé par les industries pharmaceutiques depuis plusieurs années¹³⁹. Il fait état de délais particulièrement longs en France avec 508 jours en moyenne pour les produits ayant obtenu une AMM entre 2018 et 2021, proche de la moyenne européenne (517 jours). Or cet indicateur souffre d'une limite importante puisqu'il ne tient pas compte des dispositifs d'accès précoce qui permettent aux patients d'accéder aux médicaments avant l'obtention de l'AMM et dont les délais de négociation de prix sont en général plus longs. Si une note de lecture du rapport de 2022 mentionnait que le délai tombait de 497 jours à 240 jours grâce aux accès précoces, elle n'a pas été précisée dans le dernier rapport (avril 2023).

Étude OCDE de faisabilité du suivi de l'accès aux médicaments en Europe, 2023

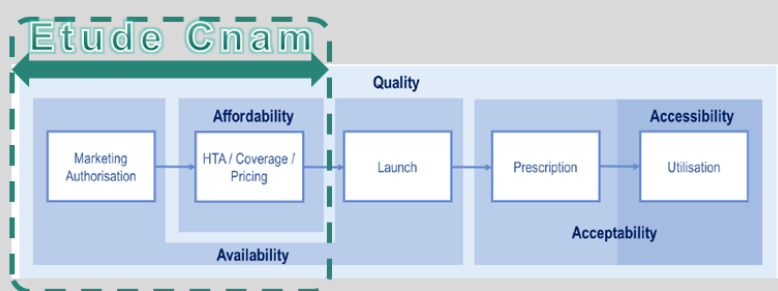
L'OCDE a publié en février 2023 les résultats de leur étude de faisabilité du suivi de l'accès aux médicaments "Exploring the feasibility of monitoring access to novel medicines : a pilot study in EU Member States"¹⁴⁰ dans le cadre d'un projet cofinancé par la Commission Européenne.

L'étude est principalement axée sur les questions méthodologiques et de faisabilité de collecte de données à partir de sources publiquement disponibles. À la différence de l'étude de la Cnam sur le périmètre du parcours administratif d'inscription au remboursement, l'accessibilité est élargie à l'accès effectif du patient par l'étude des prescriptions et de consommation. Les résultats présentés sont issus d'une enquête Européenne auprès des pays en 2021 sur 15 molécules à laquelle 21 pays ont participé.

L'approche de l'OCDE présente le sujet des accès précoces essentiellement comme des accès très limités (ex-access nominatifs) dans quelques pays plutôt que des modalités d'accès en tant que tel comme les accès populationnels français, accès populationnels qui semblent également exister au Portugal.

Le rapport met en évidence les difficultés d'accès aux données et les limites de comparabilité. De ce constat, l'OCDE poursuit les travaux dans le cadre d'un projet de développement d'indicateurs de délai de remboursement et de disponibilité à partir des volumes de consommation avec la base de données EURIPID¹⁴¹ cofinancée par la Commission Européenne. La collecte d'informations sur les accès précoces ne semble pas prévue.

Figure 106 : Périmètre de l'étude OCDE sur l'accès aux médicaments



Source: OECD Health Working Papers, No. 151

¹³⁹ https://www.efpia.eu/media/s4qf1eqo/efpia-patient-wait-indicator_final-report-2023.pdf

¹⁴⁰ Chapman, S., A. Szklanowska and R. Lopert (2023), "Exploring the feasibility of monitoring access to novel medicines: A pilot study in EU Member States", *OECD Health Working Papers*, No. 151, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8c1d16c4-en>. <https://www.oecd.org/publications/exploring-the-feasibility-of-monitoring-access-to-novel-medicines-8c1d16c4-en.htm>

¹⁴¹ Base de données des tarifs des médicaments en Europe sur une base volontaire de la plupart des pays européens (hors Allemagne), <https://database.euripid.eu/login>

Critères de sélection des 30 médicaments retenus :

- AMM européenne délivrée après le 1er janvier 2017 pour l'indication initiale.
- Médicaments qui répondent à un besoin médical et qui apportent un progrès thérapeutique : SMR important et ASMR I à IV (majeure à mineure) pour toute ou partie de l'indication initiale.
- Médicaments remboursés au 31 décembre 2021 (date du journal officiel).
- En France, 52 produits répondent à l'ensemble des critères. Parmi ces produits, 30 étaient également remboursés au 31/12/2021 dans l'ensemble des pays répondants à l'étude.

Dates utilisées pour le calcul des indicateurs de délais

Les délais d'accès ont été calculés à partir des dates marquant les principales étapes du circuit du médicament, uniquement pour l'indication initiale.

Pour la France, ces dates ont été renseignées par la HAS et la CNAM. Pour les autres pays hors Angleterre elles ont été fournies par les autorités nationales sur la base d'un questionnaire adressé par la CNAM. Pour l'Angleterre, elles ont été renseignées par la CNAM en lien avec la London School of Economics (LSE)¹⁴².

Pour les accès dérogatoires, seuls les accès précoces populationnels ont été considérés du fait de leur couverture plus large dès leur autorisation, à l'exception de l'Espagne où tous les accès précoces sont nominatifs.

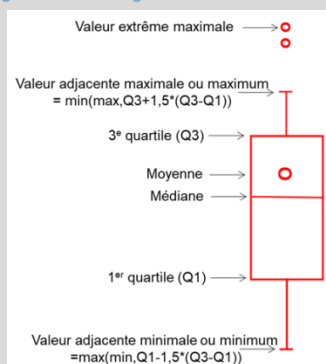
Pays (source)	France (Cnam/HAS)	Allemagne (GKV)	Espagne (AEMPS)	Angleterre (Cnam/LSE)
Date de l'AMM	Date de la décision de l'UE de l'AMM centralisée pour l'indication initiale			
Date d'accès précoce (accès dérogatoire)	Date d'octroi de l'ATU de cohorte		Date d'octroi du premier accès nominatif (pas d'accès de cohorte)	Date d'octroi (cohorte)
Date d'avis d'évaluation	Date de transmission de l'évaluation clinique de la commission de la transparence de la HAS au ministère de la santé	Date de publication de l'évaluation (GBA)	Date de transmission de l'évaluation par l'AEMPS au ministère de la santé	Date du rapport d'évaluation du NICE (ou de la commission spéciale de la NHS)
Date de prise en charge (droit commun)	Date d'inscription au JO	Date de commercialisation	Date de la décision de remboursement du ministère de la santé	Date du rapport d'évaluation

Définition des deux indicateurs de délai avec prise en compte des accès précoces à partir de la date d'AMM :

1. Le délai « 1er accès » mesure le délai entre l'AMM et le droit commun ou l'octroi de l'accès précoce : si la date d'octroi d'accès précoce est antérieure à l'AMM, le délai est tronqué à 0.
2. Le délai « 1er accès avec financement public » mesure le délai entre l'AMM et le droit commun ou l'octroi de l'accès précoce si celui bénéficie au moins d'une prise en charge publique : si la date d'octroi d'accès précoce avec prise en charge publique est antérieure à l'AMM, le délai est tronqué à 0.

Analyse par ASMR : lorsqu'un produit présente des niveaux d'ASMR différents pour une même indication AMM, la valeur maximale de l'ASMR a été retenue.

Figure 107 : Légende des diagrammes de distribution « box plot »



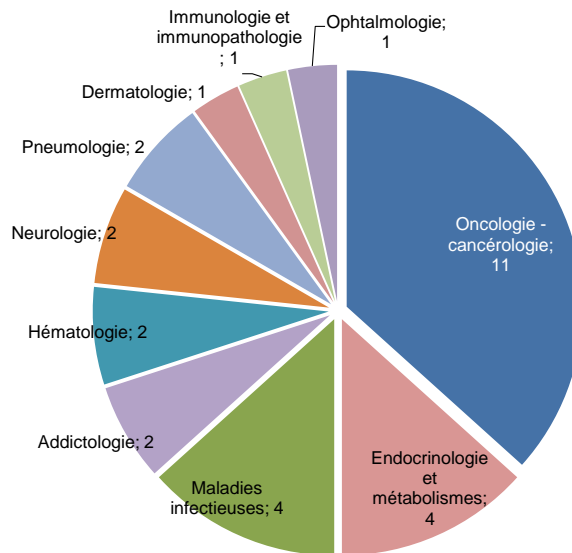
¹⁴² Sources Cnam d'après NICE (Final Appraisal Determination, Final scope), Public Assessment Reports du site www.gov.uk

Les principales caractéristiques des médicaments de l'étude

Domaines thérapeutiques et modes de délivrance

Les produits de l'échantillon couvrent dix aires thérapeutiques, principalement en oncologie (11 produits, Figure 108).

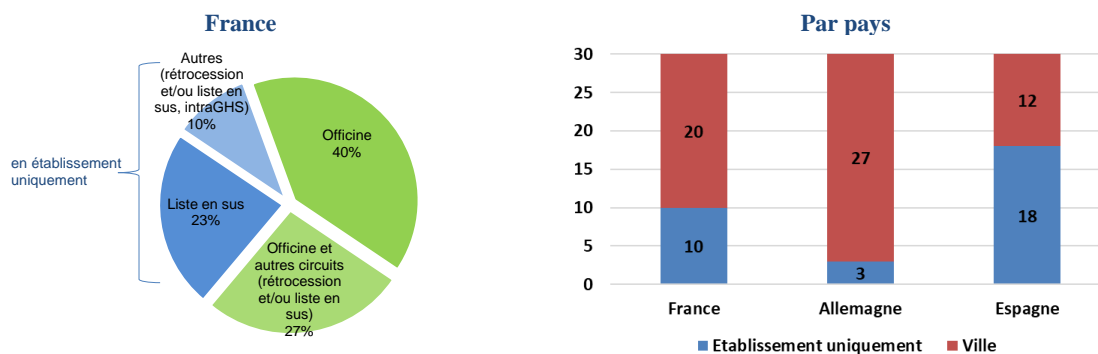
Figure 108 : Répartition des produits selon l'aire thérapeutique



Source : HAS, Cham

L'échantillon couvre différents modes de délivrance en établissement et en ville. En France, 10 produits sont délivrés uniquement en établissement de santé, essentiellement inscrits sur la liste en sus. 20 sont délivrés en ville, via le circuit officinal (droit commun) dont 8 sont également délivrés via la rétrocession et/ou de la liste en sus (Figure 108). En Allemagne, les médicaments sont majoritairement disponibles en ville. En Espagne, à l'inverse de la France, les produits sont plus réservés à l'usage hospitalier.

Figure 109 : Mode de délivrance des produits de l'échantillon par pays



Source : Cham, AEMPS, GKV. Données non disponibles pour l'Angleterre

Parmi les produits retenus, 13 ont obtenu une ASMR de niveau II (importante) ou de niveau III (modérée) et 17 ont obtenu une ASMR IV (mineure), pour toute ou partie de leur indication.

Des modalités d'octroi et de financement différentes selon les pays

En France, 17 produits ont bénéficié d'un accès précoce, dont 14 médicaments orphelins. Ces accès précoces ont été délivrés par l'ANSM avant la réforme de juillet 2021 (ex ATU de cohorte). En Espagne quasiment tous les médicaments

ont bénéficié d'un accès précoce nominatif et seulement 5 en Angleterre. Si la France se distingue par un financement public de l'ensemble des dispositifs, ils sont essentiellement financés par l'industrie pharmaceutique en Angleterre et en Espagne. Toutefois, les indications prises en charge en France font davantage l'objet de restrictions par rapport aux autres pays comparés. En Allemagne, aucun des produits de l'échantillon n'a bénéficié d'accès précoce.

Figure 110 : Mode de financement des produits en accès précoce par pays

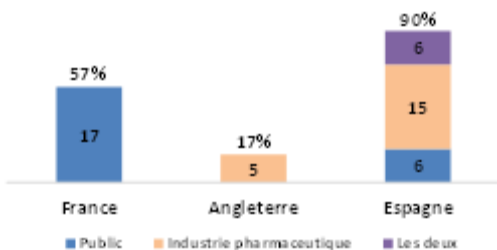
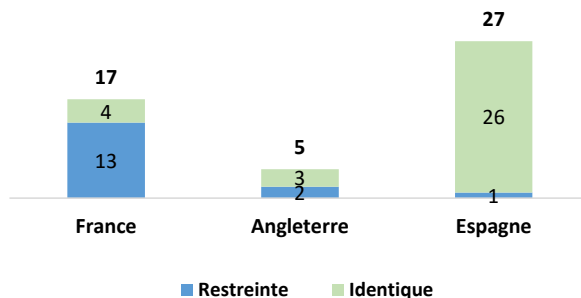


Figure 111 : Comparaison du champ de l'indication par rapport à celui de l'AMM

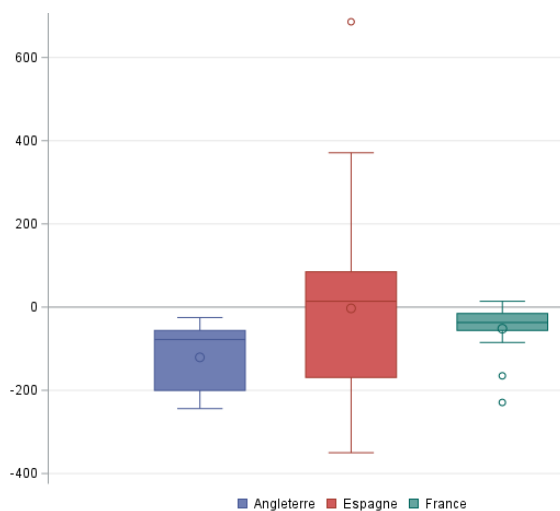


Source : Cnam, AEMPS, GKV

Champ : autorisations pour des cohortes de patients en Angleterre et en France, nominatifs en Espagne. En Allemagne, pas d'accès précoce dans l'échantillon.

Les accès précoces sont essentiellement octroyés avant l'AMM en France (ils relèvent de l'ancien dispositif ATU de cohorte) et en Angleterre tandis qu'en Espagne certaines autorisations interviennent après l'AMM avec un délai plus important, du fait de demandes tardives (les demandes d'autorisations nominatives sont effectuées à l'initiative des pharmaciens hospitaliers ; Figure 112).

Figure 112 : Délai entre l'accès précoce et l'AMM par pays sur l'échantillon, en jours



Source : Cnam d'après enquête AEMPS, GKV, avril-mai 2023

Champ : dispositifs d'accès précoce tous financeurs. Autorisations pour des cohortes de patients en Angleterre (n=5) et en France (n=17), nominatifs en Espagne (1^{er} accès attribué, n=27).

Note de lecture : en France, le délai médian d'octroi de l'AP est de 37 jours avant l'AMM (cf. légende du diagramme dans l'encadré décrivant la méthodologie).

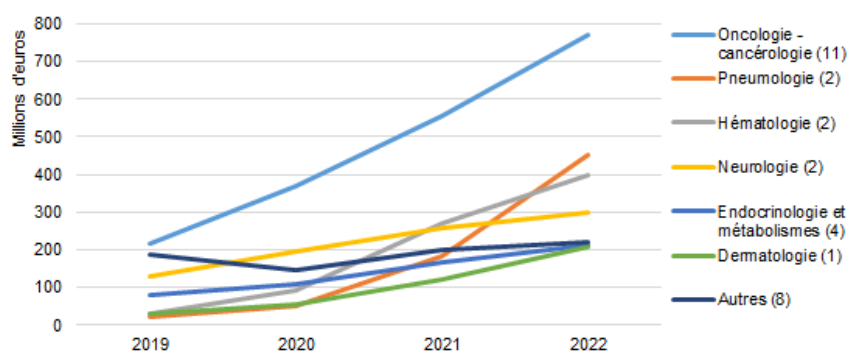
Des produits en forte croissance en France

Les dépenses remboursables des 30 produits de l'échantillon s'élevaient à 2,6 milliards d'euros¹⁴³ en 2022 (hors remises). Ces produits relativement récents (ils ont obtenu une AMM entre 2017 et 2020), comptent pour 7 % de l'ensemble des dépenses pharmaceutiques remboursables (officine, rétrocession, liste en sus, accès précoce).

Avec une croissance annuelle moyenne des dépenses de 54 % sur la période pour ces médicaments, elles reflètent le rôle moteur des médicaments innovants dans la croissance des dépenses (voir l'étude sur la dynamique des dépenses remboursées pharmaceutiques dans le présent rapport).

Majoritaires dans l'échantillon, les produits indiqués en oncologie représentent 30 % des dépenses et ont vu leurs dépenses plus que tripler en 3 ans (Figure 113). Ces fortes augmentations résultent essentiellement de coûts de traitement élevés (18 000 € en moyenne, jusque 70 000 € par patient). Quatre produits de l'échantillon contribuent pour près de 20 % à la croissance des dépenses pharmaceutiques totales en 2022, en lien avec des extensions d'indications : Kaftrio® avec 380 M€ de dépenses remboursables indiqué pour le traitement de la mucoviscidose (pneumologie), Hemlibra® (390 M€) un traitement anti-hémorragique (hématologie) dont le coût de traitement atteint 105 000 € par patient en ville, Dupixent® (210 M€, dermatologie) et Erleada® (160 M€, cancer de la prostate).

Figure 113 : Évolution des dépenses remboursables des 30 produits de l'échantillon en France, en millions d'euros



Source : Cnam (SNDS).

Champ : dépenses remboursables (officine, rétrocession, liste en sus, ATU). Hors remises.

8.3.4 Comparaison des délais d'accès

Différents indicateurs ont été calculés afin de rendre compte des diverses modalités d'accès aux médicaments selon les pays dans le cadre du droit commun et en prenant en compte les dispositifs dérogatoires qui assurent un accès rapide aux traitements. Les délais ont été calculés sur la base des principales dates marquant les différentes phases du circuit du médicament dans les différents pays.

L'accès précoce permet de réduire considérablement les délais d'accès aux médicaments

L'accès aux médicaments dans le cadre de la procédure de droit commun, à savoir la mise à disposition du médicament au marché remboursable, est mesuré ici par le délai entre la date de l'AMM et la date de décision de remboursement. **Ce délai n'est pas comparable au délai réglementaire européen de 180 jours qui ne s'applique qu'à partir de la date de dépôt de la demande de remboursement à l'autorité nationale de remboursement** dont rend compte le CEPS dans son rapport d'activité annuel (Encadré 25). Il peut en effet s'écouler un délai, qui relève de la démarche de l'industriel entre l'obtention de l'AMM et le dépôt de la demande : en France, ce délai médian est 28 jours pour les produits de l'échantillon. Ce délai n'a pas pu être estimé pour les autres pays¹⁴⁴.

¹⁴³ Hors Buvidal®, dont le tarif n'est pas réglementé, mais financé par le tarif GHS.

¹⁴⁴ La date de dépôt de dossier comparable n'a pu être recueillie de manière précise pour tous les pays étudiés (en Espagne par exemple, simple notification d'intention des industriels sur base volontaire). Pour des raisons de comparabilité entre les pays, on retient la date d'AMM.

Le CEPS publie dans son rapport d'activité annuel les délais d'inscription au remboursement. Ils distinguent les phases d'évaluation par la commission de la transparence de la HAS (uniquement pour les produits non génériques), d'instruction et de négociation par le CEPS (ainsi que le délai de signature des conventions) et de parution de l'arrêté d'inscription et de l'avis de prix au JO.

Pour les médicaments délivrés en ville, le délai moyen pour les nouvelles inscriptions (48% des demandes) s'élève à 178 jours entre le dépôt de la demande de prise en charge par le laboratoire et l'inscription sur liste de remboursement au journal officiel. En hausse par rapport à 2020, du fait notamment d'une part plus importante des nouvelles inscriptions, il respecte en moyenne le délai réglementaire de 180 jours¹⁴⁵. Les délais moyens sont plus élevés pour les produits non génériques (du fait notamment de la phase d'évaluation par la HAS) : ils s'établissent à 265 jours, en forte hausse par rapport à 2020 (190 jours) en lien avec une hausse du délai de négociation et de parution au JO. Néanmoins le rapport souligne qu'avec les dispositifs dérogatoires, l'accès des patients aux traitements est plus rapide que l'accès des produits au marché.

Pour les médicaments délivrés à l'hôpital, les délais sont mesurés de manière différente selon la liste d'inscription. Pour les produits de la liste en sus, le délai moyen d'inscription (entre le dépôt du dossier et la parution au JO) à 191 jours ; il dépasse le délai réglementaire fixé à 180 jours¹⁴⁶. À l'exclusion d'une atypie pour un produit ayant fait l'objet d'une interruption de négociation, le délai est ramené à 130 jours confirmant la tendance à la baisse depuis 2018. Pour les produits figurant sur la liste de rétrocession, le délai de fixation du prix doit s'effectuer sous 75 jours¹⁴⁷ (entre l'inscription sur la liste et la parution au JO) : comme en 2020, ce délai est dépassé (96 jours), en raison d'une augmentation de la durée d'instruction, malgré une baisse des délais de parution au JO.

Il apparaît que les délais d'accès de droit commun sont les plus courts en Allemagne (valeur médiane de 36 jours), du fait de l'accès direct accordé après l'AMM à un prix libre, avant leur évaluation clinique et la négociation du prix (Figure 114). Suit l'Angleterre, où l'accès au remboursement est accordé après la phase d'évaluation médico-économique, 258 jours après l'AMM (médiane) avant la fixation des prix qui sont régis par un cadre global de régulation (voir *supra*).

En France et en Espagne, les délais sont plus longs (médianes respectives de 531 et 507 jours) le remboursement étant effectif après la phase de négociation et de fixation du prix. De fortes disparités au sein de l'échantillon sont néanmoins observées dans tous les pays, hors Allemagne du fait de la spécificité de sa procédure.

Néanmoins cet indicateur ne rend pas compte de l'accès effectif au patient des traitements de manière anticipée via les dispositifs d'accès précoce. Il est donc important d'élargir la conception de disponibilité du médicament à la première date à laquelle les patients ont eu accès à ces traitements qu'elle relève du cadre commun ou du cadre dérogatoire quel que soit son financement.

Les délais entre l'AMM et le premier accès sont ainsi considérablement réduits en France et en Espagne qui comptent le plus de produits avec un accès dérogatoire. Le délai d'accès médian tombe à 27 jours en Espagne et devient nul en France. Il subsiste néanmoins de fortes disparités pour les produits ne bénéficiant pas d'accès précoce : pour les 13 produits concernés en France le délai médian est de 380 jours et de 773 jours en Espagne (pour 3 produits).

Si l'on considère la mise à disposition des produits uniquement pris en charge par les systèmes nationaux (ou cofinancés avec les laboratoires comme c'est le cas en Espagne), le délai médian d'accès au patient, tous produits de l'échantillon, est toujours nul en France du fait du financement public de l'ensemble des dispositifs d'accès précoce. En Espagne, le délai médian passe de 27 à 312 jours.

La prise en compte des dispositifs dérogatoires n'a peu ou pas d'impact sur les délais d'accès en Angleterre (peu de produits concernés et tous financés par les laboratoires) et en Allemagne (pas d'accès précoce sur l'échantillon) où le système d'accès direct peut être apparenté à un système d'accès précoce généralisé.

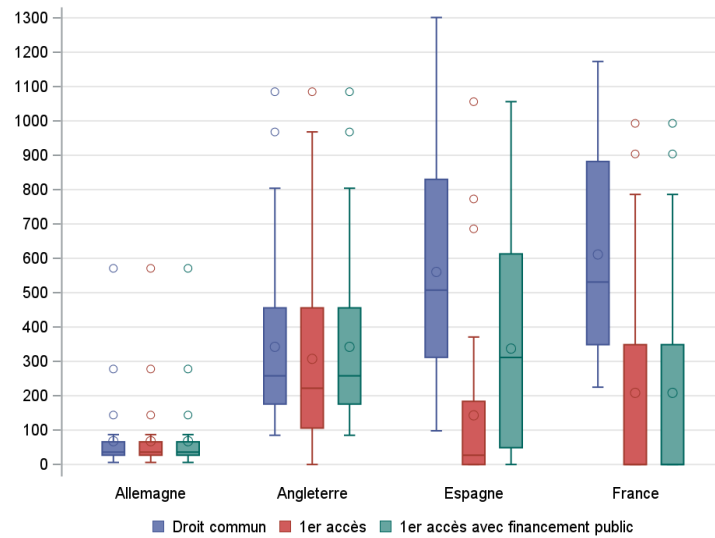
Les accès précoces permettent ainsi d'homogénéiser les délais d'accès des médicaments aux patients entre les pays.

¹⁴⁵ R. 163-9 du code de la Sécurité sociale, en application de la directive européenne « transparence » 89/105/CEE.

¹⁴⁶ Articles L.162-16-6 et R.162-38-1 du code de la Sécurité sociale.

¹⁴⁷ L. 162-16-5 du code de la Sécurité sociale.

Figure 114 : Délais de prise en charge (droit commun, avec/sans accès précoce, accès précoce et financement public) - par pays sur l'échantillon, en jours



Source : Cnam d'après enquête AEMPS, GKV, avril-mai 2023

Note de lecture : le délai « droit commun » mesure le délai entre l'AMM et l'inscription sur liste de remboursement. Le délai « 1^{er} accès » mesure le délai entre l'AMM et le droit commun ou l'octroi de l'accès précoce (avec délai =0 si la date d'octroi est antérieure à la date d'AMM). Le délai « 1^{er} accès avec financement public » mesure le délai entre l'AMM et le droit commun ou l'octroi de l'accès précoce si celui bénéficie d'une prise en charge publique (avec délai =0 si la date d'octroi est antérieure à la date d'AMM).

En France, le délai médian entre l'AMM et l'inscription au remboursement (droit commun) est de 531 jours. Il passe à 0 jour lorsque l'on considère le 1^{er} accès (droit commun ou dérogatoire) ; cf. légende du diagramme dans l'encadré décrivant la méthodologie.

Des délais relativement plus courts pour les produits avec une ASMR importante ou modérée

L'analyse par niveau d'ASMR¹⁴⁸ confirme les résultats globaux, avec des délais d'accès médians réduits avec la prise en compte de l'accès précoce par rapport au délai d'accès de droit commun. Elle met en évidence des délais d'accès inférieurs pour les produits avec une ASMR II (importante) ou III (modérée) par rapport aux délais d'accès des produits avec une ASMR IV (mineure) dans tous les pays (Figure 115 et Figure 116).

En France et en Espagne, les délais d'accès sont les plus courts pour les produits avec une ASMR II ou III, ceux-ci étant quasi-exclusivement disponibles via l'accès précoce.

Les délais d'accès des produits avec une ASMR IV sont plus courts en Allemagne du fait de l'accès direct post-AMM (75 % des produits sont disponibles en moins de 71 jours). Suit l'Espagne où le délai médian du 1^{er} accès est de 71 jours en raison des accès précoces nominatifs qui représentent 90 % des produits concernés. Si l'on considère uniquement la prise en charge publique des accès précoces, le délai d'accès passe à 343 jours. En France, la prise en compte de l'accès précoce (40 % des produits avec une ASMR IV) ramène le délai médian à 246 jours, juste devant l'Angleterre (261 jours).

¹⁴⁸ La classification par ASMR sert de référence et est appliquée à tous les pays pour permettre la comparaison par niveau d'ASMR. Les évaluations peuvent être différentes selon les pays, et conduire à des classifications d'évaluation différentes qui ne font pas l'objet de l'étude ici.

Figure 115 : Délais d'accès pour les produits avec ASMR II et III - par pays sur l'échantillon, en jours (13 produits)

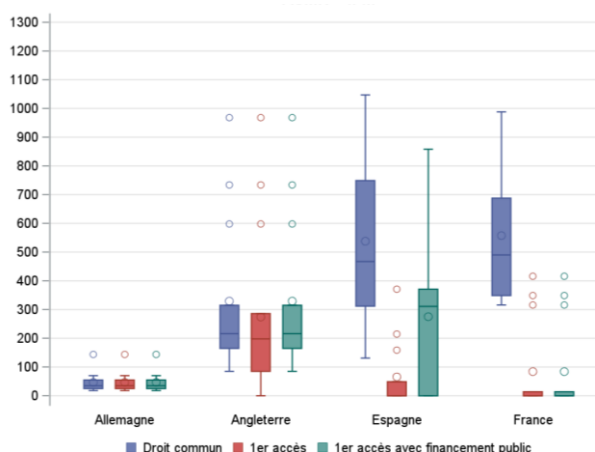
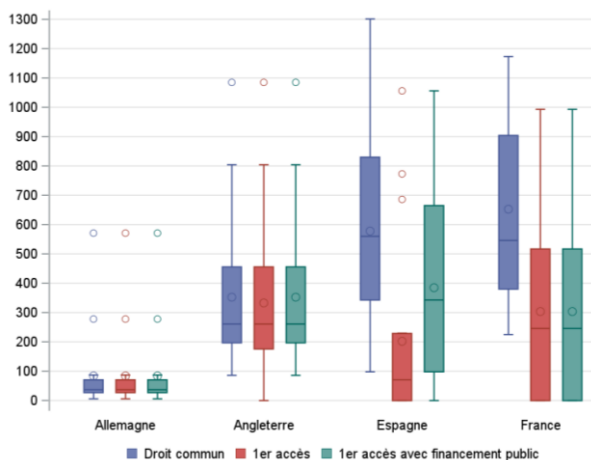


Figure 116 : Délais d'accès pour les produits avec ASMR IV - par pays sur l'échantillon, en jours (17 produits)



Source : Cham d'après enquête AEMPS, GKV, avril-mai 2023

Note de lecture : le délai « droit commun » mesure le délai entre l'AMM et l'inscription sur liste de remboursement. Le délai 1^{er} accès mesure le délai entre l'AMM et le droit commun ou l'octroi de l'accès précoce (avec délai =0 si la date d'octroi est antérieure à la date d'AMM). Le délai « 1^{er} accès avec financement public » mesure le délai entre l'AMM et le droit commun ou l'octroi de l'accès précoce si celui-ci bénéficie d'une prise en charge publique (avec délai=0 si la date d'octroi est antérieure à la date d'AMM).

Des délais d'évaluation clinique relativement homogènes

À l'exception de l'Allemagne, la phase d'évaluation clinique et/ou médico-économique précède l'accès au marché remboursable dans le cadre du droit commun en Angleterre (accès direct dû à l'absence de négociation de prix par produit), en France et en Espagne (négociation des prix postérieure à l'évaluation). Elle est ici approchée par le délai entre la date d'AMM et la date de l'évaluation par l'autorité compétente ; pour des raisons méthodologiques, elle ne tient pas compte de la date de la demande effective du laboratoire, qui peut intervenir avec un certain délai après l'obtention de l'AMM¹⁴⁹.

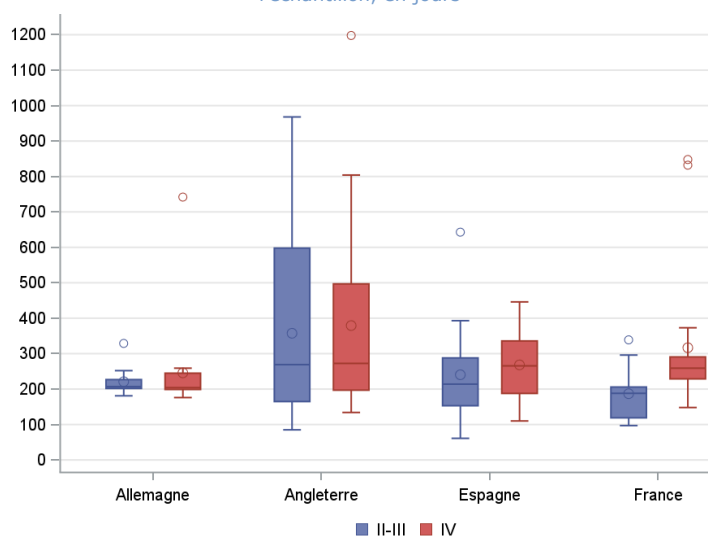
Les délais d'évaluation clinique médians sont plus courts en Espagne (222 jours) et en France (230 jours). Plus précisément en France, si l'on exclut le délai imputable à l'initiative du laboratoire pour le dépôt du dossier, le délai médian de l'instruction mesuré entre la date de validation administrative de la demande par la HAS et l'avis (clôturé) de la Commission de la transparence est de 176 jours. Il passe à 153 jours en tenant compte des éventuelles suspensions de délais pour demande d'informations complémentaires par la HAS.

En Angleterre, le délai de l'évaluation qui est anticipé dès l'AMM, est plus long (délai médian de 269 jours) mais il comprend également l'évaluation médico-économique qui constitue un critère dans la décision de remboursement¹⁵⁰. Les délais sont plus courts pour les produits avec une ASMR II et III par rapport aux produits avec une ASMR IV dans tous les pays. La France enregistre le délai médian le plus court entre l'AMM et l'avis de la Commission de transparence pour les produits avec une ASMR II ou III (188 jours). Ces délais plus courts s'expliquent notamment par le fait qu'ils relèvent essentiellement de produits en accès précoce pour lesquels le laboratoire est soumis à une obligation de dépôt de demande de prise en charge sous 30 jours après l'obtention de l'AMM. En Allemagne, le délai d'évaluation et de négociation est réglementé (jusqu'en novembre 2022, il était de 12 mois) à l'issue duquel les prix négociés se substituent aux prix libres, ce qui explique la faible dispersion des délais d'évaluation. Le délai médian est de 206 jours et est quasi-identique selon le niveau d'ASMR.

¹⁴⁹ La date de dépôt de dossier comparable n'a pu être recueillie de manière précise pour tous les pays étudiés (en Espagne par exemple, simple notification d'intention des industriels sur base volontaire). Pour des raisons de comparabilité, on retient la date d'AMM.

¹⁵⁰ Les délais français n'incluent pas le délai d'instruction des éventuels avis médico-économiques de la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP). Ils sont néanmoins pris indirectement en compte dans les délais d'accès aux patients.

Figure 117 : Délais entre l'AMM et la fin de l'évaluation clinique ou médico-économique, selon le niveau de l'ASMR - par pays sur l'échantillon, en jours



Source : Cnam d'après enquête AEMPS, GKV, avril-mai 2023

Note : en Allemagne, l'évaluation à lieu après l'accès direct et n'a pas d'impact sur l'accès aux médicaments disponibles après l'AMM. En Angleterre, de délai comprend l'évaluation médico-économique qui constitue un critère dans la décision de remboursement

Des mesures récentes pour réduire les délais d'accès en France

Si les dispositifs d'accès précoce contribuent à réduire considérablement le délai d'accès aux médicaments présumés innovant, les mesures récentes devraient se traduire par une diminution des délais d'accès aux patients aussi bien dans le cadre des dispositifs dérogatoires que dans la procédure de droit commun qui ne se reflètent pas totalement dans les résultats des produits retenus pour l'étude.

La réforme de l'accès précoce en juillet 2021 s'accompagne de dispositions visant à réduire les délais de négociation qui sont plus difficiles et plus longues, leur accès n'étant pas conditionné à la négociation du prix. Les versements de provisions¹⁵¹ par le laboratoire (assises sur le chiffre d'affaires annuel) anticipant un éventuel reversement entre le prix libre (durant la phase d'accès précoce) et le prix négocié, devrait contribuer à réduire les délais de négociation et la phase de « débouclage » (liée à la régularisation entre les deux prix).

Par ailleurs, le dernier accord-cadre qui régit les relations conventionnelles entre le CEPS et les industries pharmaceutiques représentées par les Entreprises du médicament (LEEM) élargit les conditions d'accès au prix de garantie européen aux médicaments avec une ASMR IV (sous conditions)¹⁵² ce qui contribue à fluidifier leurs délais de négociation.

Il comporte également des dispositions ayant pour objectif d'accélérer l'accès aux médicaments dont notamment :

- La procédure arbitrale expérimentale pour les médicaments innovants (ASMR I à III)¹⁵³ : cette procédure donne au président du CEPS la possibilité d'arbitrer une situation de négociation bloquée et prolongée depuis au moins 10 séances ;
- La procédure accélérée ou « fast-track » pour un champ plus large de médicaments (art.14 de l'Accord cadre) : les médicaments ayant une ASMR I à III peuvent en bénéficier si la stratégie thérapeutique est jugée dominante en termes d'efficacité en l'absence de réserve majeure et de très forte incertitude. De même, les produits ayant une ASMR IV deviennent éligibles si l'évaluation médico-économique montre un impact budgétaire négatif ainsi que l'absence de réserve majeure et de très forte incertitude.

Plus récemment l'accès direct en cours de mise en œuvre élargit l'accès dérogatoire depuis mai 2023 dans sa phase expérimentale aux médicaments non éligibles à l'accès précoce, pour une mise à disposition des produits anticipée à l'issue de leur évaluation par la HAS (voir *supra*).

¹⁵¹ Les provisions peuvent être majorées en cas de délais élevés

¹⁵² Médicaments orphelins, nouveaux antibiotiques, médicaments répondant à un besoin médical non ou partiellement couvert.

¹⁵³ Article 9 de l'accord-cadre 2021-2025

Tableau 31 : liste des médicaments retenus pour l'étude

	Titre	Aire thérapeutique	Date de l'AMM
1	ALECENSA 150 mg	Oncologie - cancérologie	16/02/2017
2	BAVENCIO 20 mg/ml	Oncologie - cancérologie	18/09/2017
3	BUVIDAL	Addictologie	20/11/2018
4	CABLIVI 10 mg	Immunologie et immunopathologie	31/08/2018
5	CRYSVITA	Endocrinologie et métabolismes	19/02/2018
6	DOVATO 50 mg/300 mg	Maladies infectieuses	01/07/2019
7	DUPIXENT 300 mg	Dermatologie	26/09/2017
8	ERLEADA 60 mg	Oncologie - cancérologie	14/01/2019
9	FASENRA 30 mg	Pneumologie	08/01/2018
10	GIVLAARI 189 mg/ml	Hématologie	02/03/2020
11	HEMLIBRA 30 - 150 mg/ml	Hématologie	23/02/2018
12	KAFTRIO	Pneumologie	21/08/2020
13	KYMRIAH	Oncologie - cancérologie	23/08/2018
14	LUXTURNA	Ophthalmologie	22/11/2018
15	MAVIRET 100 mg/40 mg	Maladies infectieuses	26/07/2017
16	NUBEQA	Oncologie - cancérologie	27/03/2020
17	NYXOID 1,8 mg	Addictologie	10/11/2017
18	OCREVUS 300 mg	Neurologie	08/01/2018
19	ONPATTRO 2 mg/ml	Endocrinologie et métabolismes	27/08/2018
20	POTELIGEO 4 mg/ml	Oncologie - cancérologie	22/11/2018
21	PREVYMIS 240 - 280 mg	Maladies infectieuses	08/01/2018
22	RUBRACA	Oncologie - cancérologie	23/01/2019
23	RYDAPT 25 mg	Oncologie - cancérologie	18/09/2017
24	SPINRAZA 12 mg	Neurologie	30/05/2017
25	TAKHZYRO	Endocrinologie et métabolismes	22/11/2018
26	TECENTRIQ 1200 mg	Oncologie - cancérologie	21/09/2017
27	TEGSEDI 284 mg	Endocrinologie et métabolismes	06/07/2018
28	VOSEVI	Maladies infectieuses	26/07/2017
29	YESCARTA	Oncologie - cancérologie	23/08/2018
30	ZEJULA 100 mg	Oncologie - cancérologie	16/11/2017

8.4 La dynamique des dépenses de médicaments et l'innovation

8.4.1 Objectifs et contexte

Ces dernières années, les instruments de régulation des dépenses de médicaments remboursables (les remises produits¹⁵⁴ négociées entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les industriels du médicament et la contribution relative au montant M¹⁵⁵ pour les médicaments remboursables par l'Assurance Maladie) ne cessent de s'accroître. Entre 2017 et 2022, le montant des seules remises produits a été multiplié par 4 pour atteindre 5,7Mds€. Dans son rapport d'activité, le CEPS explique cette dynamique par l'arrivée sur le marché de nouvelles molécules innovantes et une hausse du chiffre d'affaires des produits concernés par les remises. De plus, la négociation d'un prix net est une demande croissante des industriels. Ainsi, le prix réel, c'est-à-dire le prix après déduction des remises notamment, est de plus en plus éloigné du prix facial.

Sur la même période, le taux de croissance annuel moyen des dépenses remboursables brutes (c'est à dire sans tenir compte des remises) s'élève à 3%. Entre 2017 et 2019, une croissance de 1,6% est observée en moyenne par an. Entre 2020 et 2022, la croissance est très dynamique avec un taux de croissance annuel moyen de 9,1% en raison de la montée en charge de certains produits comme les traitements contre la mucoviscidose (Kaftrio®), les immunothérapies (Keytruda®, Opdivo®) ou bien encore Vyndaqel® indiqué dans la cardiomyopathie.

La forte augmentation des remises trouble les analyses de cette dynamique des dépenses de médicaments. Après prise en compte des remises et sur l'ensemble de la période étudiée (2017-2022), les dépenses remboursables de médicaments nettes ont cru en moyenne de 1,1% par an soit une hausse de 1,8 Md€. De plus, depuis 2020, la dépense remboursable nette des remises a connu une évolution exceptionnelle avec une progression de 5,7% par an.

Le présent chapitre a pour objectif de mesurer l'évolution des dépenses remboursables, en ville et à l'hôpital, nettes de remises produits, mais également de d'établir les déterminants de cette croissance et plus particulièrement le rôle de l'innovation approchée par le niveau d'Amélioration du Service Médical Rendu des médicaments déterminé par la Haute Autorité de la Santé.

Encadré 26 : Méthode

Toutes les données 2017 à 2022 à l'exception de celles relatives aux remises produits par médicament sont des données publiques :

- Medic'am pour les produits délivrés en officine ; une extraction supplémentaire sur le SNDS a été réalisée pour déterminer le nombre de patients ;
- Retroced'AM pour la rétrocession ;
- Scan Santé pour les données relatives à la liste en sus, aux produits en ATU, post-ATU, AAP (hors rétrocession) ;
- Base de données publique du médicament pour connaître l'ASMR du produit ;
- Rapports d'activité CEPS concernant les remises et le montant de la clause de sauvegarde.

Certains éléments ne sont pas pris en compte comme les médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre des tarifs des séjours (GHS), l'Ecart Médicament Indemnisable, l'Ecart Rétrocession, les remises produits ATU, post-ATU, AAP ou bien encore la rémunération des pharmaciens par les honoraires de dispensation et d'ordonnance pour les données présentées selon le niveau d'ASMR. Ces exclusions ont pour objectif de se focaliser sur la part de la dépense qui revient aux industriels.

