

---

## Propositions pour accroître l'efficience du système de santé et maîtriser les dépenses

---

Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement  
sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie  
au titre de 2014 (loi du 13 août 2004)

## Sommaire

|                                                                                                                                                              |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1. Une analyse médicalisée de l'ONDAM.....</b>                                                                                                            | <b>7</b>   |
| 1.1. Une approche nouvelle de l'analyse des dépenses de santé .....                                                                                          | 8          |
| 1.1. Analyse médicalisée des dépenses d'Assurance maladie en 2011.....                                                                                       | 9          |
| 1.1.1. La répartition médicalisée des dépenses de l'ONDAM.....                                                                                               | 9          |
| 1.1.2. Fréquence des pathologies et épisodes de soins .....                                                                                                  | 19         |
| 1.1.3. La composition des dépenses par pathologie et par type de soins.....                                                                                  | 29         |
| 1.2. Les dynamiques d'évolution entre 2010 et 2011 .....                                                                                                     | 31         |
| 1.2.1. L'évolution des effectifs de malades traités .....                                                                                                    | 31         |
| 1.2.2. L'évolution des dépenses .....                                                                                                                        | 33         |
| 1.3. Typologie de la population ayant recours au système de soins .....                                                                                      | 35         |
| 1.4. Focus sur les épisodes hospitaliers ponctuels .....                                                                                                     | 39         |
| <b>2. Impact du vieillissement et soins aux personnes âgées.....</b>                                                                                         | <b>44</b>  |
| 2.1. L'état de santé et les besoins de soins des personnes âgées : une analyse à partir de la cartographie des maladies.....                                 | 46         |
| 2.2. La part du vieillissement et des évolutions de pratiques dans la croissance des dépenses : exemple des soins hospitaliers .....                         | 49         |
| 2.3. Une prise en charge complexe qui n'est pas toujours adaptée .....                                                                                       | 57         |
| 2.4. Les aspects économiques de la prise en charge en EHPAD .....                                                                                            | 62         |
| <b>3. Des marges sur les processus de soins et la pertinence des soins .....</b>                                                                             | <b>67</b>  |
| 3.1. L'optimisation des processus de soins .....                                                                                                             | 70         |
| 3.1.1. La chirurgie de la cataracte .....                                                                                                                    | 71         |
| 3.1.2. Les poses de prothèses de hanche .....                                                                                                                | 78         |
| 3.1.3. La chirurgie pour syndrome du canal carpien.....                                                                                                      | 84         |
| 3.1.4. La bronchopathie chronique obstructive (BPCO) .....                                                                                                   | 90         |
| 3.1.5. Le traitement des plaies chroniques .....                                                                                                             | 93         |
| 3.2. La pertinence des soins.....                                                                                                                            | 99         |
| 3.2.1. La chirurgie de l'obésité .....                                                                                                                       | 100        |
| 3.2.1. Les thyroïdectomies .....                                                                                                                             | 103        |
| 3.2.2. Le traitement du cancer de la prostate .....                                                                                                          | 106        |
| 3.2.3. La cholécystectomie pour lithiase vésiculaire et les interventions ORL (amygdalectomies, adénoïdectomies et poses d'aérateurs transtympaniques) ..... | 109        |
| <b>4. Des marges d'efficience dans certains segments d'offre de soins .....</b>                                                                              | <b>111</b> |
| 4.1. La chirurgie ambulatoire.....                                                                                                                           | 112        |
| 4.2. Les produits de santé.....                                                                                                                              | 113        |
| 4.2.1. Des actions qui ont permis de modérer l'évolution de ce poste dans la période récente                                                                 | 113        |

|               |                                                                                                                                                                                          |            |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.2.2.        | Mais des dépenses qui restent globalement élevées par rapport à nos voisins.....                                                                                                         | 115        |
| 4.2.3.        | Une propension à prescrire massivement des produits plus chers même lorsque leur prix n'est pas justifié par le service médical rendu .....                                              | 116        |
| 4.2.4.        | Le rôle de la prescription à l'hôpital dans la diffusion des molécules en ville et l'absence d'alignement entre les intérêts des établissements et ceux de la régulation d'ensemble..... | 122        |
| 4.2.5.        | La problématique des médicaments biosimilaires .....                                                                                                                                     | 124        |
| 4.3.          | Les produits de la LPP (liste des produits et prestations) .....                                                                                                                         | 127        |
| 4.4.          | Les transports .....                                                                                                                                                                     | 130        |
| 4.5.          | Les soins infirmiers.....                                                                                                                                                                | 133        |
| 4.6.          | Les arrêts de travail.....                                                                                                                                                               | 143        |
| <b>Annexe</b> |                                                                                                                                                                                          | <b>145</b> |