La HAS définit l'ASMR comme le progrès thérapeutique apporté par un médicament. En fonction de l'appréciation, plusieurs niveaux d'ASMR ont été définis :

- ASMR I, majeure,
- ASMR II, importante,
- ASMR III, modérée,
- ASMR IV, mineure,
- ASMR V, inexistante, signifie « absence de progrès thérapeutique ».

¹⁵⁴ Elles sont définies dans des clauses particulières des conventions et sont fonction du volume de ventes, le respect d'une posologie moyenne ou d'un coût de traitement journalier. Ces remises calculées par le CEPS viennent en déduction du CAHT du produit

¹⁵⁵ Aux termes de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale (CSS), lorsque le chiffre d'affaires réalisé au cours d'une année civile par l'ensemble des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques est supérieur à un montant déterminé par la loi (dit le « montant M »), l'ensemble de ces entreprises est assujetti à une contribution fiscale, dite « clause de sauvegarde des médicaments »

Le niveau d'ASMR intervient dans la fixation du prix d'un médicament remboursable.

Pour les produits ayant plusieurs niveaux d'ASMR en fonction des indications thérapeutiques, seul le meilleur ASMR a été retenu, sans s'intéresser à la date d'obtention de ce dernier.

8.4.2 Des dépenses brutes et des remises en forte augmentation

Entre 2017 et 2022, le taux de croissance annuel moyen des dépenses remboursables brutes (c'est-à-dire sans tenir compte des remises) s'élève à 3% après neutralisation de la marge pharmacien. Toutefois, cette croissance connaît 2 phases :

- Entre 2017 et 2019, une croissance de 1,6% est observée en moyenne par an après neutralisation de la marge pharmacien. Les décotes appliquées en raison de l'arrivée des biosimilaires comme les anti-TNF alpha (Humira®, Enbrel®, Remicade®) et les anticancéreux Mabthera® et Herceptin® ont contribué à la modération de la croissance des dépenses de médicaments. A un niveau moindre, la montée en charge des génériques de Crestor® et d'Ezetrol® expliquent également ce phénomène ;
- Entre 2020 et 2022, la croissance est très dynamique avec un taux de croissance annuel moyen de 9,1% en raison de la montée en charge de certains produits comme les traitements contre la mucoviscidose (Kaftrio®), les immunothérapies (Keytruda®, Opdivo®) ou bien encore Vyndaqel® indiqué dans le traitement de l'amylose à transthyrétine (cardiomyopathie).

Les dépenses de médicaments de l'enveloppe ville, à savoir ceux dispensés en officine et en rétrocession, s'élèvent en 2022 à près de 29Mds€ et ont progressé de 2,2% en moyenne par an entre 2017 et 2022 contre 13,4% pour les médicaments délivrés à l'hôpital pour atteindre 6,9Mds€. Ainsi, bien que le taux de croissance soit plus élevé à l'hôpital qu'en ville, la contribution à la croissance des dépenses est légèrement plus importante pour la ville que pour l'hôpital : sur les 6,8 Mds€ de croissance réalisés entre 2017 et 2022, 46% s'explique par une contribution des produits de ville et 44% par une contribution des médicaments hospitaliers. Les 10% restant s'expliquent par les produits « mixtes » à savoir dispensés à la fois en ville et à l'hôpital.

En parallèle, les remises ont très fortement augmenté sur la période. Les « remises produits » sont estimées à environ 5,7 Mds€ en 2022 dont 57% pour les produits délivrés en ville et 41% à l'hôpital (cf. graphique 2). Conformément à la doctrine du CEPS, trois quarts des montants se concentrent sur les produits innovants d'ASMR I à III. La doctrine du comité est de limiter le bénéfice des remises produits aux produits innovant d'ASMR I à III ou présentant une innovation mineure d'ASMR IV dans certains cas. Selon les dispositions de l'article L. 162-18 du code de la Sécurité Sociale, le versement de remises produits présente un caractère exceptionnel et temporaire. L'article 19 de l'accord cadre vient le compléter en précisant l'échéance à l'issue de laquelle la transformation totale ou partielle de remises en baisse de prix s'applique (en principe 3 à 5 ans suivant l'inscription du médicament concerné sauf exception justifiée par des caractéristiques propres au contrat).

Les médicaments d'ASMR IV représentent eux un peu plus de 20% du montant total des « remises produits » et sont en croissance de 20% en moyenne par an contre 41% pour les produits d'ASMR I à III.

Ce sont bien ces derniers qui contribuent le plus à la croissance des remises entre 2017 et 2022, +3,49 Mds€, contre 724M€ pour les ASMR IV (cf. graphique 1). La croissance des remises est avant tout générée par les produits en ville (+2,2Mds€ contre +2,0Mds€ par les produits à l'hôpital).

Figure 118 : Évolution des montants des « remises produits » entre 2017 et 2022

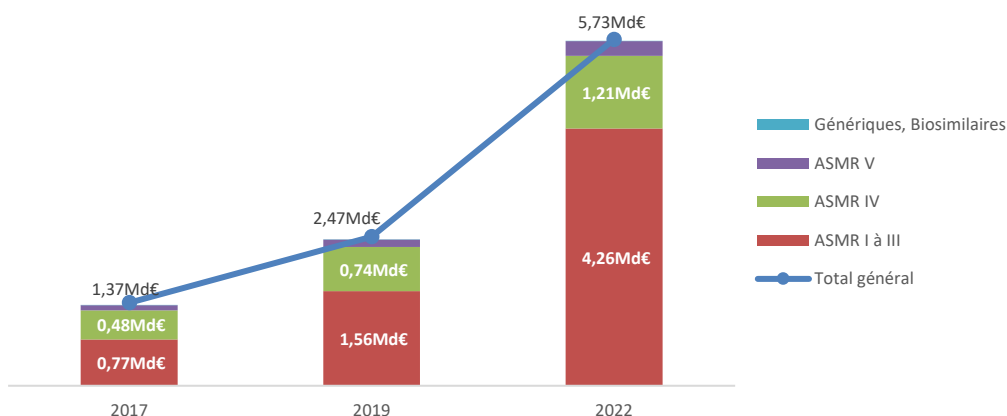
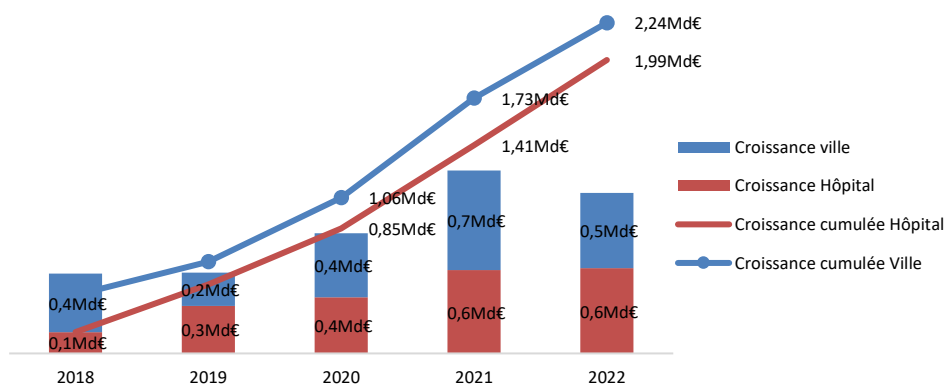


Figure 119 : Evolution de la croissance en montants des remises produits en ville et à l'hôpital



Ainsi, les prix publics et la croissance brute des dépenses remboursables deviennent de plus en plus artificiel. Au total, l'ensemble des remises et la contribution relative au montant M représentent en 2022 près de 21% des dépenses de médicaments dont 16% pour les seules « remises produits » contre 4,6% en 2017.

8.4.3 L'évolution des dépenses : une croissance très dynamique portée par l'innovation et une moindre régulation des produits matures

Une très forte croissance des dépenses nettes des remises

Le taux de croissance annuel moyen des dépenses remboursables entre 2017 et 2022 s'élève à 1,1% après neutralisation des marges pharmaciens¹⁵⁶, des remises produits et de la contribution relative au montant M, soit une croissance cumulée de 1,8 Md€. Il est possible d'isoler deux périodes contrastées comme indiqué précédemment pour l'évolution des dépenses brutes.

Une première période de 2017 à 2019 où l'innovation a été peu dynamique et la régulation des produits matures a permis de limiter l'évolution des dépenses. Ainsi, sur cette période, les dépenses de médicaments nettes des remises ont diminué

¹⁵⁶ Ces dernières années plusieurs mesures conventionnelles via notamment l'avenant 11 à la convention des pharmaciens ont impacté le montant des marges pharmaciens entraînant un transfert progressif d'une part importante de la marge lissée vers de nouveaux honoraires forfaitaires

(TCAM de -1,5% sur la période) du fait principalement d'une baisse des dépenses nettes relatives aux produits anciens (Autorisation de Mise sur le Marché – AMM - avant 2004).

Depuis 2020, la dépense remboursable a connu une évolution exceptionnelle avec une progression de 5,7% par an. Trois phénomènes expliquent cette évolution :

- La hausse des dépenses en lien avec les produits les plus innovants avec un bond important des dépenses nettes d'ASMR I à III ;
- La moindre baisse des dépenses sur les médicaments anciens ;
- Enfin, les dépenses relatives aux ASMR IV ont connu une très forte croissance. A l'origine de cette croissance, des produits commercialisés depuis plusieurs années mais qui conservent un rythme de croissance soutenu comme l'anticoagulant Eliquis®, l'anti diabétique Trulicity®, l'anticorps monoclonal Stelara® indiqué dans le psoriasis en plaques ou bien encore la maladie de Crohn.

Les montants remboursables nets de remises produits des médicaments d'ASMR IV contribuent à la croissance des dépenses entre 2017 et 2022 à hauteur de +1,6Md€ contre +2,28Mds€ (cf. graphique 3) pour les médicaments d'ASMR I à III alors que le nombre de produits comptabilisés pour ces 2 catégories est assez proche (respectivement 160 et 140).

Concernant, les génériques et les biosimilaires, il est important de rappeler que l'accord cadre CEPS-LEEM prévoit les niveaux de décote suivants :

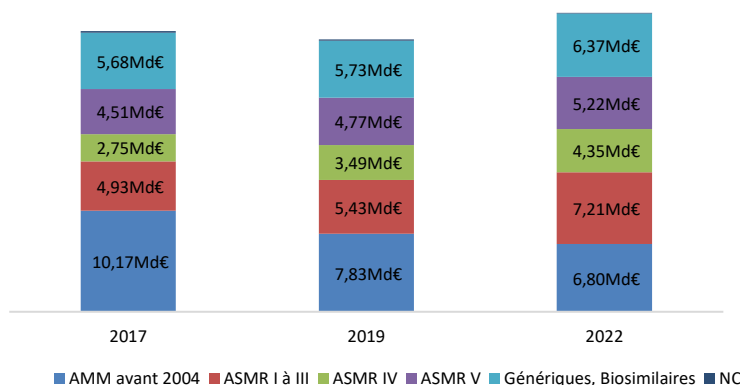
- Pour les génériques, en ville, la baisse de prix est de 20% pour le princeps à l'arrivée des génériques et une décote de 60% pour les génériques par rapport au tarif initial du princeps. A l'hôpital, ce taux est uniforme et atteint 40% aussi bien pour le princeps que pour le générique,
- Concernant les biosimilaires, lors de l'arrivée d'un biosimilaire, la décote initiale s'élève à 20% pour le médicament biologique de référence et à 40% pour les biosimilaires en ville alors qu'à l'hôpital, le niveau de décote atteint les 30% aussi bien pour les produits de référence que pour les biosimilaires.

A ces décotes initiales, d'autres dispositifs comme les décotes au fil de l'eau viennent modifier le niveau des décotes de ces produits.

L'ensemble des génériques et biosimilaires, hors princeps et médicament de référence biologique, progresse de 12% entre 2017 et 2022 et de 11,1% par rapport à 2019. Cet ensemble représente aujourd'hui 6,4 Mds€. Comme évoqué précédemment, à l'origine de cette croissance, on note l'arrivée sur le marché des biosimilaires notamment dans la classe des anti-TNF alpha.

Les produits que l'on peut qualifier de matures, à savoir dans cette étude ceux qui ont obtenu une AMM avant 2004, représentent une part de marché de 24% en montants et sont en baisse depuis 2017 (36%).

Figure 120 : évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits entre 2017 et 2022 selon le niveau d'ASMR du produit

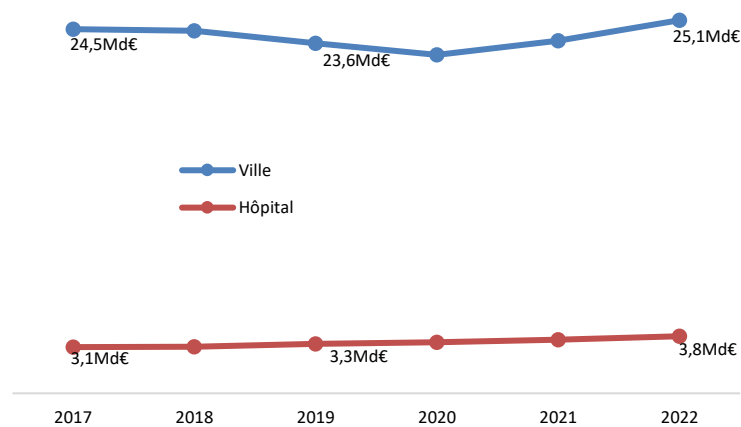


Une croissance constante à l'hôpital et forte ces trois dernières années en ville

Certains produits peuvent à la fois être dispensés en ville et à l'hôpital. Compte tenu de l'absence d'informations sur la part de la « remise produit » liée au lieu de délivrance, un choix a été fait de classer un produit de manière univoque dans l'une de ces 2 catégories s'il réalise au moins 80% de ses dépenses dans l'un ou l'autre de ces lieux de délivrance afin de ne pas comptabiliser le produit dans deux catégories distinctes et de ne pas proratiser le montant de la remise produit. Les produits qui génèrent moins de 80% de dépenses remboursables en ville ou à l'hôpital se classent en catégorie mixte et les remises sont alors proratisées.

En 2022, les montants remboursables de médicaments s'élevaient à 25,14Mds€, en hausse de +5,8% par rapport à 2021 pour la ville et à 3,84Mds€ pour l'hôpital (+6,2% par rapport à 2021). Depuis 2017, la contribution à la croissance des dépenses est plus importante pour l'hôpital (732M€) que pour la ville (601,6M€), en revanche depuis 2020 la contribution à la croissance est nettement plus importante pour la ville (2,3Mds€) que pour l'hôpital (+400M€).

Figure 121 : Comparaison de l'évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits en ville et à l'hôpital

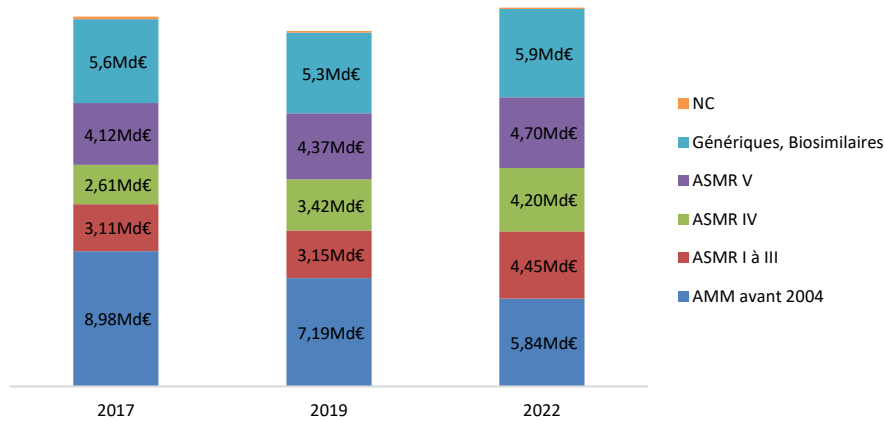


Pour la ville, la croissance des dépenses remboursables nettes de remises produits est avant tout tirée par les produits d'ASMR IV (Eliquis®, Stelara®, Ibtance®, Trulicity®, Entresto®), +1,6Md€ entre 2017 et 2022 contre 1,3Md€ pour les produits ayant eu un ASMR I à III (Vyndaqel®, Hemlibra®, Kaftrio®, Dupixent®). Ces dépenses remboursables nettes de remises en ville s'élèveraient en 2022 à 25,1Mds€ en hausse de +5,8% par rapport à l'année 2021 et à 2,5% par rapport à l'année 2017.

Ainsi, cette période est à distinguer en deux phases bien distinctes :

- 2017/2019 : une baisse de 1,9% en moyenne par an des dépenses remboursables nettes ;
- 2020/2022 : la montée en charge de ces produits d'ASMR I à III a provoqué une croissance très dynamique des dépenses remboursables malgré la hausse des remises observées : avec une croissance annuelle moyenne de 5% soit une hausse de 2,34 Mds€. Plus de 50% de cette croissance s'explique par les médicaments d'ASMR I à III et 30% par les ASMR IV (cf. graphique 6).

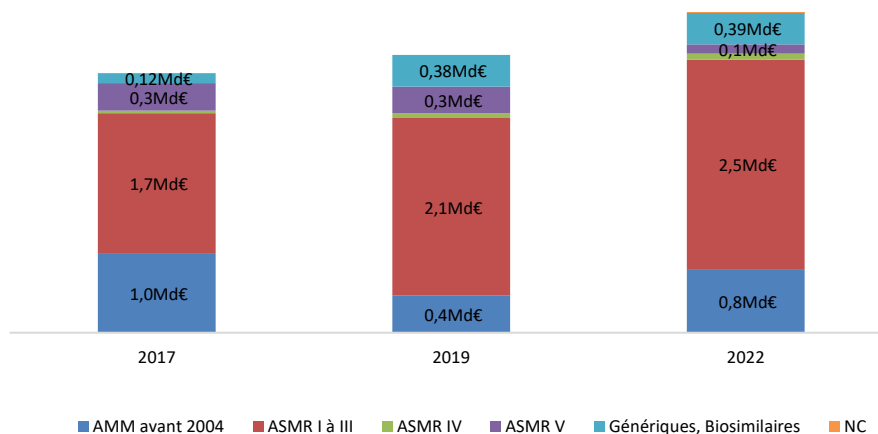
Figure 122 : évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits entre 2017 et 2022 selon le niveau d'ASMR du produit en ville



Pour mémoire, à l'hôpital, les médicaments sont pris en charge par l'Assurance Maladie au sein des établissements de santé dans le cadre des groupes homogènes de séjour (GHS). La liste en sus permet la prise en charge par l'Assurance Maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant. Depuis décembre 2021, l'inscription sur la liste « en sus » n'est plus réservée qu'aux médicaments avec une ASMR de niveau I à III dans l'indication considérée mais a été étendue aussi aux médicaments d'ASMR IV.

La croissance des dépenses remboursables nettes de la liste en sus est soutenue et continue entre 2017 et 2022 (+4,3% en moyenne par an). Elles s'élèveraient à 3,84 Mds€ en 2022 contre 3,11 Mds€ en 2017 et à 3,44 Mds€ en 2020. Le moteur de la croissance de ces dépenses est l'innovation et plus particulièrement les immunothérapies (Keytruda®, Opdivo®) et plus généralement les anticancéreux qui expliquent presque à eux seuls la croissance des dépenses. En comparaison à la structure des dépenses remboursables nettes en ville, la part des médicaments d'ASMR I à III est plus importante (65% contre 17%).

Figure 123 : évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits entre 2017 et 2022 selon le niveau d'ASMR du produit à l'hôpital

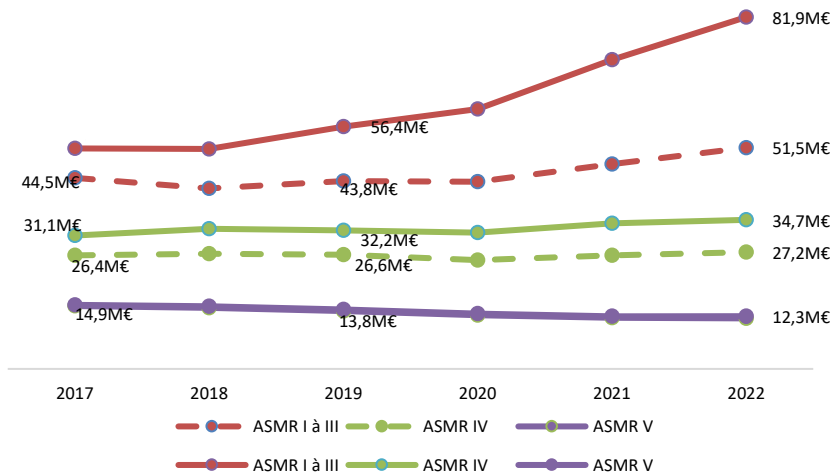


Evolution des coûts de traitements

La dépense remboursable moyenne par produit s'élève à 82M€ brut et à 51,5M€ net soit un taux de remise moyen pour ces produits de 37%. Cela représente une hausse de 59,5% en brut et de 16% en net depuis 2017. Pour les médicaments d'ASMR IV, le taux de remise moyen est moins élevé (21,7% en 2022) et présente un montant remboursable moyen annuel par produit de 27M€ net de remises (Figure 124).

La forte augmentation des remises produits vient minorer la croissance des dépenses remboursables nettes de régulation en particulier pour les produits d'ASMR I à III, c'est-à-dire les produits qualifiés comme étant les plus innovants.

Figure 124 : Évolution de la dépense remboursable moyenne par médicament entre 2017 et 2022



Pour affiner cette analyse des coûts de traitement, il est nécessaire de s'intéresser aux dépenses remboursables par bénéficiaire. Ainsi, en ville, le nombre de patients traités par les médicaments d'ASMR I à III s'élève à 4,9 millions en 2022, en progression de 34% par rapport à 2017 et de 20% par rapport 2019, contre 5,1 millions pour les produits d'ASMR IV. La dépense remboursable nette par patient en 2022 s'élève ainsi à 898€ pour les produits d'ASMR I à III, 829€ pour les produits d'ASMR IV et 165€ pour les produits d'ASMR V.

Toutefois, ces moyennes couvrent des disparités importantes et sont notamment tirées vers les bas en raison d'un nombre de patients importants sur les produits les moins onéreux, comme les vaccins, parmi la classe des ASMR I à V. En 2022, le montant remboursable médian, net de remise, pour un produit s'élève à 12 256€ par patient. A l'inverse, certains produits avec peu de bénéficiaires enregistrent des coûts de traitement élevés par patient.

Figure 125 : Comparaison de la dépense remboursable nette de remise par patient selon le niveau d'ASMR en ville

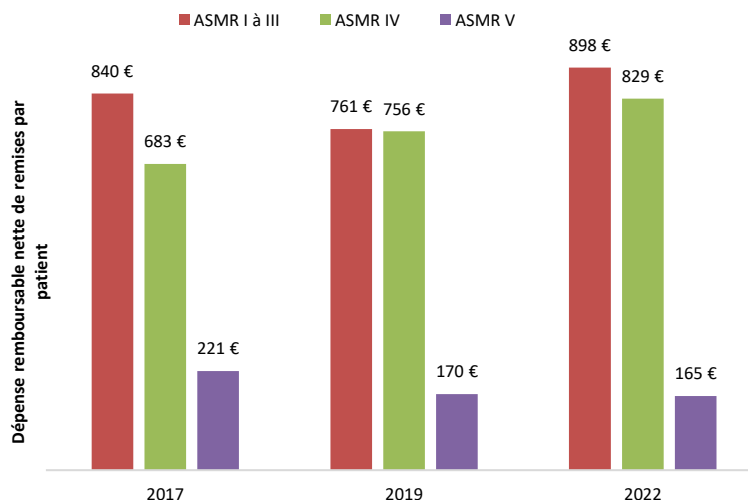
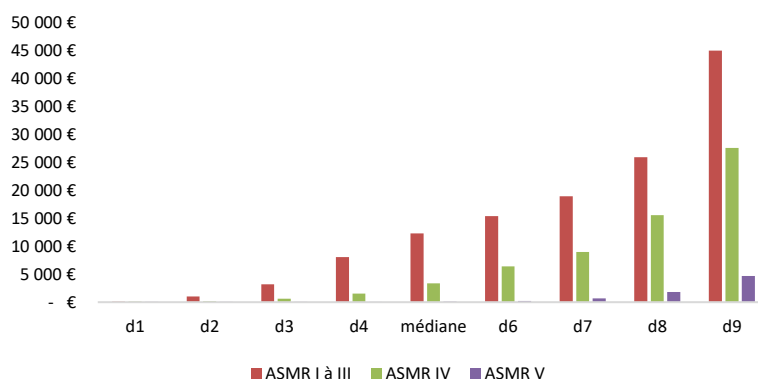


Figure 126 : Distribution de la dépense remboursable nette de remise par patient selon le niveau d'ASMR en ville en 2022



8.4.4 Financement des dépenses de médicaments

Les dépenses remboursées de médicaments par l'assurance maladie obligatoire (AMO) nettes de remises progressent plus rapidement que les dépenses à la charge des organismes complémentaires et des ménages. Cela se traduit par une augmentation du taux de remboursement moyen entre 2017 (86,8%) et 2022 (88,5%) de 1,7 points soit 608 M€ pour la seule année 2022 pour les médicaments dispensés en ville et à l'hôpital. Cela s'explique notamment comme on l'a vu précédemment par une montée en charge des produits innovants ainsi que par une augmentation du nombre de bénéficiaires en affection de longue durée.

En 2022, parmi les 32,3 Mds€ dépenses remboursées brutes à la charge de l'AMO, les médicaments d'ASMR I à III représentent 35% contre 6% (cf. graphique 11) pour les dépenses des complémentaires et des ménages. Ces dernières sont principalement liées au ticket modérateur sur des vaccins comme Gardasil®, Prevenar® ou Bexsero®. Moins de 15% des dépenses à la charge des complémentaires et des ménages concernent des produits qualifiés comme innovants.

Après déduction des remises produits, 97% des montants remboursables de médicaments d'ASMR I à III sont financés par l'AMO et 93% pour les produits d'ASMR IV (cf. graphique 12).

Figure 127 : évolution de la structure des dépenses remboursées brutes et nettes, du TM selon le niveau d'ASMR du produit

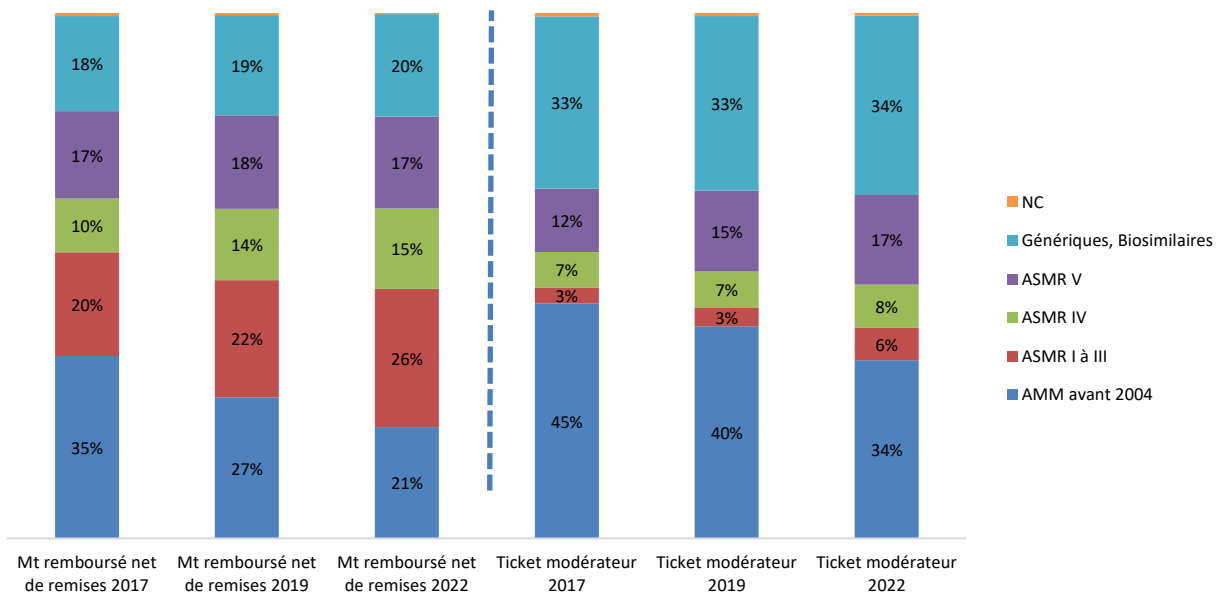
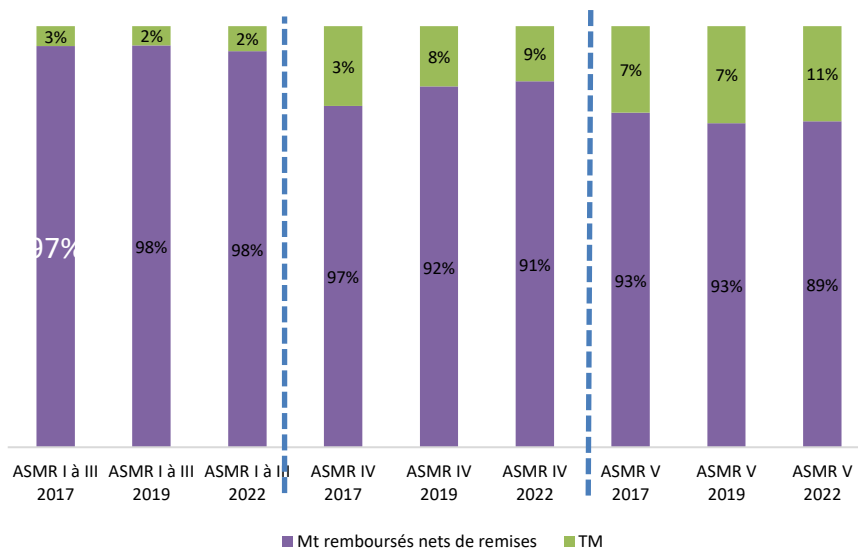


Figure 128 : Évolution de la structure des dépenses par financeur pour les ASMR entre 2017 et 2022



8.4.5 Renforcer l'accord-cadre entre le LEEM et le CEPS et renforcer la lutte contre les pénuries de médicaments

Principal levier de la régulation, l'accord-cadre signé entre le LEEM et le CEPS en mars 2021 arrivera à échéance en mars 2024. L'évolution des dépenses remboursables en net montre que cet accord a grandement contribué à maîtriser la croissance des dépenses. Néanmoins, au regard de la dynamique des dépenses observées dans cette étude et afin de financer au mieux l'innovation dans un cadre budgétaire contraint, plusieurs propositions peuvent être mises en avant afin de renforcer l'accord-cadre :

- Assurer les économies générées par les médicaments avec une ASMR V : pour les produits d'ASMR V, instaurer un seuil de décote minimum de 20 % par rapport au comparateur le moins cher. Cette décote pourra être plus importante en fonction du nombre de produits déjà présent sur le marché dans l'indication. Pour ces produits d'ASMR V, la doctrine du CEPS prévoit qu'ils doivent être porteurs d'économies pour l'Assurance Maladie ;

- Pour les produits d'ASMR IV : réaliser une décote en net par rapport au comparateur cliniquement pertinent le moins cher si plusieurs produits sont déjà présents dans la même indication. Le besoin médical étant couvert, l'objectif du nouvel entrant est de permettre la réalisation d'économies sauf s'il existe des tensions d'approvisionnement sur la classe thérapeutique en question ;
- Préserver et augmenter les économies générées par les génériques et les biosimilaires :
 - o Porter le niveau de décote des biosimilaires au même niveau que celui des génériques à savoir un taux de décote initiale pour le médicament biologique de référence et le bio similaire de 40 % à l'hôpital et respectivement de 20 % et 60 % pour ces produits en ville ;
 - o Expliciter dans l'accord cadre que les décotes sont calculées sur les prix nets des médicaments et non sur le prix facial.

Par ailleurs, face à la dynamique des dépenses de médicaments, les ruptures de stocks des produits de santé sont des phénomènes qui s'intensifient engendrant des problèmes majeurs de santé publique. L'exemple des difficultés d'accessibilité des patients à l'antibiotique amoxicilline lors de l'hiver 2022 témoigne de l'impact sur le système de soins ainsi que sur la santé des patients de ces ruptures.

Entre 2014 et 2022, les ruptures d'approvisionnement avérées recensées par l'ANSM ont été quasiment multipliées par 5 passant de 345 produits à 1 602. Les produits signalés pour lesquels un risque réel de rupture a été identifié ont quant à eux été multipliés par 24 passant de 91 à 2 159 entre 2014 et 2022. L'ensemble des classes thérapeutiques sont concernées par ce phénomène (anti-infectieux, anti-cancéreux, médicaments du système nerveux, etc.). Les causes de ces ruptures sont multifactorielles allant des capacités de production insuffisantes ou d'une demande insuffisamment anticipée à des problèmes d'approvisionnement en matière première ou de logistique et transports.

Dans ce cadre, il apparaît pertinent de renforcer les mesures visant à limiter ce phénomène ou à en pallier les effets. Ainsi plusieurs pistes méritent d'être expertisées :

- Clarifier et sécuriser les règles de prise en charge à titre exceptionnel de préparation magistrale en officine en cas de tension d'approvisionnement ;
- En cas de tension d'approvisionnement, lorsque l'industriel n'a pas demandé l'inscription au remboursement d'une spécialité équivalente, prévoir son inscription temporaire sur la liste des spécialités remboursables en ville au même tarif que le médicament déjà inscrit ;
- Pour garantir la disponibilité de médicaments matures efficaces sur notre marché pharmaceutique :
 - o Engagement du laboratoire à maintenir sur le marché un produit mature si inscription au remboursement d'un médicament innovant ;
 - o Encadrer le prix des importations des médicaments matures.

8.5 Décarboner les produits de santé

Comme indiqué dans le chapitre « Vue d'ensemble du système de santé » du présent rapport, l'association The Shift Projet estime que le secteur de la santé est responsable de 8% des émissions de CO2 en France. Les médicaments et dispositifs médicaux représentent à eux seuls 50% de ces émissions en prenant en compte l'ensemble de la chaîne de valeur (extraction des matières premières jusqu'à l'administration au patient).

Investie sur l'ensemble des champs du secteur de la santé, l'Assurance Maladie peut contribuer à développer la prise en compte des enjeux environnementaux dans le système de santé à commencer par le cycle de vie des produits de santé, en particulier les médicaments.

La définition d'une méthodologie partagée de calcul du « coût carbone » des produits de santé est un préalable à l'évaluation de leur impact environnemental. Un groupe de travail pluriprofessionnel associant l'ensemble des parties prenantes (Ministère, Direction Générale des Entreprises, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, Assurance Maladie, industriels et associations) pourrait être constitué afin de mener à bien cette tâche. De plus, le prochain Accord-cadre entre les industriels et le Comité économique des produits de santé (CEPS) sera l'occasion d'entériner la prise en compte des enjeux environnementaux dans la tarification des produits de santé. Ainsi, valoriser les engagements des industriels sur ce champ pourrait revêtir l'aspect de crédit de remises mis à leur disposition, à l'image des crédits déjà mis en œuvre par le CEPS dans le cadre du Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS).

Une part majeure de l'économie carbone repose sur la limitation du mésusage des produits de santé, de l'exécution d'actes inutiles, démarche dans laquelle l'Assurance Maladie est historiquement engagée dans le cadre de ses activités de gestion du risque ou dans les discussions qu'elle mène avec l'ensemble des partenaires conventionnels. La sensibilisation et l'implication des professionnels de santé tout comme des sociétés savantes sont en effet essentielles pour diminuer la prescription et la consommation non pertinentes de médicaments. Dans cette perspective, l'Assurance Maladie travaille à une méthodologie d'analyse de l'impact carbone de ses actions de gestion du risque.

Enfin, un nouvel aspect pourrait être développé afin de réaliser des gains en matière économique tout en limitant l'empreinte carbone des produits de santé : encourager la réutilisation des produits non utilisés. En effet, une part trop importante de produits de santé achetés par les usagers ne sont pas utilisés, comme c'est souvent le cas pour des médicaments non consommés, les compléments nutritionnels oraux ou les des pansements. Or, la législation ne permet pas à date de réinjecter dans le circuit de distribution des produits de santé délivrés mais non utilisés. En parallèle de cet objectif vertueux de réintégration de certains produits de santé non utilisés dans le circuit de distribution, l'Assurance maladie veillera aussi à favoriser celui de la réutilisation de dispositifs médicaux reconditionnés (fauteuils roulants, attelles, béquilles, etc.) en soutenant et accompagnant les nombreuses initiatives qui progressent sur l'ensemble du territoire, dans la continuité de travaux engagés par le Ministère de la Santé et de la Prévention en faveur de la réutilisation des fauteuils roulants notamment.

Propositions sur les analyses sectorielles de la régulation du système de santé

Proposition 14 : Maîtriser la financiarisation du système de santé pour protéger l'indépendance professionnelle et la qualité des soins

Mettre en place un *observatoire de la financiarisation du système de santé* pour suivre les opérations financières dans le secteur de la santé, analyser leurs conséquences, identifier les dérives spéculatives, et faire des recommandations en matière de régulation ;

Créer une *mission permanente de contrôle de la financiarisation du système de santé*, interministérielle (sous la tutelle du ministère de la Santé, des Finances, de l'Économie, de la Justice), afin de renforcer la capacité de l'Etat à faire respecter le cadre juridique s'appliquant aux SEL et aux entreprises du secteur de l'offre de soins.

Proposition 15 : Permettre aux femmes souffrant d'une infection urinaire d'avoir un accès rapide et sécurisé à des antibiotiques, directement en pharmacie, sans ordonnance

Autoriser les pharmaciens, dûment formés, à prescrire des antibiotiques en cas de cystite aigüe simple, dans un cadre protocolisé (arbre décisionnel de la HAS et questionnaire associé) après un dépistage positif en officine (bandelette urinaire), et en garantissant l'information du médecin traitant ;

Élargir cette compétence, selon les mêmes conditions et modalités, aux angines bactériennes après un TROD (test rapide d'orientation diagnostique, en l'occurrence un prélèvement buccal par écouvillon).

Proposition 16 : Renforcer le positionnement du pharmacien comme acteur de santé de proximité et l'expert du médicament, responsable de la pertinence des délivrances, et poursuivre en conséquence l'évolution du modèle économique des officines

Créer un accompagnement sur les opioïdes, sur le modèle de celui créé pour les femmes enceintes ;

Rémunérer la « juste délivrance » - centrale pour des raisons écologiques, de santé publique et médico-économiques - et poursuivre la désensibilisation de la rémunération des pharmaciens au prix des médicaments en ajustant le niveau du plafonnement des honoraires pour les médicaments les plus chers ;

Soutenir les pharmacies de proximité pour préserver l'accès aux soins.

Proposition 17 : Assurer un accès rapide et sans rupture aux médicaments en France

et profiter de la révision de l'accord-cadre entre le comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament pour atteindre cet objectif :

- Médicaments avec progrès thérapeutique : stabiliser l'excellence française en matière d'accès précoce aux médicaments innovants, liée aux dispositifs dérogatoires mis en place ces dernières années, en poursuivant la surveillance au niveau européen des délais de mise sur le marché ;
- Médicaments matures : renforcer la lutte contre les pénuries de médicaments en incitant les industriels à poursuivre la production des médicaments matures tout en clarifiant les règles de prise en charge des médicaments palliant la pénurie ;
- Adapter les prix des produits de santé sans amélioration du service médical rendu ou présentant une amélioration mineure (ASMR IV/V) afin de dégager des marges de manœuvre pour financer ces deux priorités.

Proposition 18 : Réduire l'impact environnemental des produits de santé, responsables de la moitié des émissions de gaz à effet de serre de notre système de santé, en intégrant à leur tarification l'évaluation de leur « coût carbone »

Avec un (système de bonus-malus) et en réduisant prioritairement le mésusage des médicaments et dispositifs médicaux ayant un impact carbone important. Analyser la possibilité de déployer un dispositif expérimental permettant le retour de certains produits non consommés dans le circuit de distribution, en lien avec les différentes parties prenantes.

9 La santé numérique : renforcer l'évaluation pour promouvoir les usages

L'innovation numérique s'inscrit dans une histoire d'enrichissement continu des outils et pratiques de santé jusqu'à requalifier leurs fonctions et transformer leur nature, au point qu'on parle désormais de santé numérique. Celle-ci se caractérise par l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication, de l'intelligence artificielle, du cloud et par l'analyse des données appliquées au domaine de la santé. Ces outils sont très divers : dispositifs médicaux numériques, plateformes, thérapies digitales, outils d'aide au diagnostic, objets connectés ou encore applications mobiles... Si le périmètre de la santé numérique est difficile à délimiter, il a pour mérite d'intégrer une variété d'objets et de n'exclure aucun des facteurs technologiques qui pèseront sur les évolutions futures du système de santé.

L'innovation numérique introduit une double rupture :

- D'une part, elle heurte le cadre traditionnel des pratiques et prises en charge en bouleversant l'organisation du parcours de soins et la relation entre professionnels de santé et patients ;
- D'autre part, contrairement aux médicaments et aux dispositifs médicaux, les applications mobiles, plateformes et objets connectés sont aujourd'hui commercialisés et mis à disposition des professionnels et des patients sans évaluation préalable.

Si les évolutions sont rapides et massives - en France en 2021, 350 000 applications de santé étaient disponibles sur les stores mobiles¹⁵⁷ -, l'utilisation de ces outils demeure limitée du fait des incertitudes qui subsistent sur la manière dont ils peuvent être utilisés en pratique courante pour bénéficier aux patients. Il convient en particulier de souligner leur caractère erratique, certains étant bien insérés dans le système de soins courants - téléconsultation - et d'autres moins - thérapies digitales, outil d'analyse prédictive. La résistance d'une partie des équipes de soins face à la santé numérique et le manque de littératie d'une partie des patients sont autant d'obstacles à son déploiement. En effet, seuls 10 % des Français ont recours à des solutions de télésanté¹⁵⁸.

Ce paradoxe constaté entre le dynamisme des innovations numériques et leur adoption relative s'explique par l'intrication des promesses, défis et freins propres au développement de ces outils. En effet, à l'heure de l'attrition de la démographie médicale, de l'augmentation des maladies chroniques, des inégalités territoriales et sociales en santé, et des contraintes de financement, le développement des outils numériques peut améliorer la qualité et l'efficacité globale du système de santé : renforcement de la prévention, personnalisation du soin, efficacité de la prise en charge, gain de temps médical, facilitation de la coordination ville/hôpital/médico-social... Pour autant les défis engendrés par ces innovations requièrent eux-aussi une mobilisation pleine et entière de tous les acteurs : sécurité des systèmes d'information, valorisation, partage et protection des données de santé, standardisation des protocoles techniques, interopérabilité des solutions, formation des professionnels, confiance des patients... Les freins à l'adoption sont, quant à eux, connus, multiples et complexes : contraintes réglementaires, absence de modèles économiques stables, accès limité à des financements pérennes, défaut d'évaluation, incomplétude et complexité techniques ou encore la faible appropriation des outils numériques par certains professionnels et patients.

Ce constat invite l'Assurance Maladie et ses partenaires institutionnels - ministère de la Santé et de la Prévention, Haute Autorité de Santé (HAS), Agence de l'innovation en santé - à développer une politique ambitieuse de promotion et d'accompagnement des usages de la santé numérique. S'il faut aller plus loin, les acteurs institutionnels sont d'ores-et-déjà pleinement mobilisés pour accompagner l'intégration des outils numériques dans le système de santé :

En accélérant l'accès au marché de l'innovation numérique évaluée

Les dispositifs médicaux numériques à usage individuel et collectif sont aujourd'hui les seuls outils numériques évalués par la HAS¹⁵⁹. De ce fait, leur parcours pour accéder au marché est particulièrement long - pouvant aller jusqu'à 7 ans - et complexe (obtention du marquage CE, production d'études cliniques et médico-économiques, évaluation par la HAS).

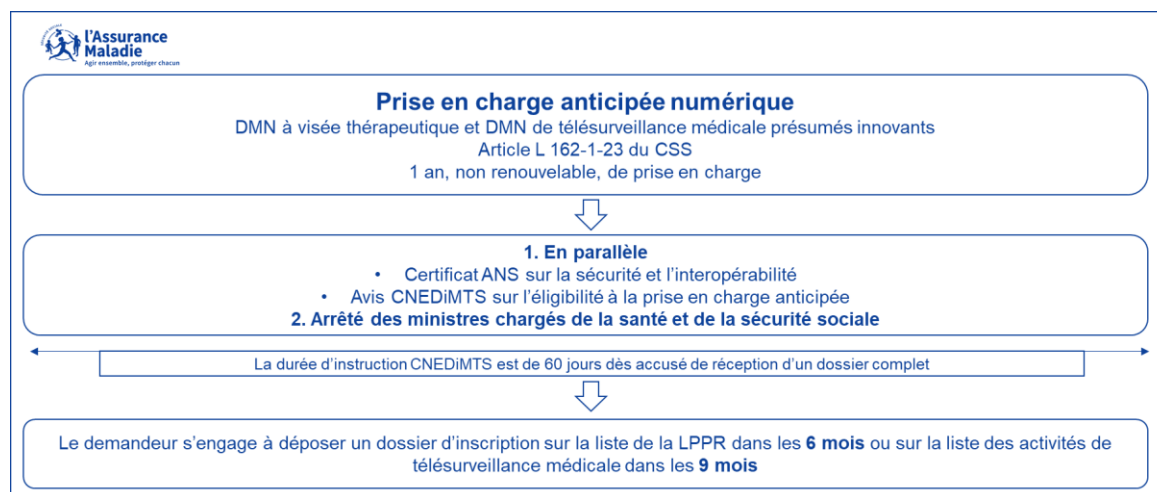
¹⁵⁷ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3274798/fr/evaluation-des-applications-dans-le-champ-de-la-sante-mobile-mhealth-etat-des-lieux-et-criteres-de-qualite-du-contenu-medical-pour-le-referencement-des-services-numeriques-dans-l-espace-numerique-de-sante-et-le-bouquet-de-services-professionnels

¹⁵⁸ <https://www.airship.com/company/press-releases/airship-survey-reveals-eight-out-of-ten-people-turn-to-apps-to-improve-health-and-well-being/>

¹⁵⁹ La HAS a initié une réflexion sur l'évaluation des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3363066/fr/dispositifs-medicaux-numeriques-a-usage-professionnel

Face à ce constat, l'Assurance Maladie s'engage pour accélérer la mise à disposition des innovations numériques. D'une part, dans le cadre des expérimentations de l'article 51¹⁶⁰, elle finance et évalue des innovations organisationnelles dont **18%** reposent sur des technologies numériques (192 des 1 073 projets déposés). D'autre part, la prise en charge anticipée numérique (PECAN), qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2023¹⁶¹, permettra de rembourser des dispositifs médicaux de télésurveillance ou à visée thérapeutique, sur la base de premières études cliniques pendant un an, non renouvelable. Ces deux dispositifs permettent de prendre en charge, de manière dérogatoire, des innovations numériques afin de faciliter leur accès à un remboursement pérenne.

Figure 129 : Accès à la Prise en charge anticipée numérique



Source : Haute Autorité de Santé

En soutenant massivement le secteur de la santé numérique tout en assurant sa régulation

Dans le secteur de la santé numérique, l'action des pouvoirs publics se déploie dans ses deux dimensions traditionnelles : soutien et régulation. D'une part, le ministère de la Santé et de la Prévention finance le secteur grâce à des investissements structurants. En effet, l'enveloppe de la Stratégie d'Accélération « Santé Numérique » (SASN), lancée en octobre 2021 dans le cadre de France 2030, s'élève désormais à 718 millions d'euros et s'articule autour de 5 axes :

- Développer la formation des professionnels de santé et des assurés en santé numérique ;
- Préparer la future génération des technologies clés en santé numérique et accélérer la recherche ;
- Soutenir la maturation des projets structurants ;
- Accompagner la mise en œuvre d'expérimentations en vie réelle et la conduite de premières étapes industrielles ;
- Favoriser les conditions de la réussite d'un déploiement à grande échelle.

Toujours dans le cadre de France 2030, le plan « Dispositif médical innovant » est quant à lui doté de 400 millions d'euros. Enfin, dans le cadre du Ségur de la santé, 2 milliards d'euros ont été engagés pour accélérer la numérisation du système de santé et généraliser le partage fluide et sécurisé de données de santé entre professionnels de santé et les patients.

D'autre part, les pouvoirs publics régulent le secteur de la santé numérique afin d'assurer la protection des données de santé ainsi que la qualité et la sécurité des soins réalisés à l'aide d'outils numériques. Les référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique de l'Agence du Numérique en Santé sont désormais opposables à tous les services numériques en santé¹⁶². L'obtention d'un certificat de conformité à ces référentiels conditionne même l'accès au remboursement des

¹⁶⁰ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>

¹⁶¹ Décret n° 2023-232 du 30 mars 2023 relatif à la prise en charge anticipée des dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et des activités de télésurveillance médicale par l'Assurance Maladie au titre de l'article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000047377863/>

¹⁶² Article L. 1470-5 du code de santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043497489

dispositifs médicaux numériques¹⁶³. Ces référentiels permettent d'assurer un développement cohérent des services numériques en santé avec la doctrine technique du numérique en santé. Pour enrichir ces outils de régulation, la Haute Autorité de Santé a ouvert le 12 janvier dernier un guichet dédié à l'évaluation transversale des dispositifs médicaux numériques en vue de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursés¹⁶⁴.

En assurant la cohérence entre les outils développés et les besoins du système de santé

Ce dernier champ d'action des pouvoirs publics est en construction. En effet, une approche centrée sur l'innovation pour elle-même et les outils domine par l'effet d'un marché qui se développe sans orientations claires de la part de la puissance publique. Les nombreuses solutions qui émergent « n'entrent pas dans les cases », que ce soit celles de l'organisation existante des soins ou des modalités de prise en charge par l'Assurance Maladie. Si l'innovation vient toujours heurter l'existant, elle ne peut être source de progrès que lorsqu'elle est encadrée et répond à un besoin réel. C'est l'enjeu central du développement des usages : il n'interviendra qu'à la condition de l'adhésion des professionnels de santé et des patients, convaincus par une solution répondant à leurs besoins.

Cela suppose, d'une part, de repenser les organisations et parcours de soins et d'intégrer les technologies sur la base de constats partagés et de besoins clairement identifiés. En effet, l'intérêt des outils numériques pour le système de santé semble pour l'instant moins se justifier d'un point de vue thérapeutique qu'organisationnel. A la différence d'un médicament dont l'efficacité est intrinsèque au produit, la valeur ajoutée d'une application réside dans le fait qu'elle permet de nouveaux modes de prises en charge. Et d'autre part, de renforcer l'évaluation de ces innovations numériques afin de créer de la confiance pour les utilisateurs finaux et de garantir un haut niveau de sécurité et d'efficacité des soins rendus. En effet, il est actuellement difficile d'estimer la valeur réelle des innovations numériques pour les patients et le système de santé : ces dernières étant peu prescrites, les preuves d'efficacité clinique sont difficiles à obtenir.

L'absence d'évaluation ou de référentiel qualité constitue donc un obstacle important au développement des usages de la santé numérique. Depuis le 3 novembre 2022, le catalogue de service est disponible sur Mon Espace Santé. Cette nouvelle fonctionnalité propose une offre de services numériques qui pour être référencés doivent respecter **plus de 150 critères d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique définis dans la doctrine du numérique en santé, portée par l'ANS**. Véritable gage de confiance, le référencement à Mon Espace Santé doit désormais aller plus loin et intégrer des critères d'usage qui s'intéressent aux effets sur la pratique courante, le parcours patient ou l'organisation des soins des services demandant le référencement. C'est pourquoi l'Assurance Maladie propose de faire évoluer les critères d'admission à ce catalogue de services pour en faire un véritable label d'État.

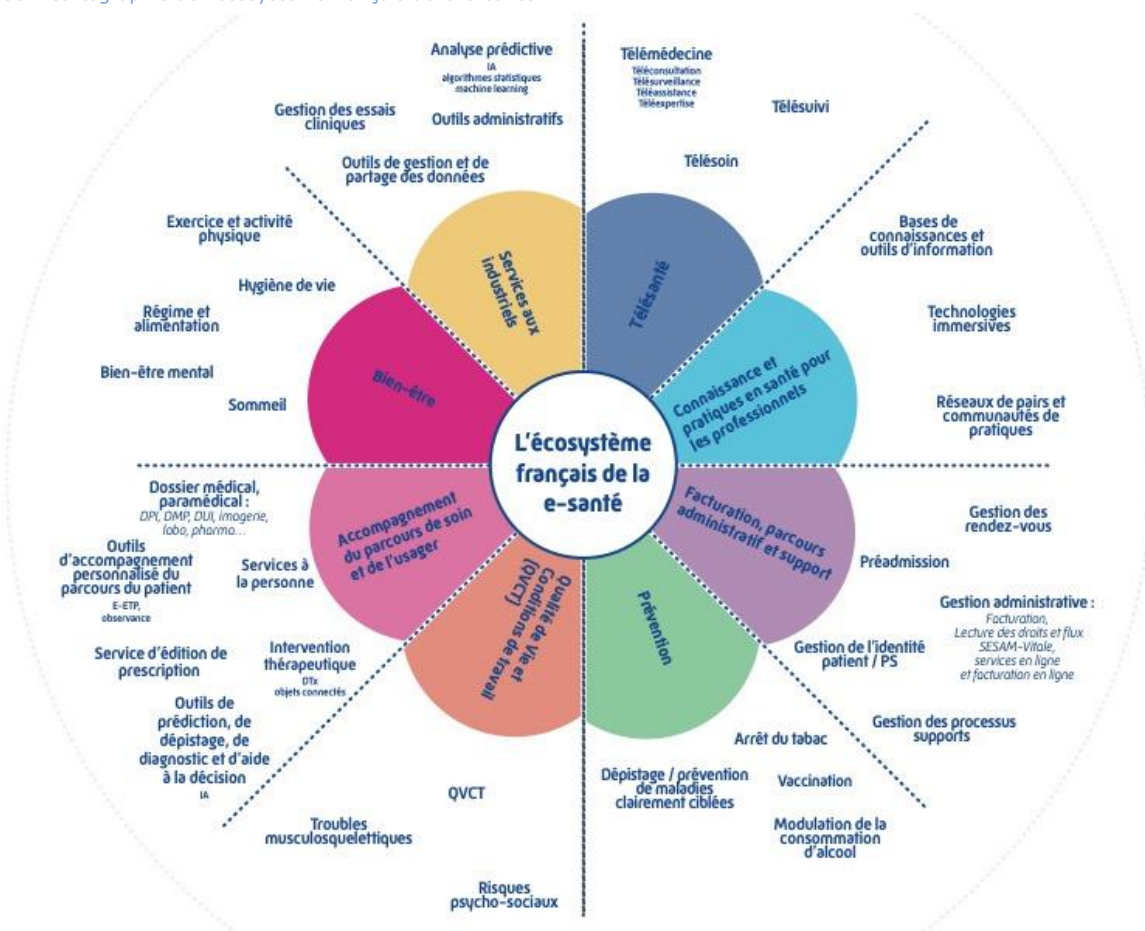
¹⁶³ Article L. 1470-6 du code de santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043497491/2023-05-22

¹⁶⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3404229/fr/dispositifs-medicaux-numeriques-creation-a-la-has-d-un-guichet-unique-pour-une-evaluation-transversale

9.1 Cartographie des innovations numériques santé

Le GIE SESAM-Vitale et l'Assurance Maladie ont réalisé une cartographie des innovations numériques en santé. Pour les raisons évoquées en introduction, le périmètre retenu est large sans pour autant prétendre à l'exhaustivité. En effet, le secteur, particulièrement dynamique et en recomposition constante, ne saurait être définitivement saisi dans une photographie figée.

Figure 130 : Cartographie de l'écosystème français de la e-santé



Source : Assurance Maladie

La cartographie fait apparaître 8 segments et 35 sous-segments, classés selon des définitions juridiques lors qu'elles existent – télémédecine – mais avant tout selon des périmètres fonctionnels plutôt qu'en fonction des outils. Cette classification permet de distinguer des ensembles cohérents et d'en discerner les usages respectifs indépendamment des technologies utilisées. On remarque des sous-segments mûrs – téléconsultation, télé-surveillance (18% du secteur)¹⁶⁵ -, certains en fort développement – analyse prédictive, dépistage – et d'autres moins avancés – technologies immersives, thérapies digitales -.

Bien que les cas d'usages en santé soient encore limités, une attention particulière doit être portée aux potentialités de l'Intelligence Artificielle (IA), du Metavers et des jumeaux numériques. En effet, les applications de l'IA dans un parcours de santé couvrent aussi bien le dépistage que le diagnostic et le traitement des maladies. L'IA a surtout un fort potentiel à l'étape du diagnostic en imagerie médicale, en s'appuyant sur les techniques de *deep learning* qui permettent de localiser une anomalie sur une image, mais elle est également en train de transformer une autre discipline médicale : l'anatomopathologie. Les lames sont dorénavant numérisées à très haute résolution pour être analysées par ordinateur. Ces deux cas usages pourraient révolutionner le dépistage et la prévention secondaire des cancers et des maladies

¹⁶⁵ <https://france-biotech.fr/publications/le-panorama-france-healthtech/>

chroniques. Le Metavers quant à lui sera en mesure de construire des simulations inédites, voire de produire des situations qui pourront simuler les environnements réels au titre de jumeaux numériques immersifs, notamment afin de tester des innovations organisationnelles, managériales ou techniques.

Le partage entre les segments Prévention et Bien-être a fait l'objet d'une attention particulière. En effet, de nombreuses applications numériques qui se réclament de la prévention ne proposent dans les faits aucun contenu de valeur médicale mais plutôt des conseils relatifs au mode de vie des personnes. Si le changement des modes de vie est un levier essentiel de prévention des maladies chroniques, il se situe très en amont d'une approche médicale. Différencier l'un de l'autre permettra à terme de mieux orienter les patients

L'étude réalisée par France Biotech « Panorama France HealthTech 2022 »¹⁶⁶, permet de compléter la lecture de cette cartographie à l'aune d'une perspective plus économique. L'étude recense 2 600 entreprises Healthtech françaises, dont 1 440 medtechs, 800 biotechs et 400 entreprises en santé numérique et intelligence artificielle (IA). Ces entreprises ont réalisé un chiffre d'affaires cumulé de 1,3 milliard d'euros en 2021, en augmentation de plus de 62% par rapport à 2020. 56% des entreprises de HealthTech sont des très petites entreprises (TPE) dont les effectifs sont en augmentation avec une moyenne de 32 salariés (25 en 2021). La France est désormais le premier pays européen en montants levés pour financer des entreprises de la filière Healthtech : le secteur a levé 2,6 milliards d'euros en capital, soit une augmentation de 14% par rapport à 2021, dont 1,8 milliard en capital-risque. L'étude souligne enfin que les contraintes réglementaires restent une préoccupation majeure pour la moitié des acteurs de la filière (+ 11 points par rapport à 2021) qui la classe en deuxième position après le financement de leurs sociétés.

Dans ce contexte, l'Assurance entend accompagner l'émergence en France d'innovations numériques dans deux secteurs spécifiques : les thérapies digitales en santé mentale et les innovations d'aide au diagnostic mobilisant l'IA.

S'agissant des thérapies digitales en santé mentale, cette proposition de l'Assurance Maladie intervient à la suite des annonces faites par le ministre de la Santé et de la Prévention, le 3 mars dernier, lors du bilan de la feuille de route en santé mentale ainsi que dans le cadre du Grand Défi Santé Mentale piloté par le Délégué ministériel à la santé mentale. Il faut d'abord rappeler qu'en France, plus de huit millions d'assurés couverts par l'Assurance Maladie étaient concernés par une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale en 2020, soit près de 12% de la population. Alors que ce champ pathologique représente 14% des dépenses de l'Assurance, l'intérêt pour les interventions non médicamenteuses auprès de ces patients invite à se tourner vers les thérapies digitales qui sont, comparativement à d'autres pays, peu développées en France¹⁶⁷.

Fort des enseignements tirés de son étude sur l'efficacité et les usages des outils numériques dans la prise en charge de la santé mentale¹⁶⁸, l'Assurance Maladie propose donc d'expérimenter le pilote d'une thérapie digitale dans la prise en charge de la dépression en soins primaires. L'accent sera mis sur l'intégration du dispositif dans un parcours de soins et la prise en compte du rôle des professionnels de santé et des patients. Concrètement, cela signifie qu'il sera nécessaire de prendre en compte l'ensemble des modalités concrètes qui vont permettre aux professionnels de santé de prescrire facilement et de manière pertinente des thérapies numériques (guide de prescription, formation, interopérabilité entre le dossier médical électronique et la thérapie numérique, capacité du clinicien à reconnaître les fonctionnalités adaptées aux symptômes du patient). La thérapie digitale doit également se traduire par une innovation médicale qui implique une nouvelle façon de soigner reposant sur une complémentarité entre thérapies digitales et suivi médical classique

Concernant la mobilisation de l'IA comme aide au diagnostic, il convient de rappeler que Haute Autorité de Santé n'évalue les dispositifs médicaux numériques à usage professionnel que s'ils se rattachent à un acte de la nomenclature. Or, les outils d'aide au diagnostic ne bénéficient pas d'un modèle de prise en charge dans le cadre actuel, ce qui freine leur développement.

Afin de prendre en charge des dispositifs médicaux numériques ou des algorithmes d'aide au diagnostic, il faut soit faire évoluer la nomenclature soit faire évoluer la prise en charge des équipements. Bien entendu, le choix d'une modalité de prise en charge plutôt qu'une autre aura un impact direct sur le modèle économique qui reste à construire et devra donc être minutieusement étudié.

Aussi, la Haute Autorité de Santé ne pourra pas évaluer tous les outils d'aide au diagnostic existants. Il faut donc pouvoir les catégoriser en fonction des priorités de santé publique. L'Assurance Maladie propose donc de travailler à

¹⁶⁶ <https://france-biotech.fr/publications/le-panorama-france-healthtech/>

¹⁶⁷ Renforcer la prise en charge de la santé mentale en soins primaires : quelle efficacité et quels usages des outils numériques ? Comparaisons Internationales, Assurance Maladie, Octobre 2022

¹⁶⁸ Ibid.

cette catégorisation et de réfléchir à des évolutions des modèles de prise en travaillant pour se faire en partenariat avec la HAS et l'Agence de l'Innovation en santé.

9.2 La téléconsultation : un usage en voie de normalisation

La téléconsultation est un acte de télémédecine qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient¹⁶⁹. Toutes les professions médicales peuvent réaliser une téléconsultation : médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, quel que soit leur lieu d'exercice. En France, il existe actuellement deux modèles de téléconsultation : les solutions logicielles proposées par le professionnel médical à sa patientèle et les plateformes qui mettent en relation des médecins avec des patients.

A la faveur de la pandémie du Covid-19, l'usage de la téléconsultation s'est accéléré. En effet, en 2019, 80 000 téléconsultations étaient réalisées. En 2020, au plus fort de la crise, un pic de 13,6 millions de téléconsultations a été atteint. Une normalisation du volume d'activité est observée depuis 2021 avec environ 9 millions de téléconsultations par an. Cette pratique s'est donc bien installée dans le paysage des professionnels de santé et des patients. Mais ces chiffres doivent être mis en perspective, les téléconsultations ne représentant que 4% des consultations facturées à l'Assurance Maladie.

Encadré 27 : Comparaison européenne : la pratique des téléconsultations et son impact

La téléconsultation fait désormais partie du paysage médical de l'ensemble des pays européens dans le domaine des soins primaires mais sa pratique et ses modalités ne sont cependant pas uniformes.

En effet, en France, la consultation médicale traditionnelle en cabinet reste la norme et les patients n'ont recours que ponctuellement à la téléconsultation (4% des consultations de médecine générale en 2021¹⁷⁰) et principalement par vidéoconsultation. Cette pratique de la vidéoconsultation est presque une exception française car, hormis la Suède où la vidéoconsultation avoisine les 40%, la majorité des téléconsultations se réalise par téléphone et par messagerie dans la plupart des autres pays européens comme au Danemark (48% par téléphone et messagerie, 1% par vidéoconsultation) ou au Royaume-Uni (61% par téléphone, 4% par vidéoconsultation)¹⁷¹.

L'hétérogénéité de ces modalités peut en premier lieu s'expliquer par la différence de finalité qui leur est associée : les téléconsultations par messagerie ou par téléphone jouent avant tout un rôle de triage qui pose un premier diagnostic et détermine de la nécessité d'une consultation médicale alors que la vidéoconsultation est davantage usitée pour le diagnostic d'un problème de santé non identifié par le patient¹⁷².

Par ailleurs, les stratégies d'accès et de prise en charge des téléconsultations mises en place par les systèmes de santé tendent également à limiter ou faciliter leur usage. La comparaison internationale permet à ce sujet de mettre en évidence deux approches institutionnelles qui encadrent l'accès aux téléconsultations :

-la première consiste à développer une offre incluant les services de téléconsultations accessibles à travers des plateformes en ligne publiques. Au Danemark, les téléconsultations sont accessibles gratuitement et prises en charge via une application nationale (*Minlaege*, « mon médecin »). L'Espagne, le Portugal et l'Italie se sont également lancés dans cette stratégie qui a pour conséquence principale de limiter le marché des offres de téléconsultations privées dans les soins primaires.

-la seconde, à l'inverse, laisse un marché des téléconsultations se mettre en place avec des offres de plateformes privées C'est dans cette configuration que la régulation de celles-ci devient un véritable enjeu pour les systèmes de santé en termes d'organisation et de financement. C'est le cas en France, où plusieurs plateformes privées proposent des services de téléconsultations qui doivent néanmoins se conformer à certaines conditions pour être prises en charge. Même configuration en Suède, à l'exception du fait que tous les services de téléconsultations sont pris en charge par le système de santé, ou encore au Royaume-Uni où les entités locales du *National Health Service (NHS)* concluent des contrats avec les prestataires de plateformes privées.

Si les téléconsultations ont des effets positifs, notamment dans le cadre de la routine de soins d'un patient atteint de maladie chronique où elles permettent un gain de temps et évitent certains coûts de déplacement¹⁷³,

¹⁶⁹ Article R. 6316-1 du code de santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043600549

¹⁷⁰ Site ameli.fr : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/telemedecine/teleconsultation> au 14/04/2023

¹⁷¹ Source : DAEI - Réseau des conseillers pour les affaires (CAS), enquête auprès des organismes de santé des pays, données se retrouvent pour la plupart sur les sites officiels respectifs de ces derniers, données de 2021.

¹⁷² Morcillo Serra C, Aroca Tanarro A. Teleconsultation and videoconsultation forever? Med Clin (Barc). 2022 Feb 11;158(3):122-124. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2021.09.008. Epub 2021 Oct 28. PMID: 34756409; PMCID: PMC8552813.

¹⁷³ Du Toit M, Malau-Aduli B, Vangaveti V, Sabesan S, Ray RA. Use of telehealth in the management of non-critical emergencies in rural or remote emergency departments: A systematic review. Journal of Telemedicine and Telecare. 2019;25(1):3-16. doi:10.1177/1357633X17734239

elles semblent aussi perturber les modèles de soins traditionnels et engendrent des problématiques plus fondamentales.

Le retour d'expérience de la Suède et du Royaume-Uni, où la téléconsultation se pratique depuis une dizaine d'années, est mitigé sur le sujet. Le recours aux téléconsultations n'a ainsi pas réduit la fréquentation des centres de santé en Suède¹⁷⁴. Une étude anglaise montre que les diagnostics virtuels augmenteraient les taux de re-consultations car ils ne sont pas toujours acceptés par le patient ou parce que le patient a besoin d'un second avis médical pour être sûr qu'il a décrit les bons symptômes¹⁷⁵. Une étude suédoise¹⁷⁴ émet également un point de vigilance sur la surconsommation et la surprescription de médicaments : avec les téléconsultations, il est plus facile pour le patient de trouver un médecin qui sera enclin à lui prescrire le médicament qu'il souhaite, et ce d'autant plus si la consultation n'est pas enregistrée dans le parcours de soins du patient. Trop peu d'études traitent actuellement les consultations médicales en ligne de manière globale, c'est pourquoi les impacts de celles-ci sont encore à nuancer.

Les effets de la téléconsultation sur l'amélioration de l'accès à des soins de premier recours restent contrastés. En effet, la téléconsultation ne semble pas être particulièrement utilisée par les patients situés en zone sous dotées de professionnels médicaux. Au contraire, une étude de la DREES¹⁷⁶ montre que 7 téléconsultations sur 10 ont été réalisées au profit de patients résidant dans les grands pôles urbains. Ce résultat illustre les limites du rôle des outils numériques dans l'accès aux soins : les patients situés dans les zones rurales sont aussi davantage éloignés du numérique¹⁷⁷. Si le développement des téléconsultations assistées par un infirmier pour les patients les plus fragiles mérite d'être soutenu, il est à mettre en perspective avec les coûts induits par la rémunération de deux professionnels de santé pour un même acte. Les effets de la téléconsultation sur le parcours, la pertinence et la qualité du soin sont également ambivalents. En effet, une certaine dégradation de la qualité diagnostique est constatée en l'absence d'examen clinique poussé ou de téléconsultation assistée. Il faut enfin citer les bornes de téléconsultation qui sont actuellement implantées dans des lieux peu compatibles avec l'exercice de la médecine (supermarchés, halls de gare) et sans accompagnement des patients téléconsultants.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie et le ministère de la Santé et de la Prévention ont mis en place un cadre d'incitation et de régulation de la téléconsultation afin d'en favoriser le bon usage. Tout d'abord, les mesures d'accompagnement au déploiement de la téléconsultation mises en place par l'avenant 9 à la convention médicale de 2016 sont encadrées par l'introduction de mesures visant à garantir une pratique de qualité, respectueuse des principes d'organisation de notre système de soins, dont l'instauration d'un seuil maximal d'activité de télé-médecine. Une charte de bonnes pratiques de la téléconsultation est également élaborée par l'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux signataires, pour faire connaître aux médecins les recommandations et obligations essentielles au regard de la pratique de l'activité à distance. Ensuite, l'article 53 de la LFSS 2023 conditionne la prise en charge des téléconsultations réalisées par les plateformes à l'obtention d'un agrément ministériel. En effet, jusqu'à présent ces sociétés s'étaient structurées en centres de santé afin de facturer à l'Assurance Maladie. Elles disposent désormais d'un statut ad hoc et doivent se conformer à un certain nombre de règles pour obtenir l'agrément parmi lesquelles¹⁷⁸ :

- Le respect des règles conventionnelles de prise en charge des téléconsultations¹⁷⁹ ;
- Le respect des référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique de l'ANS¹⁸⁰ ;
- Le respect du référentiel des bonnes pratiques professionnelles dans le cadre de la téléconsultation de la HAS¹⁸¹.

¹⁷⁴ Mårten Blix, Johanna Jeansson, Telemedicine, and the Welfare State, The Swedish experience, 2019

¹⁷⁵ Morris Jessica, The remote care revolution in the NHS: understanding impacts and attitudes, 2020: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/the-remote-care-revolution-in-the-nhs-understanding-impacts-and-attitudes>

¹⁷⁶ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale>

¹⁷⁷ <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2022/02/rapport-dematerialisation-des-services-publics-trois-ans-apres-ou-en-est-on>

¹⁷⁸ Articles L. 4081-1 à L. 4081-4 du code de santé publique

¹⁷⁹ <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations-telemedecine/telemedecine/teleconsultation>

¹⁸⁰ Articles L. 4081-2 du code de santé publique

¹⁸¹ Article L. 161 37 du code de sécurité sociale

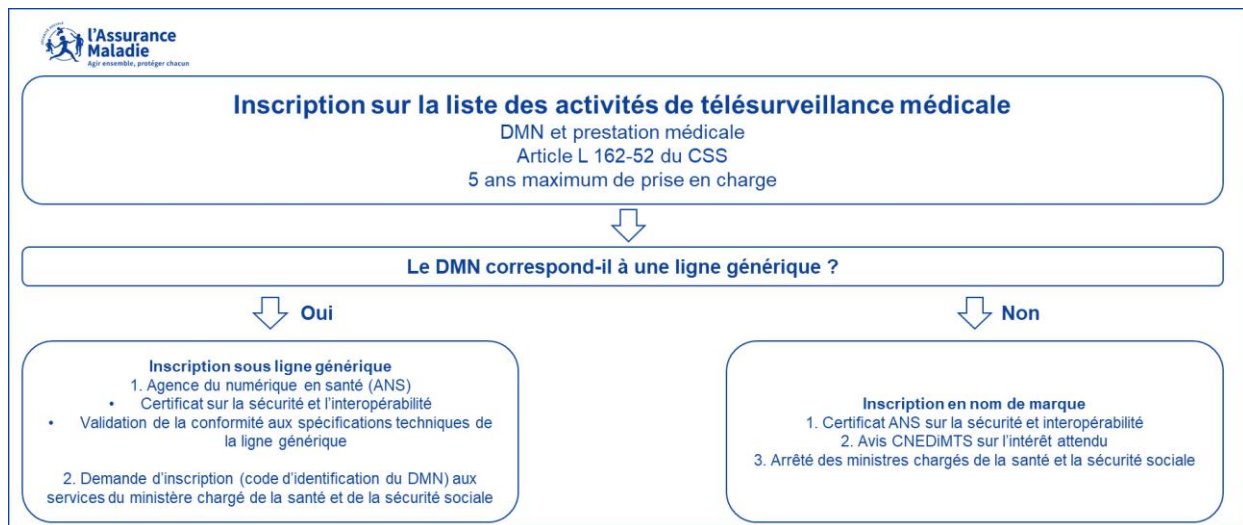
9.3 Télésurveillance médicale : un usage qui s'accélère

La télésurveillance est un acte de télé médecine qui permet à un professionnel de santé d'interpréter à distance des données pour le suivi médical d'un patient et d'adapter la prise en charge¹⁸². Les bénéfices attendus sont particulièrement importants pour les médecins, les assurés et l'Assurance Maladie. Pour les médecins, la télésurveillance médicale permet d'améliorer la qualité de prise en charge, le traitement peut être adapté en temps réel et les complications peuvent être détectées précocement. Pour les patients atteints de maladies chroniques ou les personnes âgées, la télésurveillance médicale permet d'être suivi à distance, et donc de réduire les déplacements à l'hôpital ou chez le médecin. Elle leur permet de rester autonomes à leur domicile et de suivre leur état de santé. Pour l'Assurance Maladie, la télésurveillance permet de réduire les coûts liés aux hospitalisations et d'encourager la pratique coordonnée des professionnels de santé.

Après plusieurs années d'expérimentation dans le cadre du programme ETAPES¹⁸³, les activités de télésurveillance médicale sont désormais remboursées par l'Assurance Maladie dans le cadre d'une prise en charge de droit commun¹⁸⁴. Cette prise en charge, unique au monde, doit permettre de développer et d'évaluer plus systématiquement les usages de la télésurveillance. Aujourd'hui environ 100 000 patients sont télésurveillés dans le cadre d'ETAPES alors qu'environ 10 millions de personnes souffrent d'une affection de longue durée. La prise en charge repose sur un « forfait technique » à destination des exploitants des dispositifs numériques de télésurveillance et sur un « forfait opérateur » à destination des professionnels de santé.

Concernant l'évaluation, la prise en charge de droit commun doit permettre de disposer de files actives suffisamment importantes par types de pathologie afin de mener des études robustes. En effet, les effets de la télésurveillance semblent varier en fonction des pathologies et des organisations de soins retenues pour son déploiement. Si la télésurveillance est désormais définie par les textes, la pratique est en réalité peu mature et peu normée. Elle va évoluer y compris au contact de l'intelligence artificielle. C'est dans cette perspective d'évolutivité qui engage à la fois le dispositif médical et l'organisation du soin que doit se placer l'évaluation.

Figure 131 : Accès à la prise en charge de droit commun des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance



Durée instruction CNEDIMTS : 90 jours

Source : Haute Autorité de Santé

¹⁸² Article R. 6316-1 du code de santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043600549

¹⁸³ Programme d'Expérimentations de Télé médecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé lancé en 2016.

¹⁸⁴ Décret n° 2022-1767 du 30 décembre 2022 relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télésurveillance médicale <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046849110>

Les nombreux défis posés par la téléconsultation invitent à aller plus loin dans sa régulation afin de soutenir des usages au bénéfice de la qualité du soin et de la fluidité des organisations de santé. En plus des critères conventionnels, l'Assurance Maladie souhaite porter de nouvelles mesures d'encadrement de la pratique :

- Des mesures non-conventionnelles comme la limitation des prescriptions d'arrêt de travail à un maximum de trois jours et l'interdiction de leur renouvellement lors d'une téléconsultation ainsi que l'interdiction de l'implantation de télécabine dans un local commercial qui ne serait pas également le lieu d'exercice d'un professionnel de santé ;
- Des mesures de régulation de l'activité commerciale des plateformes de téléconsultation comme l'interdiction de facturer des frais annexes sans rapport avec le soin (mise en relation avec un professionnel de santé ou d'accès à l'outil de téléconsultation), l'interdiction d'incitations pour les professionnels de santé (prime de Noël, parrainages) et enfin l'encadrement de la publicité ;
- Des mesures d'aide à la facturation et aux contrôles comme l'obligation pour les plateformes de s'équiper d'une solution de facturation SESAM-Vitale et l'obligation pour les médecins salariés de s'identifier via leur carte CPS lorsqu'ils téléconsultent pour une plateforme.

9.4 Pour développer les usages : des évaluations à systématiser et des modèles économiques à construire

9.4.1 Des évaluations à rénover et systématiser

Aujourd'hui seuls les dispositifs médicaux numériques qui demandent un accès au remboursement sont évalués sur la base d'essais cliniques randomisés contrôlés. Or, ce modèle d'évaluation, calqué sur celui du médicament, semble impossible à généraliser pour des solutions numériques par nature évolutives, elles-mêmes insérées dans des agencements organisationnels parfois complexes (plateformes, regroupements de professionnels...) dont l'évaluation se prête mal à l'essai contrôlé. Elles sont également très nombreuses (à comparer à une cinquantaine de nouveaux médicaments par an), d'une grande diversité, sans stabilité (mises à jour, succession de versions différentes d'un même produit qu'il est impossible d'évaluer à chaque fois), soumises à des améliorations constantes des logiciels et des algorithmes. Ainsi marqués d'une obsolescence intrinsèque, les outils et services numériques ne peuvent de façon réaliste s'inscrire dans des procédures d'évaluation sur dix ans. Il semble essentiel de développer ces méthodologies d'évaluation « en vie réelle », c'est-à-dire en conditions non expérimentales, à partir de données observationnelles. L'analyse de ces données doit pouvoir permettre de documenter l'intérêt des solutions proposées et de dégager un bilan utile pour décider de l'opportunité d'une diffusion à plus grande échelle, même si l'évidence produite n'est pas de même niveau que dans un schéma expérimental. Il est également nécessaire d'étudier les effets des interventions dans un contexte de pratique courante.

Désormais, tous les services numériques en santé doivent se conformer aux référentiels de droit commun de l'ANS. Et les solutions numériques qui souhaitent être référencées dans Mon Espace Santé doivent se conformer à des référentiels spécifiques. Mais ces référentiels n'évaluent que la partie technique des solutions grâce à des critères d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique. Or, la partie éthique est circonscrite aux enjeux d'accessibilité, de transparence de l'utilisation des données et de durabilité. Si ces référentiels permettent d'assurer un haut niveau de sécurité des solutions numériques, ils ne prennent pas en compte leurs effets tant d'un point de vue médical, organisationnel ou économique. Cette évaluation technique mérite donc d'être enrichie par des critères s'intéressant à l'usage afin de développer la confiance des utilisateurs mais aussi la qualité et l'efficacité de la prise en charge au moyen de ces nouvelles technologies.

9.4.2 Des modèles économiques à construire

Deux caractéristiques du marché français rendent difficile la construction de modèles économiques viables :

- Le patient, utilisateur final de la plupart des innovations numériques en santé, n'a pas l'habitude de payer pour sa santé ;
- La prise en charge par l'Assurance Maladie est conditionnée par un haut niveau de preuve et fait suite à une l'évaluation menée par l'HAS.

Alors que l'accès au remboursement est long et incertain, l'identification du payeur n'est pas aisée. De nombreuses entreprises se tournent vers l'Assurance Maladie dans l'espoir d'une prise en charge sans en connaître les étapes préalables. Afin de répondre à ce défaut d'acculturation du secteur, la Délégation du Numérique en Santé (DNS) et l'Assurance Maladie expérimentent un Comité d'orientation des financements pour inciter les financeurs publics et privés à mieux prendre à compte les conditions d'accès au remboursement et la nécessité d'inscrire les innovations numériques dans le cadre d'une médecine de preuve.

Pour la construction des modèles économiques, la question de la pertinence du mode de rémunération est centrale. Dans un certain nombre de cas, la tarification à l'acte reste possible (téléexpertise). Mais souvent la technologie numérique est intégrée à une intervention complexe, dont elle ne représente qu'un des composants. C'est alors le service global qu'il est plus rationnel de rémunérer (de suivi du patient et d'accompagnement) sans segmenter en fonction des interventions, et ce, par un forfait de prise en charge. Il n'est pas certain que la prise en charge actuelle, forfaitaire certes, mais essentiellement axée sur les dispositifs médicaux permette un juste partage de la valeur entre les professionnels de santé et les industriels. Ces innovations et leurs impacts organisationnels invitent donc à faire évoluer les modèles de tarification classique vers une prise en charge globale du service rendu.

La télésurveillance médicale est un exemple qui illustre l'intérêt des applications du numérique en santé, mais également les défis en termes d'organisation et de modèles de financement qu'elle pose.

L'un des apports majeurs de la télésurveillance est de permettre de suivre un effectif plus important de patients en maintenant ou améliorant la qualité des soins à moindre coût, dans un contexte de croissance importante du poids des maladies chroniques. La télésurveillance permet dans certaines indications d'apporter un bénéfice clinique au patient, en évitant des décompensations ou en améliorant son confort ou sa qualité de vie. Ces impacts cliniques peuvent à leur tour avoir un impact économique en évitant les coûts qui y sont liés, comme une hospitalisation liée à la décompensation.

Le programme ETAPES, mené de 2014 à 2021 a permis de tester en vie réelle cette application du numérique en santé autour d'indications bien définies et sur la base d'un modèle organisationnel dont les bases sont portées dans le droit commun par la LFSS pour 2022. Ce modèle identifie un « opérateur de télésurveillance » qui peut être un professionnel ou une organisation de santé et dont l'activité repose sur la mise à disposition au patient d'un « dispositif médical numérique », qui peut-être un équipement ou un logiciel et qui permet le recueil et l'interprétation à distance des données de santé du patient. La tarification de cette activité distingue deux forfaits l'un pour l'opérateur qui vise à financer l'organisation de la télésurveillance et l'autre pour l'exploitant du dispositif médical numérique. Ce modèle constitue, à compter du 1er juillet 2023 le droit commun pour les activités de télésurveillance médicale. Ce passage dans le droit commun constitue une avancée majeure pour le développement de la santé numérique et contribue à en faire non plus une perspective mais une réalité.

Le cœur de la télésurveillance consiste à recueillir, transmettre et analyser des données sans que le patient ne soit physiquement présent auprès de l'équipe de soins. Sa capacité disruptive réside elle principalement dans la possibilité qu'elle offre d'une transformation potentiellement radicale de l'organisation des soins. En particulier, des réallocations de tâches parfois importantes sont rendues possibles entre les différents acteurs d'un parcours de soins permettant de libérer du temps pour certains d'entre eux. L'outil numérique joue ici un rôle de catalyseur des transformations, mais c'est bien l'organisation et les processus de soins qui sont le plus impactés. La création de valeur de telles transformations peut alors aller bien au-delà des seuls résultats cliniques et des économies potentiellement générées par le biais d'évènements de santé évités.

De telles transformations organisationnelles, rendues possible par la télésurveillance, peuvent rapidement conduire à des considérations économiques et financières entre les acteurs d'un même parcours, surtout s'ils sont financés séparément. Le temps libéré peut se traduire par une perte sèche de revenu et conduire les professionnels concernés soit à limiter leur implication dans la télésurveillance pour préserver leur rémunération, soit à solliciter un financement ou une compensation financière spécifiques, ce qui contribue à renchérir le coût des soins et peut limiter l'impact économique favorable de la télésurveillance.