## Liste des tableaux

|                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tableau 1 – Nombre et % de patients ayant plusieurs pathologies et/ou traitements en 2011 .....                                                                 | 26  |
| Tableau 2 – Dépense totale, effectifs et dépense moyenne par pathologie en 2011 .....                                                                           | 28  |
| Tableau 3 – Evolution de la polypathologie entre 2010 et 2011.....                                                                                              | 32  |
| Tableau 4 – Caractéristiques des groupes de population- régime général .....                                                                                    | 37  |
| Tableau 5 – Evolution des effectifs de chacun des groupes de population – régime général .....                                                                  | 38  |
| Tableau 6 - Nombre de séjours en 2010 et 2011 pour les principaux motifs d'hospitalisation ponctuelle.....                                                      | 40  |
| Tableau 7 - Premiers motifs de séjours – poids dans le total des séjours et dans le total des dépenses d'hospitalisation MCO (régime général) .....             | 40  |
| Tableau 8 – Les dix causes principales d'hospitalisation ponctuelle en fonction de l'âge en 2011 ...                                                            | 41  |
| Tableau 9 - Proportions de personnes de 75 ans et plus selon le nombre de pathologies ou traitements .....                                                      | 47  |
| Tableau 10 - Evolution du nombre de séjours et décomposition des effets.....                                                                                    | 50  |
| Tableau 11 – Evolution du nombre de séjours par niveau de sévérité.....                                                                                         | 54  |
| Tableau 12 – Evolution du nombre de séjours avec codage de certaines comorbidités.....                                                                          | 55  |
| Tableau 13 – Hospitalisations évitables selon les critères de Weissman – Fréquence dans la population générale et parmi les plus de 75 ans.....                 | 60  |
| Tableau 14 - Postes inclus dans le forfait selon le type d'EHPAD .....                                                                                          | 63  |
| Tableau 15 - Capacité d'accueil des EHPAD étudiés .....                                                                                                         | 63  |
| Tableau 16 - Recours aux soins par type d'EHPAD - 2012.....                                                                                                     | 64  |
| Tableau 17 - Estimation des économies potentielles en soins de ville (hors transport, hors IJ) si réduction de la durée de cicatrisation .....                  | 98  |
| Tableau 18 - Parmi les hommes pris en charge pour un cancer de la prostate en 2009, fréquence des troubles urinaires ou de l'érection à deux ans, par âge ..... | 108 |
| Tableau 19 - Structure de consommation par pays : .....                                                                                                         | 118 |
| Tableau 20 - Les produits biosimilaires disponibles en Europe en 2012.....                                                                                      | 124 |
| Tableau 21 – Répartition des dépenses par pathologie en 2011 - détail.....                                                                                      | 146 |
| Tableau 22 –Effectif par pathologie et traitement en 2011 - détail .....                                                                                        | 147 |
| Tableau 23 – Evolution des effectifs par pathologie et traitement (2011 / 2010) - détail .....                                                                  | 149 |

## Liste des figures

|                                                                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 - Montant des dépenses remboursées par pathologie 2011 .....                                                                                                                   | 9  |
| Figure 2 - Dépenses liées aux maladies cardiovasculaires - 2011 .....                                                                                                                   | 10 |
| Figure 3 - Dépenses liées au diabète, à l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie - 2011 .....                                                                                | 10 |
| Figure 4 - Dépenses liées au cancer - 2011 .....                                                                                                                                        | 11 |
| Figure 5 - Dépenses liées à la santé mentale - 2011 .....                                                                                                                               | 11 |
| Figure 6 - Dépenses liées aux maladies neurologiques et dégénératives - 2011 .....                                                                                                      | 12 |
| Figure 7 - Dépenses liées aux autres pathologies chroniques .....                                                                                                                       | 13 |
| Figure 8 - Répartition en % des dépenses remboursées selon les pathologies et traitements .....                                                                                         | 14 |
| Figure 9 - Effectifs de bénéficiaires du régime général par pathologie / traitement .....                                                                                               | 19 |
| Figure 10 - Fréquence des pathologies et traitements selon l'âge .....                                                                                                                  | 23 |
| Figure 11 - Fréquence des pathologies selon les départements .....                                                                                                                      | 24 |
| Figure 12 - Dépense totale, dépense moyenne et fréquence par groupe de pathologies - 2011 .....                                                                                         | 28 |
| Figure 13 - Répartition des dépenses des grands groupes de pathologies ou de prises en charge par postes .....                                                                          | 29 |
| Figure 14 - Répartition des postes de dépenses par grands groupes de pathologies ou prises en charge .....                                                                              | 30 |
| Figure 15 - Evolution des effectifs par pathologie et traitement entre 2010 et 2011 (régime général) .....                                                                              | 31 |
| Figure 16 - Evolution des dépenses totales par groupe de pathologies (2010/2011) .....                                                                                                  | 34 |
| Figure 17 - Evolution entre 2010 et 2011 des dépenses totales, des effectifs (régime général) et des dépenses moyennes (régime général) .....                                           | 35 |
| Figure 18 - Evolution entre 2010 et 2011 des effectifs et des dépenses par groupe de pathologies .....                                                                                  | 35 |
| Figure 19 - Répartition de la population du régime général en différents groupes selon leurs caractéristiques en termes de pathologies et de recours aux soins (régime général) .....   | 36 |
| Figure 20 - Prévalence des pathologies et traitements parmi les plus de 75 ans .....                                                                                                    | 46 |
| Figure 21 - Nombre moyen de pathologies et traitements en fonction de l'âge .....                                                                                                       | 47 |
| Figure 22 - Décomposition de la croissance des volumes d'activité en court séjour .....                                                                                                 | 50 |
| Figure 23 - Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) - 2009-2011 .....                                                                                                     | 51 |
| Figure 24 - Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours en cardiologie (autre que cardiologie interventionnelle) - 2009-2011 .....                           | 51 |
| Figure 25 - Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours en cardiologie interventionnelle - 2009-2011 .....                                                   | 52 |
| Figure 26 - Décomposition de l'effet quantité (nombre de séjours) pour les séjours pour cataracte - 2009-2011 .....                                                                     | 52 |
| Figure 27 - L'évolution du nombre de séjours par région, hors effets démographiques (effet « pratiques ») .....                                                                         | 53 |
| Figure 28 - Décomposition de la croissance des volumes d'activité en court séjour .....                                                                                                 | 54 |
| Figure 29 - Evolution des taux de personnes de 65 ans et plus traitées par benzodiazépines à demi-vie longue .....                                                                      | 58 |
| Figure 30 - Evolution des indicateurs ROSP sur les benzodiazépines entre 2011 et 2012 .....                                                                                             | 58 |
| Figure 31 - Montants payés 2011 (remboursement CNAMTS et reste à charge), millions d'euros ...                                                                                          | 71 |
| Figure 32 - schéma du processus de soins - chirurgie de la cataracte .....                                                                                                              | 71 |
| Figure 33 - Interventions de la cataracte pour 100 000 habitants (hospitalisation complète et de jour) Interventions chirurgicales selon code CIM-9-CM, 2005 - 2010 (source OCDE) ..... | 72 |
| Figure 34 - Taux de recours standardisé/1000 habitants, par territoire de santé (02C05) - 2010 ....                                                                                     | 72 |
| Figure 35 - Part des interventions effectuées en hospitalisation complète Interventions chirurgicales selon code CIM-9-CM, 2005 et 2010 .....                                           | 73 |