L'impact économique de la télésurveillance est fortement conditionné par l'ampleur des transformations organisationnelles qu'elle permet en pratique, elles-mêmes très dépendantes des modèles de financements de cette activité. Si la LFSS 2022 propose un modèle permettant de couvrir un certain nombre de cas, il est prudent de considérer qu'il existe une place pour d'autres modèles complémentaires d'organisation et de financement, certains expérimentés dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 qui permettront d'étendre ou de compléter le modèle de droit commun.

En ce sens, la télésurveillance est exemplaire des questionnements soulevés par l'entrée du numérique dans les soins et la difficulté de trouver les modèles économiques les plus à même d'en favoriser le développement dans des conditions favorables aux patients et soutenables pour la collectivité

Propositions pour renforcer l'évaluation et promouvoir les usages de la santé numérique

Proposition 19 : Apposer un « label d'Etat » aux meilleures « applications santé » disponibles sur smartphone, via le référencement sur Mon Espace Santé de services numériques tiers

Au-delà du cadre transversal numérique en santé en France (sécurité des données, interopérabilité) - qui constitue à ce stade la condition pour être référencé dans le « store » de Mon Espace Santé - veiller à la conformité de ces services numériques aux exigences scientifiques et déontologiques établies par la loi (Code de la Santé publique), les ordres professionnels, les partenaires conventionnels, et les autorités scientifiques indépendantes (HAS, ANSM, SPF) sera attendue.

Proposition 20 : Stabiliser le cadre de régulation de la téléconsultation afin de garantir aux patients une pratique médicale éthique et pertinente

Des mesures relatives à la qualité de la pratique (limitation des prescriptions d'arrêt de travail à un maximum de trois jours, non renouvelable, interdiction de l'implantation de télécabine dans un local commercial qui ne serait pas également le lieu d'exercice d'un professionnel de santé) ;

Des mesures de régulation de l'activité commerciale des plateformes de téléconsultation (interdiction de facturer des frais annexes sans rapport avec le soin, interdiction d'incitations pour les professionnels de santé (prime de Noël, parrainages) et encadrement de la publicité) ;

Des mesures d'aide à la facturation et aux contrôles (obligation pour les plateformes de s'équiper d'une solution de facturation SESAM-Vitale, obligation pour les médecins salariés de s'identifier via leur carte de professionnel de santé (CPS) lorsqu'ils téléconsultent pour une plateforme) ;

Des mesures de sécurité de la pratique (référentiel HAS) et de sécurité de l'outil numérique (sécurité des données, etc.).

Proposition 21 : Accompagner l'émergence en France d'innovations numériques dans deux secteurs spécifiques : les thérapies digitales en santé mentale et les innovations d'aide au diagnostic mobilisant l'intelligence artificielle (IA)

Expérimenter un pilote de thérapie digitale dans le champ de la santé mentale afin de permettre aux professionnels de santé de prescrire les outils apportant une innovation médicale en traitement de la dépression et en complémentarité du suivi médical classique ;

Avec la HAS et l'Agence de l'Innovation en Santé, catégoriser les innovations d'aide au diagnostic reposant sur l'IA et définir un modèle de prise en charge adapté.

10 Prestations en espèce : les indemnités journalières

10.1 Un poste de dépenses qui poursuit sa croissance dans un contexte post-covid appelant une reprise des actions de régulation

10.1.1 Un contexte juridique et règlementaire normalisé

2023 est l'année d'un retour à la normale règlementaire après plus de deux ans de crise sanitaire et de prestations dérogatoires COVID (versement d'indemnités journalières pour covid, pour un arrêt de travail initié en « auto-prescription » à la suite d'un test positif et sans passer par un médecin, avec neutralisation de la carence, maintien du complément employeur et neutralisation du compteur de cumul des IJ).

La crise sanitaire ne doit pas masquer une dynamique à la hausse du poste de dépenses IJ supérieure aux années d'avant crise (+8,2% à fin décembre 2022 pour les IJ hors covid¹⁸⁵), nécessitant des analyses complémentaires pour déterminer avec précision les déterminants de la dépense (effets emplois et secteurs d'activité, revalorisations du smic, double grippe saisonnière en 2022, distinction entre arrêts courts et arrêts longs, effet âge, effet recul de l'âge de départ à la retraite...). Cette situation appelle une reprise de nos actions de régulation vers l'ensemble des publics concernés (prescripteurs en ville et à l'hôpital, assurés sociaux, employeurs).

L'Assurance Maladie se mobilise en conséquence pour maîtriser la dépense générée par les arrêts de travail : 200 millions d'euros d'impact financier estimés pour 2023 et 230 millions pour 2024, à obtenir via différents leviers d'actions :

- Un levier analyse statistiques (approfondissement de notre connaissance du poste de dépenses IJ, de ses déterminants, de ses dynamiques à court moyen et long terme, des principaux motifs et pathologies générant des arrêts de travail...).
- Un levier simplification règlementaire (simplifier la réglementation pour faciliter la prescription et son efficacité).
- Un levier actions vers les différents publics concernés via une feuille de route volontariste et pluriannuelle de GDR IJ, équilibrée entre actions d'information, d'accompagnement et de contrôle des prescripteurs les plus atypiques. L'accompagnement personnalisé vise à les outiller utilement dans leur pratique quotidienne : une visite des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) sera par exemple consacrée au thème l'arrêt de travail comme outil au sein du parcours des patients dans le champ de la santé mentale. Les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelles, et les outils de maintien et de retour à l'emploi, seront également fortement promus à la fois vers les assurés sociaux, leurs employeurs, et vers les médecins prescripteurs.

10.1.2 Des tendances de fond observées au cours de la dernière décennie

Les dépenses d'IJ remboursées entre 2010 et 2022 ont connu une croissance moyenne annuelle de +3,8% pour les IJ maladie et AT-MP. Les dépenses d'IJ maternité¹⁸⁶ n'ont quasiment pas augmenté sur la période (+0,3%).

Cette croissance s'explique principalement par les facteurs suivants :

- L'effet démographique contribue à hauteur de 36% à la croissance. L'effet démographique comprend la *hausse de la population active* (23% de contribution à la croissance) et le *vieillessement de la population des bénéficiaires d'IJ maladie* (13% de contribution à la croissance). A titre d'illustration, le taux d'activité des 55-64 ans est passé de 43% à 60% soit +17 points en 12 ans de 2010 à 2022 (cf. graphique infra).
- L'augmentation du montant de l'IJ moyenne remboursée par classe d'âge contribue à hauteur de 18%.
- L'augmentation de la durée moyenne d'arrêt par classe d'âge contribue pour sa part à hauteur de 23% à la croissance.

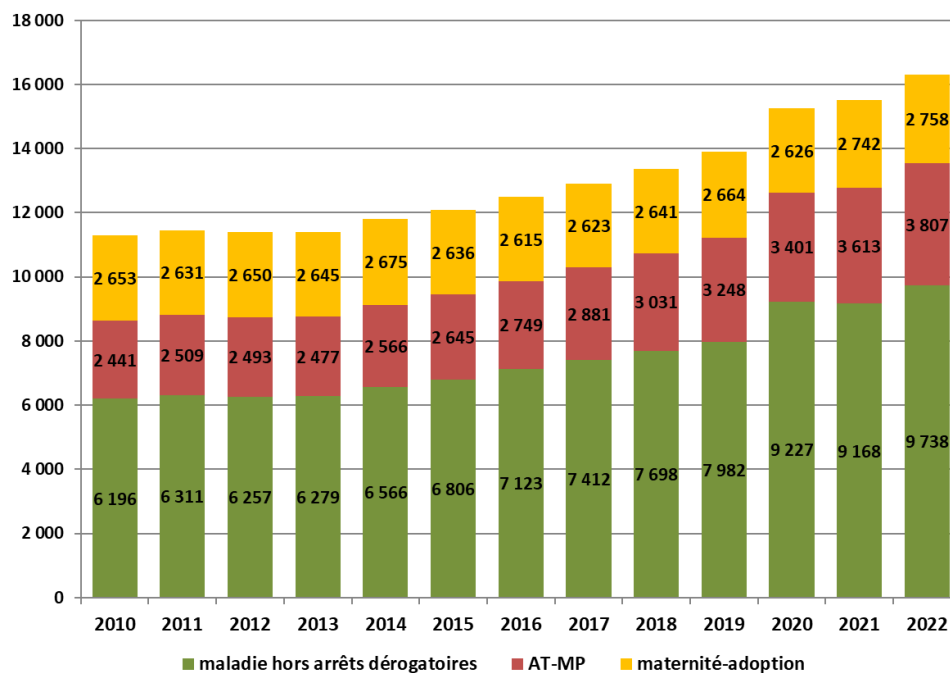
¹⁸⁵ Chiffre incluant les risques maladie, accident de travail, maladie professionnelle, y compris travailleurs indépendants (les professions libérales touchent des IJ maladie depuis juillet 2021).

¹⁸⁶ Hors IJ paternité.

- L'augmentation du taux de recours aux IJ explique enfin 14% de la croissance.

On constate également une augmentation significative du recours au dispositif de temps partiel thérapeutique.

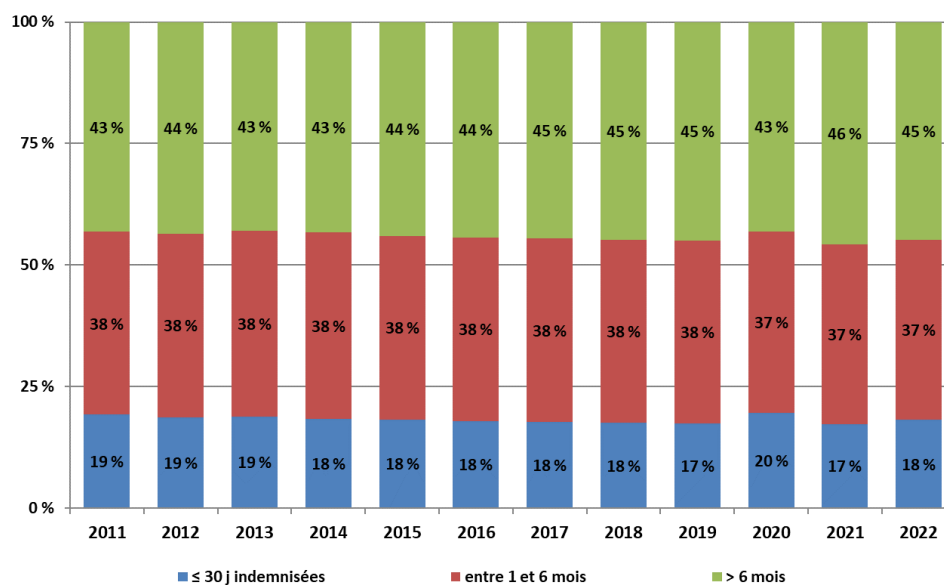
Figure 132 : Evolution des montants indemnisés (en M€) :



Champ : régime général hors TL hors PAMC – hors arrêts dérogatoires
Source : CNAM – SNDS

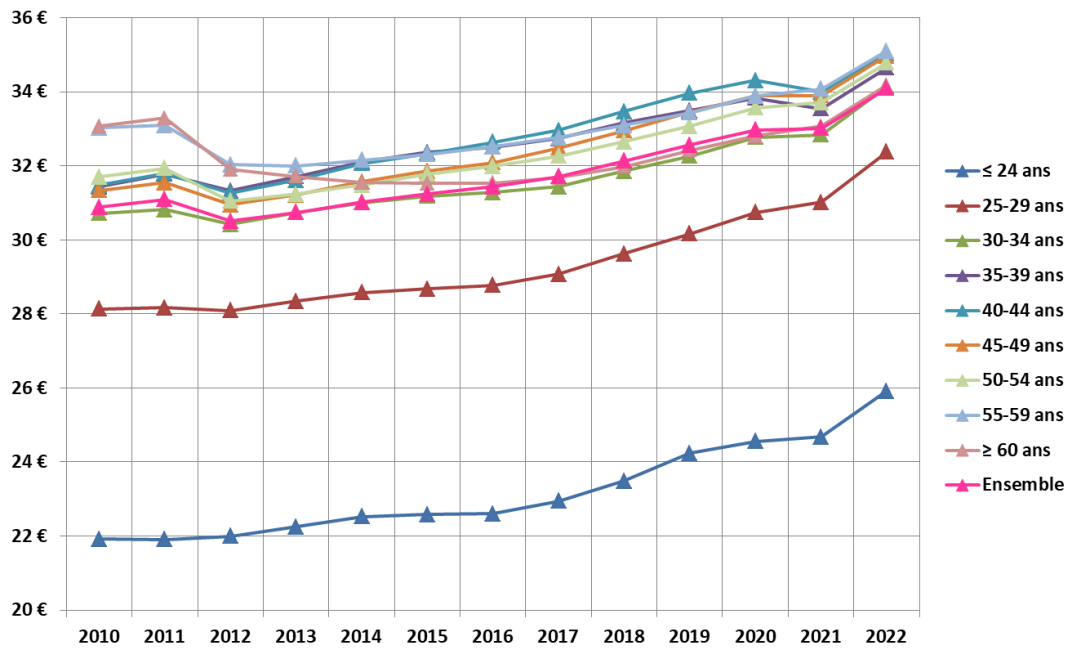
On observe une part croissante des arrêts les plus longs (à l'exception de 2020 et dans une moindre mesure de 2022).

Figure 133: évolution 2011-2022 des arrêts maladie indemnisés : répartition du montant en fonction de la durée de l'arrêt :



Source : CNAM – SNDS
Champ : régime général hors TL hors PAMC – hors arrêts dérogatoires, durée calculée en nombre de journées indemnisées (hors délai de carence) depuis le début de l'arrêt. Situation vue à la fin de l'année étudiée.

Figure 134 : Evolution sur la période 2010-2022 du montant moyen versé par journée indemnisée pour arrêt maladie hors arrêts dérogatoires selon l'âge du bénéficiaire

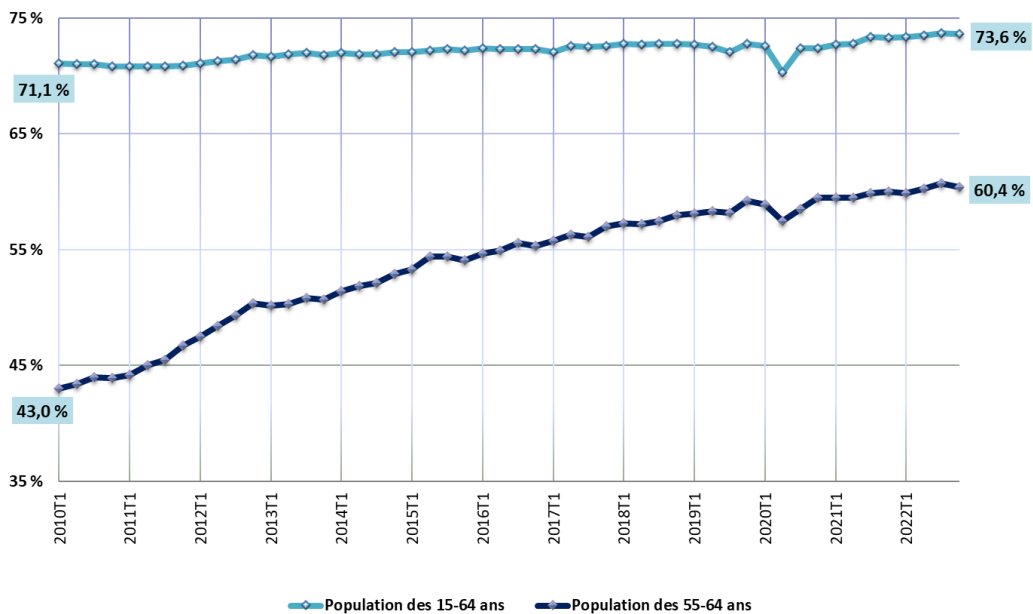


Source : CNAM – SNDS

Champ : régime général hors TL hors PAMC – hors arrêts dérogatoires

Précision : modification du montant maximal de l'IJ, qui est passé de 50 % du plafond de la Sécurité sociale (soit 2,1 Smic) à 50 % de 1,8 Smic pour les arrêts débutant après le 1er janvier 2012. Soit de 48,43 € à 41,38 €. La nouvelle réglementation ne s'appliquait pas aux arrêts de travail ayant débuté avant le 1er janvier 2012 et toujours en cours à cette date.

Figure 135: Evolution trimestrielle 2010-2022 du taux d'activité des 15-64 ans et des 55-64 ans



Source : Insee

Champ : Taux d'activité au sens du BIT - Données CVS (corrigées des variations saisonnières) - France hors Mayotte

Focus : une évolution significative du recours aux arrêts maladie en temps partiel thérapeutique :

Les arrêts maladie versés dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique n'ont cessé d'augmenter en dix ans (à l'exception de l'année 2020) :

- Entre 2010 et 2019, les montants ont progressé de 68% (+208 millions d'€ au total), soit une progression moyenne de +5,9% par an.
- Entre 2019 et 2022 cette dynamique s'est accrue, avec une progression annuelle moyenne de +10,3% (+175 millions d'euros au total).

Le nombre de bénéficiaires de ce dispositif a également connu une forte hausse, avec une accélération de la croissance depuis 2019 :

- Entre 2010 et 2019, le nombre de bénéficiaires a progressé de 60% (+61.000 bénéficiaires au total), soit une progression moyenne de 5,4% par an.
- Entre 2019 et 2022 cette dynamique s'est accrue, avec une progression annuelle moyenne de +8,2% (+43.000 bénéficiaires au total).

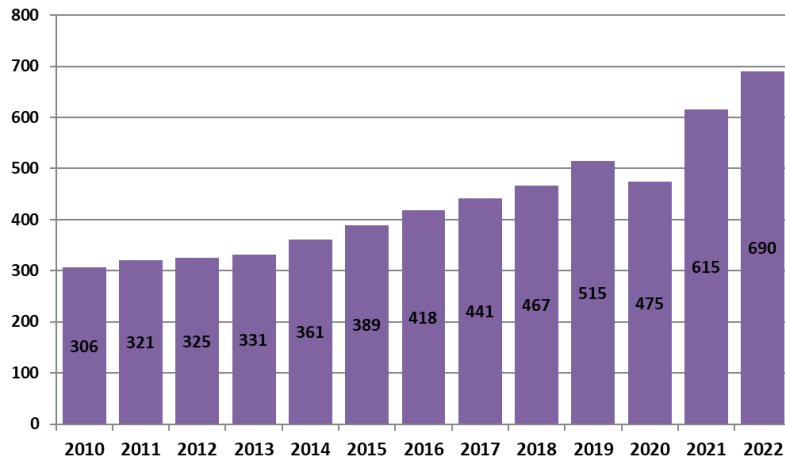
Les principales mesures intervenues sur la période 2010-2022 :

- Mesures prises dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (mais dont la mise en œuvre a eu lieu en 2014) :
 - Systématisation du maintien (partiel ou total) des indemnités journalières maladie versées dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique ;
 - Assouplissement des conditions d'indemnisation du temps partiel thérapeutique pour les assurés atteints d'une ALD (ou d'un AT-MP), pour qui il n'est plus nécessaire d'avoir un arrêt à temps plein juste avant la reprise du travail à temps partiel, dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection (un premier arrêt de travail indemnisé à temps complet pour une même ALD est toujours nécessaire).
- La Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2019 a simplifié les conditions d'accès au temps partiel thérapeutique :
 - Avant cette date, un patient ne pouvait pas passer directement d'une période de travail à temps complet à un temps partiel thérapeutique (sauf pour certains patients, notamment ceux atteints d'une ALD). Le médecin devait d'abord prescrire une période d'arrêt de travail à temps complet avant d'envisager un temps partiel.
 - Depuis l'application de la LFSS 2019, le patient peut en bénéficier, même s'il n'a pas eu d'arrêt de travail pour maladie à temps complet au préalable.

Les arrêts maladie indemnisés en temps partiel thérapeutique en 2022 : chiffres clés (régime général hors TI hors PAMC) :

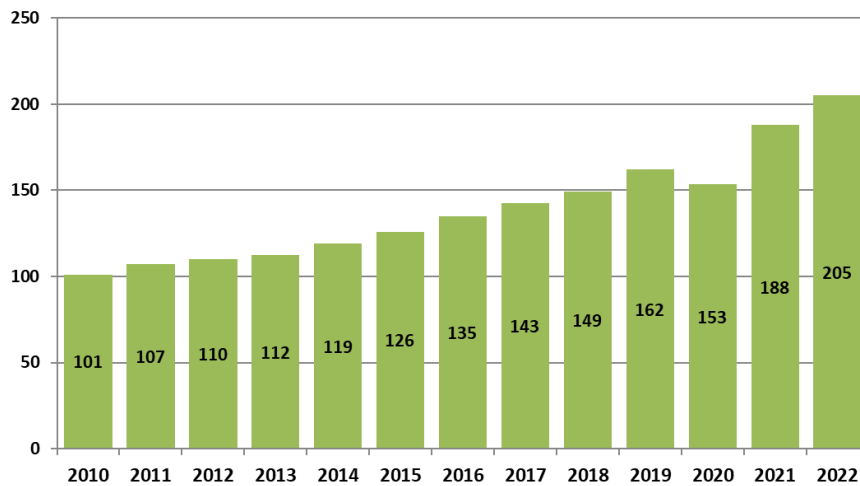
- 205 000 bénéficiaires (soit 3 % des bénéficiaires d'arrêts maladie indemnisés non dérogatoires)
- 288 000 arrêts (soit 3 % du nombre d'arrêts maladie indemnisés non dérogatoires)
- 23,2 millions de journées d'arrêt en TPT (soit 8 % des journées d'arrêts maladie indemnisés non dérogatoires)
- 690 millions d'€ (soit 7 % du montant total d'arrêts maladie indemnisés non dérogatoires)
- Durée moyenne d'un arrêt indemnisé en temps partiel thérapeutique : 99 journées contre 35 pour l'ensemble des arrêts maladie indemnisés non dérogatoires
- Montant moyen versé par journée indemnisée en temps partiel thérapeutique : 29,7 € contre 34,1 € pour l'ensemble des arrêts maladie indemnisés non dérogatoires

Figure 136: Evolution des arrêts maladie indemnisés en temps partiel thérapeutique sur la période 2010-2022 (en M€)



Source : CNAM – SNDS
 Champ : régime général hors TL hors PAMC – hors arrêts dérogatoires

Figure 137 : Evolution du nombre de bénéficiaires en arrêt maladie à temps partiel thérapeutique sur la période 2010-2022 (en milliers)



Source : CNAM – SNDS
 Champ : régime général hors TL hors PAMC – hors arrêts dérogatoires

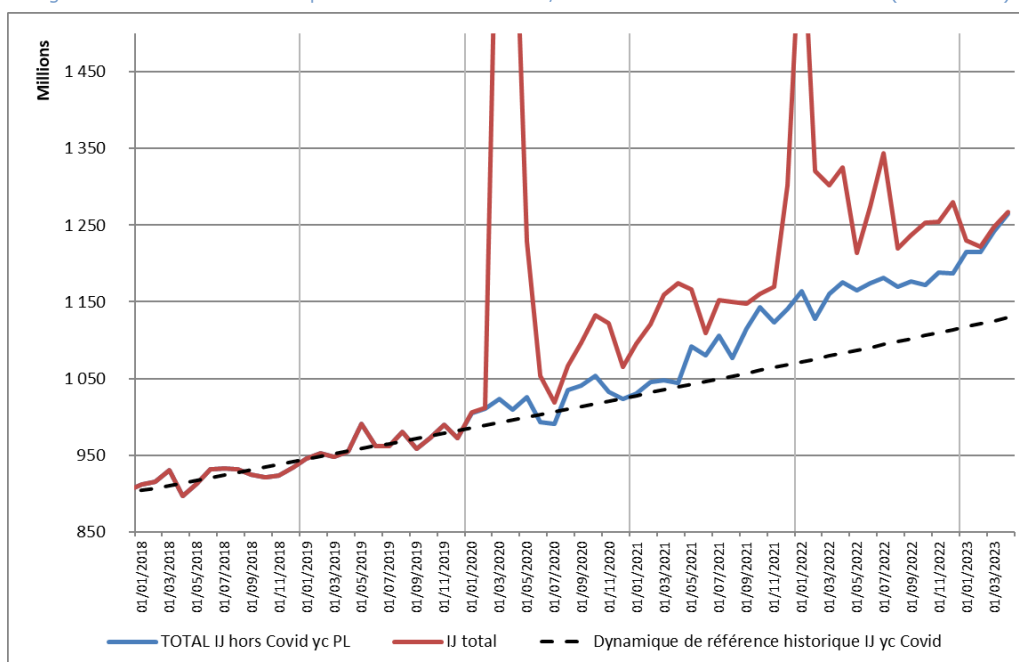
10.1.3 Les dépenses d'IJ au cours de la crise covid : des années atypiques portées par une prestation dérogatoire exceptionnelle

A compter de l'année 2020 et le début de la crise sanitaire, des dispositions dérogatoires au droit commun ont été pensées pour favoriser le respect des consignes sanitaires. **La mise en place d'une prestation dérogatoire covid sous forme de versement d'IJ avait ainsi pour but de favoriser l'isolement des personnes positives et leurs cas contacts, et prévenir les contagions supplémentaires.** Cette prestation au cœur de la stratégie nationale de lutte contre l'épidémie **s'est achevée fin janvier 2023**, alimentant largement la dépense globale d'IJ sur la période.

Toutefois, au-delà de ces IJ dérogatoires, la covid a également contribué à faire progresser les arrêts de travail de droit commun : estimation de la part liée à la covid dans les arrêts maladie hors dérogatoires 2020 et 2021 :

- **8,84% en 2020 (soit 816 M€ sur une dépense globale de 9 227 M€) ;**
- **2,79% en 2021 (soit 256 M€ sur une dépense globale de 9 168 M€).**

Figure 138 : Evolution des dépenses d'IJ maladie covid/hors covid durant la crise sanitaire (2018-2022)



Champ : IJ maladie, AT/MP, y compris IJ des TI (données métropole).

La crise sanitaire a contribué à accélérer une dynamique de la dépense déjà soutenue avant covid : entre 2019 et 2022, les dépenses hors IJ dérogatoires ont augmenté de +6,9% pour les IJ maladie (hors covid), +5,4% pour les IJ AT-MP, et +1,2% pour les IJ maternité. Les dépenses d'IJ post crise sanitaire se situent donc sur un plateau plus élevé qu'avant la crise.

Tableau 32 : Taux de croissance moyen des montants et nombres de journées avant / pendant la crise :

	2010-2019	2019-2022
	Montant indemnisé	Montant indemnisé
Maternité-adoption	+ 0,0 %	+ 1,2 %
AT-MP	+ 3,2 %	+ 5,4 %
Maladie	+ 2,9 %	+ 6,9 %
Ensemble	+ 2,3 %	+ 5,5 %
	Nombre de journées	Nombre de journées
Maternité-adoption	- 1,3 %	- 1,1 %
AT-MP	+ 2,1 %	+ 3,3 %
Maladie	+ 2,3 %	+ 5,2 %
Ensemble	+ 1,6 %	+ 4,0 %

Source : CNAM - SNDS

Champ : régime général hors TL hors PAMC – hors arrêts dérogatoires

10.1.4 Une dynamique haussière encore plus soutenue en sortie de crise

En 2022, les dépenses d'indemnités journalières sont restées soutenues et l'analyse des remboursements hors IJ liées au Covid confirme que ces dernières se situent **au-dessus de leur dynamique d'avant crise**. **L'évolution globale 2022 par rapport à 2021 est de +13,9% (IJ de droit commun + IJ dérogatoires Covid), et l'évolution hors IJ Covid est de +8,2%**. Cette même année les remboursements d'IJ Covid sur le territoire métropolitain se sont

élevés à environ 1,7 Md€ pour le régime général, dont 1 Md€ sur les 4 premiers mois de l'année frappés par la vague OMICRON.

L'évolution 2022 des IJ hors covid (+8,2%) s'explique par des déterminants multiples, qui permettent de conclure à une augmentation structurelle de ce poste de dépenses :

- La mise en place d'IJ maladie pour les professions libérales en juillet 2021 (contribue à 0,7 point de la croissance 2022)
- Plusieurs hausses exceptionnelles successives du SMIC depuis octobre 2021 (explique de l'ordre de 2 points de croissance en 2022)
- Deux gripes saisonnières en 2022 (contribue à la croissance pour 0,3 point)

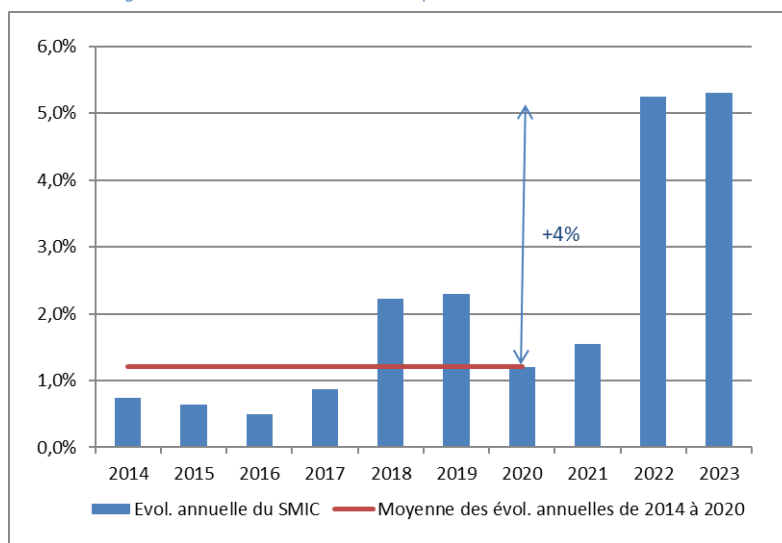
Tableau 33 : Evolution 2021/2022 des dépenses d'IJ Covid/hors Covid

en M€ en valeurs cjo cvs DTS	janv-dec 2021	janv-dec 2021 hors coût Covid	janv-dec 2022	janv-dec 2022 hors coût Covid	coût Covid 2022	Taux d'évolution 2022/2021	Taux d'évolution 2022/2021 hors coût Covid
IJ	13 868	13 012	15 793	14 085	1 708	13,9%	8,2%
IJ moins de 3 mois	5 824	5 062	7 265	5 646	1 619	24,7%	11,5%
IJ plus de 3 mois	3 854	3 809	3 997	3 961	35	3,7%	4,0%
IJ indépendant	352	307	448	397	51	27,0%	29,3%
IJ ATMP	3 838	3 834	4 083	4 080	3	6,4%	6,4%

Champ : maladie + ATMP, y compris TI, métropole

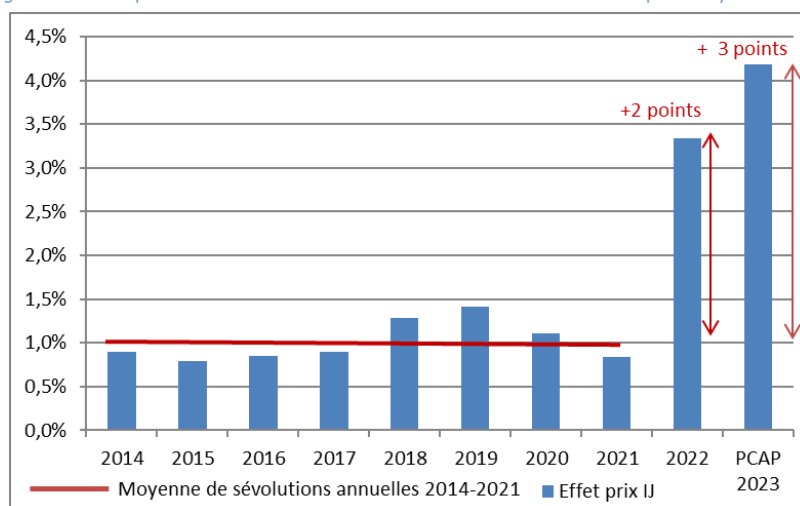
L'évolution annuelle du SMIC 2022 est 4 points plus élevée que la moyenne des évolutions annuelles de 2014 à 2020. L'impact des revalorisations exceptionnelles du SMIC se répercute sur l'évolution du prix moyen d'une IJ 2022 qui croît de plus de 2 points et de plus de 3 points sur les 1^{ers} mois de 2023 par rapport à la moyenne des évolutions annuelles.

Figure 139 : Revalorisations exceptionnelles du SMIC EN 2022



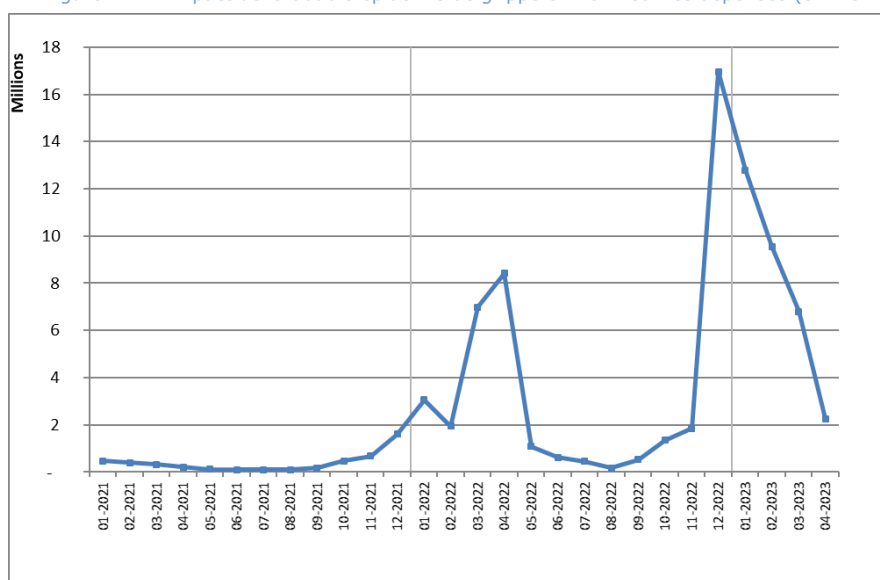
Source : INSEE

Figure 140 : Impact de la hausse du SMIC sur l'évolution annuelle du prix moyen d'une IJ



Source : CNAM - SNDS

Figure 141 : Impact de la double épidémie de grippe en 2022 sur les dépenses (en M€)



Source : CNAM - SNDS

La chronique mensuelle des dépenses d'arrêts pour motif « grippe » marque une épidémie plutôt modérée en mars-avril 2022, et une épidémie plus forte en décembre 2022 (deux vagues qui se chiffrent autour de 40 M€ en termes de dépenses d'IJ pour l'Assurance Maladie en 2022). Sur l'année 2021, les IJ liées à la grippe étaient quasiment inexistantes.

10.1.5 Analyse des motifs d'IJ en 2022

L'analyse des principaux motifs saisis par les prescripteurs pour justifier un arrêt en 2022 montre une progression des motifs liés à des troubles de la santé mentale et un rattrapage des arrêts liés à des maladies virales et bactériennes, en retrait en 2021.

Tableau 34 : Motifs d'arrêt de travail en 2021 et 2022

2021				
Libellé motif médical	Nombre d'assurés	Nombre d'arrêts prescrits	En % sur le nombre total d'AAT dématérialisés	Cumul hors motif "Autres"
Infection coronavirus	1 881 248	2 451 844	15,6 %	16 %
Autres	946 976	1 534 315	9,8 %	
Syndrome dépressif	533 862	1 399 955	8,9 %	24 %
Lombalgies communes	513 579	739 652	4,7 %	29 %
Gastro-entérite virale	634 012	738 202	4,7 %	34 %
Symptômes généraux	563 078	718 917	4,6 %	38 %
Troubles anxio-dépressifs mineurs	400 289	615 405	3,9 %	42 %
Asthénie	394 275	522 107	3,3 %	46 %
Trouble anxieux	319 463	477 720	3,0 %	49 %
Sciatique	253 186	468 839	3,0 %	52 %
Tendinopathie de la coiffe des rotateurs	131 454	259 640	1,7 %	53 %
Rhinopharyngite	234 078	253 956	1,6 %	55 %
Arrêt en rapport avec art. L324.1 avec motif médical non renseigné	94 388	235 930	1,5 %	56 %
Autres troubles ostéo-articulaires	130 398	210 733	1,3 %	58 %
Souffrance liée à un stress	132 347	208 718	1,3 %	59 %
Grossesse	113 175	201 544	1,3 %	60 %
Bronchite aiguë sans comorbidité	178 235	199 759	1,3 %	62 %
Autres maladies virales et bactériennes	158 826	181 784	1,2 %	63 %
Douleurs abdominales	131 623	164 121	1,0 %	64 %
Cervicalgie non spécifique	120 703	158 662	1,0 %	65 %
Angine	140 749	153 937	1,0 %	66 %

2022				
Libellé motif médical	Nombre d'assurés	Nombre d'arrêts prescrits	En % sur le nombre total d'AAT dématérialisés	Cumul hors motif "Autres"
Infection coronavirus	1 424 965	1 689 075	9,7 %	10 %
Autres	1 008 166	1 599 388	9,2 %	
Syndrome dépressif	584 324	1 525 378	8,8 %	18 %
Gastro-entérite virale	744 374	874 992	5,0 %	24 %
Symptômes généraux	655 150	826 077	4,7 %	28 %
Lombalgies communes	550 877	787 801	4,5 %	33 %
Grippe saisonnière	711 313	786 028	4,5 %	37 %
Troubles anxio-dépressifs mineurs	434 470	666 322	3,8 %	41 %
Asthénie	458 091	616 080	3,5 %	45 %
Trouble anxieux	377 744	566 071	3,3 %	48 %
Sciatique	265 606	479 153	2,8 %	51 %
Rhinopharyngite	344 578	378 877	2,2 %	53 %
Bronchite aiguë sans comorbidité	257 856	289 877	1,7 %	55 %
Tendinopathie de la coiffe des rotateurs	137 677	260 626	1,5 %	56 %
Souffrance liée à un stress	163 709	258 089	1,5 %	58 %
Angine	230 804	253 753	1,5 %	59 %
Virose	228 963	252 925	1,5 %	60 %
Autres maladies virales et bactériennes	180 406	204 401	1,2 %	62 %
Autres douleurs	155 215	200 322	1,2 %	63 %
Arrêt en rapport avec art. L324.1 avec motif médical non renseigné	87 275	199 382	1,1 %	64 %
Grossesse	110 063	198 042	1,1 %	65 %

Source : SNIIRAM AAT ; champ : RG hors MGEN.

10.2 Mise en perspective de notre système d'indemnisation des arrêts de travail par comparaison internationale avec quatre pays européens

L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a publié, avant la période de crise sanitaire, une étude de comparaison internationale sur les dispositifs d'indemnisation journalière dispensée en cas de maladie, d'accidents du travail ou de maladies professionnelles¹⁸⁷. Le rapport dresse une description des différents dispositifs d'indemnisation dans quatre pays européens, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, compare les différentes politiques de régulation mises en œuvre et présente une analyse des impacts mesurés des outils de régulation, leurs avantages et leurs limites éventuelles.

10.2.1 Des philosophies différentes président aux modèles d'indemnisation des arrêts de travail dans les quatre pays européens étudiés

L'IRDES propose une typologie permettant de distinguer l'architecture générale des modèles d'indemnisation, reposant sur quatre dispositifs distincts :

- Obligatoires légaux avec indemnisation journalière versée par les organismes de Sécurité sociale ;
- Obligatoires légaux avec maintien de salaire (partiel ou total) à la charge de l'employeur ;
- Obligatoires conventionnels au niveau de la branche d'activité : dispositifs complémentaires prévus dans la convention collective applicable au niveau de la branche ;
- Facultatifs : dispositifs volontaires proposés par l'employeur, qui améliorent les dispositions prévues par les conventions collectives applicables, ou assurance privée volontaire souscrite par l'employé.

Tableau 35 : Rôle des différentes composantes en matière d'indemnisation dans chaque pays

		Allemagne	Pays-Bas	Italie	France	Royaume-Uni
Dispositifs obligatoires légaux	Sécurité sociale					
	Obligation de maintien de salaire par l'employeur					
Dispositifs obligatoires conventionnels de branche	Conventions collectives de branche					
Dispositifs facultatifs	Compléments facultatifs au niveau de l'entreprise					

Lecture :

	Composante jouant un rôle prépondérant
	Composante jouant un rôle secondaire
	Composante absente ou jouant un rôle limité

Source : Lengagne P., Del Sol M. (2018). Comparaison internationale des dispositifs d'indemnisation journalière dispensée en cas de maladie, d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. IRDES.

La comparaison des dispositifs d'indemnisation met en évidence des périmètres différents de prise en charge par les organismes de sécurité sociale selon les pays, ainsi que des dispositifs légaux d'obligation de maintien de salaire à la charge de l'employeur très variables, laissant plus ou moins de place à des dispositifs collectifs au niveau des branches

¹⁸⁷ Lengagne P., Del Sol M. (2018). Comparaison internationale des dispositifs d'indemnisation journalière dispensée en cas de maladie, d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. IRDES.

ou des entreprises ou encore au niveau individuel. Selon le pays, certaines composantes jouent un rôle prépondérant, tandis que d'autres jouent un rôle relativement plus limité.

Dans les systèmes allemand et néerlandais, les taux de remplacement offerts par les dispositifs légaux permettent d'assurer un revenu de remplacement élevé pour une large population, et laissent ainsi peu de place aux dispositifs d'accords collectifs ou individuels.

À l'inverse, le modèle britannique se caractérise par une intervention minimale de la part de l'État, des prestations de protection sociale minimales et un niveau élevé de régulation par le marché. Les conventions collectives y jouent également un rôle mineur, à l'exception des salariés du secteur public et de certains secteurs industriels. La faible couverture offerte par les dispositifs légaux britanniques conduit, par exemple, à un report de la couverture du risque vers les dispositifs individuels et facultatifs.

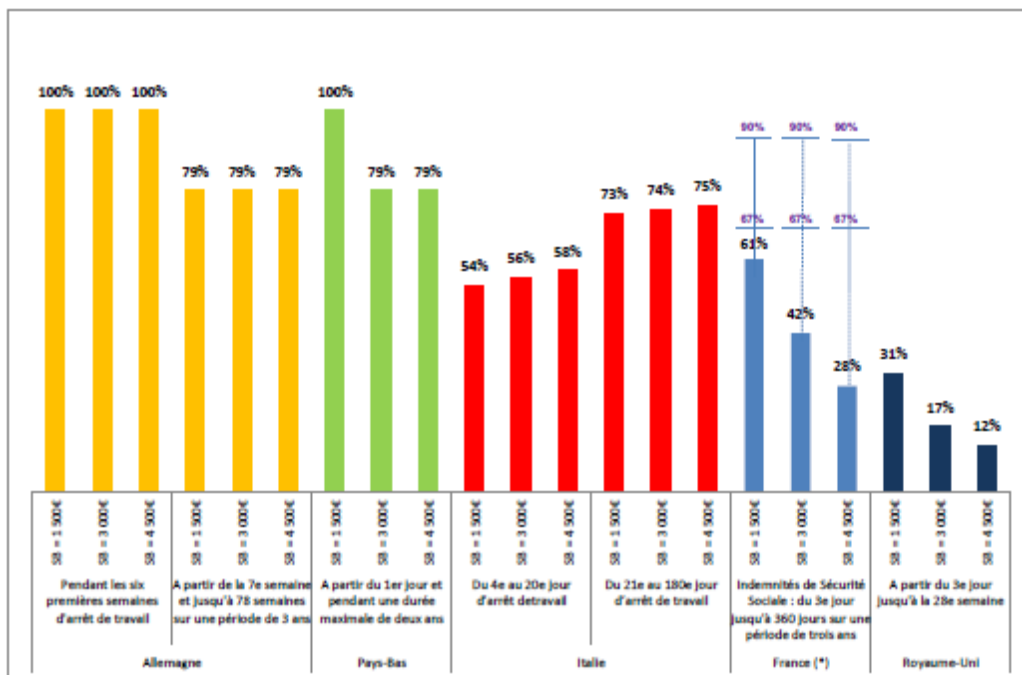
Le système italien, proche du système français, se caractérise par des taux de remplacement modérés garantis par les dispositifs obligatoires légaux, complétés dans une large mesure par les conventions collectives applicables ou des dispositifs privés facultatifs.

Cette comparaison met en évidence les philosophies très différentes qui sous-tendent les systèmes des pays étudiés :

- Les dispositifs légaux allemands et néerlandais garantissent des taux de remplacement élevés. En Allemagne, ils assurent un taux de remplacement net de 100 % pendant les six premières semaines d'arrêt de travail et de 79 % à partir de la 7e semaine, quel que soit le niveau de salaire, et sans délai de carence. Les taux de remplacements assurés par les dispositifs légaux sont également élevés aux Pays-Bas, sans délai de carence ;
- À l'inverse, le dispositif légal au Royaume-Uni assure un salaire de substitution net beaucoup plus bas compris entre 31 % du salaire net pour le premier profil de salaire et 12 % pour le troisième profil de salaire ;
- En Italie, les taux de remplacement sont plus élevés qu'en France, notamment après le 20^{ème} jour d'arrêt de travail, mais la durée maximale d'indemnisation y est beaucoup plus courte : 180 jours sur une période d'un an en Italie contre 360 jours sur une période trois années en France.

Les niveaux d'indemnisation proposés par le système français comparativement à ses partenaires européens se situent à un niveau intermédiaire entre ceux de l'Italie et ceux du Royaume-Uni.

Tableau 36 : Taux de remplacement nets garantis par les dispositifs réglementaires (composantes a ou b), par profil de salaire



(*) Dans le cas de la France, le complément légal à la charge de l'employeur améliore ces taux de remplacement pour les salariés ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise, à l'exclusion des employés à domicile et des employés saisonniers. Ces salariés perçoivent :
 - 90 % de leur salaire brut entre le 8^e jour et le 38^e jour d'arrêt de travail ;
 - 67% de leur salaire brut entre le 39^e et le 69^e jour d'arrêt de travail.

Note : SB : Salaire brut mensuel.

Les taux présentés correspondent aux taux de remplacement nets calculés pour l'incapacité temporaire de travail pour maladie non professionnelle, pour plusieurs cas-types dans chaque pays.

Des détails complémentaires sont décrits dans la Section 3 et résumés en Annexe A5 pour la maladie d'origine non professionnelle et A6 pour le risque professionnel.

Source : Lengagne P., Del Sol M. (2018). Comparaison internationale des dispositifs d'indemnisation journalière dispensée en cas de maladie, d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. IRDES.

10.2.2 Selon les modèles, les institutions de protection sociale ou les employeurs assument les contrôles des arrêts de travail

Au cours des dernières décennies, les pays étudiés ont mis en place des mesures de contrôle des arrêts de travail dans un objectif de maîtrise des coûts associés. Deux stratégies principales émergent de l'analyse, avec d'un côté l'Allemagne, l'Italie et la France –où la stratégie repose principalement sur la mise en œuvre d'un contrôle par les organismes de Sécurité sociale- et de l'autre côté le Royaume Uni et les Pays-Bas –où ce contrôle repose dans une large mesure sur l'employeur.

En France et en Allemagne, le contrôle des justifications médicales est effectué par les services médicaux de l'Assurance Maladie. En Italie, c'est l'Institut National de Sécurité sociale qui est compétent pour ce contrôle. Dans ces pays, ce sont les médecins des organismes qui réalisent des contrôles médicaux soit de manière proactive, soit à la demande des employeurs.

Aux Pays-Bas, le contrôle des arrêts de travail incombe à l'employeur qui a un intérêt financier à réduire les arrêts de travail et qui doit respecter les obligations imposées par le Gatekeeper Protocol pendant la durée de l'arrêt de travail, sous la supervision de l'Agence de Sécurité sociale néerlandaise. Au Royaume-Uni, le contrôle des arrêts de travail relève entièrement de la responsabilité de l'employeur pendant les sept premiers mois d'arrêt de travail. Dans ces deux pays, dans la mesure où les dispositifs ont été construits de façon à transférer le risque (ou une partie du risque) sur l'employeur –en instaurant un maintien de salaire à la charge de l'employeur-, celui-ci a un intérêt particulier à contrôler les arrêts de travail. Cette stratégie de transfert de risque s'appuie sur l'idée selon laquelle, contrairement aux organismes de Sécurité sociale qui disposent de peu de marges de manœuvre pour réduire les arrêts de travail au niveau de l'entreprise,

l'employeur est mieux à même d'appliquer un contrôle efficace des arrêts de travail mais également de mettre en œuvre des activités préventives ou d'aménagement du travail pour faciliter le retour au travail des salariés en arrêt.

10.2.3 Les dispositifs de réintégration professionnelle sont largement diffusés en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni

Il s'agit notamment d'approches assurant un suivi personnalisé des personnes pendant l'arrêt de travail, que l'on trouve en Allemagne ou au Royaume-Uni, d'incitations des employeurs à mettre en place des mesures facilitant le retour au travail -aux Pays-Bas tout particulièrement-, d'outils d'information et d'accompagnement des employeurs, des salariés et des médecins pour faciliter la reprise du travail.

La France et l'Italie se caractérisent en revanche par une très faible utilisation des outils visant la réinsertion professionnelle ou l'accompagnement des salariés pendant la période d'arrêt de travail. En particulier, dans le cas de la France, des outils existent (temps partiel thérapeutique, dispositifs de convalescence active, accompagnement collectif ou individuel des personnes en arrêt de travail...) mais leur diffusion auprès des usagers est très limitée.

En synthèse, si l'on croise l'analyse des modèles proposés, tant en termes d'indemnisation, de contrôle et de réinsertion professionnelle, trois groupes de pays se distinguent :

- L'Allemagne et les Pays-Bas offrent à la fois des systèmes généreux d'indemnisation et une diffusion étendue de dispositifs de réinsertion professionnelle ;
- Le Royaume-Uni offre un niveau minimal d'indemnisation mais une diffusion relativement large de ces dispositifs ;
- Les systèmes italiens et français garantissent enfin un niveau intermédiaire d'indemnisation et ont une politique de réinsertion professionnelle moins développée.

10.3 Une feuille de route pluriannuelle, ambitieuse et adaptée au contexte de fin de pandémie, ayant pour objectif une reprise volontariste des actions de maîtrise de l'évolution des dépenses d'IJ

L'Assurance Maladie réaffirme son ambition historique d'accompagner l'ensemble des acteurs concernés par le processus d'arrêt de travail, de sa prescription à son versement en passant par le contrôle de sa justification, de leur conformité aux référentiels préconisés par pathologie, ou encore des actions visant à les prévenir et/ou en raccourcir la durée.

La logique poursuivie est notamment de **replacer l'arrêt comme un élément de l'arsenal thérapeutique** au service du professionnel pour répondre à la situation du patient (exemple : accompagnement 2023 des médecins et psychiatres sur le thème du lien entre l'arrêt de travail et la santé mentale) en ne considérant pas l'arrêt de travail comme une action uniquement administrative mais bien en remédicalisant son approche.

L'Assurance Maladie assume par ailleurs l'idée d'agir à la fois en pédagogie (accompagnement personnalisé, thématique, visant à apporter une offre de service au professionnel de santé ou à l'assuré : dispositif de prévention de la désinsertion professionnelles, appui des prescripteurs à la gestion des situations complexes, information sur la réglementation et les référentiels...) **et à la fois dans une approche axée sur le contrôle de la justification de l'arrêt**, tant auprès des assurés que des prescripteurs atypiques.

Des dispositifs d'avant crise ont ainsi été repris (contrôle des arrêts de travail itératifs, visites DAM et praticiens conseils vers les prescripteurs, accompagnement des entreprises en absentéisme atypique), **certaines modalités d'actions ont été renouvelées** (stratégie de contrôle des arrêts de travail par le service médical, mise sous objectif (MSO) / mise sous accord Préalable (MSAP), entretiens d'alerte par les praticiens conseils (PC)) **et de nouveaux champs ont été investis** (lien entre IJ et santé mentale, régulation des arrêts de travail prescrits en téléconsultation).

Une attention particulière est portée à la détection le plus précocement possible des situations à risque de désinsertion professionnelle. Cette ambition est au cœur de la feuille de route proposée, et touche l'ensemble des acteurs accompagnés (assurés sociaux, employeurs, médecins prescripteurs, partenaires tel que les Services de Santé au Travail). L'objectif poursuivi est de tout mettre en œuvre pour permettre le maintien et/ou la reprise du travail en proposant une offre de services adaptées aux situations de chacun, pour un accompagnement mobilisant tous les acteurs et prestations complémentaires possibles.

Dans la lignée des principes élaborés en 2022¹⁸⁸ pour concevoir nos actions de maîtrise (agir de façon équilibrée entre information, accompagnement, et contrôle de chaque acteur d'un bout à l'autre du processus de prescription et d'indemnisation de l'arrêt de travail) un plan d'action à visée pluriannuelle a été élaboré en 2023 et se mettra progressivement en œuvre. **Guidé par un principe de graduation des actions, ce plan prévoit 200 millions d'euros d'impact financier pour l'année 2023, et 230 millions pour l'année 2024.**

Les actions s'adressent à différents publics : assurés sociaux, prescripteurs, employeurs, partenaires tels que les Services de Santé au Travail. **Une attention particulière a toutefois été portée en 2023 sur les prescripteurs d'arrêts de travail** : la dernière campagne nationale d'accompagnement des médecins généralistes sur la thématique des IJ remontant à 2019, la reprise de cet accompagnement a par exemple été déterminé comme prioritaire.

Encadré 29 : Principales actions inscrites au plan 2023-2024

Actions à destination des prescripteurs :

- Approfondissement de nos **actions de contrôle et d'accompagnement auprès des prescripteurs atypiques** (renovation progressive de la procédure de mise sous objectif (MSO) et mise sous accord préalable (MSAP) ; campagne d'échanges confraternels menés par les médecins conseils concernant des situations concrètes et des cas patients atypiques)
- **Contrôle des pratiques atypiques de prescriptions d'arrêts de travail en téléconsultation pour des patients non connus**

¹⁸⁸ [Rapport Charges et produits 2023](#)

- Déploiement de **campagnes ciblées sur des thématiques nouvelles à forte plus-value** (campagne des délégués de l'Assurance Maladie vers les prescripteurs les plus concernés par des arrêts de travail prescrits pour motifs liés à la santé mentale)

Actions à destination des assurés sociaux :

- **Renforcement de la stratégie de contrôle des arrêts de travail du service médical de l'Assurance Maladie** (évaluer, prévenir, détecter, contrôler et sanctionner les abus et fraudes : optimisation des ciblage des situations atypiques au regard des référentiels, actions spécifiques concernant les arrêts courts et les arrêts longs atypiques...)
- **Poursuite de la promotion des outils de maintien ou du retour à l'emploi** (offre existante et nouveaux outils de prévention de la désinsertion professionnelle ayant pour objectif de détecter et d'agir le plus précocement possible sur les situations de risque)

Actions à destination des employeurs :

- **Poursuite de l'offre de service de l'Assurance Maladie en matière de prévention des risques professionnels** (programmes TMS Pro, RPS, financements actions de prévention des risques chimiques, amiante...)
- **Déploiement d'actions d'accompagnement des entreprises concernées par un absentéisme atypique** (visite annuelle proposée aux DG/DRH d'entreprises de plus de 150 salariés, pour sensibilisation et mise en place d'un plan d'action en lien avec la médecine du travail et l'offre de prévention des risques professionnels des CARSAT)
- **Etudier de nouvelles approches** : étudier l'opportunité d'un accompagnement dans la mise en œuvre de méthodes managériales innovantes visant à limiter l'absentéisme en entreprise

10.3.1 Actions à destination des prescripteurs d'arrêts de travail

Les actions vers les prescripteurs ont été priorisées dans la feuille de route 2023/2024. Elles sont guidées par un **principe général de graduation** visant à transmettre le message le plus adapté à chaque prescripteur, en fonction de son lieu d'exercice et de sa pratique.

Mise en œuvre d'une procédure rénovée de Mises Sous Objectifs (MSO) et de Mises Sous Accord Préalable (MSAP)

Le déclenchement des procédures de MSO et de MSAP sera poursuivi et amplifié en 2023 et 2024 dans un cadre rénové qui prendra progressivement effet. L'objectif poursuivi est d'augmenter l'effet produit par ces procédures, en tenant compte des retours d'expérience issus des campagnes précédentes (simplifier, accélérer, amplifier les effets).

Dès 2023, **la sélection** des prescripteurs les plus atypiques est affinée en retenant comme critère unique l'approche du nombre du nombre d'IJ par patient actif au sein de la patientèle par rapport aux confrères de la même région exerçant en territoire aux caractéristiques similaires. **L'action 2023 portera sur les 1,5% des prescripteurs les plus atypiques soit environ 1000 médecins généralistes.**

De même, **la période de mise sous objectifs** des prescripteurs retenus pour pratique atypique est portée à 6 mois contre 4 précédemment, permettant au prescripteur de travailler à l'analyse et la modification de sa pratique sur une durée plus longue et plus représentative de son quotidien.

Entretiens d'alerte IJ par les médecins conseils :

Conformément au principe de graduation de ses actions, l'Assurance Maladie proposera des entretiens d'alerte menés par des praticiens conseils auprès des prescripteurs situés sous les seuils retenus pour les ciblage des MSO/MSAP. Ces entretiens seront proposés à des médecins faisant partie des 10% des prescripteurs les plus atypiques non concernés par une procédure de MSO/MSAP.

Ces entretiens seront conduits dans une logique de dialogue pour inviter le prescripteur à s'interroger et modifier sa pratique. Des exemples concrets d'arrêts de travail atypiques pour des patients relevant de sa patientèle seront évoqués lors de la visite par le médecin conseil, pour envisager leur solutionnement (consolidation, prolongation, ou fin de l'arrêt le cas échéant).

Visite thématique des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et des praticiens conseil (PC) sur les arrêts de travail en lien avec la santé mentale

Les DAM et PC de l'Assurance Maladie conduiront des échanges avec les médecins généralistes et les psychiatres les plus concernés par une forte fréquence d'arrêts de travail prescrits pour motifs liés à la santé mentale. Cet accompagnement thématique s'inscrit dans un contexte de progression des pathologies liées à la santé mentale au cours de la crise covid, et des arrêts de travail liés à ces motifs en conséquence.

Les équipes de l'Assurance Maladie porteront notamment à la connaissance des prescripteurs les recommandations du Collège de Médecine Générale en la matière : l'arrêt de travail doit se concevoir comme l'un des outils à disposition du prescripteur pour répondre à la pathologie de son patient. A l'image d'une thérapeutique médicamenteuse, ou d'une recommandation de suivi psychologique, l'arrêt de travail s'intègre dans le parcours du patient comme un élément visant à l'amélioration de son état de santé. Un arrêt de travail peut prendre différentes formes permettant de l'adapter à l'état du patient (ex : temps partiel thérapeutique), et de prévenir d'autant plus efficacement le risque de désinsertion professionnelle.

Contacts vers l'ensemble de la profession pour diffusion des dernières recommandations sur les arrêts de travail

L'ensemble des prescripteurs non concernés par l'une des actions précédemment décrites sera contacté par les équipes de délégués de l'Assurance Maladie pour leur transmettre un ensemble d'outils pratiques regroupant les dernières recommandations en matière de prescription d'arrêts de travail. Selon les situations et le souhait du prescripteur, ce contact aura lieu sous forme de visite du DAM au cabinet, ou de façon dématérialisée.

Les recommandations du Collège de Médecine Générale en matière d'arrêt de travail et de santé mentale seront ainsi diffusées à l'ensemble de la profession, tout comme des outils pratiques conçus par l'Assurance Maladie pour faciliter l'exercice du professionnel dans son quotidien (ex : mémo dématérialisé facilitant l'accès aux fiches repères et aux recommandations par motifs d'arrêts).

Contrôle de la pratique de prescription d'arrêts de travail en téléconsultation (versant prescripteurs)

La pratique de la téléconsultation, dont le remboursement par l'Assurance Maladie est possible depuis l'année 2018, s'est largement développée durant la crise sanitaire, et fait désormais partie du quotidien de la majorité des prescripteurs. Proposer une téléconsultation à un patient, ou chercher à contacter un médecin à distance pour le consulter par ce canal, ne sont plus des actions exceptionnelles et un nombre croissant d'assurés sociaux sont ainsi régulièrement examinés à distance.

Le développement de cette pratique a d'ores et déjà conduit l'Assurance Maladie, les sociétés savantes, ou encore les représentants des professionnels de santé, à définir des règles d'usage afin de garantir la pertinence de la téléconsultation au sein de la pratique générale du prescripteur. Une prescription de certains dispositifs médicaux, médicaments, ou encore d'arrêts de travail à un assuré préalablement non connu du médecin téléconsultant, et sans examen clinique complémentaire réalisé au cabinet après la téléconsultation, peut en effet s'avérer inadéquate selon les situations.

Afin d'accompagner **le développement de la téléconsultation tout en régulant les pratiques jugées les moins pertinentes, l'Assurance Maladie engage des contrôles des médecins généralistes et d'autres spécialités prescrivant le plus d'arrêts de travail à distance à l'occasion de téléconsultations avec des personnes ne faisant pas partie de leur patientèle,** et n'ayant pas non plus été vus au cabinet après l'examen à distance.

L'Assurance Maladie travaillera parallèlement en étroite coopération avec ses partenaires institutionnels pour **contribuer à l'élaboration du nouveau statut d'offreurs de soins pour les sociétés spécialisées dans la téléconsultation (article 53 de la Loi de Finances de la Sécurité Sociale 2023).**

Dans un but de prévention des abus, et soucieuse de garantir la qualité de soins dans le développement des nouvelles pratiques permises par la télésanté, l'Assurance Maladie formule enfin une proposition visant à **limiter à 3 jours au maximum la durée des arrêts de travail prescrits à la suite d'un examen réalisé en téléconsultation.**

Expérimentations de parcours d'accompagnement pédagogique sur la thématique des arrêts de travail proposés aux médecins en début d'exercice

La réglementation encadrant la prescription d'un arrêt de travail est riche, les dispositifs existants sont nombreux, et il est souvent complexe pour un médecin s'installant pour la première fois en exercice libéral sur un territoire de se les approprier.

Dans un esprit de facilitation et d'accompagnement pédagogique des prescripteurs, l'Assurance Maladie expérimente depuis l'année 2022 un parcours proposé aux médecins nouvellement installés dans certains départements : ce parcours consiste en une succession de rendez-vous avec les équipes des caisses primaires et du service médical durant ses premiers mois d'installation, afin de lui permettre d'être accompagné dans sa pratique et de répondre aux questions qu'il pourrait se poser (administrative et médicale). La réglementation, des cas concrets complexes, mais aussi la vérification de la qualité de la prescription des arrêts sont ainsi évoqués.

Expérimenté dans plusieurs régions, **ce parcours sera progressivement élargi à l'ensemble du territoire.**

Promotion du MOOC de l'Assurance Maladie consacré aux arrêts de travail

Depuis 2022, l'Assurance Maladie propose un MOOC¹⁸⁹ intitulé « [Arrêts de travail : prévenir, prescrire, accompagner la reprise](#) », fruit d'une collaboration avec le Collège de Médecine Générale, la Société Française de Médecine du Travail, et la participation de nombreux praticiens (médecins généralistes et spécialistes, médecins du travail, et médecins conseil).

Cet outil pédagogique est conçu de façon équilibrée entre apports théoriques (réglementation, revue des fondamentaux) et cas pratiques présentés de façon visuelle et dynamique, faisant échos à la réalité des situations vécues dans les cabinets. Des thématiques particulières intéressant le praticien dans son quotidien sont ainsi abordées : problématique de l'arrêt de travail lié à la santé mentale, focus sur la prévention de la désinsertion socio-professionnelle, rappel de référentiels liés aux pathologies courantes.

Après deux sessions ayant eu lieu en 2022, **le contenu du MOOC sera proposé aux utilisateurs sur une durée d'un an renouvelable une fois, à l'occasion d'une troisième session à compter du 3^e trimestre 2023.**

Des réflexions sont en cours pour poursuivre l'évolution de cet outil (enrichissement des thématiques évoquées ; diffusion sous de nouveaux formats tutoriel), dans l'optique d'en intégrer le contenu au plus près de l'exercice quotidien du prescripteur.

Renforcer l'accompagnement des prescripteurs d'arrêts de travail à l'hôpital

L'Assurance Maladie poursuivra la construction de son offre de service à destination des prescripteurs exerçant en établissements de santé. Cette réflexion s'appuiera sur les nombreuses pratiques et expérimentations déjà en place au sein de son réseau, proposées aux établissements dans le cadre de partenariats avec leurs directions et commissions médicales. L'accompagnement régulier des promotions d'internes, le rappel de l'existence des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle, ou encore l'accompagnement de certains services parmi les plus prescripteurs d'arrêts pour assurer la transition du suivi du patient de l'équipe hospitalière vers les praticiens de ville, feront partie des thématiques explorées.

10.3.2 Actions vers les assurés

Renforcement de la stratégie de contrôle des arrêts de travail du service médical de l'Assurance Maladie

Le renforcement des contrôles des avis d'arrêt de travail par le service médical s'inscrit plus globalement dans la stratégie renforcée de l'Assurance Maladie pour évaluer, prévenir, détecter, contrôler et sanctionner les abus et fraudes. Les priorités de contrôle des assurés s'attachent à :

- Renforcer les contrôles des assurés en arrêt de travail, des arrêts itératifs (successions d'arrêts auprès de prescripteurs différents), ou encore des arrêts de travail en lien avec certains motifs dont la durée dépasse celle recommandée par la Haute Autorité de Santé (exemple : arrêts de plus d'un mois pour un motif de lombalgie

¹⁸⁹ « Massive Open Online Course » c'est-à-dire une formation en ligne massive ouverte à tous.

commune, car il n'est pas nécessaire d'attendre la disparition complète des symptômes pour reprendre le travail, d'ailleurs la reprise précoce du travail améliore le pronostic). Pour cela, le service médical se dote de nouveaux outils pour mieux identifier les situations devant être contrôlées par le médecin conseil.

- Détecter le plus précocement possible les situations à risque de désinsertion professionnelle, avec l'objectif de tout mettre en œuvre pour permettre la reprise du travail sans nécessairement avoir à recourir au contrôle, et proposer une offre de services pour un accompagnement mobilisant tous les acteurs et prestations complémentaires possibles. En cela, le service médical s'est doté depuis quelques années de conseillers service Assurance Maladie (CSAM) qui signalent la situation de l'assuré auprès du service social et peuvent orienter les assurés en situation de risque de désinsertion professionnelle vers le médecin du travail ou le service de prévention et santé au travail.
- Renforcer le suivi et la gestion des arrêts longs, en mobilisant pleinement l'expertise médico-administrative du service médical pour accompagner à la fois le prescripteur à l'origine de l'arrêt, parfois en difficulté face à la situation ou nécessitant qu'un lien soit fait avec les services de santé au travail pour permettre la reprise, et pour accompagner l'assuré lui-même dans son objectif de reprise. Une action spécifique portant sur les situations d'arrêts longs liés à des accidents de travail sera par exemple conduite, et pourra par exemple conduire à des consolidations.

Contrôle de la pratique de prescription d'arrêts de travail en téléconsultation (versant assurés)

Parallèlement à son action de régulation des pratiques auprès des prescripteurs d'arrêt de travail à la suite d'un examen réalisé en téléconsultation, **l'Assurance Maladie agira auprès des assurés sociaux ayant le plus recours à des arrêts de travail obtenus à la suite d'une téléconsultation réalisée auprès de médecins différents et non connus au préalable.** Des courriers d'alerte leur seront adressés afin de les informer de leur atypie. Certains d'entre eux pourront être contactés par le service médical de l'Assurance Maladie pour s'assurer que les arrêts sont médicalement justifiés et qu'il n'y a pas de recours abusif à ce type de prescription.

Promotion de l'offre de service de l'Assurance Maladie en matière de prévention de la désinsertion professionnelle

L'Assurance Maladie poursuivra son action de promotion des dispositifs de repérage et d'accompagnement des assurés en risque de désinsertion professionnelle (PDP). Le service social de l'Assurance Maladie, en coopération avec l'ensemble de ses partenaires, s'attachera notamment à promouvoir les mesures de remobilisation à l'emploi (exemple : essai encadré, convention de rééducation professionnelle en entreprise).

Une réflexion plus générale sera engagée sur la promotion rénovée de la PDP dans les territoires (nouveau modèle de convergence permettant une meilleure coordination et une plus grande efficacité dans le repérage et le suivi des actions engagées).

Il s'agira plus globalement de mettre en œuvre les dispositions prévues par la loi du 2 août 2021 et ses décrets d'application, en lien avec les tutelles et les partenaires nationaux et locaux de la remobilisation et de la compensation et les services de prévention santé au travail.

Encadré 30 : Renforcer le contrôle des faux accidents du travail

S'agissant spécifiquement des accidents du travail, l'Assurance Maladie compte plus d'un million de déclarations de sinistres par an, dont 94 % sont reconnues d'origine professionnelle. Le plus souvent la victime n'a pas à prouver le lien entre son travail et l'accident dès lors que celui-ci survient au temps et au lieu du travail ou sur le trajet. Bien que la reconnaissance d'un accident de travail fasse intervenir plusieurs acteurs (victime, employeur, médecin) et soit soumise à une décision de la CPAM, il est possible de déjouer les mécanismes de vérification en place via des fausses déclarations constituant une fraude à la reconnaissance des accidents du travail. Cette fraude à l'initiative de l'assuré ou par des assurés en bande organisée, impliquant parfois la complicité de l'employeur, vise à obtenir des prestations indues en simulant des accidents de travail ou en faisant passer des accidents de la vie courante pour un accident de travail, mieux indemnisé. Il peut s'agir de fraudes isolées ou de montages plus complexes de fausses entreprises. En 2022, ce sont 4,7 M€ de fraude sur les indemnités journalières accidents du travail qui ont été détectés et stoppés.

Une expérimentation de repérage des fraudes potentielles à la reconnaissance des accidents du travail est en cours dans trois régions. Un bilan sera réalisé pour permettre notamment d'apprécier plus finement les perspectives d'impact financier en vue d'une généralisation de cette stratégie à la rentrée 2023, afin de renforcer le programme de contrôle des arrêts de travail. Cette stratégie permettant de mieux lutter contre les fausses déclarations articule quatre approches :

- La recherche de fraude en bande organisée assurés/employeur par croisement de données entre les accidents du travail déclarés et les données disponibles sur l'entreprise (création récente, forme juridique, nouveaux embauchés, possibles liens familiaux entre la victime, les témoins, le gérant, etc.)
- La recherche des incohérences entre le sinistre déclaré et les soins constatés (exemple de déclarations d'accidents du travail sans soins mais avec indemnités journalières versées, soins éloignés de la déclaration)
- Le contrôle des accidents survenus la veille d'une reprise de travail ;

- quelle que soit la typologie de fraude, le lien entre le contentieux de la reconnaissance et la lutte contre les fraudes est renforcé pour analyser les causes des dossiers perdus sur le fond ou dans lesquels des éléments nouveaux sont produits après la décision alors qu'ils étaient ou auraient dû être connus avant. En effet, l'indépendance des procédures en contentieux du risque professionnel (la décision contentieuse ou précontentieuse concernant l'une des parties est sans effet sur l'autre) peut favoriser des fraudes qui peuvent cependant être détectables si les informations sont partagées.

10.3.3 Actions vers les employeurs

Accompagnement proposé aux entreprises concernées par un absentéisme atypique

L'Assurance Maladie s'engage dans l'accompagnement des employeurs, et développe depuis plusieurs années une offre d'accompagnement des entreprises de plus de 150 salariés concernées par un absentéisme atypique et supérieur à la moyenne des entreprises de même taille exerçant dans le même secteur d'activité.

Cette offre, proposée en étroite partenariat avec les services santé au travail des CARSAT, est l'occasion d'un échange avec les directions générales et responsables de ressources humaines des entreprises concernées, aboutissant à une promotion de l'offre de prévention des risques professionnels, dont les dispositifs ont vocation à s'intégrer et enrichir les plans d'actions développés par les entreprises. **Cette offre de service proposées à plus de 400 entreprises en 2022, sera poursuivie et enrichie dans les années à venir.** En 2022, cette rencontre a été acceptée par 93% des entreprises contactées. Les entreprises ont favorablement reçu la démarche (taux de satisfaction de 8/10). Plus de 140 d'entre elles ont intégré le programme national TMS Pro (prévention des troubles musculo-squelettiques), 25 ont rejoint une expérimentation nationale portant sur la prévention des risques psycho-sociaux, et l'ensemble des directions se sont engagées à mettre en place des actions à l'échelle de l'année en cours. Un bilan des plans d'actions sera réalisé, et une évaluation nationale sera menée afin d'en mesurer les résultats.

Poursuite des actions de prévention des risques professionnels vers les employeurs

L'Assurance Maladie poursuivra le déploiement de son offre de prévention des risques professionnels à destination des employeurs, en proposant notamment des campagnes d'appels thématiques à financement d'actions de gestion des risques (risque chimique, risque amiante...) ou encore par la promotion de dispositifs sur mesures tels que le programme « TMS Pro ».

Propositions d'actions pour la maîtrise des arrêts de travail

Proposition 22 : Déployer un plan d'action pluriannuel de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières gradué entre information, accompagnement et contrôle de chaque acteur (assurés, prescripteurs, employeurs)

11 Efficience, pertinence, contrôle et lutte contre la fraude

11.1 Les mesures d'efficacité pour 2024

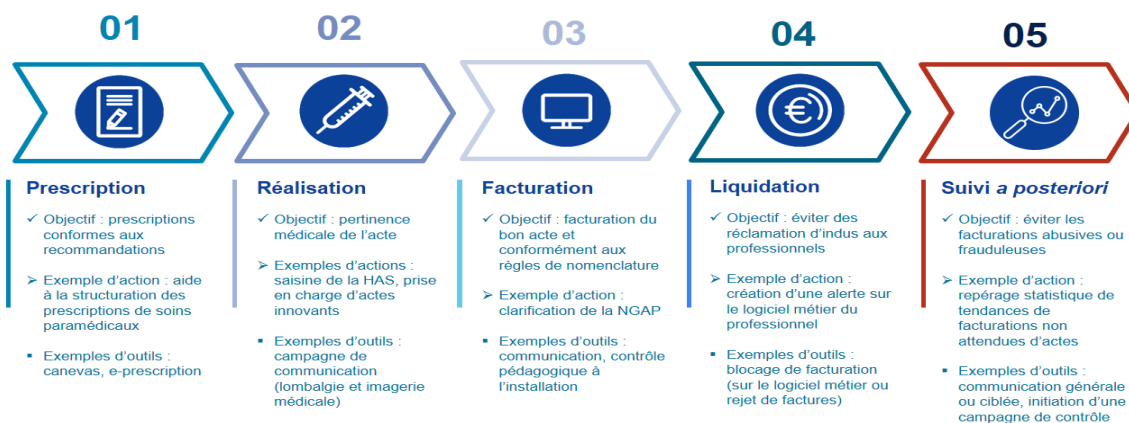
11.1.1 Efficacité et pertinence des soins

Structurer et mettre en œuvre une stratégie de gestion du risque en matière d'actes médicaux et paramédicaux

Afin de favoriser la mise œuvre d'actes dont le bénéfice attendu pour la santé est largement supérieur aux risques et constituant la meilleure alternative médico-économique pour une situation clinique donnée, la conduite d'actions permettant l'amélioration de l'efficacité des prescriptions et des actes est programmée. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie entend proposer et mettre en œuvre, en lien avec ses partenaires, un plan renouvelé en la matière. Cette démarche conduira à la planification pluriannuelle d'actions pour renforcer la pertinence des actes à chaque étape du processus de soins, de la pertinence des actes prescrits et exécutés à leur juste facturation. Elle ambitionne également de mettre en place un suivi ciblé de l'activité des professionnels, en particulier sur les actes nouvellement inscrits au remboursement, afin de repérer les éventuelles anomalies de facturation et de mettre en place, le cas échéant et dans les meilleurs délais, les mesures d'accompagnement adaptées (pouvant aboutir *in fine* à un programme de contrôle).

Une déclinaison de cette démarche est attendue pour chaque profession de santé conventionnée.

Figure 142 : Structuration du plan de gestion du risque des actes médicaux et paramédicaux



Ces actions pourront être entreprises sur des points précis de non-respect de règles nomenclature, tels que les anomalies de facturation des perfusions longues par les infirmiers libéraux, les facturations systématiques des majorations de nuit ou de week-end lors des activités de consultations et téléconsultations médicales, ou encore la facturation d'associations interdites d'actes d'ophtalmologie et d'orthoptie.

L'ensemble des actions d'accompagnement de l'Assurance Maladie autour des actions d'efficacité et de pertinence des soins en matière d'exécution ou de facturation d'actes devrait générer un impact près de 50 millions d'euros en 2024.

- **Renforcer la pertinence des prescriptions d'actes** en accompagnant les prescripteurs afin d'établir des ordonnances les plus précises possibles afin que seuls les actes pertinents soient réalisés et d'éviter ainsi des contrôles pouvant donner lieu à la récupération d'indus. À cette fin, de nouveaux outils tels que l'ordonnance numérique ou les aides logicielles à la prescription (LAP) constituent un levier intéressant permettant d'accompagner les médecins et de sécuriser l'activité des professionnels paramédicaux.
- **Améliorer la pertinence des actes**, dans le sillage de la diffusion des recommandations de bonne pratique médicale produites en particulier par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou encore les sociétés savantes, en repérant et analysant médicalement les écarts de pratique ; citons en particulier les demandes d'imagerie médicale (lombalgies, gonalgies...). Il s'agit également de soutenir l'amélioration des pratiques professionnelles et de favoriser le développement des nouveaux actes les plus efficaces et efficaces (chirurgie ambulatoire, microchirurgie, médecine interventionnelle pouvant réduire les durées d'hospitalisation ou encore limiter les complications). À ce titre, la révision des plus de 13 000 actes de la classification commune de actes médicaux (CCAM), réalisée sous la responsabilité du Haut Conseil des Nomenclatures (HCN), a vocation à renforcer la

pertinence en fonction de l'état de l'art médical le plus récent. Enfin, le HCN a aussi pour mission de proposer à l'Assurance Maladie les inscriptions d'actes les plus innovants et évalués par la HAS et de garantir la maintenance de la CCAM au cours du temps pouvant conduire à la suppression d'actes obsolètes.

- **Favoriser une juste facturation des actes**, en clarifiant l'interprétation des nomenclatures et favorisant la lisibilité des règles de facturation des actes par les professionnels de santé. Plusieurs leviers sont possibles allant de la pédagogie : à l'installation et tout au long de l'activité, concernant les dispositions existantes, de l'évolution des règles de facturation sujettes à interprétation, de l'appui aux concepteurs des logiciels métiers, ou encore de la possibilité de rejeter les facturations interdites (par exemple, refus par le système d'information de certains cumuls d'actes non autorisés).
- **Assurer un suivi réactif** en construisant un programme de veille et de suivi structuré de l'évolution des actes afin de repérer les atypies de facturations pour mettre en place des actions d'accompagnement réactives et adaptées, voire d'alimenter les campagnes de contrôles en cas d'échec.

Faire de la chirurgie ambulatoire la pratique de référence sur l'ensemble du champ chirurgical pour lequel cette pratique est recommandée

Avec un taux de 63%, la chirurgie ambulatoire ralentit en 2022, après avoir fortement progressé en 2021, approchant un volume ambulatoire national de 4 millions de séjours sur 6,35 millions de séjours totaux. Depuis 2018, l'Assurance Maladie, a mis à disposition des données et des référentiels via une gamme d'outils appelée Visuchir. Ces outils, renouvelés en 2022 (*encadré 1*), permettent une analyse et une comparaison des pratiques chirurgicales (professionnelles et organisationnelles) avec la possibilité de projection des potentiels d'activité ambulatoire ou de regroupement d'activité chirurgicale entre les sites. Le potentiel transférable ambulatoire reste important et se situe à 1,21 million d'interventions. Le transfert effectif de ces interventions en ambulatoire permettrait d'atteindre la cible ambulatoire de 80 % recommandée par le Haut Comité de la Santé Publique.

L'Assurance Maladie souhaite ainsi contribuer en 2024, à la progression du taux de chirurgie ambulatoire. Pour ce faire, elle propose de renforcer les outils incitatifs en généralisant une démarche menée en région Grand-Est consistant à proposer une démarche de contractualisation CAQES sur trois ans avec versement annuel aux établissements d'un intéressement financier en fonction de l'atteinte d'objectif de développement de la chirurgie ambulatoire basé sur Visuchir. En complément, il est également envisagé de faire connaître à un large public les indicateurs clés des établissements sanitaires relatifs aux niveaux d'activité, à l'organisation et à la qualité des pratiques chirurgicales, en mettant à disposition un outil semi-professionnel à l'attention des généralistes, des associations de patients/patients experts.

Encadré 31 : Nouvelle version de VISUCHIR

La gamme d'outils VISUCHIR a fait peau neuve en 2023 avec un hébergement désormais sur ameli et une ergonomie augmentée.

Comportant quatre années de données, elle permet d'analyser et de comparer les pratiques chirurgicales (professionnelles et organisationnelles) des 900 hôpitaux et cliniques et aussi de procéder à des simulations (de développement ambulatoire, de regroupement d'activité chirurgicale).

Mise à jour avec les données 2022, elle s'enrichit de nouvelles fonctionnalités et de nouveaux contenus : cartes interactives et pictogrammes illustratifs ; recherche rapide par mot clé d'un établissement ou d'un groupe d'établissements ; nombreux palmarès officiels sur la chirurgie, la chirurgie ambulatoire et la Récupération Améliorée Après Chirurgie ; identification de la chirurgie robotique ; prise en compte de l'éventail et de la gravité des cas traités, de la technicité et de l'innovation ; nouveaux indicateurs sur les taux de ré-hospitalisation à partir de septembre 2023 ; etc.

La gamme VISUCHIR comporte trois outils disponibles en open data :

- **VISUCHIR ETABLISSEMENT** à destination des établissements pour les aider à développer la chirurgie ambulatoire. Il permet de faire un diagnostic, connaître ses forces et faiblesses, se comparer à d'autres et estimer finement le potentiel de développement ambulatoire.
- **VISUCHIR SPECIALITES** à destination des chirurgiens et des sociétés savantes pour évaluer leurs pratiques chirurgicales et les confronter aux bonnes pratiques. Il permet un suivi des pratiques (ambulatoire, récupération améliorée après chirurgie, événements graves indésirables...), une identification des centres de référence (ambulatoire, innovation chirurgicale...), une aide aux publications scientifiques.
- **VISUCHIR REGIONS** à destination des groupes d'établissements et des institutions régionales et nationales comme aide à la connaissance et à la reconstitution chirurgicale régionale. Il permet de benchmarker les établissements d'une même région ou de régions différentes et de simuler des regroupements d'établissements.

Construit à partir de 36 millions d'actes CCAM et en partenariat avec les Conseils Nationaux Professionnels et sociétés savantes, Visuchir met à disposition plus de 2 milliards de résultats (taux, volumes, durées de séjours, etc.) et 700 000 panoramas de pratiques chirurgicales.

11.1.2 Médicaments

L'ensemble des actions d'accompagnement de l'Assurance Maladie en matière de bon usage des médicaments et de l'efficacité des dépenses de médicaments devraient générer un impact de 190 millions d'euros.

L'Assurance Maladie veut poursuivre et intensifier ses actions visant à promouvoir le bon usage des médicaments, globalement et de façon ciblée

Le mésusage en matière de médicament est défini dans le code de la santé publique (art R. 5121-152 du CSP) comme l'utilisation intentionnelle et inappropriée d'un médicament ou d'un produit de santé non conforme à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou à l'enregistrement ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques. Ce mésusage peut être à l'initiative du patient qui peut détourner un médicament de son usage premier à des fins d'automédication, de dopage ou dans le cadre d'une pratique addictive. Il s'agit alors de pratiques individuelles. Il a été constaté que le mésusage est avant tout une pratique de prescription qui s'exonère des conditions d'AMM, des conditions de prescription et de délivrance qui l'accompagnent et des recommandations de bonnes pratiques édictées par la HAS. Or, les médicaments ne sont évalués que dans le cadre de l'AMM. Ni leur efficacité, ni leurs risques ne sont en effet appréciés hors de ce cadre précisément délimité. Si la prescription hors AMM est autorisée par le Code de la santé publique, cela n'est que dans un cadre dérogatoire qui garde une dimension d'exception à la règle, à condition que ce soit justifié par des connaissances scientifiques, que le patient en soit dûment informé et que cela soit mentionné sur l'ordonnance en raison de la règle du non-remboursement de ces prescriptions.