|                                                                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figure 36 - Part des séjours pour cataracte réalisés en chirurgie ambulatoire (GHM en J) en 2011                                                  | 73  |
| Figure 37 - Nombre de séjours d'interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie GHM 02C05, France entière, 2012                          | 74  |
| Figure 38 - Tarif français reconstitué pour GHM 02C05J et 02C051 - 2011                                                                           | 75  |
| Figure 39 - Comparaison internationale des tarifs de la chirurgie de la cataracte Allemagne, Angleterre, France, 2011-2012                        | 76  |
| Figure 40 - Nombre de séjours de poses de prothèse totale de hanche GHM 08C48, France entière, 2012                                               | 78  |
| Figure 41 - Durée moyenne de séjour de poses de prothèse totale de hanche GHM 08C48, France entière, 2012                                         | 78  |
| Figure 42 - Montants payés (remboursement CNAMTS et reste à charge) 2011, millions d'euros, tous régimes                                          | 79  |
| Figure 43 - Schéma du processus de soins - pose de prothèse totale de hanche (PTH) (hors cause traumatique)                                       | 79  |
| Figure 44 - Taux standardisés selon l'âge de l'arthroplastie de la hanche par 100 000 habitants 2008 ou dernière année disponible                 | 80  |
| Figure 45 - Taux de reprise PTH au 1 <sup>er</sup> semestre 2011 en fonction du nombre de patients opérés                                         | 81  |
| Figure 46 - Tarif français reconstitué pour GHM 08C481 à 08C483 - 2011                                                                            | 82  |
| Figure 47 - Tarif français reconstitué pour la prothèse - 2011                                                                                    | 82  |
| Figure 48 - Comparaison internationale des tarifs de la pose de prothèse totale de hanche - 2012                                                  | 83  |
| Figure 49 - Coûts comparés des différents types de parcours de soins post-opératoires pour la rééducation pour prothèse de hanche                 | 83  |
| Figure 50 - Nombre annuel de libérations du nerf médian dans le canal carpien, par code acte, en France de 2001 à 2010 (source ATIH)              | 84  |
| Figure 51 - Nombre d'interventions chirurgicales pour syndrome du canal carpien                                                                   | 85  |
| Figure 52 - Tarif reconstitué pour GHM 01C131 et 01C13J (même tarif) - 2013                                                                       | 85  |
| Figure 53 - Schéma du processus de soins - traitement du syndrome du canal carpien                                                                | 86  |
| Figure 54 - Montants remboursés - 2011, en millions d'euros                                                                                       | 86  |
| Figure 55 - Montants remboursés par risque (maladie - accidents du travail et maladies professionnelles) 2011, en millions d'euros                | 87  |
| Figure 56 - Principales séquences de prescripteurs pour les patients ayant bénéficié d'IJ post-opératoires, uniquement (81,5% des patients)       | 89  |
| Figure 57 - Principales séquences de prescripteurs pour les patients ayant bénéficié d'IJ préopératoires et post-opératoires (18,5% des patients) | 89  |
| Figure 58 - Schéma du processus de soins - BPCO                                                                                                   | 90  |
| - Figure 59 - Répartition par âge et sexe - escarres                                                                                              | 93  |
| Figure 60 - Répartition par âge et sexe - ulcères                                                                                                 | 94  |
| Figure 61 - Schéma du processus de soins - Escarres                                                                                               | 95  |
| Figure 62 - Schéma du processus de soins - Ulcères de jambe                                                                                       | 95  |
| Figure 63 - Estimation des dépenses d'Assurance maladie remboursées                                                                               | 96  |
| Figure 64 - Durée de cicatrisation des plaies chroniques en France                                                                                | 97  |
| Figure 65 - Evolution des actes de chirurgie bariatrique, par technique chirurgicale, de 2006 à 2011                                              | 101 |
| Figure 66 - Taux standardisé d'interventions pour chirurgie bariatrique en 2011 et prévalence de l'obésité                                        | 102 |
| Figure 67 - Nombre d'actes par type de technique et proportion dans le total des actes de chirurgie bariatrique                                   | 102 |
| Figure 68 - Schéma du processus de soins : thyroïdectomie pour cancer nodule ou goitre thyroïdien                                                 | 104 |