En réalité, les données statistiques de prescription, comme celles issues de situations pour lesquelles sont enclenchées des opérations de réduction du risque, ou encore des procédures pénales montrent une assez large pratique du mésusage sur plusieurs classes thérapeutiques, comme les antibiotiques, les antalgiques, les psychotropes ou les anti-inflammatoires. Les comparaisons internationales, et notamment entre pays européens, indiquent que la France a des performances relativement médiocres à cet égard. Par ailleurs les efforts réalisés par les pouvoirs publics comme par les sociétés savantes pour diminuer ce mésusage, peinent à porter leurs fruits : si l'on observe bien une tendance à une stagnation, voire à une légère baisse de certaines prescriptions inutiles, celle-ci reste cependant modeste et fragile. Ces prescriptions inadaptées dégradent par nature le rapport bénéfice-risque et entraînent par conséquent une prise de risque pour le patient. On peut citer à titre d'exemple le Valproate de sodium, largement prescrit en dehors des conditions de prescription et de délivrance, les macro-progestatifs prescrits en dehors de leurs indications, etc.

Pour le patient, ces pratiques inappropriées représentent un surrisque d'être victime d'effets secondaires plus ou moins sérieux. La part d'effets indésirables graves, pouvant entraîner des soins supplémentaires, une hospitalisation, voire un décès, due au mésusage est non négligeable, et dans tous les cas évitables. Pour rappel, on estime que l'iatrogénie médicamenteuse, dans son ensemble, serait à l'origine d'au moins une dizaine de milliers de décès prématurés par an en France.

La surprescription est une des formes de mésusage la plus fréquente, qu'elle soit en volume de patients (comme pour l'amoxicilline par exemple) ; ou qu'elle le soit en durée de traitements unitaires (durées de prescription de benzodiazépines, sédatives ou hypnotiques, chez les personnes âgées par exemple).

Par conséquent, la prévention et la lutte contre le mésusage sont des axes importants d'une politique de réduction du risque. Elles réunissent en effet à la fois une finalité de préservation de la santé des personnes et une finalité de maîtrise des coûts, en réduisant les dépenses directes et indirectes liées à ce mésusage. C'est pourquoi l'Assurance Maladie considère la politique de lutte contre le mésusage comme un axe prioritaire de sa politique de gestion du risque. Dans ce cadre et dès cette année, l'Assurance Maladie et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) vont conduire une action globale sur le mésusage de façon à renforcer les synergies entre nos organisations et à réduire le risque, délétère pour la santé et coûteux pour les finances publiques. Parallèlement, l'Assurance Maladie favorisera des études de pharmaco-épidémiologie avec Epiphare et mènera des actions ciblées sur des catégories de la population, des pathologies ou des molécules lorsque des problèmes spécifiques de mésusage auront été identifiés.

Personnes âgées : l'Assurance Maladie intensifie ses actions visant à limiter la polymédication des personnes âgées notamment par un accompagnement de déprescription graduelle

Face aux constats posés relatifs à la polymédication voire à l'hyperpolymédication des personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi qu'à leurs conséquences de santé publique (cf. « approche populationnelles - personnes âgées »), l'Assurance Maladie souhaite engager des actions de bon usage aussi bien auprès des professionnels de santé (médecins et pharmaciens) que des patients pour infléchir cette tendance.

La démarche consistera à inciter les professionnels de santé, dans un questionnement systématique des risques liés à l'iatrogénie médicamenteuse, à réviser régulièrement les ordonnances des personnes âgées et à déprescrire les traitements inappropriés chez ces personnes, chaque fois que cela sera possible, afin de diminuer le nombre de molécules consommées. Pour faciliter l'appropriation de cette campagne par les médecins généralistes traitants, l'Assurance Maladie mettra à disposition une visualisation dynamique des profils par datavisualisation ce qui permettra de proposer davantage de données (affinées avec filtre âge/sexe/ALD...) et personnalisera la présentation en fonction du profil du professionnel rencontré.

Il sera également rappelé aux pharmaciens l'importance du bilan partagé de médication. Celui-ci s'adresse aux patients de plus de 65 ans souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques. Une aide sera proposée aux patients afin de leur permettre de mieux communiquer auprès de leur médecin traitant en indiquant toutes leurs prises médicamenteuses, y compris en automédication, de comprendre et accepter une déprescription quand elle aura lieu et de les sensibiliser sur les risques liés la multiplication des prises médicamenteuses.

Par ailleurs, une campagne d'accompagnement se déploie sur la sécurisation du circuit du médicament en direction des personnels des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (EHPAD) et des établissements accueillant des personnes en situation de handicap, promouvant l'application de la règle des 5 B pour l'administration des médicaments : « *au Bon résident, le Bon médicament à la Bonne dose par la Bonne voie au Bon moment*¹⁹⁰ ».

Enfants : Le risque infectieux associé à l'exposition des enfants aux inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) appelle des actions de sensibilisation au mésusage des IPP

Les IPP sont des médicaments indiqués dans le traitement des pathologies liées à l'acidité gastrique, telles que le reflux gastro-œsophagien (RGO) et les ulcères gastroduodénaux. Ces médicaments, très efficaces et perçus comme globalement bien tolérés à court terme, se sont rapidement imposés comme le traitement de référence de ces pathologies et leur usage s'est largement répandu. 16 millions de patients, soit environ un quart des Français, étaient traités par IPP en 2020¹⁹¹ : les montants remboursés des IPP représentaient 260 millions d'euros en 2022. Les IPP ne disposent pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) chez les nourrissons de moins d'un an. Par ailleurs, les données de sécurité des IPP sont rares notamment concernant le risque infectieux lié à la prise ces produits. Ce risque est soupçonné chez l'adulte.

Pour quantifier ce risque et mener des actions à destination de cette population fragile, l'Assurance Maladie s'appuie sur une étude réalisée par EPIPHARE qui a publié ses analyses sur l'utilisation et les risques sanitaires des médicaments inhibiteurs de la pompe à protons à partir du Système national des données de santé (SNDS)¹⁹² en 2022. Une des conclusions de l'étude est la corrélation entre le risque d'infections graves associées à l'utilisation d'IPP chez les enfants. Comparés à plus de 655 000 enfants ayant utilisé un autre traitement médicamenteux de l'acidité gastrique, l'utilisation d'IPP apparaît associée à un risque accru d'infection grave (c'est-à-dire ayant donné lieu à une hospitalisation) s'élevant à +34%. Ce risque augmenté d'infection concerne différentes localisations (appareil digestif, sphère ORL, voies respiratoires basses, rein et voies urinaires, système nerveux) et différents agents pathogènes (infections bactériennes, infections virales).

Sur les 6,5 millions d'enfants nés entre 2010 et 2018, 1,3 million enfants ont eu un traitement médicamenteux des troubles de l'acidité parmi lesquels plus de 400 000 avaient été initiés à un traitement par IPP. Au total, plus de 600 000 avaient utilisé un IPP au cours du suivi. En médiane, ils étaient âgés de 4 mois à la date d'initiation de l'IPP.

¹⁹⁰ https://has-sante.fr/jcms/pprd_2975231/en/le-guide-outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments

¹⁹¹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213773/fr/les-ipp-restant-utiles-mais-doivent-etre-moins-et-mieux-prescrits

¹⁹² Thèse de doctorat de l'université Paris-Saclay sur l'utilisation et risques sanitaires des médicaments inhibiteurs de la pompe à protons - Études à partir du Système national des données de santé (SNDS). Thèse soutenue à Paris-Saclay, le 25 novembre 2022, par Thèse soutenue à Paris-Saclay, le 25 novembre 2022, par Marion Lassalle et préparée à EPIPHARE.

La prévalence d'utilisation observée d'IPP en pédiatrie ambulatoire apparaît très élevée en France et estimée entre 3,0 % et 5,5 %, en progression de plus de 40 % en dix ans, en particulier pour les enfants de moins de 2 ans dont la prévalence est estimée entre 6,1 % et 16,2 % avec un doublement sur la période 2010-2019.

Fort de ces constats, l'Assurance Maladie mènera en 2024 une campagne de sensibilisation des prescripteurs à l'utilisation des IPP chez les enfants.

L'Assurance Maladie entend rappeler les recommandations de la HAS dans le traitement de certaines pathologies

L'Assurance Maladie va déployer une action d'accompagnement sur la prise en charge du patient diabétique concernant les médicaments des classes des AGLP1 et des iSGLT2

Dans le cadre de sa politique d'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, l'Assurance Maladie a développé depuis longue date des actions visant à améliorer la prise du diabète comme rappelé *supra* dans le chapitre consacré à cette pathologie dans le présent rapport. Ces actions, outre leur impact en santé publique, ont également un impact sur l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse notamment dans le cadre du bon usage des AGLP1 et des iSGLT2 dont le coût de traitement est plus élevé que celui des autres médicaments du DT2.

En 2022, les dépenses remboursées des A GLP-1 atteignent 500 millions d'euros soit une hausse de 20,7 % par rapport à 2021 pour 625 000 bénéficiaires et une dépense remboursée moyenne par consommant de 799 euros, y compris les patients initiés. La HAS dans son avis de réévaluation pour l'ensemble des médicaments de cette classe à l'été 2021 avait estimé la population cible à 213 000 patients. Le nombre de consommateurs est trois fois plus important aujourd'hui. La contribution à la croissance de cette classe est générée exclusivement par les médicaments destinés au traitement du diabète de type 2 et plus précisément aux analogues du GLP-1 (+86 millions d'euros entre 2021 et 2022) ainsi qu'aux gliflozines (+82 millions d'euros entre 2021 et 2022).

Or, les classes des iSGLT2 et des AGLP1 sont indiquées au titre de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) en association avec d'autres médicaments antidiabétiques de type 2. Ils n'ont l'AMM en monothérapie qu'en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine. Il s'agit donc de situations de mésusage hors indications thérapeutiques remboursables (hors ITR).

Afin de promouvoir le bon usage des médicaments antidiabétiques tel que défini dans les recommandations, l'Assurance Maladie va mener une campagne à destination des endocrinologues ainsi que des spécialistes et généralistes identifiés comme prescripteurs de situations de mésusage hors ITR des médicaments AGLP1 et iSGLT2. Une prise en charge conforme aux recommandations actuelles doit améliorer le contrôle glycémique du patient diabétique et par conséquent avoir un impact positif sur le risque de survenue de complications micro et macro vasculaires. Cette action doit également permettre des économies de l'ordre de 30 millions d'euros.

S'assurer du bon usage des médicaments indiqués dans la perte de poids

Un nouveau médicament, Wegovy® (Sémaglutide), a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne le 7 janvier 2022 en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids, notamment la perte de poids et le maintien du poids, chez des adultes ayant un indice de masse corporelle (IMC) initial supérieur ou égal à 30 kg/m² (obésité), ou entre 27 kg/m² et moins de 30 kg/m² (surpoids) en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids. Wegovy® est actuellement disponible en France dans le cadre d'une autorisation d'accès précoce dans une indication plus restreinte que celle de son AMM¹⁹³ (IMC initial supérieur ou égal à 40 kg/m² et présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids, en l'absence d'alternative thérapeutique). De mai 2022 à avril 2023, 2 694 patients ont été traités par Wegovy® dans le cadre de l'accès précoce, pour un montant de 5 millions d'euros.

Compte tenu de son prix élevé en accès précoce (4 800 euros par patient), de la population cible potentiellement importante (comprise entre 799 160 patients à 1 598 320 patients) et des risques de mésusage anticipés, l'Assurance Maladie suivra attentivement ce médicament après son inscription dans le droit et mettra en place, le cas échéant, les mesures nécessaires au respect de sa prescription et de son bon usage.

Par ailleurs, un risque de mésusage est également identifié pour Ozempic® et les autres médicaments de la classe des AGLP-1 à des fins amaigrissantes chez des patients non diabétiques. Ce sujet fait l'objet d'un suivi dédié et conjoint de l'Assurance Maladie et de l'ANSM¹⁹⁴, dans le cadre de l'observatoire des médicaments.

¹⁹³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3359619/fr/wegovy-ap84-decision-et-avis-ct

¹⁹⁴ <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-03-01-cp-an-sm-Cnam-semaglutide>

Pertinence de la prescription et du bon usage du Tramadol dans la prise en charge de la douleur

Les antalgiques opioïdes, tels que le Tramadol, la codéine et la morphine, ont un intérêt majeur et incontestable dans la prise en charge de la douleur. Cependant, la consommation des antalgiques opioïdes peut s'accompagner de complications graves. Cette problématique touche principalement des patients qui consomment un antalgique opioïde pour soulager une douleur et développent une dépendance primaire à leur traitement et le détournent de son indication initiale. Ainsi, le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'antalgiques opioïdes obtenus sur prescription médicale a augmenté de 167 % entre 2000 et 2017 passant de 15 à 40 hospitalisations pour un million d'habitants. Le nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes a augmenté de 146 %, entre 2000 et 2015 avec au moins 4 décès par semaine. Le retrait du dextropropoxyphène en 2011 a été accompagné de l'augmentation de la consommation des autres opioïdes dits « faibles » et en particulier du Tramadol. En 2017, ce dernier devient l'antalgique opioïde le plus consommé (faibles et forts confondus) avec une augmentation de plus de 68 % entre 2006 et 2017. Or, plusieurs enquêtes du réseau d'addictovigilance (CEIP-A) ont montré un mésusage croissant et détourné, du Tramadol ces dernières années. Récemment, une étude réalisée par l'Observatoire Français des Médicaments Antalgiques (OFMA) et la Fondation Analgesia en 2021 auprès d'un échantillon de 1001 français consommateurs de Tramadol et/ou codéine a montré qu'une part importante des consommateurs de Tramadol en prenaient dans des indications inappropriées, déclaraient rencontrer des difficultés à arrêter ou diminuer leur traitement ou méconnaissaient les risques consécutifs en cas de surdosages.

Pour limiter leur mésusage ainsi que les risques de dépendance, la durée maximale de prescription des médicaments antalgiques contenant du Tramadol (voie orale) a été réduite de 12 mois à 3 mois, sur proposition du directeur général de l'ANSM avec une mise en application en avril 2020. Après la période de crise sanitaire et au regard de l'importance croissante de la problématique de mésusage, l'Assurance Maladie relayera rapidement auprès des prescripteurs et des pharmaciens les recommandations de l'ANSM sur le bon usage du Tramadol.

La lutte contre l'antibiorésistance demeure un fort enjeu de santé publique qui nécessite la mobilisation de tous les acteurs de santé

Dans les établissements médico sociaux, au sein desquels peuvent résider des personnes fragiles, une campagne d'accompagnement se déploie à compter de 2023 sur la prévention des infections et de l'antibiorésistance en direction des personnels des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées (EHPAD) et des établissements accueillant des personnes en situation de handicap.

Dans les établissements de santé, un nouvel indicateur CAQES est à l'étude pour un éventuel déploiement en 2024 visant à améliorer la pertinence des prescriptions des antibiotiques. Il concerne, en particulier les prescriptions d'antibiotiques lors des actes et consultations externes et celles à la sortie des urgences, en favorisant le bon usage des antibiotiques, notamment ceux à risque de sélection de résistances bactériennes¹⁹⁵ en privilégiant les spectres les plus étroits possibles et les durées de traitement les plus courtes. Dans le cadre d'une nouvelle visite annuelle en établissement de santé, seront proposées par l'Assurance Maladie des actions de prévention des infections et de l'antibiorésistance.

En ville, l'Assurance Maladie entend poursuivre et intensifier la promotion des outils d'orientation diagnostique tels que les tests rapides d'orientation diagnostique TROD angine et les bandelettes urinaires. Concernant les TROD Angine, comme annoncé dans le rapport Charges et Produits pour 2023, l'Assurance Maladie a déployé une campagne auprès des médecins généralistes et une communication vers l'ensemble des officines visant à promouvoir les trois parcours pour patient pour soigner l'angine¹⁹⁶. L'Assurance Maladie déploiera une campagne de communication similaire concernant les bandelettes urinaires dès publication de l'arrêté.

L'Assurance Maladie souhaite également proposer l'introduction de nouvelles **compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques** lorsque le résultat du TROD angine ou de la bandelette urinaire est positif. En cas de suspicion d'angine ou de cystite, les pharmaciens peuvent proposer aux personnes reconnues éligibles à l'issue d'un arbre décisionnel, un test TROD angine ou bandelette urinaire. Lorsque ces tests sont positifs, un antibiotique doit être prescrit. Aujourd'hui, seuls les médecins sont autorisés à le prescrire. La mesure vise à étendre, sous condition de formation préalable, les compétences des pharmaciens en les autorisant à prescrire des antibiotiques après avoir réalisé un test (TROD angine ou bandelette urinaire) dont le résultat est positif pour les personnes éligibles (cf. arbre décisionnel de la HAS). Les patients atteints d'un mal de gorge ou de brûlures mictionnelles pourraient alors se rendre en officine, réaliser un test, se voir prescrire un antibiotique et retirer directement leur médicament.

Cette mesure présente de nombreux avantages notamment parce qu'elle :

- Améliore la santé des personnes à court terme grâce à une prise en charge rapide ;

¹⁹⁵ <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/saisine-dgs-atb-critique-9-fev-22-v3.pdf>

¹⁹⁶ Rapport Charges et produits pour 2023, page 340 et suivantes

- Améliore la santé des personnes sur le long terme grâce aux prescriptions d'antibiotiques évitées (lutte contre l'antibiorésistance) ;
- Permet d'apporter une nouvelle offre de soins qui couvre l'ensemble du territoire et de libérer du temps médical ;
- Apporte une solution dans les territoires à faible densité médicale.

S'agissant des infections urinaires, la mesure permettra également de diminuer les ECBU, test de biologie. Cette mesure représenterait une économie pour l'Assurance Maladie de l'ordre de 40 M€ en 2024 puis avec une hausse du recours progressif de 25 M€ supplémentaires en 2025 et 2026.

L'Assurance Maladie déploie également une campagne depuis avril 2023 visant à **améliorer la pertinence des prescriptions d'antibiotiques en odontologie** en sensibilisant les chirurgiens-dentistes à l'antibiorésistance à travers des échanges confraternels et en leur donnant les moyens d'analyser leurs prescriptions à travers un profil de prescription (indicateurs de pertinence de leur prescription avec une cible à atteindre pour chaque indicateur).

Le bon usage des antibiotiques chez les enfants doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de leur exposition aux antibiotiques. La France est un des pays membres de l'OCDE où la prévalence de la prescription pédiatrique ambulatoire d'antibiotique est l'une des plus élevées¹⁹⁷. En 2022, on constate une forte disparité de la prévalence de la prescription d'antibiotique en fonction de l'âge : elle est très élevée entre 1 et 4 ans allant jusqu'à atteindre 75% d'enfants de 3 ans ayant consommé au moins une fois dans l'année des antibiotiques pour se stabiliser entre 20 et 70 ans autour de 40%. Accompagner les prescripteurs pour réduire cette exposition des plus jeunes est un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie.

Enfin, il est nécessaire de rappeler les recommandations de prescription des fluoroquinolones en complément de l'alerte de l'ANSM lancée en février 2023. Les fluoroquinolones sont une classe d'antibiotique qui peut être utilisée lors d'infections bactériennes graves. Ils sont très sensibles à l'antibiorésistance. Comme tout médicament, ils peuvent être à l'origine d'effets indésirables, parfois graves, durables dans le temps, invalidants et potentiellement irréversibles. La place des fluoroquinolones dans les stratégies thérapeutiques a été revue ces dernières années : en 2015, par la SPILF, en 2018 – 2019 par l'Agence européenne des médicaments et en mars 2023 par la HAS. L'ANSM rappelle en juin 2023 que ces antibiotiques ne peuvent être prescrits qu'uniquement pour des infections sévères et après avoir expliqué au patient la conduite à tenir en urgence en cas d'effets indésirables graves.

Face aux évolutions des recommandations, la Cnam a noté que l'évolution des prescriptions de 2015 à 2022 affiche une forte baisse qu'il convient toutefois d'encourager puisque le nombre de boîtes prescrites reste à un niveau élevé (4,8 millions de boîtes en 2022 remboursées à 1,9 million de personnes représentant 4% des boîtes d'antibiotiques remboursées). Une communication sera portée vers les médecins généralistes afin de rappeler les recommandations en matière de prescription.

L'Assurance Maladie poursuit ses actions visant à renforcer l'efficacité de l'usage des médicaments pour assurer la soutenabilité financière et le financement des innovations

La recherche de l'efficacité des dépenses de médicaments passera par l'accélération de la part des biosimilaires dans les médicaments biologiques et par des demandes auprès du CEPS afin de baisser le prix de certains médicaments lorsque cela le justifie notamment pour l'anticancéreux nivolumab dont la posologie a changé entraînant un surcoût important pour l'Assurance Maladie sans que l'intérêt clinique de ce changement ait été démontré¹⁹⁸.

L'intensification de la pénétration des médicaments biosimilaires reste un enjeu majeur afin d'atteindre l'objectif ambitieux de 80 % via des actions d'accompagnement et d'incitation

Au 1^{er} juin 2023, on dénombre 60 noms de marques de médicaments biosimilaires commercialisés pour 10 classes thérapeutiques différentes. Les remboursements par l'Assurance Maladie de ces classes thérapeutiques représentent pour les délivrances en ville 1,9 milliard d'euros dont 680 millions d'euros pour les médicaments biosimilaires (36 %). Deux molécules sont prépondérantes, à savoir l'adalimumab (maladies inflammatoires chroniques) et la ranibizumab (traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) et d'autres maladies qui entraînent une baisse de la vision) qui représentent à elles seules 49 % de ce marché.

¹⁹⁷ Article « Prescriptions pédiatriques ambulatoires dans les pays à économie avancée au 21^e siècle », EPI-PHARE et INSERM

¹⁹⁸ Passage en dose unique du nivolumab quel que soit le poids du patient dans le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC)

Depuis 2007, année de commercialisation du 1^{er} médicament biosimilaire, le marché s'est développé. Le nombre de médicaments biosimilaires remboursés en ville a ainsi été multiplié par 6 sur les 6 dernières années, passant de 788 000 boîtes remboursées en 2016 à 4,6 millions en 2022. Les montants remboursés (ville et hôpital) représentaient 2,4 Mds€ au 31 décembre 2022. La pénétration globale des biosimilaires s'élevait à 42% soit un montant remboursé de 1 Md€ pour les biosimilaires.

Tableau 37 : Tableau de bord sur la pénétration des médicaments biosimilaires {en volume} en 2022 par dénomination commune internationale (DCI) et selon le lieu de délivrance

Substance active	Délivrance en ville (prescripteurs libéraux + PHMEV)		Délivrance intra hospitalière (liste en sus)	
	Part des biosimilaires dans le groupe biologique similaire (en volume) en 2022 [1]	Montant remboursé (en millions d'euros) en 2022 [2]	Part des biosimilaires dans le groupe biologique similaire (en volume) en 2022 [1]	Montant remboursé (en millions d'euros) en 2022 [2]
Adalimumab*	41,6%	502 M€		
Bevacizumab			97%	160 M€
Enoxaparine	13,2%	108 M€		
Epoétine	85,5%	107 M€		
Etanercept*	47,2%	156 M€		
Filgrastim	92,1%	93 M€		
Follitropine alfa	68,5%	60 M€		
Infliximab			84,5%	108 M€
Insuline asparte	0,6%	92 M€		
Insuline glargine	39,6%	123 M€		
Pegfilgrastim	78,2%	158 M€		
Ranibizumab	0%**	445 M€		
Rituximab			84,3%	99 M€
Somatropine	49,2%	52 M€		
Tériparatide	46,0%	23 M€		
Trastuzumab			57,5%	138 M€
Total	28,8%***	1 919 M€	84,3%	505 M€

Source : Medicam et ATIH – traitement Cnam

*Produits radiés de la liste en sus depuis le 1^{er} mars 2021 (JO 22 janvier 2021)

** 1^{er} biosimilaire commercialisé en mars 2023

*** hors ranibizumab

[1] Calculé en nb de boîtes remboursées pour les délivrances en ville (France entière) et en nb d'unités consommées pour les délivrances intra-hospitalières (liste en sus - MCO - France entière) - données ATIH et Medicam - traitement Cnam

[2] Calculé en montant remboursé pour les délivrances en ville et en coût total des unités consommées pour les délivrances intra-hospitalières - données ATIH et Medicam - traitement Cnam

Substance active	Date de commercialisation du 1 ^{er} biosimilaire	Conditions de prescription*	Dispositifs incitatifs (situation au 1 ^{er} juillet 2023)
Adalimumab*	oct-18	PIH	Intéressement de 20% auprès des établissements de santé pour leurs PHMEV Dispositif d'intéressement à la prescription des médicaments biosimilaires pour les médecins libéraux
Bevacizumab	juin-20	RH	
Enoxaparine	sept-18		Dispositif d'intéressement à la prescription des médicaments biosimilaires pour les médecins libéraux
Epoétine	juil-08	PIH ou PI par un médecin exerçant dans un service de dialyse à domicile	
Etanercept*		PIH	Intéressement de 20% auprès des établissements de santé pour leurs PHMEV

Substance active	Date de commercialisation du 1 ^{er} biosimilaire	Conditions de prescription*	Dispositifs incitatifs (situation au 1 ^{er} juillet 2023)
Filgrastim	mars-09	PIH trimestrielle	Dispositif d'intéressement à la prescription des médicaments biosimilaires pour les médecins libéraux Substitution par les pharmaciens
Follitropine alfa	mai-15		Dispositif d'intéressement à la prescription des médicaments biosimilaires pour les médecins libéraux
Infliximab	févr-15	RH	
Insuline aspartate	mars-21		Dispositif d'intéressement à la prescription des médicaments biosimilaires pour les médecins libéraux
Insuline glargine	janv-16		Intéressement de 20% auprès des établissements de santé pour leurs PHMEV ROSP médecin traitant
Pegfilgrastim	nov-18	PIH trimestrielle	Substitution par les pharmaciens
Ranibizumab	mars-23		Dispositif d'intéressement à la prescription des médicaments biosimilaires pour les médecins libéraux
Rituximab	sept-17	PH. 1 ^{ère} administration en milieu hospitalier	
Somatropine	mai-07	PIH annuelle	
Tériparatide	août-19		
Trastuzumab	août-18	PH. 1 ^{ère} administration en milieu hospitalier	

* RH : réserve hospitalière, PI : prescription initiale, PH : prescription hospitalière, PIH : prescription initiale hospitalière

Les actions engagées sur les biosimilaires ont montré leur efficacité

L'Assurance Maladie s'est engagée dans la promotion des biosimilaires au travers de sa politique conventionnelle avec deux nouveaux leviers mis en place en 2022 : le premier à l'attention des prescripteurs via l'avenant 9 de la convention médicale, le second à l'attention des pharmaciens rendant possible la substitution lors de la délivrance.

Le dispositif « avenant 9¹⁹⁹ » est un intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires pour les médecins libéraux conventionnés depuis le 1^{er} janvier 2022. Ce mécanisme incitatif redistribue aux prescripteurs 30% des économies générées par la prescription des médicaments biosimilaires pour les cinq molécules biologiques suivantes : étanercept, adalimumab, follitropine alpha, énoxaparine et insuline aspartate. En 2022, ce sont 3,6 millions d'euros qui ont été reversés à 2 833 médecins dans le cadre de ce dispositif.

Le 1^{er} bilan détaillé indique que l'impact de l'avenant 9 est variable selon les molécules concernées :

Tableau 38 : Évolution du taux de pénétration des médicaments biosimilaires visé par l'avenant 9

		janv-20	janv-21	janv-22	déc-22	Augmentation janv 22 - déc 22 en point
Etanercept	Ville	24%	29%	36%	50%	14,2
	Établissements*	39%	43%	48%	54%	5,8
Adalimumab	Ville	15%	23%	31%	48%	17,1
	Établissements*	24%	33%	40%	47%	7,0
Follitropine alpha	Ville	56%	53%	61%	72%	10,6
	Établissements*	65%	64%	69%	71%	2,2
Enoxaparine	Ville	18%	11%	11%	15%	4,4
	Établissements*	18%	11%	12%	16%	4,1
Insuline aspartate	Ville	0%	0%	0%	3%	3,0
	Établissements*	0%	0%	0%	2%	1,7

199 Repris dans le règlement arbitral publié au Journal Officiel le 30 avril 2023

Par ailleurs, la mise en place de cette incitation a conduit à une forte réduction des écarts entre le taux de pénétration des biosimilaires prescrits par des hospitaliers et celui des prescripteurs libéraux.

La substitution par le pharmacien d'officine a été rendue possible par la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 et concerne deux molécules biologiques filgrastim et pegfilgrastim (arrêté du 12 avril 2022 paru au Journal officiel du 14 avril 2022) à partir de la liste de référence des groupes biologiques similaires substituables éditée par l'ANSM. Elle a permis d'accroître le taux de pénétration des deux molécules biologiques concernées sur l'année 2022 de façon plus nette pour pegfilgrastim (+5,7 points entre avril et décembre 2022 et seulement +0,9 points pour filgrastim) sans toutefois atteindre pleinement ces objectifs. La substitution par le pharmacien peine à être effective en l'absence d'incitation financière pour les pharmaciens d'officine (i.e. égalité des marges à l'image des génériques).

Extension de ces dispositifs à de nouvelles molécules

Le Lucentis® (ranibizumab, Novartis) et Eyléa® (aflibercept, Bayer Santé) sont remboursés chez l'adulte dans les traitements de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) humide (forme rétrofovéolaire) ainsi que de la baisse visuelle due à un œdème maculaire diabétique (OMD) chez certains patients ou à un œdème maculaire secondaire à une occlusion de branche veineuse rétinienne (OBVR) ou à de la veine centrale de la rétine (OVCR) ou encore à une néovascularisation choroïdienne (NVC) secondaire à une myopie forte.

Avec 926 millions d'euros remboursés en 2022, Lucentis® et Eyléa® représentent à eux seuls 4% du montant total des remboursements de pharmacie de ville. L'arrivée de Ranivisio® (ranibizumab, Teva Santé), biosimilaire de Lucentis®, peut permettre une réduction de ces dépenses.

Depuis mars 2023, le 1^{er} biosimilaire de Lucentis®, Ranivisio®, est disponible sur le marché français. L'économie estimée pour l'Assurance Maladie est de l'ordre de 8 à 63 millions d'euros d'économie selon la pénétration du biosimilaire (de 10% à 80%).

Au 1^{er} juillet 2023, le dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des biosimilaires est étendu à un nouveau public de médecins ophtalmologues. Il intègre ainsi le biosimilaire du Lucentis® à destination d'un nouveau public de prescripteurs ophtalmologues.

De même, la substitution par le pharmacien d'officine pourra être étendue à de nouveaux biomédicaments en lien avec l'ANSM (notamment l'enoxaparine, l'insuline glargine et asparte...).

Mise en œuvre d'un nouveau dispositif incitatif à l'égard des patients : Tiers payant contre biosimilaires

A l'instar de ce qui existe sur les médicaments génériques, il est proposé la mise en place d'un dispositif plus incitatif sur les médicaments biosimilaires pour les patients refusant la délivrance d'un biosimilaire sans motif médical légitime. Il est ainsi proposé de créer le dispositif de tiers payant contre biosimilaires, lorsque le pharmacien propose la substitution d'un médicament biologique de référence par un biosimilaire qu'il est autorisé à substituer :

- Si le patient accepte la délivrance d'un biosimilaire, le pharmacien applique le tiers payant et le patient est dispensé de l'avance de frais ;
- Si le patient refuse la délivrance d'un biosimilaire et exige le médicament de référence, le patient doit alors faire l'avance de frais et ensuite envoyer à sa caisse d'Assurance Maladie la feuille de soins pour être remboursé.

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie envisage de porter le principe d'égalité de marge pour le pharmacien pour les produits substituables. Par ailleurs, pour améliorer les effets du dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des biosimilaires, l'Assurance Maladie étudie la possibilité de ne plus réserver à certaines spécialités biologiques la prescription hospitalière en prescription initiale et prévoit dans ce cadre une saisine de l'ANSM.

11.1.3 Dispositifs médicaux

Les remboursements des dispositifs médicaux en ville s'élèvent à plus de 8,6 milliards d'euros en 2022 en forte reprise depuis la crise sanitaire (+3,6% en 2022 après près de 10% en 2021), avec une part importante (un tiers) des

prescriptions hospitalières exécutées en ville et une concentration sur quelques dispositifs médicaux (appareillage diabète, affections respiratoires et perfusions) sur lesquels l'Assurance Maladie concentrera ses actions en 2023/2024.

120 millions d'euros d'économie sont attendus des actions de maîtrise qu'engagera l'Assurance Maladie en 2024.

L'Assurance Maladie accompagnera les professions de santé afin que la délivrance de bandelettes glycémiques n'excède pas les limites réglementaires

Un arrêté du 25 février 2011 limite la prise en charge des bandelettes glycémiques à 200/an pour les patients diabétiques non insulino-requérants. Cet arrêté fait suite à des recommandations de la HAS de 2011 positionnant l'autosurveillance glycémique (ASG) dans des indications et des durées limitées pour ces patients. En effet, l'autosurveillance glycémique n'est pas nécessairement systématique, selon les recommandations de la HAS, mais doit s'inscrire dans une démarche d'éducation, en complément du dosage de l'hémoglobine glyquée qui reste l'élément central pour apprécier l'équilibre du diabète. Malgré de multiples campagnes menées en 2011, 2012 et 2015 par l'Assurance Maladie pour s'assurer du respect de la réglementation, une analyse des bases de données montre globalement une mauvaise connaissance de cette limitation par les professionnels de santé générant une dépense induite de 29 millions d'euros. Les principaux prescripteurs sont les médecins généralistes.

En conséquence, dans un premier temps, l'Assurance Maladie a engagé en 2023 une nouvelle action à l'attention des médecins généralistes ciblés prescrivant au-delà de 200 bandelettes glycémiques par an à leurs patients diabétiques de type 2 non insulino-requérants et des pharmaciens ciblés délivrant au-delà de cette limite réglementaire. Dans un deuxième temps, il est envisagé d'étendre cette action auprès des assurés qui se sont vus délivrés des bandelettes au-delà de ce seuil réglementaire en pratique notamment le nomadisme pharmaceutique. Il pourra par ailleurs être envisagé localement de procéder à des récupérations d'indus vers les pharmacies accompagnées et maintenant des délivrances importantes au-delà de 200 bandelettes par an.

L'Assurance Maladie diffusera les bonnes pratiques en matière de prescription de pansements pour plaies suturées, à la suite d'une intervention chirurgicale recommandées par la HAS

Les données de la base de données LPPAM 2016-2022 montrent que les pansements sont le deuxième poste de dépense de la LPP avec 732 millions d'euros en montants remboursés en 2022, en progression régulière malgré l'application de divers plans de baisse tarifaire au niveau du CEPS. Ce constat semble indiquer une prescription vers les produits les plus coûteux mais qui ne sont pas toujours les plus pertinents en termes d'objectif thérapeutique.

Ces constats s'appliquent notamment aux pansements hydrocellulaires en sortie d'hospitalisation après intervention chirurgicale. Les données de remboursement de la Cnam montrent une croissance à la fois sur les volumes et les montants remboursés pour ces pansements, respectivement + 3,13 % et + 12,34 % entre 2016-2022. La Haute Autorité de Santé (HAS) s'est saisie de ce sujet et a publié une fiche de bon usage en décembre 2022 sur les pansements pour plaies suturées qui permet de discerner, en fonction des cas patients, les modalités de prescription et le matériel médical nécessaire à l'obtention d'une cicatrisation correcte.

Aussi, une campagne en direction des prescripteurs hospitaliers, des pharmaciens et des IDE exerçant en ville, est envisagée pour 2024 afin de favoriser le respect des bonnes pratiques. Par ailleurs, en établissements de santé, cette campagne s'articulera avec l'indicateur « pansements » du CAQES et figurera au programme de la visite annuelle organisée au sein des établissements de santé.

La prise en charge des troubles respiratoires du sommeil apparaît inefficace avec une prépondérance de traitement par pression positive continue

Le syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) est défini par l'association de symptômes cliniques – somnolence notamment – et de troubles respiratoires du sommeil, objectivé par la mesure de l'indice d'apnées-hypopnées (IAH). Il touche environ un adulte sur cinq et peut avoir de graves conséquences à court et à long terme.

Les traitements du SAHOS ont pour objectifs de remédier aux symptômes diurnes et nocturnes mais aussi de prévenir l'apparition ou l'aggravation des complications et comorbidités associées. Trois options de traitement (en sus des mesures hygiéno-diététiques) dont deux dispositifs médicaux inscrits dans la liste des produits et prestations (LPP) remboursables sont disponibles :

- Le traitement par pression positive indiqué chez les patients ayant des apnées-hypopnées obstructives du sommeil, en présence à la fois de certains symptômes cliniques et d'un indice d'apnées-hypopnées (IAH) élevé ;
- L'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM) indiqué chez les patients ayant un SAHOS avec IAH inférieur à 30 et sans comorbidité cardiovasculaire grave associée, l'OAM peut être proposée en première intention plutôt que la PPC ;
- La chirurgie constitue un traitement alternatif.

Les analyses de l'Assurance Maladie en matière de prise en charge des troubles respiratoires du sommeil soulignent une prise en charge non efficiente avec une prépondérance de traitement par pression positive continue. En 2022, l'Assurance Maladie a remboursé 5,7 millions d'euros au titre des OAM contre 852 millions d'€ au titre de la PPC. Pour faire face aux enjeux de santé publique et économique grandissant de la prise en charge et du traitement du SAHOS, l'Assurance Maladie va déployer deux actions, l'une à l'attention des établissements de santé, la seconde à l'attention des médecins libéraux.

En établissement de santé, en particulier auprès des pneumologues et des cardiologues, l'Assurance Maladie entend promouvoir, en 2024, la prescription d'OAM plutôt que de PPC en mettant en place un indicateur national CAQES avec un objectif de 30% de prescriptions initiales hospitalières d'OAM en s'appuyant sur les recommandations HAS de bon usage²⁰⁰. L'impact financier de l'introduction de cette incitation est estimé à environ 10 millions d'euros.

S'agissant des prescriptions par les médecins libéraux, la demande d'accord préalable (DAP) liée au traitement de l'apnée / hypo-apnée du sommeil par dispositif médical à pression positive continue ou orthèse d'avancée mandibulaire sera dématérialisée. Cette dématérialisation facilitera le respect des recommandations de la HAS en matière de prise en charge du SAHOS chez l'adulte grâce à un logigramme décisionnel, permettant la réorientation vers le dispositif le plus pertinent, notamment la mise sous orthèse d'avancée mandibulaire pour les apnées légères. Cette DAP pourrait être restreinte à la seule instauration du traitement et non plus à toutes les prescriptions.

11.1.4 Biologie

Un nouveau protocole d'accord avec la profession des biologistes abordera des problématiques de santé publique, de biologie délocalisée, d'évolutions tarifaires. Par ailleurs, des actions seront portées afin de maîtriser les volumes d'actes en écart aux référentiels tels que les tests de vitesse de sédimentation ou les dosages de vitamine D.

En conséquence, ces actions devraient permettre de contribuer à la maîtrise des dépenses à hauteur de 150 millions d'euros en 2024.

Les recommandations relatives au test de la vitesse de sédimentation nécessitent d'être revues du fait de sa large obsolescence

En 2022, le montant remboursé de la vitesse de sédimentation est de 13,2 millions d'euros. Depuis 10 ans, le nombre de tests de vitesse de sédimentation (VS) diminue tendanciellement mais se situe à un niveau qui reste élevé avec 16,8 millions d'actes en 2022. Or, l'obsolescence de cet acte est reconnue même s'il n'y a pas de recommandation HAS pour en limiter les indications de prescription.

En effet, deux articles récents ont conclu que la VS apporte peu d'éléments complémentaires à une démarche diagnostique et sa prescription n'a aucune place chez un patient asymptomatique. Toutes les caractéristiques de la VS font de cet examen un test obsolète même s'il reste possible dans quelques rares situations : Horton, Hodgkin, Polyarthrite rhumatoïde. Le peu d'éléments concrets sur la VS en médecine générale dans la littérature scientifique et sa disparition progressive des référentiels des sociétés savantes justifient l'arrêt de l'utilisation de ce dosage en pratique courante²⁰¹.

En 2022, 80% des tests de VS réalisés dans des laboratoires privés ont été prescrits par des généralistes. En moyenne, un généraliste en libéral en prescrit 176 par an en 2022, la moitié en prescrivant moins de 31.

²⁰⁰ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/sahos_-_fiche_de_bon_usage.pdf

²⁰¹ https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/existe_t_il_encore_une_indication_de_prescription_de_la_vitesse_de_sedimentation_en_soins_primaires_322680/article.phtml

Tableau 39 : Distribution du nombre de tests de vitesse de sédimentation en 2022

	Effectif médecins	Nombre de tests VS prescrits	Distribution des tests de VS prescrits par médecin				
			Moyenne	p25	Médiane	p75	p90
Généralistes	75 481	13 287 005	176	4	31	213	591
Spécialistes	55 695	2 032 200	36	1	3	12	56

Source : SNDS, DCIR, 2022 dates de prélèvement, laboratoires privés, prescripteurs libéraux

En conséquence, l'Assurance Maladie entend saisir la HAS demandant une réévaluation de l'intérêt du test de la vitesse de sédimentation dans le but de limiter la prescription aux spécialistes prenant en charge les patients dans quelques rares situations cliniques : Horton, Hodgkin, Polyarthrite rhumatoïde. Une action d'information par l'Assurance Maladie auprès des prescripteurs complétera cette saisine.

Les dosages de vitamine D sont prescrits à tort dans 90% des cas pour les patients âgés de 16 à 65 ans

Le nombre de dosages de vitamine D remboursés par l'Assurance Maladie progresse de façon dynamique et s'accélère depuis 2019. En 2022, plus de 6,8 millions de dosages, représentant 41,7 millions d'euros remboursés, ont été effectués dans des laboratoires privés contre 3,9 en 2015. Les principaux prescripteurs du dosage de vitamine D sont les médecins généralistes (60%).