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figure 69 - Taux de patients avec chirurgie de la thyroïde et ratio thyroïdectomies pour cancer / nodule bénin.....                     | 105 |
| Figure 70 - Schéma du processus de soins d'un patient diagnostiqué d'un cancer de la prostate...                                        | 107 |
| Figure 71 - Evolution des interventions ORL.....                                                                                        | 110 |
| Figure 72 - Evolution du taux de chirurgie ambulatoire entre 2007 et 2011.....                                                          | 112 |
| Figure 73 - Taux de chirurgie ambulatoire 2011 - 38 gestes.....                                                                         | 112 |
| Figure 74 - Nombre d'unités standards par habitant, 8 classes.....                                                                      | 114 |
| Figure 75 - Parts des écarts de consommation (volumes) avec la France.....                                                              | 114 |
| Figure 76 - Evolution du taux de générique dans le répertoire entre 2004 et 2012.....                                                   | 115 |
| Figure 77 - Nombre d'unités standards par habitant, 8 classes.....                                                                      | 116 |
| Figure 78 - Coût moyen par habitant en 2011, 8 classes, euros.....                                                                      | 116 |
| Figure 79 - Statines - Prix fabricant moyen par unité standard (HT en euros).....                                                       | 118 |
| Figure 80 - Prévalence, incidence des patients traités par NACO et AVK : évolution 2009-2012.....                                       | 119 |
| Figure 81 - Patients incidents NACO et AVK, dernier trimestre 2012.....                                                                 | 120 |
| Figure 82 - Patients incidents NACO, dernier trimestre 2012.....                                                                        | 120 |
| Figure 83 - Croissance des dépenses par type de prescription en millions d'euros en 2009 et 2011.....                                   | 122 |
| Figure 84 - Part de marché des médicaments biosimilaires en volume (% d'unités standards).....                                          | 125 |
| Figure 85 - Structure par molécule des prescriptions d'EPO (% d'unités standards).....                                                  | 125 |
| Figure 86 - Structure par molécule des prescriptions de facteurs de croissance (% d'unités standards).....                              | 126 |
| Figure 87 - Evolution des dépenses de LPP (hors DMI en établissements hospitaliers publics) - régime général.....                       | 127 |
| Figure 88 - Évolution du nombre de bandelettes remboursées par l'Assurance maladie.....                                                 | 127 |
| Figure 89 - Taux d'évolution des dépenses de transport, en valeur et en volume.....                                                     | 130 |
| Figure 90 - Répartition des dépenses de transports en fonction des pathologies et traitements...                                        | 131 |
| Figure 91 - Les soins en AMI : nombre de patients et d'actes selon la durée des soins en semaines.....                                  | 133 |
| Figure 92 - Répartition des dépenses de soins infirmiers par pathologie (en 2011).....                                                  | 134 |
| Figure 93 - Nombre de patients AMI et AIS par tranche d'âge.....                                                                        | 136 |
| Figure 94 - Nombre d'actes moyens par consommant.....                                                                                   | 136 |
| Figure 95 - Profils des patients en fonction de l'intensité de leur recours aux soins AMI En pourcentage.....                           | 137 |
| Figure 96 - Profils des patients en fonction de l'intensité de leur recours aux soins AIS.....                                          | 137 |
| Figure 97 - Part de chaque de chaque poste de dépenses dans le total des dépenses de soins de ville de chaque catégorie de patient..... | 137 |
| Figure 98 - Fonctions de répartitions des actes infirmiers en 2011 (consommants).....                                                   | 138 |
| Figure 99 - Répartition des montants remboursables de soins infirmiers en 2012.....                                                     | 138 |
| Figure 100 - Evolution des montants remboursés des soins infirmiers et des soins de ville.....                                          | 139 |
| Figure 101 - Croissance en volume des principaux postes de dépenses de soins infirmiers.....                                            | 139 |
| Figure 102 - Evolution des effectifs d'infirmiers libéraux et taux d'accroissement actuel.....                                          | 140 |
| Figure 103 - Décomposition de la croissance des effets entre 2006 et 2011.....                                                          | 141 |
| Figure 104 - Densité par département et nombre moyen d'actes par infirmière APE* en 2011.....                                           | 142 |
| Figure 105 - Evolution du volume des indemnités journalières - régime général, tous risques, données CJO-CVS.....                       | 143 |