Tableau 40 : Évolution des dosages de vitamine D depuis 2015, en nombre d'actes et montants remboursés

	2015	2019	2022	TCAM 2019/2015	TCAM 2022/2019
Nombre de dosage de Vitamine D	3 858 938	4 785 589	6 807 237	5,5%	12,5%
Montants remboursés	32,1 M€	34,0 M€	41,7 M€	1,5%	7,0%

Source : SNDS, DCIR, 2015, 2019, 2022 dates de prélèvement, laboratoires privés

Compte tenu du nombre de dosage de vitamine D remboursés chaque année, l'Assurance Maladie a mené une étude afin de déterminer le nombre de dosages réalisés en 2022 non conformes aux recommandations de la HAS. Une étude statistique a donc été réalisée sur les dosages pour la population âgée de 16 à 65 ans. Chez les patients âgés de 16 à 65 ans, seuls 9% des dosages de vitamine D correspondent, *in fine*, à une indication recommandée par la HAS.

Encadré 32 : Conditions de prise en charge du dosage de la vitamine D par l'Assurance Maladie validé par la HAS

D'après les recommandations de la HAS de 2013²⁰², toujours d'actualité, ce dosage ne peut être remboursé que dans le cadre de 6 indications :

- Lors d'une démarche diagnostique visant à confirmer ou infirmer un rachitisme (suspicion de rachitisme) ;
- Lors d'une démarche diagnostique visant à confirmer ou infirmer une ostéomalacie (suspicion d'ostéomalacie) ;
- Au cours d'un suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de trois mois après transplantation ;
- Avant et après une chirurgie bariatrique ;
- Lors de l'évaluation et de la prise en charge des personnes âgées sujettes aux chutes répétées ;
- Pour respecter les résumés des caractéristiques du produit (RCP) des médicaments préconisant la réalisation du dosage de vitamine D.

Dans tous les autres cas, **il est inutile de doser la vitamine D. Ce dosage ne doit pas être pris en charge par l'Assurance Maladie.**

²⁰²http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/utilite_clinique_du_dosage_de_la_vitamine_d_-_rapport_devaluation.pdf

En conséquence, l'Assurance Maladie va réitérer en 2024 une campagne visant à rappeler les six indications de prescriptions de dosages de vitamine D conformément aux recommandations de la HAS.

Le nombre de tests anti-VHC réalisés semble trop élevé au regard des recommandations de la faible endémicité pour l'infection par le virus de l'hépatite C

Depuis l'arrivée fin 2013 des nouvelles générations d'antiviraux à action directe (AAD), la France est un pays de faible endémicité pour l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC). Le dépistage du VHC et la mise sous traitement rapide représentent des enjeux majeurs dans un objectif d'éradication de la maladie en France à l'horizon 2030.

Si le dépistage des patients asymptomatiques dans les six premiers mois qui suivent la contamination reste un levier majeur d'éradication de la maladie, l'activité de dépistage apparaît très importante en France (4,3 millions de tests anti-VHC réalisés en 2021 (hors CeGIDD) à 3,7 millions de personnes, soit 55 tests pour 1 000 habitants, pour un montant remboursable de 55,7 millions d'euros) et peu de tests anti-VHC sont finalement positifs. Par exemple, les femmes de 20 à 49 ans représentent près de la moitié (47%) des personnes testées laissant à penser qu'un grand nombre de tests anti-VHC est prescrit dans le cadre des examens prénataux. Or le dépistage du VHC ne fait pas partie des actes de dépistage biologique prénatal obligatoires ou proposés systématiquement (sérologie VIH1 et 2).

Afin de participer à l'efficacité des dépistages de l'hépatite C, un ciblage des dépistages sur les patients les plus à risque est donc souhaitable, notamment parmi les plus marginalisés, afin d'atteindre les objectifs d'éradication de la maladie. Des actions rappelant les recommandations de la HAS seront menées et permettront de partager cette stratégie de dépistage.

La nécessité de mieux partager les recommandations de la HAS sur le dosage des hormones thyroïdiennes

La dynamique et le volume des dosages des hormones thyroïdiennes interpellent car ils ne semblent pas en adéquation avec les bonnes pratiques et les recommandations. En 2021, près de 30 millions de dosages ont été réalisés chez des adultes dont 77% prescrits par des médecins généralistes. Les triples dosages (TSH+T4+T3) et les doubles dosages (T4+T3 sans TSH préalable ou TSH+T3) sont justifiés dans de très rares cas or les volumes de ces actes sont élevés et en croissance. En outre, 58% des triples dosages sont réalisés pour des patients sans aucun traitement hypo ou hyper thyroïdien donc sans pathologie thyroïdienne alors que dans les recommandations ils sont réservés aux patients souffrant d'une pathologie thyroïdienne.

En mai 2022, la HAS a modifié les indications et les modalités de prescriptions de ces actes et a entre autres rappelé qu'il n'est pas nécessaire de dépister les dysthyroïdies en population générale et détaille l'intégralité des indications prises en charge par l'Assurance Maladie.

Dans un premier temps une action de sensibilisation des médecins prescripteurs et des laboratoires de biologie médicale sera effectuée, afin de leur présenter ces nouvelles modalités de prescriptions. Dans un second temps et si les dosages multiples restent nombreux sans pathologies associées ou sans traitement et/ou si les dosages de TSH restent à un niveau très élevé, une mise sous demande d'accord préalable de ces dosages sera envisagée.

11.1.5 Transports

Les dépenses liées à la prise en charge des transports de patients s'inscrivent à un niveau élevé, comparativement à celles d'autres pays développés, et sont très dynamiques. En 2022, les dépenses de transport de patients remboursées s'élèvent à près de 5,5 milliards d'euros en augmentation de 7,2%, en partie du fait de revalorisations conventionnelles et d'une hausse des tarifs de 4,5 % des taxis sanitaires en raison de la hausse des prix des carburants. Les dépenses des ambulances ont représenté 36% des montants totaux remboursés, les véhicules sanitaires légers (VSL) 16%, les taxis 46% et les autres modes de transports 2,1%. Près de 2/3 des dépenses de transports sont liées à des prescriptions réalisées par des établissements de santé et parmi les prescriptions réalisées par des prescripteurs libéraux, 55% des montants remboursés correspondent à des prescriptions de médecins généralistes.

Au-delà des objectifs nécessaires d'efficacité de la dépense, la dimension environnementale des transports de malades revêt un enjeu majeur auquel le développement du transport partagé et les incitations à l'utilisation de véhicules propres apportent un début de réponse que l'Assurance Maladie compte encourager.

Les gains d'efficacité mobilisables sur 2024 sont estimés à 80 millions d'euros.

Promouvoir le transport partagé à deux ou trois patients et en faire la référence dans les situations de transports compatibles avec l'état de santé des patients afin que le transport individuel devienne l'exception

Comme annoncé en 2022, si la promotion du transport partagé a été mise en suspens durant la crise Covid pour des raisons sanitaires évidentes, il s'agit à compter de 2024 pour l'Assurance Maladie et les représentants de la profession d'une faire une réelle priorité opérationnelle. Les avantages à développer le transport partagé sont multiples. Au-delà du renforcement de l'efficacité des dépenses de l'Assurance Maladie, 15 à 35% d'économie par trajet, cela doit permettre également d'augmenter le taux d'occupation des véhicules, d'améliorer la productivité des entreprises, de réduire le temps d'attente des véhicules par les patients et enfin de diminuer l'empreinte écologique des transports sanitaires.

En 2022, le transport partagé a généré un abattement total sur les dépenses remboursables de 33,9 millions d'euros, soit 3,6% du total des dépenses remboursables. La montée en charge des transports partagés de 15% des trajets facturés en 2022 à 55% pourrait ainsi permettre de générer près de 92 millions d'euros d'économies dont 50 millions d'euros pour l'Assurance Maladie après partage des économies avec les entreprises de transports sanitaires et diminuer l'empreinte carbone d'au moins 50% par trajet.

L'avenant 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, signé le 22 décembre 2020 et publié au Journal officiel du 8 mars 2021, avait déjà pour ambition de doubler la part de transport partagé, en atteignant 30 % des dépenses remboursables. Cet objectif devait s'appuyer sur un dispositif de bonification ou de pénalisation financière. Les entreprises parvenant à un taux de transport partagé d'au moins 5% devaient bénéficier du reversement d'une part des économies supplémentaires réalisées par l'Assurance Maladie en fonction du taux de transport partagé dans l'activité. Les transports partagés ayant fortement été réduits pendant la crise sanitaire, l'objectif n'a pu être atteint et le dispositif financier a été reporté. Le malus n'a pas été calculé et le bonus au titre de 2022 sera versé courant 2023.

L'avenant 11, négocié le 13 avril 2023 et publié au Journal officiel du 6 mai 2023, prévoit la poursuite des travaux sur les plateformes de commande pour organiser le transport partagé ainsi qu'un nouveau dispositif d'incitation financière pour encourager le transport partagé. En effet, des revalorisations tarifaires prévues en janvier 2025 seront conditionnées à la réalisation de 50 M€ d'économies générées par le transport partagé en 2024.

S'agissant des **patients**, l'Assurance Maladie et ses partenaires conventionnels se sont donc accordés dans le cadre de l'avenant 11 pour porter une mesure législative permettant d'inciter les patients à recourir à ce mode de transport quand leur état de santé le permet. Ainsi, il est envisagé le conditionnement, à l'instar du dispositif « Tiers payant contre génériques », de la prise en charge du transport en Tiers payant à l'acceptation par le patient d'un transport partagé dès lors qu'il n'y a aucune contre-indication médicale à ce transport partagé. En conséquence, le patient qui refuserait ce type de transport, sans contre-indication médicale, devrait donc avancer les frais auprès du transporteur et se faire rembourser ultérieurement. Le périmètre de cette mesure s'appliquerait aux transports en VSL et en taxi lorsque le transport partagé est possible (trajets itératifs et en série, tel que les trajets pour séance de dialyse ou les séances de rééducation), afin de pouvoir mettre en place une organisation entre le patient, l'établissement et le transporteur sanitaire.

Une allocation efficace de l'offre de transport favorisant l'adéquation des modes de transport passe par la mise en place de plateformes et l'utilisation de la géolocalisation

En matière de transports, les contraintes organisationnelles et logistiques sont souvent la source des pratiques inefficaces. Si le message que porte l'Assurance Maladie régulièrement auprès des prescripteurs est celui de l'adéquation entre le mode de transport prescrit et l'état de santé du patient, la réalité conduit souvent à choisir un transport par ambulance car cette offre est plus simple à mobiliser en raison de l'importance de l'offre dans certains départements.

Il est donc préconisé de poursuivre la mise en place de **plateformes**, qu'il s'agisse de plateformes de centralisation des commandes de transports ou de plateformes de réponse gérées par des transporteurs, afin d'améliorer l'utilisation du parc existant, optimiser l'affectation des trajets et avoir une meilleure connaissance de la globalité du processus de déclenchement du transport. Les travaux en cours, au-delà du bilan du fonctionnement des plateformes actuellement en place, consiste à accompagner les projets de plateformes en veillant au respect de certains prérequis (participation large des acteurs du territoire, respect du tour de garde, favorisation du transport partagé, accès aux données de reporting à l'Assurance Maladie...). Ces travaux pourraient conduire à une actualisation du cahier des charges, possiblement opposable à l'ensemble des acteurs.

En parallèle, un travail est en cours, en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et dans un second temps avec les ARS, afin d'inciter les établissements à travailler sur leur **organisation interne** pour faciliter la fluidification du

transport de patients et notamment le transport partagé. Il s'agira pour certains établissements volontaires de travailler à la mise en place des différentes briques manquantes dans leur organisation interne (salons de sortie, services centralisés de commande de transport/coordonnateur transport, meilleure anticipation et planification des sorties...). Ce sujet sera un des sujets évoqués lors des visites annuelles auprès des établissements sanitaires (VAES) que l'Assurance Maladie souhaite mettre en œuvre à compter de 2024 et dont le contenu et les modalités sont en cours de définition.

Enfin, **l'utilisation de la géolocalisation**, dorénavant valorisée pour les transporteurs sanitaires depuis l'avenant 11 à la convention des transporteurs sanitaires, devra permettre l'optimisation des véhicules et des trajets.

La mise à disposition d'outils permet de fiabiliser de façon globale le processus de transport depuis la prescription jusqu'à la facturation

L'offre de services proposée par l'Assurance Maladie s'est cadencée dans le temps pour apporter à l'ensemble des acteurs de la chaîne, de la prescription à l'effectif de transports, des solutions innovantes. L'objectif attendu est de réduire le temps consacré aux tâches administratives avec des services complémentaires, mais également de fiabiliser tout le processus de transport, depuis la prescription jusqu'à la facturation en ligne, en s'appuyant sur les référentiels de l'Assurance Maladie. L'offre de service se compose principalement :

- Le télé service **SPE Transport** (Service de prescriptions électroniques de transport), qui permet la fiabilisation de la prescription, monte en charge avec près de 600 000 prescriptions faites en 2022 (après 340 000 en 2021) et sera intégré à la nouvelle page d'accueil d'amelipro ;
- L'obligation d'utilisation du Système électronique de facturation intégré (**SEFI**), dispositif de facturation en ligne, associée aux données de **géolocalisation** permettant de disposer des remontées exactes des kilomètres parcourus, doit permettre de fiabiliser le processus de facturation, d'en limiter les anomalies et d'optimiser les contrôles.

11.1.6 Prestations en espèces

L'Assurance Maladie déploie un plan d'actions pluriannuel multi-cibles de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières

2023 est l'année d'un retour à la normale règlementaire après plus de deux ans de crise sanitaire et de prestations dérogatoires COVID. La crise sanitaire ne doit toutefois pas masquer une dynamique à la hausse du poste de dépenses IJ supérieure aux années d'avant crise (+8,2% à fin décembre 2022 pour les IJ hors covid). Un chapitre du présent rapport y est entièrement dédié (cf. chapitre Prestations en Espèces), comprenant l'analyse détaillée de l'évolution du poste, les principaux facteurs expliquant les dynamiques constatées et présente le plan d'action à visée pluriannuelle équilibrée entre information, accompagnement et contrôle de chaque acteur d'un bout à l'autre du processus de prescription. Ce plan prévoit 200 millions d'euros d'impact financier pour l'année 2023, et 230 millions pour l'année 2024. Il s'adresse à différents publics : assurés sociaux, prescripteurs, employeurs et partenaires tels que les Services de Santé au Travail.

11.1.7 Contrôles et LCF

Les actions de contrôles et de lutte contre la fraude (LCF) devraient avoir un impact financier de près de 350 millions d'euros en 2024 dont environ 80 millions d'euros sur les contrôles et plus de 250 millions d'euros sur la lutte contre la fraude

Favoriser la juste facturation des prestations d'assurance maladie

L'Assurance Maladie poursuit en 2023 le déploiement d'une stratégie de contrôle pédagogique, gradué et ciblé de la facturation par les professionnels de santé

La stratégie mise en œuvre par l'Assurance Maladie en 2022 visait à accompagner les infirmiers libéraux nouvellement installés par un rendez-vous spécifique puis une campagne de contrôle pédagogique a posteriori de leur facturation avec

retour d'information auprès d'eux. A l'issue de cette première phase d'accompagnement, les anomalies de facturation identifiées se chiffrent à près de 15% des factures issues des 3 premiers mois d'activité. Toutefois seuls 9% des factures auront entraîné une incidence financière et donc une régularisation du montant facturé pour environ 1,5 million d'euros au total.

L'Assurance Maladie poursuit en 2023, et continuera à en faire une priorités les années suivantes, le déploiement d'une stratégie de contrôle pédagogique, gradué et ciblé de la facturation par les professionnels de santé, avec une approche globale par profession en :

- Renforçant les contrôles a priori de la facturation afin de limiter l'incidence financière ;
- Intégrant progressivement des outils d'aides à la décision, voire de contrôles a priori bloquants à la source dans les logiciels métiers des PS qui concourront à cette ambition ;
- Développant des parcours de formation (initiale et continue) des professionnels de santé sur les règles régissant leurs relations avec l'Assurance Maladie (appropriation de la convention, de la nomenclature et des règles de facturation...), adaptés par profession ;
- Clarifiant l'interprétation des nomenclatures et en favorisant la lisibilité des règles de facturation des actes par les professionnels de santé ;
- Faisant évoluer les règles de facturation sujettes à interprétation ou non pertinentes et coûteuses ;
- Étendant progressivement le dispositif de contrôle d'activité par profession pour détecter les comportements atypiques et permettre la mise en place d'actions graduées de gestion du risque (accompagnement, récupération d'indus, sanctions).

Contrôles sur les dispositifs médicaux

L'Assurance Maladie procédera à des contrôles des prestataires pour vérifier l'adéquation entre la ligne générique et le dispositif médical délivré

Une étude menée en 2022 par la région AURA sur plusieurs dispositifs médicaux inscrits sous ligne générique²⁰³ a mis en évidence une inadéquation entre le produit facturé et le produit délivré. Les anomalies constatées relèvent soit du non-respect des caractéristiques techniques, soit du non-respect dans la finalité d'utilisation des produits. L'Assurance Maladie va étendre cette recherche d'anomalies dans l'auto-inscription des produits à la LPP afin d'objectiver sur le territoire national l'existence de ces facturations indues et mettre en place des mesures correctives telles que la demande de radiation des produits qui ne répondent pas aux descriptions génériques et l'étude de la faisabilité d'une récupération des indus facturés en objectivant les responsabilités sur les incohérences constatées. L'amélioration du respect des spécificités techniques des produits inscrits sous ligne générique doit permettre de générer un impact d'environ 20 millions d'euros.

L'Assurance Maladie poursuit ses actions d'accompagnement et de contrôle visant le respect des dispositions du 100% Santé

11.1.7.1.1.1.1 Optique : Action relative à la présentation de l'offre 100% Santé

Au cours du premier semestre 2022, une action de contrôle a déjà été menée par l'Assurance Maladie, portant sur le respect de l'obligation de présentation de l'offre 100% Santé chez 200 magasins d'optique dans 49 départements et a conduit à prononcer des pénalités financières à 84 magasins d'un montant moyen de 2 136 euros, dont 40 pénalités d'un montant forfaitaire de 500 € pour des manquements partiels lorsque le professionnel s'est engagé à une mise en conformité immédiate. Une nouvelle action d'accompagnement et de contrôle est d'ores et déjà engagée en 2023 avec une première information auprès de 3 250 magasins d'optique.

11.1.7.1.1.1.2 Aides auditives : accompagnement du suivi des patients équipés

La nomenclature des aides auditives met particulièrement en relief l'importance du suivi du patient par l'audioprothésiste tout au long du port de l'équipement. Cette prestation de suivi permet de garantir la bonne adaptation dans le temps de l'appareil aux besoins de correction auditive du patient. Afin que l'effectivité de ce suivi puisse être tracée par l'Assurance Maladie, la nomenclature prévoit également que les audioprothésistes envoient un flux informant la caisse d'affiliation du patient de la réalisation de la prestation de suivi. Afin d'en vérifier la mise en œuvre, l'Assurance Maladie a engagé une action en fin 2022 afin d'inciter l'ensemble des audioprothésistes et des assurés appareillés à la bonne réalisation de la prestation de suivi et de rappeler aux audioprothésistes leur obligation de télétransmission de cette prestation de suivi.

²⁰³L'inscription sous ligne générique (description générique) concerne les produits répondant à l'intitulé d'une des lignes génériques de la LPPR et ne nécessitent pas d'évaluation médico-technique par la HAS, leur tarif est celui existant à la LPP. Il relève de la responsabilité de l'industriel d'établir l'adéquation de son produit avec la description générique correspondante.

Au cours du premier trimestre 2023, 529 000 suivis ont été télétransmis par les audioprothésistes, contre 204 000 au premier trimestre 2022. Cette action d'accompagnement semble avoir fortement contribué à l'augmentation du nombre de télétransmissions relatives aux suivis réalisés.

Rénover les dispositifs de demande d'accord préalable

La demande d'accord préalable (DAP) est un dispositif de contrôle préventif visant à limiter les dépenses de santé à tort. Le bénéfice de certaines prestations d'Assurance Maladie²⁰⁴ peut en effet être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical, sur la base de l'un des 4 critères suivants en termes de performance médico-économique de notre système de santé²⁰⁵ :

- Respect des indications thérapeutiques ;
- Caractère innovant / risques encourus par le bénéficiaire ;
- Coût particulièrement élevé pour l'Assurance Maladie (individuel et global) ;
- Et recours à une autre prestation moins coûteuse.

A titre d'illustration, le contrôle des demandes d'accord préalable dans le champ de la chirurgie plastique, qui vise à s'assurer que les interventions chirurgicales demandées portent sur des actes de chirurgie réparatrice et non de chirurgie esthétique, a conduit en 2022 à un taux d'avis défavorable du contrôle médical à hauteur de 22% et a permis d'éviter plus de 13 millions d'euros de dépenses, soit 24% du montant des dépenses demandées.

Outil important pour favoriser le juste soin au juste coût, la demande d'accord préalable, pour être efficace, doit être recentrée sur les sujets à fort enjeux et doit s'intégrer facilement dans la pratique de prescription des professionnels notamment *via* une dématérialisation et un traitement dans les délais légaux des demandes permettant leur inscription dans un parcours fluide des patients.

Dans la continuité de la dynamique portée par les évolutions du cadre réglementaire²⁰⁶, l'Assurance Maladie s'est engagée, en concertation avec les professionnels de santé et l'ensemble des acteurs concernés, dont la Direction de la Sécurité sociale, dans une rénovation structurelle, globale et coordonnée des dispositifs de demande d'accord préalable.

Après une phase d'état des lieux en 2022 de premières orientations seront concrétisées à commencer par la perspective d'ici début 2024 d'un nouveau téléservice sur la DAP liée au traitement de l'apnée / hypo-apnée du sommeil par dispositif médical à pression positive continue ou orthèse d'avancée mandibulaire, qui sera mis à disposition des médecins libéraux.

Sur la période 2024/2025, d'autres DAP (existantes ou nouvelles) sont en cours de priorisation pour prétendre à une dématérialisation.

Tableau 41 : Programme envisagé de dématérialisation des demandes d'accord préalables

Actes médicaux (CCAM)		Dématérialisation de la DAP relative aux actes de chirurgie plastique pris en charge par l'Assurance Maladie
Produits de santé	Dispositifs médicaux (LPP)	Dématérialisation de la DAP Grand appareillage
	Médicaments	Eude en cours : Création / dématérialisation d'une DAP en lien avec un médicament dont la mise sur le marché est prévue fin 2023
	Biologie	Eude en cours : Dématérialisation et évolution du périmètre de la DAP relative aux examens de biologie médicale : <ul style="list-style-type: none"> • Extension aux hormones thyroïdiennes avec l'objectif de favoriser les recommandations de la HAS parues en 2023 en la matière • Suppression de la mise sous DAP des examens de spermiologie du fait des faibles risques de mésusage et financier, tout en conservant les restrictions actuelles de la nomenclature (examens de base préalables, prescription explicite des examens complémentaires, compte rendu des épreuves complémentaires devant rappeler les anomalies qui ont conduit à les pratiquer, etc.)
Transports		Dématérialisation de la demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale

Pour compléter les travaux de rationalisation, des suppressions de DAP seront étudiées, notamment en raison de leur faible risque médico-économique (notamment celle relative à l'orthopédie dento-faciale pour les moins de 16 ans),

²⁰⁴ Environ 680 codes actes sont actuellement soumis à demande d'accord préalable

²⁰⁵ Article L. 315-2 du CSS

²⁰⁶ LFSS 2018 et 2020

suppressions devant être conditionnées à la mise en place d'un suivi de l'évolution des dépenses pendant une durée significative.

La lutte contre la fraude

La lutte contre la fraude est une mission essentielle de l'Assurance Maladie, au cœur de notre responsabilité de gestionnaire de fonds publics : combattre la fraude et la sanctionner est donc une priorité au même titre que l'accès aux droits et aux soins et la prévention. Le paiement à bon droit des prestations et la politique de lutte contre toute dépense induite ou frauduleuse constituent des enjeux prioritaires en termes de vigilance et de mobilisation continue pour l'Assurance Maladie. Les actions de lutte contre la fraude interviennent en bout de chaîne de la gestion de risque mais de façon de plus en plus imbriquée avec les actions d'accompagnement, de maîtrise médicalisée et de contrôle, afin que les organismes locaux disposent de l'ensemble des moyens d'action possible pour agir sur le comportement des acteurs de la santé.

Depuis 2005, ce sont près de 3,5 milliards d'euros de fraudes détectées, qui ont été stoppées et sanctionnées. L'année 2022 a permis d'atteindre un résultat historique, avec près de 316 millions d'euros de préjudices financiers détectés : la mobilisation de l'Assurance Maladie contre toutes les fraudes, fortement ralentie en 2020-2021 du fait de la crise sanitaire, a pris une nouvelle dynamique. A l'automne 2022, la Cnam a d'ailleurs présenté sa nouvelle **stratégie de contrôle et de lutte contre les fraudes, conçue autour de 4 grands axes : évaluer, prévenir, détecter et contrôler, sanctionner**. Ces orientations, qui s'appuient sur une communication grand public plus marquée sur ses actions et ses résultats, doivent permettre d'accroître fortement les résultats de lutte contre la fraude d'ici 2024.

En 2024, l'Assurance Maladie aura finalisé sa 1^{ère} vague d'évaluation des risques de fraudes sur les principaux postes de dépenses, et comme elle s'y est engagée, entamera une actualisation triennale de ses travaux d'évaluation. Ces différentes évaluations doivent ainsi permettre de compléter ses actions d'accompagnement en amont et de contrôle en aval, comme le dispositif déployé depuis la fin 2021 à l'attention des infirmiers libéraux. Comme évoqué supra, le renforcement de la prévention des risques d'erreurs, d'abus ou de fraudes, avec par exemple les contrôles pédagogiques sur les professionnels de santé nouvellement installés ou l'introduction de contrôles a priori dans le système de liquidation de l'Assurance Maladie, est en effet essentiel afin d'éviter au plus tôt les risques d'anomalies voire de fraudes.

L'Assurance Maladie continuera en 2024 sa mobilisation vis-à-vis de l'ensemble des acteurs (assurés, professionnels de santé libéraux, établissements, employeurs) avec, notamment, une surveillance spécifique des professionnels dont les montants de remboursements sont très atypiques. Pour ce faire, de nouveaux outils de détection et d'analyse des dépenses seront déployés dans les organismes locaux d'Assurance Maladie. Cette préoccupation vient donc compléter les actions en cours d'élaboration sur l'efficacité des actes et la mise en place de suivi ciblé d'activité.

Les actions à l'encontre des **centres de santé déviants** seront tout particulièrement poursuivies. En effet, pour la première fois, des centres de santé ont été déconventionnés début 2023 compte-tenu de la détection de fraudes massives à l'Assurance Maladie. Les fraudes détectées portent principalement sur les activités dentaires et ophtalmologiques. Le travail des task-force nationales, associant les équipes de la Cnam et du réseau, porte ses fruits pour agir de façon concertée vis-à-vis de groupements de centres implantés sur l'ensemble du territoire. Ces actions sont effectuées en lien étroit avec les services d'enquête de police et de gendarmerie (notamment avec l'Office Central de Lutte contre le Travail Illégal, qui a dorénavant une compétence importante en matière de fraude sociale), avec la MICAFA (Mission Interministérielle de Coordination Antifraudes) et les ARS. L'Assurance Maladie lancera de nouveaux contrôles sur les centres récemment ouverts et présentant de forts risques de fraudes et sur les réseaux de centres de santé et utilisera systématiquement les possibilités de déconventionnement offertes par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022 et l'avenant 4 à la convention nationale des Centres de Santé.

La mobilisation de l'Assurance Maladie sera accrue vis-à-vis des **trafics en bande organisée et des détournements d'usage de médicaments ou de produits de la LPP**, qui ont recours aux réseaux sociaux et internet pour se développer. Depuis le début 2023, des alertes ont ainsi été émises par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique et l'Assurance Maladie concernant l'usage du médicament Ozempic (sémaglutide). Ce médicament, commercialisé depuis avril 2019 pour le traitement du diabète de type 2 et disponible uniquement sur ordonnance, fait l'objet d'un usage détourné chez des personnes non diabétiques dans un objectif de perte de poids. Il a été également constaté une recrudescence d'obtentions illicites de ce produit, à l'aide de fausses prescriptions. Or le détournement de ce médicament à des fins d'amincissement peut avoir un impact direct sur sa disponibilité pour les patients qui en ont besoin. Des actions de contrôle des prescripteurs et d'assurés ont été lancées par l'Assurance Maladie au printemps 2023. Associé à ce détournement d'usage de l'Ozempic, des capteurs de glycémie, qui permettent de surveiller sa glycémie tout au long de la journée et de la nuit, sont acquis, sur ordonnance, par des personnes non diabétiques souhaitant surveiller leur taux de glucose. En conséquence, l'Assurance Maladie se mobilise fortement d'ici 2024 pour lutter contre ces trafics : outre le recours aux outils de « mapping » permettant de mettre en exergue les liens entre assurés, pharmaciens et médecins,

une veille renforcée de ses bases de données sera mise en place concernant les médicaments et produits de santé susceptibles de faire l'objet de trafics. Des équipes de cyber-enquêteurs seront également déployées pour permettre à l'Assurance Maladie d'être mieux armée face aux trafics qui ont recours aux réseaux sociaux pour recruter des assurés afin d'aller chercher des médicaments contre rémunération ou tout simplement pour revendre des ordonnances frauduleuses. Enfin, l'Assurance Maladie travaillera au renforcement de la détection des fausses ordonnances directement dans les officines, avec le recours aux outils d'intelligence artificielle, et à la diffusion d'alertes vers l'ensemble du réseau officinal.

L'Assurance Maladie renforcera également en 2024 ses actions de lutte contre les pratiques abusives, voire frauduleuses, en matière de **chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique et de chirurgie bariatrique**. Depuis 2006, l'Assurance Maladie contrôle l'ensemble des demandes d'accords préalables reçues en matière de chirurgie plastique, avec plus de 40.000 avis rendus par an en 2021 et 2022 dont 8 à 9 000 refus. Comme évoqué supra, ce sont environ 14 millions d'euros de dépenses qui sont évités chaque année, sur un montant de 60 millions d'euros présentés pour accord à l'Assurance Maladie. Une rénovation du dispositif de contrôle est lancée à compter du second semestre 2023 et prendra pleinement effet en 2024 avec l'objectif de renforcer le nombre d'avis rendus par le Service Médical en se focalisant sur les dossiers à forte plus-value médicale d'une part et en convoquant systématiquement les personnes mineures avant de donner un avis d'autre part. Par ailleurs, le suivi des professionnels détournant le dispositif de demandes d'accord préalables sera renforcé. Il en sera de même en matière de chirurgie bariatrique pour laquelle plus de 37 000 demandes d'accord préalables ont été reçues en 2022. Un contrôle contentieux des professionnels de santé sera mis en place en 2024, compte-tenu du risque majeur de santé publique si l'intervention n'est pas faite à bon escient : ce sont en effet des interventions lourdes avec des conséquences majeures sur la vie des patients et nécessitant un suivi.

Par ailleurs, la mise en place du 100 % santé a permis à un grand nombre d'assurés de pouvoir acquérir plus facilement du matériel auditif. Cependant, il est constaté des pratiques frauduleuses de la part de certaines **sociétés d'audioprothèses**. Le nombre de ces sociétés adhérentes à l'accord national avec l'Assurance Maladie s'est fortement accru au cours des 3 dernières années : ainsi, à fin 2022, sur plus de 6 700 sociétés d'audioprothèses, plus de 1500 ont été créées entre 2020 et 2022 dont un tiers en Ile de France. En 2022, l'Assurance Maladie a pris en charge près de 400 millions d'euros de dépenses d'audioprothèses sur un montant total facturé de 1,6 milliards d'euros.

Des manquements et pratiques non conformes ont ainsi été mis en exergue par l'Assurance Maladie depuis quelques mois : exercice illégal de la profession d'audioprothésiste, exercice interdit d'une activité itinérante, absence de suivi obligatoire du bénéficiaire appareillé, facturation de matériel différent de celui délivré, ordonnances de complaisance ou établissement de fausses ordonnances. Des signalements d'assurés ont également été reçus par l'Assurance Maladie concernant des pratiques démarchage et de déplacements à domicile.

Plusieurs contrôles de sociétés d'audioprothèses sont en cours en 2023 : l'Assurance Maladie engage des actions pénales en cas de constat avéré que les sociétés emploient du personnel non diplômé, font usage de fausses ordonnances ou facturent des matériels non délivrés. D'ici la fin 2023 et sur l'année 2024, ces contrôles seront renforcés, notamment en cas de délivrance d'audioprothèses aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (qui bénéficient d'une prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie) ou aux jeunes adultes. Les résultats des différents contrôles engagés ou à venir seront analysés courant 2024 pour proposer, si besoin, la mise en place de nouveaux mécanismes de régulation des dépenses d'audioprothèses.

Propositions pour améliorer l'efficacité et la pertinence des soins et renforcer les actions de contrôle et de lutte contre la fraude

Proposition 23 : Développer massivement le transport partagé

pour les trajets itératifs et non-urgents afin d'accélérer la transition vers un système plus sobre. Renforcer l'efficacité globale des transports sanitaires en promouvant la géolocalisation rendue obligatoire par l'avenant 11, en déployant les modèles de plateformes et/ou services centralisés de commandes, et faciliter l'accès au transport assis professionnalisé (TAP) pour les publics fragiles (enfants en situation de handicap notamment).

Proposition 24 : Atteindre l'objectif de 80% de taux de pénétration des médicaments biosimilaires en mettant en place un dispositif de « tiers-payant contre biosimilaire »

et en poursuivant les dispositifs d'incitation à la prescription de médicaments biosimilaires. Elargir en parallèle le nombre de molécules biologiques substituables.

Proposition 25 : Assurer un meilleur usage des nouveaux médicaments permettant de perdre du poids,

indiqués dans le traitement spécifique de l'obésité et du diabète pour lesquels un mésusage important est constaté au détriment des patients éligibles ayant besoin de ces traitements.

Proposition 26 : Pour les nourrissons et enfants souffrant de reflux gastro-œsophagiens, lutter contre la surprescription de certains médicaments (inhibiteurs de la pompe à protons) des effets secondaires infectieux

et sécuriser auprès des prescripteurs un usage conforme aux recommandations scientifiques.

Proposition 27 : Mettre en œuvre des actions de contrôle des prescriptions et des délivrances d'audioprothèses

au regard de la très forte augmentation des sociétés d'audioprothèses (près de 30% de nouvelles sociétés en 3 ans), pour lutter contre les pratiques frauduleuses (exercice illégal de la profession, facturation de matériel différent de celui délivré, fausses ordonnances, etc.), et surveiller la délivrance d'audioprothèses aux populations jeunes ou fragiles (personnes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EPHAD).

Proposition 28 : Renforcer les contrôles en matière de chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique et bariatrique

Rénovation du contrôle des demandes d'accord préalable (plus de 40 000 demandes par an en matière de chirurgie plastique) et contrôle des professionnels de santé cherchant à détourner les dispositifs d'accord préalable.

Proposition 29 : Construire avec les représentants de la biologie médicale un nouvel accord-cadre triennal

conventionnel, permettant de maîtriser la dépense globale de biologie, tout en améliorant la capacité de la biologie de ville à réaliser des actes innovants et en maintenant une qualité de service et un maillage territorial inchangés.

Proposition 30 : Relancer le développement de la chirurgie ambulatoire *via* la mobilisation de Visuchir, outil rénové de datavisualisation des pratiques chirurgicales de chaque établissement en France,

et établir un plan de rattrapage partout où cette pratique apparaît insuffisamment développée par rapport à des offreurs de soins comparables.

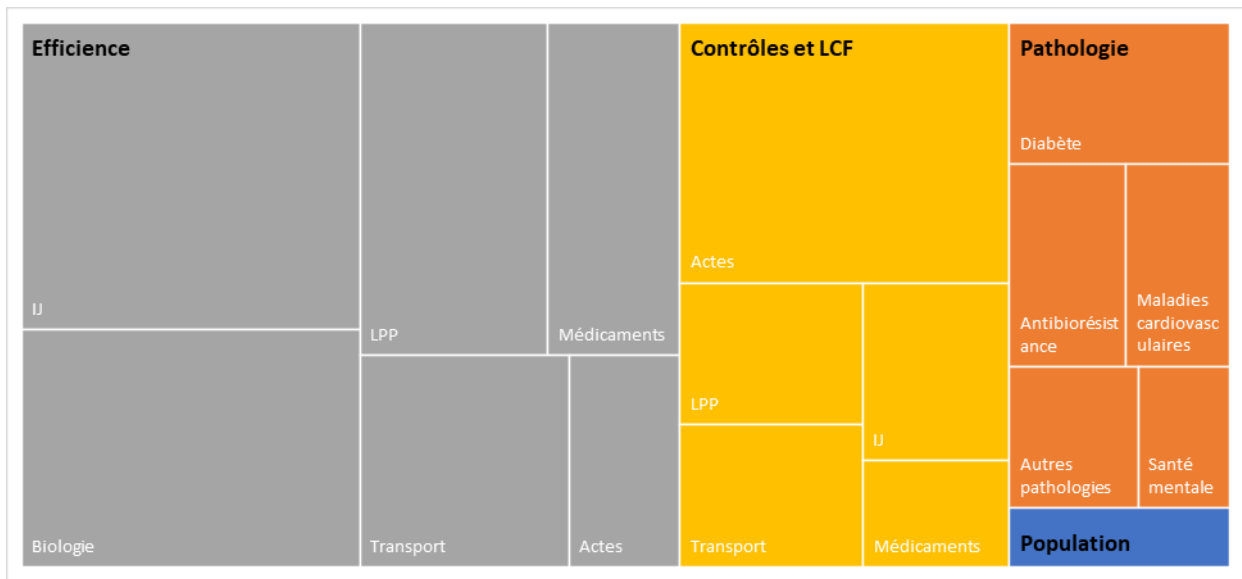
12 Impacts annuels et pluriannuels des actions de l'Assurance Maladie sur l'ONDAM et le respect des objectifs

13 Les impacts des actions de gestion du risque de l'Assurance Maladie sont estimés à près de 1,3 milliard d'euros sur l'année 2024

Le programme de gestion du risque porté par l'Assurance Maladie sur l'année 2024 devrait générer un impact financier global estimé à 1,3 milliard d'euros. En approfondissant les orientations de 2023, ce programme repose sur trois principales approches :

- Une **approche structurelle** avec des actions centrées sur la prise en charge de **pathologies chroniques** (maladies cardio-vasculaires, diabète, santé mentale...), des actions tournées **vers des populations** jugées particulièrement stratégiques car plus vulnérables ou éloignées du système de soins (enfants, personnes âgées ...) dont l'impact sur 2024 est estimé à environ 230 millions d'euros soit 18% du programme de gestion du risque de 2024
- L'amélioration de l'**efficacité et de la pertinence des soins** ciblées sur des prestations pour lesquelles des gisements de non-efficacité ont été identifiés, pour des impacts attendus de près de 700 millions d'euros soit 55% des impacts du programme de gestion du risque de 2024 répartis sur les actes médicaux et paramédicaux (4%), les médicaments (7%), les dispositifs médicaux (9%), la biologie (12%), les transports (7%) et les indemnités journalières (16%).
- Les **contrôles et la lutte contre la fraude et abus** concourront au programme de gestion du risque sur 2024 pour 345 millions d'euros soit 27% du programme.

Figure 143 : Répartition des impacts sur 2024 des actions de gestion suivant leurs finalités



13.1.1 Approche pathologie : 200 millions d'euros

Les actions que mènera l'Assurance Maladie afin d'améliorer la prise en charge de pathologies chroniques concerneront principalement :

- **Les maladies cardio-vasculaires** avec la poursuite du déploiement du parcours « insuffisance cardiaque » (IC) qui devrait avoir un impact d'environ 40 millions d'euros. Les actions porteront en particulier sur l'optimisation du parcours afin d'éviter le passage en IC de patients suivis pour coronaropathie, de stabiliser les patients avec une IC aiguë ou encore de maintenir la stabilité de la pathologie des malades chroniques.

- **Le diabète** pour lequel les actions de l'Assurance Maladie viseront à prévenir l'entrée en diabète, l'aggravation de leur pathologie pour les diabétiques de type 2 et promouvoir le bon usage des nouveaux traitements antidiabétiques pour un impact attendu de 60 millions d'euros environ.
- **La santé mentale** fera l'objet d'une campagne spécifique consistant à proposer aux médecins généralistes et aux psychiatres une vision globale sur le sujet de la dépression et des troubles anxieux en portant à leur connaissance les dispositifs ou programmes existants qui permettent une prise en charge des patients en fonction des pathologies et des âges ou des problématiques (remboursement des séances chez le psychologue, rappel des recommandations de bonnes pratiques (arrêt de travail, antidépresseurs, benzodiazépines...)).
- **L'antibiorésistance** continuera à faire l'objet d'une attention appuyée de l'Assurance Maladie qui entend poursuivre et intensifier la promotion des outils d'orientation diagnostique en ville et accompagner les établissements sanitaires et médicosociaux sur la prévention des infections et de l'antibiorésistance. Une campagne sur le bon usage des antibiotiques chez les enfants sera également déployée compte tenu de l'exposition aux antibiotiques dans cette population. Outre leur impact en santé publique, la lutte contre l'antibiorésistance devrait générer un impact d'environ 45 millions d'euros.

13.1.2 Approche populationnelle : 20 millions d'euros

Les actions l'Assurance Maladie ayant des impacts financiers à court terme concerneront essentiellement **le bon usage des médicaments** chez les très jeunes enfants (recours aux inhibiteurs de la pompe à protons) et chez les personnes âgées (diminution de la polymédication).

13.1.3 Efficience et pertinence des soins : 700 millions d'euros

L'Assurance Maladie poursuivra **le déploiement en 2024 et les années suivantes de ses actions ciblées de maîtrise médicalisée visant à améliorer à plus court terme l'efficience et la pertinence des actes et des prescriptions**, pour réduire les recours inutiles voire dangereux.