---

## 1. Une analyse médicalisée de l'ONDAM

---

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

---

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

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

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

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

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



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

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

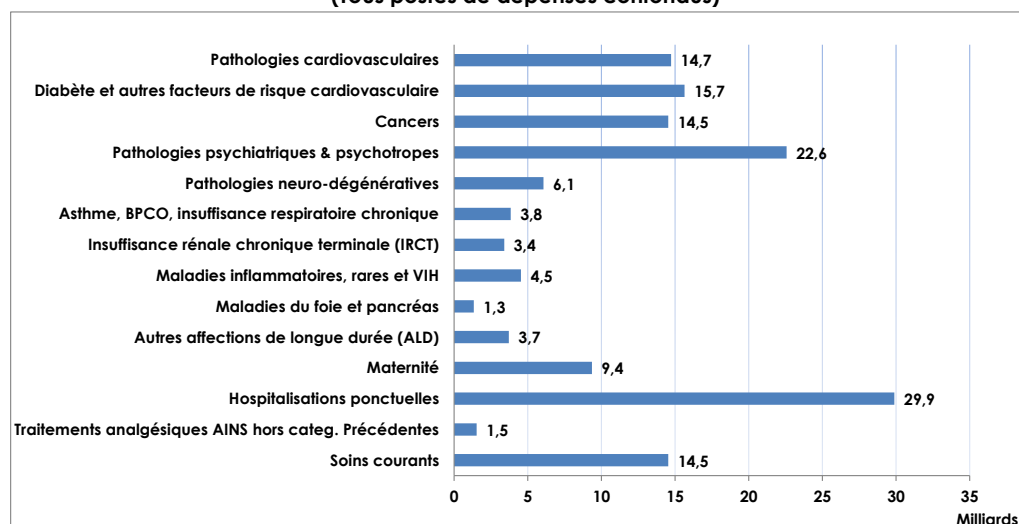
L'analyse menée ici à partir des données de remboursement des soins permet de cartographier les dépenses d'Assurance maladie en fonction des pathologies prises en charge (1.1.1) et d'analyser les problèmes de santé sous-jacents et les enjeux épidémiologiques (1.1.2) et la répartition des prises en charge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

### 1.1.1. La répartition médicalisée des dépenses de l'ONDAM

Hors établissements médico-sociaux et hors certains fonds et dotations forfaitaires<sup>1</sup>, les dépenses d'Assurance maladie, pour l'ensemble des régimes, se sont élevées en 2011 à 146 milliards d'euros.

Ces dépenses se répartissent par grand groupe de pathologies de la manière suivante<sup>2</sup> :

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



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

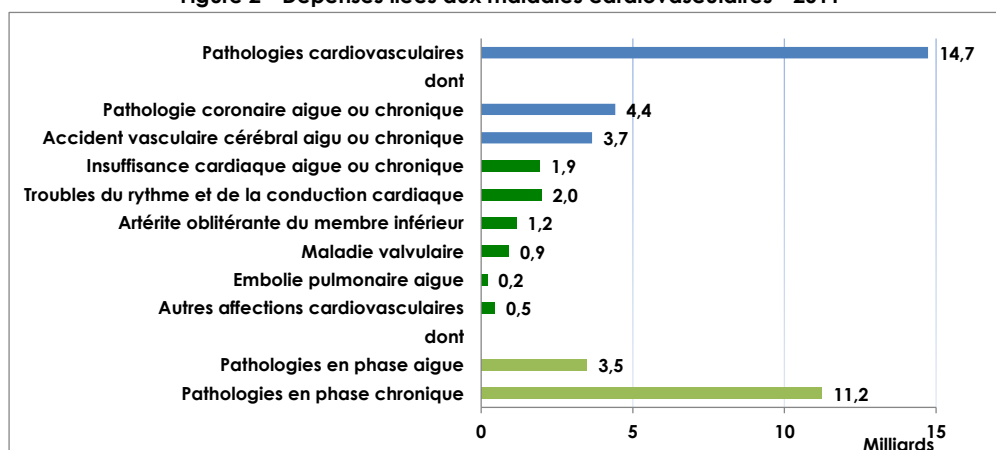
<sup>1</sup> Le champ couvert par les dépenses réparties dans la cartographie exclut les dépenses non individualisables par patient : les MIGAC, le FMESP, FAC, FIR. Elles comprennent en revanche les indemnités journalières pour maternité et les dépenses pour invalidité. Pour 2011, les dépenses d'ONDAM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

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

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

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

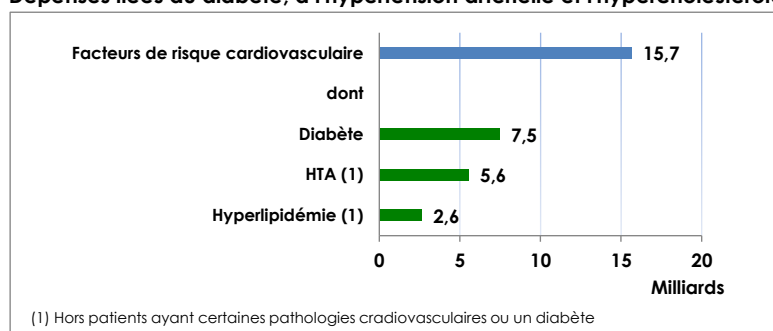
Figure 2 - Dépenses liées aux maladies cardiovasculaires - 2011



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

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

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



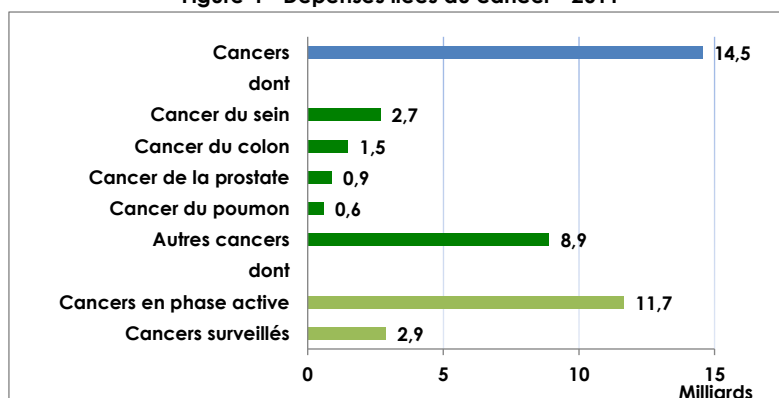
Au total, pathologies et facteurs de risque cardiovasculaires représentent 30,2 milliards d'euros, soit 20,7 % du total des dépenses remboursées.

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

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

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

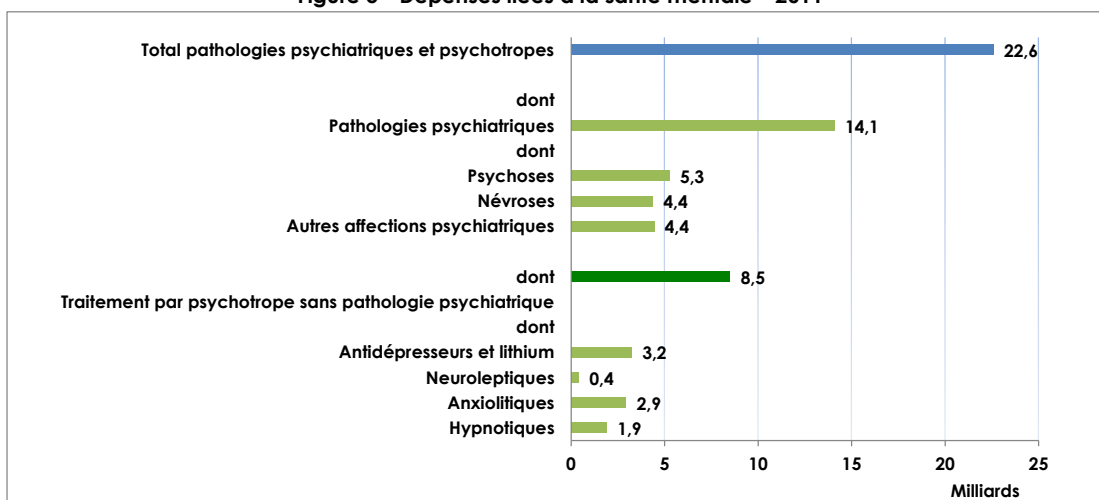
Figure 4 - Dépenses liées au cancer - 2011