- Un plan global visant à l'amélioration de la pertinence **des actes médicaux et paramédicaux** à chaque étape du processus de soins, de la pertinence des actes prescrits et exécutés à leur juste facturation, sera structuré et mis en œuvre pour 2024 dont l'impact attendu est estimé à 50 millions d'euros.
- Des gains d'efficience sur **les médicaments** seront mobilisés en 2024 afin de dégager un impact financier estimé à près de 100 millions d'euros notamment à travers des actions d'accompagnement et des mesures incitatives permettant d'atteindre l'objectif ambitieux de 80 % taux de pénétration des médicaments biosimilaires.
- Sur **les dispositifs médicaux**, l'Assurance Maladie orientera principalement ses actions sur le respect des recommandations en matière de délivrance de bandelettes glycémiques, de pansements post-chirurgicaux, de prise en charge des troubles respiratoires du sommeil avec un impact financier attendu d'environ 120 millions d'euros.
- Un nouveau protocole d'accord avec la **profession des biologistes** et des campagnes visant à maîtriser les volumes en particulier sur les tests de vitesse de la sédimentation et sur le dosage de la vitamine D devraient produire un impact d'environ 150 millions d'euros.
- Les efforts d'efficience sur **les dépenses de transport** de malades, pour environ 80 millions d'euros, passeront par la promotion du transport partagé et de l'adéquation des modes transports en renforçant les mécanismes incitatifs auprès des établissements, des transporteurs et des patients.
- Les **dépenses d'indemnités journalières** font dès 2023 l'objet d'un plan de maîtrise qui montera en charge en 2024 qui permettra de contenir les dépenses d'au moins 200 millions d'euros. Ce plan s'adressa aux différents publics impliqués : assurés sociaux, prescripteurs, employeurs, partenaires tels que les Services de Santé au Travail.

13.1.4 Contrôles et lutte contre la fraude et les abus : 345 millions d'euros

L'Assurance Maladie poursuivra et intensifiera ses actions de contrôle et de lutte contre la fraude dans la suite de sa stratégie renouvelée pour la période 2023-2027. Les actions porteront notamment sur :

- Les **contrôles ciblés** porteront principalement sur la facturation par les professionnels de santé par La poursuite du déploiement de la stratégie de contrôle pédagogique, gradué et ciblé, sur les dispositifs médicaux notamment pour s'assurer de la facturation adéquate des dispositifs délivrés et du respect des dispositions du 100% Santé et sur la bonne application de l'article 80 de la LFSS pour 2017 concernant la prise en charge des transports inter et intra hospitaliers ;
- Le **programme annuel de lutte contre la fraude** portera sur l'ensemble des prestations avec une attention particulière sur les centres de santé, les audioprothésistes, les dentistes et la chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ainsi que la chirurgie bariatrique.

Tableau 42 : Récapitulatif de l'impact annuel en M€ des actions de l'Assurance Maladie sur 2024

Pathologie	205
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	40
<i>Diabète</i>	60
<i>Antibiorésistance</i>	45
<i>Santé mentale</i>	25
<i>Autres pathologies</i>	35
Population	25
<i>Enfance-jeunes</i>	5
<i>Personnes âgées</i>	20
Sobriété - Efficience	690
<i>Actes</i>	45
<i>Médicaments</i>	85
<i>LPP</i>	120
<i>Biologie</i>	155
<i>Transport</i>	85
<i>Indemnités journalières</i>	200
Contrôles et LCF	345
<i>Actes</i>	165
<i>Médicaments</i>	30
<i>LPP</i>	50
<i>Transport</i>	50
<i>Indemnités journalières</i>	50
Total général	1 265

14 Les actions de l'Assurance Maladie portent également des effets à plus long terme

L'Assurance Maladie poursuivra et intensifiera ses actions dont les retours sur investissement sont à attendre davantage sur le moyen / long terme. Il s'agit notamment de celles visant à optimiser et renforcer les parcours de soins et de prévention sur les maladies cardio-métaboliques, les programmes de vaccination, en particulier contre le HPV, et de dépistage organisé des cancers.

Depuis l'année dernière²⁰⁷, l'Assurance Maladie a initié la valorisation financière sur le temps long de certains de ces programmes pluriannuels. Pour mémoire, cette valorisation avait conduit à estimer des impacts financiers à moyen / long terme à 300 millions d'euros pour trois programmes de prévention et pour des campagnes d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins. Les programmes de prévention valorisés étaient la campagne annuelle de vaccination antigrippale, le programme de prévention du surpoids et de l'obésité chez les jeunes enfants « Mission retrouve ton cap » et la mise à disposition de l'outil d'accompagnement au sevrage tabagique, l'application mobile Tabac info service. Les campagnes d'efficacité et de pertinence des soins concernaient principalement la lutte contre l'antibiorésistance et le recours accru aux biosimilaires.

Cette année, la démarche se poursuit avec le chiffrage de l'impact attendu de l'optimisation du dépistage organisé du cancer colorectal qui devrait permettre de dégager un bénéfice médico-économique de 14 millions d'euros à 10/20 ans pour une augmentation du taux de dépistage du cancer colorectal de 10 points (cf. chapitre cancer du présent rapport).

Au total, il est possible de considérer que la poursuite et l'intensification des programmes de l'Assurance Maladie devrait générer, au-delà des impacts financiers pour 2024, plus de 300 millions d'euros supplémentaires à terme. L'année prochaine, l'Assurance Maladie complétera la valorisation financière de ses actions visant à améliorer structurellement l'efficacité du système de santé (dépistages organisés des autres cancers, parcours et prise en charge des maladies cardio-métaboliques, ...).

²⁰⁷ Rapport Charges et produits 2022 pour l'année 2023 de l'Assurance Maladie

15 Index des tableaux et illustration

15.1 Liste des encadrés

Encadré 1 : Redressement rapide des comptes de l'Assurance maladie en 2023	15
Encadré 2. Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses	17
Encadré 3 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la Cartographie des pathologies et des dépenses	22
Encadré 4 : L'outil de datavisualisation – data professionnels de santé libéraux	44
Encadré 5. Méthode de constitution des groupes étudiés.....	71
Encadré 6. Méthode de projection des effectifs de diabétiques à horizon 2027	72
Encadré 7 : Le questionnaire FINDRISC	76
Encadré 8. Points critiques dans le parcours de l'insuffisance cardiaque.	79
Encadré 9. Note méthodologique sur la modélisation économique	95
Encadré 10. CAMI Sport Santé : expérimentation dans le cadre de l'article 51	101
Encadré 11. Les conditions de prescription médicale initiale d'une APA (HAS)	102
Encadré 12 : Principales études médico-économiques montrant l'intérêt de l'APA.....	103
Encadré 13. Focus formation aux PSSM	105
Encadré 14 : Méthode d'analyse de l'évolution du recours aux urgences	144
Encadré 15 : L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	151
Encadré 16 : La permanence des soins ambulatoires	151
Encadré 17 : L'exemple du SAS de la Loire	158
Encadré 18 : L'EXPERIMENTATION ARTICLE 51 « URGENCES DENTAIRES »	160
Encadré 19 : la coopération médecin – infirmier à domicile : L'expérimentation RSMO	164
Encadré 20 : LES PAIEMENTS COLLECTIFS DANS LE CADRE DES EXPERIMENTATIONS NATIONALES PEPS ET IPEP	166
Encadré 21 : L'exemple des MVZ en Allemagne	190
Encadré 22 : typologie de densité des territoires d'implantation des officines	199
Encadré 23 : Études existantes sur la comparaison des délais d'accès aux médicaments	205
Encadré 24 : Méthodologie de l'étude	206
Encadré 25 : Les délais d'accès au remboursement évalués par le CEPS	210
Encadré 26 : Méthode	215
Encadré 27 : Comparaison européenne : la pratique des téléconsultations et son impact	233
Encadré 28 : Évaluation et modèle économique de la télésurveillance	238
Encadré 29 : Principales actions inscrites au plan 2023-2024	254
Encadré 30 : Renforcer le contrôle des faux accidents du travail	258
Encadré 31 : Nouvelle version de VISUCHIR.....	262
Encadré 32 : Conditions de prise en charge du dosage de la vitamine D par l'Assurance Maladie validé par la HAS	273

15.2 Liste des figures

Figure 1 : Historique du solde de la branche maladie depuis 2006 (en milliards d'euros).....	11
Figure 2 : Structure des charges de la branche Maladie en 2022.....	13
Figure 3 : Structure des produits de la branche Maladie.....	13
Figure 4: Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2021 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 185 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes.....	19
Figure 5 : Répartition des dépenses remboursées entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins en 2021	20
Figure 6 : Nombre de bénéficiaires pris en charge en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (68,7 millions de personnes au total)	20
Figure 7 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	21
Figure 8 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	22
Figure 9 : montant total en millions d'euros des dépenses remboursées par poste entre 2015 et 2021	25
Figure 10 : Taux de croissance annuels des dépenses totales remboursées entre 2015 et 2021 par poste de dépenses	25
Figure 11 : Évolution des dépenses remboursées entre 2015 et 2021, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (en millions d'euros).....	26
Figure 12 : Taux de croissance annuels des dépenses totales remboursées entre 2015 et 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	26
Figure 13 : Évolution des effectifs entre 2015 et 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins.....	27
Figure 14 : Taux de croissance annuels des effectifs pris en charge entre 2015 et 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	27
Figure 15 : Figure 16 : Taux de croissance annuels de la dépense individuelle moyenne remboursée entre 2015 et 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	28
Figure 17 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	28
Figure 18 : Taux de croissance annuels des effectifs, de la dépense totale et de la dépense individuelle moyenne remboursées entre 2015 et 2021 pour chaque cancer.....	30
Figure 19 : Taux de croissance annuels des effectifs, de la dépense totale et de la dépense individuelle moyenne remboursées entre 2015 et 2021 pour chaque maladie cardio-neurovasculaire aiguë	31
Figure 20 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2021 pour chaque maladie cardio-neurovasculaire chronique	32
Figure 21 : Taux de croissance annuels de la dépense totale remboursée entre 2016 et 2021 pour chaque maladie psychiatrique	33
Figure 22 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2021 pour chaque maladie psychiatrique	34
Figure 23 : Évolution de la prévalence et de l'incidence annuelle des troubles névrotiques et de l'humeur par classe d'âge entre 2015 et 2021	34
Figure 24 : Taux de croissance annuels des effectifs de patients entre 2016 et 2021 pour chaque traitement par psychotrope	35

Figure 25 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2021 pour chaque traitement par psychotrope	36
Figure 26 : Évolution de la prévalence et de l'incidence annuelles des traitements psychotropes (avec ou sans pathologies) par classe d'âge entre 2015 et 2021	36
Figure 27. Effectifs, dépenses individuelles moyennes et totales remboursées en 2021 pour chaque maladie rare	38
Figure 28. Taux de croissance annuels des effectifs, des dépenses individuelles moyennes et totales remboursées entre 2015 et 2021, pour chaque maladie rare	39
Figure 29. Taux de croissance annuels des effectifs, des dépenses individuelles moyennes et totales remboursées sur la période 2015-2021 pour l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves.....	39
Figure 30. Évolution des dépenses individuelles moyennes par poste entre 2015 et 2021 pour les maladies métaboliques héréditaires ou amylose.....	40
Figure 31. Évolution des dépenses individuelles moyennes par poste entre 2015 et 2021 pour la mucoviscidose.....	40
Figure 32. Évolution des dépenses individuelles moyennes par poste entre 2015 et 2021 pour l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves	41
Figure 33 : Évolution de l'activité chirurgicale 2019-2022 selon le profil d'évolution d'activité lors du 1 ^{er} confinement, phase de déprogrammation la plus importante.....	42
Figure 34 : Principales baisses d'activité cumulée 2020-2022 par rapport au tendancier attendu en volume ou en équivalent-mois (EqM) d'activité 2019	43
Figure 35 : Évolution des densités de 3 professions de santé entre 2010 et 2021 (pour 100 000 habitants)	45
Figure 36. Carte d'identité de la spécialité.....	45
Figure 37. Densité départementale de pédiatres libéraux - visuel extrait du site DATA-PS	46
Figure 38 : Répartition des effectifs de pédiatres libéraux par âge et par sexe en 2010 et en 2021	47
Figure 39 : Répartition de l'effectif des pédiatres libéraux par secteur conventionnel entre 2010 et 2021	47
Figure 40 : Évolution du taux de dépassement constatés chez les pédiatres libéraux de secteur 2 entre 2010 et 2021	48
Figure 41 : Évolution du montant des honoraires moyens par professionnel chez les pédiatres libéraux de secteur 2 entre 2010 et 2021	48
Figure 42 : Répartition du montant moyen des prescriptions des pédiatres libéraux en 2021	49
Figure 43 : Évolution du nombre moyen de patients de moins de 16 ans, par classe d'âge, pour les pédiatres et les médecins généralistes entre 2015 et 2022	50
Figure 44 : Spécialité des médecins consultés par classe d'âge en 2022	50
Figure 45 : Nombre d'actes par patient selon les tranches d'âge pour les médecins généralistes et les pédiatres en 2022	51
Figure 46 : Évolution mensuelle cumulée du nombre de contrats ACI signés et du nombre de contrats à venir (2019-2023) ...	51
Figure 47. Projections des effectifs de diabétiques à horizon 2027 par classe d'âge, selon le type de diabète.....	65
Figure 48. Points critiques dans le parcours de l'insuffisance cardiaque	79
Figure 49. Taux de croissance annuels effectifs et des dépenses affectées à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque entre 2015 et 2021, selon le caractère aigu ou chronique de l'insuffisance cardiaque	80
Figure 50. Incidence de l'insuffisance cardiaque au cours du suivi selon les pathologies à risque.....	84
Figure 51. Mémo de détection et de suivi de l'insuffisance cardiaque pour les médecins généralistes	86
Figure 52. Part des séjours d'insuffisance cardiaque parmi l'ensemble des hospitalisations considérées évitables	87
Figure 53. Logigramme d'orientation et de coordination réalisé par la CPTS Sud Est Grenoblois	88

Figure 54. Dépenses moyennes par patient avec insuffisance cardiaque, en fonction de la stabilité de la pathologie entre 2018 et 2019.	Erreur ! Signet non défini.
Figure 55 – Impact économique de l’augmentation du taux de participation (passage de 35 à 45% de taux de participation) ..	94
Figure 56 : – Impact économique de l’augmentation du taux de participation (passage de 35 à 45% de taux de participation)	94
Figure 57 : Parcours d’invitation aux dépistage organisé mis en œuvre par l’Assurance Maladie	96
Figure 58 : Part de tests de dépistage du cancer colorectal par les pharmaciens parmi l’ensemble des tests	97
Figure 59 : Évolution du nombre de patients inclus (en cumulé) par mois de réalisation des séances	108
Figure 60 : Répartition du nombre de patients inclus dans le dispositif par tranche d’âge et sexe.....	108
Figure 61 : Répartition du nombre de psychologues conventionnés par département (au 24/04/2023)	109
Figure 62 : Exemple de tableau de synthèse pour la population adulte	110
Figure 63 : Modèle économique de rémunération de l’équipe pluriprofessionnelle.....	111
Figure 64: Estimation de la population de 65 ans et plus selon différentes classes d’âge de 2010 à 2030	120
Figure 65: Statistiques descriptives sur la polymédication des patients de 65 ans et plus.....	123
Figure 66 : Consommation moyenne remboursable par tête de soins de ville en 2021, par âge	125
Figure 67 : Dépense moyenne remboursable par tête en établissements de santé en 2020, selon l’âge	126
Figure 68 : Parcours du patient	128
Figure 69 : Accompagnement ESCAPE.....	130
Figure 70 : Bilan fin 2021de la démographie et professions de santé libérales	134
Figure 71 : Présentation simplifiée des différents types mesures démographiques conventionnelles prises pour les professions de santé libérales	135
Figure 72 : Répartition de la population couvertes par des dispositifs incitatifs ou de régulation	135
Figure 73 : Nombre de passages aux urgences entre 2015 et 2021.....	143
Figure 74 : Décomposition de la croissance des passages aux urgences entre 2015 et 2019.....	144
Figure 75 : Décomposition de la croissance des passages aux urgences entre 2019 et 2021.....	145
Figure 76 : Répartition de la population fréquentant les urgences en fonction du nombre de passages aux urgences en 2019	146
Figure 77 : Répartition de la population par quintile de l’indice de défavorisation en fonction de la fréquence du passage aux urgences en 2019	147
Figure 78 : Répartition par pathologies et par âge de la fréquence des passages aux urgences.....	147
Figure 79 : Part de la population ayant un médecin traitant dans différentes catégories du nombre de recours aux urgences en 2019.	148
Figure 80 : Pourcentage de la population en fonction de la fréquence du recours aux urgences, suivant la présence ou non d’un médecin traitant	149
Figure 81 : Relation entre le nombre moyen de contacts avec un médecin généraliste ou le médecin traitant et le nombre moyen de passages aux urgences en 2019, chez les personnes de plus de 17 ans non décédés dans l’année.....	149
Figure 82 : Pourcentage de la population ayant vu au moins leur médecin traitant ou un médecin généraliste dans l’année, selon le nombre de passages aux urgences et par tranche d’âge	150
Figure 83 : Nombre moyen de consultation dans l’année, selon le nombre de passages, par tranche d’âge	150
Figure 84 : Corrélation entre le ratio du nombre de passages par les urgences par TVS (ordonnées) et l’APL médecins généralistes par TVS (abscisse) en 2015 (gauche), 2019 (milieu) et 2021 (droite).....	151
Figure 85 : Évolution de l’activité de PDSA régulée : populations pédiatrique et adulte entre 2015 et 2019	152

Figure 86: Décomposition de la croissance du recours à la PDSA entre 2015 et 2019 et entre 2019 et 2021	153
Figure 87 : Part des visites à domicile dans l'activité de PDSA selon l'âge en 2021	154
Figure 88 : Fréquence du recours à la PDSA en 2021	155
Figure 89 : Taux de recours et % d'hommes à la PDSA régulée par âge en 2015, 2019 et 2021	155
Figure 90 : Fréquence du recours à la PDSA par âge et par sexe en 2021	156
Figure 91 : Répartition de la population par quintile de défavorisation en fonction de la fréquence du recours à la PDSA.....	156
Figure 92 : Pourcentage de bénéficiaires suivant le nombre de recours à la PDSA en 2021.....	157
Figure 93. Caractéristiques des consommateurs selon qu'ils aient eu ou non recours au moins une fois à la PDSA	157
Figure 94 : Point d'étape à mai 2023 de la généralisation des SAS	159
Figure 95 : Évolution du chiffre d'affaires et de la rentabilité des laboratoires de biologie médicale entre 2016 et 2021	185
Figure 96 : Structure de la rémunération des officines en 2020 et 2022.....	195
Figure 97 : Montant des honoraires de dispensation des pharmaciens	195
Figure 98 : Évolution de la rémunération hors COVID 19 en fonction du lieu d'implantation de l'officine entre 2021 et 2022 .	196
Figure 99 : Évolution de la rémunération hors COVID 19 en fonction du décile de chiffre d'affaires de l'officine entre 2021 et 2022	196
Figure 100 : décomposition de la rémunération des officines en 2021 et 2022.....	197
Figure 101 : part du COVID 19 dans la rémunération des officines en 2022 en fonction de la zone d'implantation de l'officine et du décile de chiffre d'affaires.....	197
Figure 102 : Évolution des principales composantes de la rémunération des pharmaciens entre 2018 et 2022.....	198
Figure 103 : Taux de croissance annuel moyen de la rémunération hors COVID 19 entre 2018 et 2022 par zone géographique d'implantation	198
Figure 104 : Taux de croissance annuel moyen de la rémunération hors COVID 19 entre 2018 et 2022 par décile de chiffre d'affaires	199
Figure 105 : Les principales voies d'accès aux médicaments en France, en Allemagne, en Angleterre et en Espagne	204
Figure 106 : Périmètre de l'étude OCDE sur l'accès aux médicaments	205
Figure 107 : Légende des diagrammes de distribution « box plot »	206
Figure 108 : Répartition des produits selon l'aire thérapeutique	207
Figure 109 : Mode de délivrance des produits de l'échantillon par pays.....	207
Figure 110 : Mode de financement des produits en accès précoce par pays	208
Figure 111 : Comparaison du champ de l'indication par rapport à celui de l'AMM	208
Figure 112 : Délai entre l'accès précoce et l'AMM par pays sur l'échantillon, en jours	208
Figure 113 : Évolution des dépenses remboursables des 30 produits de l'échantillon en France, en millions d'euros	209
Figure 114 : Délais de prise en charge (droit commun, avec/sans accès précoce, accès précoce et financement public) - par pays sur l'échantillon, en jours.....	211
Figure 115 : Délais d'accès pour les produits avec ASMR II et III - par pays sur l'échantillon, en jours (13 produits)	212
Figure 116 : Délais d'accès pour les produits avec ASMR IV - par pays sur l'échantillon, en jours (17 produits)	212
Figure 117 : Délais entre l'AMM et la fin de l'évaluation clinique ou médico-économique, selon le niveau de l'ASMR - par pays sur l'échantillon, en jours	213
Figure 118 : Évolution des montants des « remises produits » entre 2017 et 2022	217

Figure 119 : Evolution de la croissance en montants des remises produits en ville et à l'hôpital	217
Figure 120 : évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits entre 2017 et 2022 selon le niveau d'ASMR du produit	218
Figure 121 : Comparaison de l'évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits en ville et à l'hôpital	219
Figure 122 : évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits entre 2017 et 2022 selon le niveau d'ASMR du produit en ville	220
Figure 123 : évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits entre 2017 et 2022 selon le niveau d'ASMR du produit à l'hôpital.....	220
Figure 124 : Évolution de la dépense remboursable moyenne par médicament entre 2017 et 2022	221
Figure 125 : Comparaison de la dépense remboursable nette de remise par patient selon le niveau d'ASMR en ville	221
Figure 126 : Distribution de la dépense remboursable nette de remise par patient selon le niveau d'ASMR en ville en 2022 ..	222
Figure 127 : évolution de la structure des dépenses remboursées brutes et nettes, du TM selon le niveau d'ASMR du produit .	223
Figure 128 : Évolution de la structure des dépenses par financeur pour les ASMR entre 2017 et 2022	223
Figure 129 : Accès à la Prise en charge anticipée numérique	228
Figure 130 : Cartographie de l'écosystème français de la e-santé	230
Figure 131 : Accès à la prise en charge de droit commun des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance	235
Figure 132 : Evolution des montants indemnisés (en M€) :	242
Figure 133: évolution 2011-2022 des arrêts maladie indemnisés : répartition du montant en fonction de la durée de l'arrêt : 242	
Figure 134 : Evolution sur la période 2010-2022 du montant moyen versé par journée indemnisée pour arrêt maladie hors arrêts dérogatoires selon l'âge du bénéficiaire	243
Figure 135: Evolution trimestrielle 2010-2022 du taux d'activité des 15-64 ans et des 55-64 ans	243
Figure 136: Evolution des arrêts maladie indemnisés en temps partiel thérapeutique sur la période 2010-2022 (en M€).....	245
Figure 137 : Evolution du nombre de bénéficiaires en arrêt maladie à temps partiel thérapeutique sur la période 2010-2022 (en milliers)	245
Figure 138 : Evolution des dépenses d'IJ maladie covid/hors covid durant la crise sanitaire (2018-2022).....	246
Figure 139 : Revalorisations exceptionnelles du SMIC EN 2022	247
Figure 140 : Impact de la hausse du SMIC sur l'évolution annuelle du prix moyen d'une IJ	248
Figure 141 : Impact de la double épidémie de grippe en 2022 sur les dépenses (en M€	248
Figure 142 : Structuration du plan de gestion du risque des actes médicaux et paramédicaux	261
Figure 143 : Répartition des impacts sur 2024 des actions de gestion suivant leurs finalités.....	284

15.3 Liste des tableaux

Tableau 1 : Charges et produits nets entre 2020 et 2022 (en millions d'euros)	14
Tableau 2 : Effectifs et dépenses individuelles moyennes remboursées en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	21
Tableau 3. Dépenses totales remboursées en 2021 pour chaque maladie rare, par catégorie de poste	38
Tableau 4 : Bilan de l'activité d'exercice des cancers à fin 2022	43
Tableau 5. Projections des effectifs de diabétiques à horizon 2027, selon le type de diabète et la composante démographique ou épidémiologique de l'évolution	65
Tableau 6. Évolution de la répartition des personnes diabétiques dans les différentes strates de sévérité entre 2015 et 2027, selon le type de diabète	66
Tableau 7. Caractéristiques des personnes diabétiques en 2020, selon le type et le niveau de sévérité du diabète	67
Tableau 8. Dépenses remboursées et dépenses moyennes par individu en 2020, selon le type et le niveau de sévérité du diabète	68
Tableau 9. Caractéristiques des personnes diabétiques selon l'évolution du niveau de sévérité entre 2020 et 2021	68
Tableau 10. Dépenses moyennes par individu selon l'évolution du niveau de sévérité entre 2020 et 2021	69
Tableau 11. Caractéristiques des personnes diabétiques incidentes en 2021, selon le type et le niveau de sévérité du diabète	70
Tableau 12. Caractéristiques des personnes prises en charge pour IC en 2021 selon le caractère prévalent ou incident de l'IC	82
Tableau 13. Sélection d'indicateurs produits pour l'Outil de Diagnostic Territorial	85
Tableau 14 : Taux de participation aux dépistages organisés au regard des taux cible	92
Tableau 15 – Analyse de sensibilité déterministe sur le solde à l'état stationnaire)	93
Tableau 16 : Éléments sur la distribution de consommation de médicaments pour les personnes de 65 ans et plus	122
Tableau 17 : Nombre de patients de 65 ans et plus et montants remboursés en millions d'euros par groupes thérapeutiques	122
Tableau 18 : Éléments sur la distribution de consommation médicamenteuse des patients polymédiqués	124
Tableau 19 : Répartition des patients polymédiqués et hyper-polymédiqués au sein de la patientèle médecin traitant	124
Tableau 20	136
Tableau 21 : Nombre de cabinets principaux MK par an et par zone (Hors Mayotte)	137
Tableau 22 : Évolution de la quantité d'actes cliniques de PDSA régulés et non régulés de 2015 à 2019 et 2019 à 2021	152
Tableau 23 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants (libéraux)	177
Tableau 24 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants adultes (centres de santé)	178
Tableau 25 : Indicateurs cliniques pour les cardiologues	178
Tableau 26 : Indicateurs cliniques pour les gastro-entérologues	178
Tableau 27 : Indicateurs cliniques pour les endocrinologues	179
Tableau 28 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants de l'enfant (libéraux)	179
Tableau 29 : liste des médicaments retenus pour l'étude	214
Tableau 30 : Taux de croissance moyen des montants et nombres de journées avant / pendant la crise :	246
Tableau 31 : Evolution des dépenses 2021/2022 des dépenses d'IJ Covid/hors Covid	247
Tableau 32 : Motifs d'arrêt de travail en 2021 et 2022	249

Tableau 33 : Rôle des différentes composantes en matière d'indemnisation dans chaque pays	250
Tableau 34 : Taux de remplacement nets garantis par les dispositifs réglementaires (composantes a ou b), par profil de salaire	252
Tableau 35 : Tableau de bord sur la pénétration des médicaments biosimilaires {en volume} en 2022 par dénomination commune internationale (DCI) et selon le lieu de délivrance	268
Tableau 36 : Evolution du taux de pénétration des médicaments biosimilaires visé par l'avenant 9	269
Tableau 37 : Distribution du nombre de tests de vitesse de sédimentation en 2022	273
Tableau 38 : Evolution des dosages de vitamine D depuis 2015, en nombre d'actes et montants remboursés.....	273
Tableau 39 : Programme envisagé de dématérialisation des demandes d'accord préalables.....	278
Tableau 40 : Récapitulatif de l'impact annuel en M€ des actions de l'Assurance Maladie sur 2024	286

16 Annexe 1 – Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2023

Le rapport Charges et Produits pour 2023 formulait 30 propositions visant à améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses en 2023 :

- 22 ont été engagées ;
- 5 sont en cours et seront prochainement déployées ;
- 3 propositions n'ont pas été mises en œuvre à ce stade.

N°	Intitulé de la proposition	État d'avancement et commentaire
1	Renforcer le parcours de soins sur l'insuffisance cardiaque	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>La campagne grand public EPOF a été lancée pour faire connaître les quatre signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque. La montée en charge du programme Prado IC se poursuit avec plus de 15 000 adhésions à fin octobre 2022 et des objectifs ambitieux ont été fixés pour 2023.</p> <p>Par ailleurs, des travaux sont en cours avec le CNP des cardiologues sur la création des équipes de soins spécialisés de cardiologie mais les discussions n'ont pas pu aboutir du fait de l'absence de signature lors de la convention médicale proposée en mars 2023.</p> <p>Enfin la sortie du décret d'entrée dans le droit commun de la télésurveillance et la validation des tarifs avec les professionnels va permettre de proposer une télésurveillance à l'ensemble des patients présentant une insuffisance cardiaque sévère (notamment de la prise de poids rapide, via une balance connectée). Généralisation de la télésurveillance lancée à partir de juillet 2023</p>
2	Permettre aux patients diabétiques d'être pleinement acteurs de leur santé grâce aux innovations numériques	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>La V2 de Sophia avec le portail patients est sortie. Plusieurs campagnes d'adhésion et newsletters adressées aux patients ont été diffusées.</p>
3	Améliorer le taux de participation aux dépistages organisés des cancers (sein, col de l'utérus, colorectal)	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Le ministre de la Santé et de la Prévention a décidé la reprise des invitations aux campagnes de dépistage par l'Assurance Maladie à partir de 2024. Le premier envoi de listes de patients éligibles aux médecins traitants a été réalisé entre décembre 2022 et avril 2023. Les travaux sur les conditions de la reprise des invitations et des relances par Assurance ont été lancés avec les acteurs impliqués</p>
4	Améliorer le taux de vaccination HPV	<p><u>Non engagé à ce stade :</u> Les actions consisteront en un renforcement de la promotion de la vaccination HPV chez les jeunes adolescents (au collège, lycée, sur les réseaux sociaux, etc.) dans le prolongement de l'annonce du Président de la République sur la généralisation de la campagne de vaccination en classe de cinquième. Une campagne d'invitation et de relance systématique aux parents d'enfants de 11 et 12 ans non (ou incomplètement) vaccinés est à engager. Enfin, des discussions sur l'introduction d'un indicateur de rémunération sur objectifs de santé publique pour les médecins traitants de l'enfant pourront être réengagées dans le cadre de la reprise des négociations conventionnelles avec les médecins.</p>
5	Améliorer l'accompagnement des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Le rôle de la sage-femme référente dans le repérage de la dépression post partum est précisé dans l'avenant 6 signé en mars 2023. Près de 30 000 femmes ont bénéficié de l'entretien post natal entre septembre et décembre 2022.</p>

		<p>La proposition poussée par l'Assurance Maladie visant à permettre l'adressage aux psychologues par les sages-femmes dans le cadre du dispositif MonSoutienPsy doit être portée par le Ministère chargé de la Santé.</p> <p>La promotion de la vaccination chez les femmes enceintes contre la grippe saisonnière, la coqueluche et la COVID-19 est intégrée dans le cadre des dernières campagnes de communication.</p>
6	Améliorer le suivi et la prise en charge des enfants	<p><u>Travaux à engager :</u></p> <p>Afin de limiter la surprescription de médicaments chez les enfants constatée en France (antidouleurs, antibiotiques, antihistaminiques, corticoïdes), une campagne de sensibilisation sur la prescription d'antibiotiques destinée aux médecins généralistes et aux pédiatres a été menée en novembre 2022. Un groupe de travail a également été initié entre la Cnam et l'ANSM sur le bon usage du médicament.</p> <p>Par ailleurs, le taux de couverture vaccinale ROR à l'âge de 33 mois est passé de 81.6% en 2018 à 84.9% en 2021 grâce à une campagne ciblée et graduée adressée aux parents d'enfants partiellement, ou non-vaccinés. De plus, ce vaccin est remboursé intégralement jusqu'à l'âge de 18 ans.</p> <p>Enfin le soutien du développement de maisons de santé pluriprofessionnelles dédiées à la santé de l'enfant pour mieux prendre en compte les spécificités de la prise en charge des enfants reste à engager.</p>
7	Organiser le repérage systématique des troubles visuels et du langage, à l'école, pour tous les enfants de 3 ans	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>La généralisation des expérimentations est amorcée et prolongée avec la montée en charge du nombre de dépistage prévue par la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027. Pour l'année scolaire 2022-2023 ces actions sont menées dans quatre départements : Haute Garonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Vendée. Pour le dépistage des troubles visuels, 1 866 enfants sont ciblés par ces actions et pour le dépistage des troubles du langage et de la communication 1 726 enfants sont ciblés. Des forfaits spécifiques ont été créés visant à indemniser le temps passé par les professionnels pour la réalisation de cette action (séance d'information sur le déroulé de l'action dispensée aux professionnels, formation des enseignants à l'action par les orthophonistes, sensibilisation auprès des familles, réalisation de ces dépistages et saisie des données pour le bon suivi de l'action et du recours aux soins des enfants).</p>
8	Faire de Mon espace santé le carnet de santé numérique de l'enfant	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Cet objectif a été intégré dans la feuille de route du numérique en santé 2023-2027 et un cadrage a été initié par la Cnam, en lien avec la DNS. En complément du carnet de vaccination, une présentation pédagogique du calendrier vaccinal et des informations de poids et de taille de l'enfant sont désormais disponibles sur Mon Espace Santé.</p>
9	Renforcer le partenariat entre l'Assurance Maladie et la protection maternelle et infantile (PMI)	<p><u>Travaux en cours :</u></p> <p>Nous avons pour objectif d'améliorer la facturation et la qualité des données transmises par les PMI afin d'avoir un meilleur suivi des parcours de soins des enfants. Cela passera par un accompagnement des PMI dans l'utilisation d'applicatifs informatiques leur permettant de mieux renseigner les actes effectués.</p>
10	Définir une nouvelle stratégie pour le secteur de la biologie médicale	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Les négociations pour 2023 sont achevées avec la signature de l'avenant 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et l'Assurance Maladie et à poursuivre pour 2024-2026. Un nouveau protocole demeure désormais à négocier avec les biologistes.</p>

11	Définir un nouveau pacte financier avec le secteur de la biologie médicale visant à soutenir l'innovation dans le cadre d'une régulation tarifaire pluriannuelle ambitieuse compte tenu de la très forte croissance de la rentabilité du secteur	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Signature de l'avenant 11 qui prévoit la mise en œuvre des mesures financières prévues par la loi de financement de la Sécurité sociale, à savoir la réalisation de 250 millions d'euros d'économies pérennes sur le secteur de la biologie médicale, s'appliquant à compter de février 2023, ainsi que la mise en place d'un travail concerté avec la profession pour la construction d'un cadre pluriannuel de pilotage des dépenses de biologie médicale pour les années 2024 à 2026.</p>
12	Créer un Observatoire sur les délais d'accès aux médicaments innovants	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Poursuite des échanges avec les partenaires européens. Réflexion discutée dans la partie « Approche sectorielle » de ce rapport.</p>
13	Déployer une boîte à outils pour améliorer l'accès à un médecin traitant dans un contexte de raréfaction des médecins généralistes installés en ville	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Une mesure d'aide aux médecins pour le recours à un assistant médical figure dans le règlement arbitral, paru le 30 avril 2023 au Journal officiel et entré en vigueur le 1er mai, applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale. L'aide à l'emploi d'un assistant médical y est maintenu avec des assouplissements. Un soutien financier pérenne et une aide pour un recrutement à temps plein sur l'ensemble du territoire sont notamment désormais possibles.</p>
14	Déployer de nouveaux leviers pour lutter contre les déserts médicaux	<p><u>Travaux en cours :</u></p> <p>A réengager après l'absence de signature lors de la négociation conventionnelle avec les médecins, notamment dans le cadre de la prochaine phase de négociation.</p>
15	Finaliser un cadre structurel pour l'activité de téléconsultation afin d'améliorer l'accès aux soins tout en préservant la qualité de la prise en charge	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Des mesures d'encadrement sont inscrites à l'article 53 du PLFSS pour 2023 et sont en cours de mise en œuvre. Cet article rend obligatoire l'obtention d'un agrément délivré par le Ministre chargé de la Santé pour toute société de consultation. Sa délivrance est soumise au respect de bonnes pratiques fixées par la HAS.</p>
16	Redonner la main aux professionnels de santé via la couverture par des CPTS de l'ensemble des bassins de vie du pays afin qu'ils construisent localement des solutions pour améliorer l'accès aux soins adaptés à leurs territoires	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Un accompagnement du réseau dans le déploiement des CPTS est assuré avec l'accélérateur dédié. 437 CPTS sous contrat « accord conventionnel interprofessionnel » (ACI) sont répertoriées à mi-mai 2023.</p>
17	Améliorer l'accès aux « soins non programmés » pour désengorger les urgences	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Le règlement arbitral pérennise certaines des dispositions mises en place à l'été 2022 : la majoration de 15 euros des consultations réalisées sur demande de la régulation médicale – soins non programmés adressés par le SAMU ou le Service d'accès aux soins (SAS) –, et la rémunération de 100 euros de l'heure aux médecins participant à la régulation.</p>
18	Harmoniser et simplifier les dispositifs d'incitation à la qualité en ville et à l'hôpital (Rosp, Ifaq, Caqes) et introduire des mécanismes d'incitation collectifs fondés sur les indicateurs populationnels pour les acteurs volontaires d'un territoire	<p><u>Travaux en cours :</u></p> <p>A l'hôpital, les travaux sont en cours. Leur progression est ralentie par les annonces du Président de la République sur la sortie de la T2A.</p> <p>En ville : les travaux sont à réengager après l'absence de signature lors de la négociation conventionnelle avec les médecins.</p>

19	Améliorer la qualité de la lettre de liaison à la sortie des patients hospitalisés	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Diffusion d'une lettre au réseau dédiée et déploiement d'une campagne d'accompagnement menée avec les établissements de santé.</p>
20	Expérimenter de nouvelles manières de mesurer et d'inciter à la qualité	<p><u>Travaux à engager :</u></p> <p>Poursuite des travaux de l'article 51 : le sujet de la qualité demeure encore à travailler.</p>
21	Faciliter le passage à l'échelle des expérimentations innovantes accompagnées dans le cadre de l'article 51 en créant un nouveau cadre de tarification permettant le financement de "forfaits" pouvant être adaptés à chaque dispositif	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Des travaux sont engagés avec le ministère pour structurer la généralisation des expérimentations « article 51 » avec pour objectif la publication d'une disposition dans le PLFSS 2024.</p>
22	Améliorer l'accès financier à certains soins particulièrement coûteux pour les patients, dans le prolongement du 100% Santé	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Prise en charge des prothèses capillaires dans la LFSS pour 2023. La prise en charge des semelles orthopédiques, de l'orthodontie de l'enfant et de la revalorisation simple du panier 1 d'optique est en cours de discussion avec la Direction de la Sécurité Sociale (DSS).</p>
23	Permettre l'accès individuel à la C2S aux enfants majeurs de moins de 25 ans dont les parents sont allocataires du revenu de solidarité active (RSA)	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Cette mesure figure dans la LFSS pour 2023.</p>
24	Accélérer et structurer le développement de la santé numérique en trois axes	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>Les travaux de la feuille de route du numérique en santé se poursuivent. La mission sur l'intégration de critères éthiques au référentiel fonctionnel de certification des logiciels d'aide à la prescription et des logiciels d'aide au diagnostic et le comité de pilotage du fonds d'investissement d'accélération des innovations numériques à fins de prévention médicale (pour évaluation) ont été lancés. La télésurveillance a été intégrée au droit commun.</p>
25	Améliorer l'observance, la pertinence de la prescription et la délivrance des produits de santé	<p><u>Action engagée :</u></p> <p>De premières actions de partage de marge ont été lancées afin d'accroître la pénétration des médicaments biosimilaires et l'atteinte d'un objectif volontariste de 80% des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence.</p> <p>Un rappel des conditions de prescription au cours des épidémies hivernales a été lancé afin de renforcer le bon usage de l'antibiothérapie afin de prévenir et de diminuer l'antibiorésistance et ses conséquences tant en termes de santé publique que de surcoût pour le système.</p> <p>La promotion de la dispensation adaptée (en particulier en matière de pansements et de compléments nutritionnels oraux) afin de limiter les volumes délivrés et par ailleurs lutter contre le gaspillage a été lancée avec la signature de la convention des pharmaciens titulaires d'officine en mars 2022.</p> <p>Enfin, la mise en place une opération de contrôle de l'observance des traitements par pression positive continue et de la vérification de l'authenticité des ordonnances de médicaments onéreux a été lancée avec la signature de la convention des pharmaciens en mars 2022.</p>
26	Soutenir la vaccination par les pharmaciens et les infirmiers afin d'améliorer la couverture vaccinale de la population	<p><u>Action engagée</u> et intégrée à la convention des pharmaciens et à l'avenant 9 de la convention des infirmiers libéraux. Selon les types de vaccins, cet avenant permet aux infirmiers de vacciner avec ou sans prescription préalable et propose deux valorisations selon les modalités de l'injection.</p>

27	Définira un nouveau plan d'action sur la pertinence des arrêts de travail, de la formation des professionnels (MOOC IJ) à une stratégie rénovée des mésusages par un accompagnement et un contrôle renforcés des prescripteurs atypiques	<u>Action engagée</u> via le déploiement du MOOC IJ et l'amorçage d'une stratégie globale de contrôle de la pertinence. Un Mémorandum IJ est en cours de rédaction et un espace dédié pour les médecins est en cours de création.
28	Sécuriser la facturation des professionnels de santé libéraux à l'Assurance Maladie	<u>Action engagée</u> avec les infirmiers et en cours de structuration pour d'autres catégories de professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes et médecins) dans le cadre de la maison intercommunale de prévention et de promotion de la santé (MIPPS).
29	Déployer la feuille de route de rénovation des demandes d'accord préalable (DAP) : mise en œuvre de nouvelles DAP sur prescriptions à forts enjeux financiers, suppression des DAP à faible valeur ajoutée (bilans orthophonistes) et dématérialisation de l'ensemble des DAP	<u>Travaux en cours</u> : Travaux préparatoires à la constitution de la feuille de route engagés, avec l'appui du réseau.
30	Relancer les travaux de pertinence en matière d'imagerie médicale en lien avec les représentants des radiologues, afin de limiter les examens inutiles, inappropriés ou redondants ; travailler de surcroît sur le mésusage des produits de contraste utilisés pour l'imagerie médicale en coupe	<u>Travaux en cours</u> : Echanges en cours avec les radiologues et la DSS sur les produits de contraste.

Le rapport Charges et produits est disponible sur
[https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-
rapport-propositions-pour-2024-charges-produits](https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits)
en scannant ce QR code :



Directeur de publication : Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale
de l'Assurance Maladie (Cnam)
50 avenue du Professeur-André-Lemierre, 75986 Paris cedex 20