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

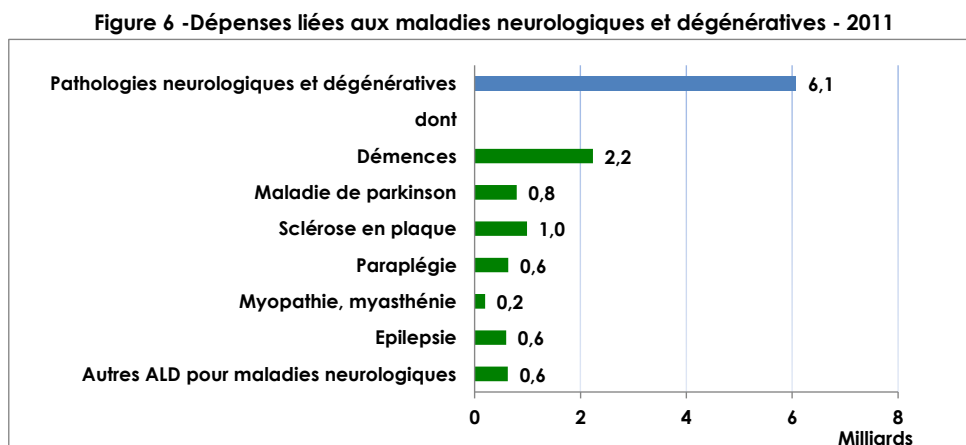
- d'une part des pathologies psychiatriques pour lesquelles un diagnostic peut être identifié, et dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD ; elles représentent 14,1 milliards d'euros, 60% de ce poste et 10% des dépenses totales ;
- et d'autre part des troubles qui n'ont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

Figure 5 - Dépenses liées à la santé mentale – 2011



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

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



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

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

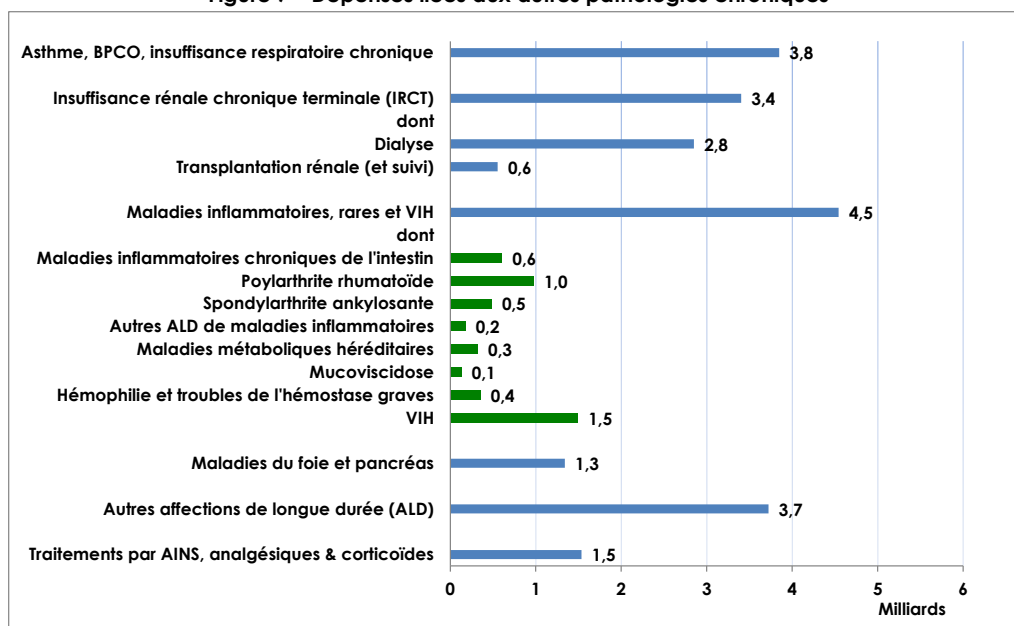
Les **autres maladies chroniques** (donnant lieu à une prise en charge en ALD, incluant les ALD 31 et 32, et non présentes dans les catégories précédentes) totalisent quant à elles un montant de dépenses de 3,7 milliards d'euros.

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

---

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

Figure 7 – Dépenses liées aux autres pathologies chroniques



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

Le reste, soit 54 milliards d'euros (37%) concerne des recours aux soins qui ne s'inscrivent pas dans un contexte de chronicité. Il s'agit soit d'épisodes qui peuvent être coûteux, mais qui sont limités dans le temps (comme la prise en charge de la maternité, ou bien des épisodes hospitaliers ponctuels), soit de soins courants, qui représentent un faible montant par individu mais concernent des populations nombreuses<sup>5</sup>.

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

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

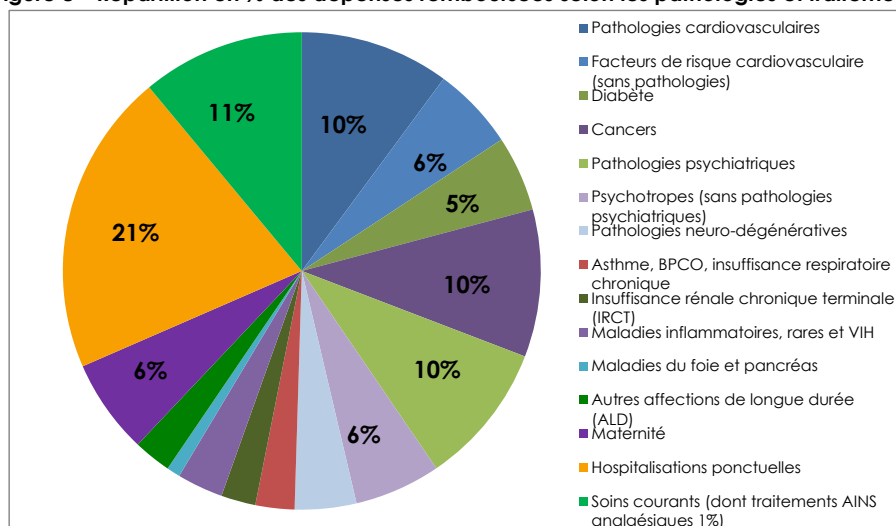
Ils concernent 7,3 millions de personnes, pour un total de 10,5 millions de séjours : parmi les motifs de recours on trouve notamment des explorations (endoscopies), les interventions de chirurgie fonctionnelle (cataracte, prothèses de hanche et de genou, hernies...). Les motifs de recours font l'objet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

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

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

**En synthèse :**

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



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

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

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

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

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

## **Encadré 1 : Méthode d'estimation des dépenses par pathologie**

### **Objectif**

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

### **Champ des dépenses réparties**

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

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

Pour chacun des bénéficiaires du régime général ont été repérés :

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

### **2ème étape : Affectation des dépenses**

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

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



### Encadré 1 : liste des pathologies et épisodes de soins retenus

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

#### Maladies cardiovasculaires

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

#### Facteurs de risque vasculaire

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

#### Cancers

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

#### Affections psychiatriques

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

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

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

### Traitements psychotropes

Patients ayant reçu au moins 3 délivrances :

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

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

### Maladies neurologiques et dégénératives

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

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

### Risque maternité

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

### Asthme - BPCO - Insuffisance respiratoire chronique

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

### Maladies inflammatoires, maladies rares et VIH

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

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

### Insuffisance rénale chronique terminale

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

### Maladies du foie et du pancréas

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

### Autres affections de longue durée

Autres bénéficiaires en ALD non présents dans les catégories précédentes

### Hospitalisations ponctuelles

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

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

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

### 1.1.2. Fréquence des pathologies et épisodes de soins

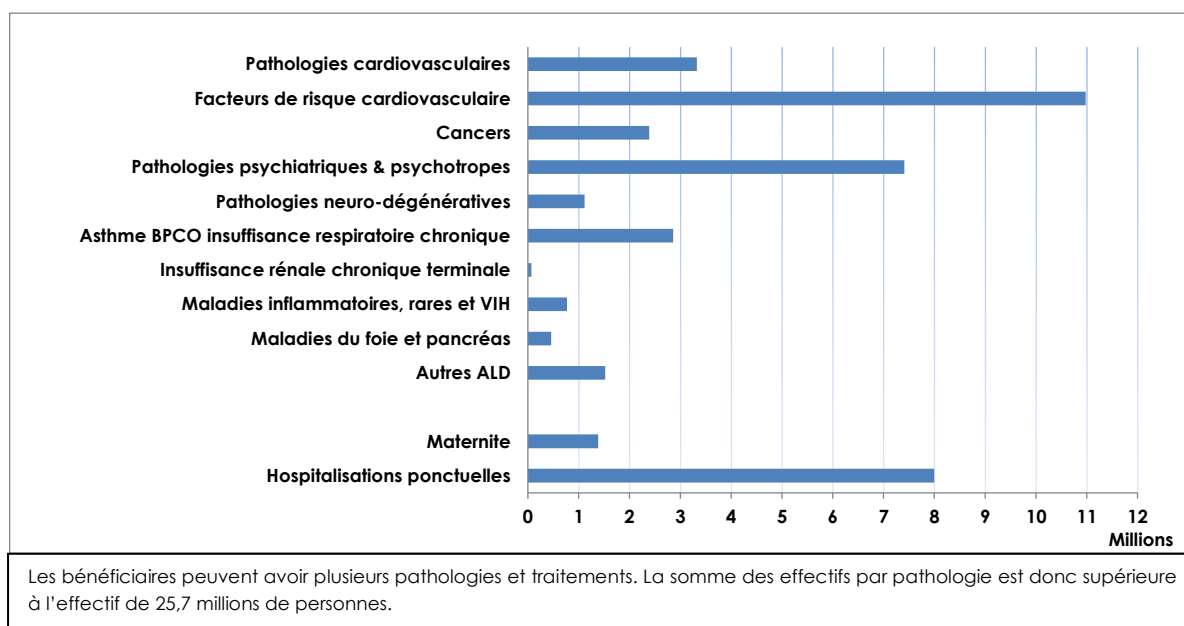
Au-delà de l'analyse des dépenses globales, l'exploitation des données issues du remboursement des soins permet d'appréhender les réalités épidémiologiques sous-jacentes à ces coûts. Si ces éléments ne permettent de repérer, par construction, que les patients traités pour ces pathologies, avec les biais que cela peut entraîner<sup>6</sup>, et s'ils ne remplacent évidemment pas les enquêtes épidémiologiques ou les registres qui permettent d'évaluer les prévalences de manière précise, l'exercice qui est mené ici présente l'intérêt de fournir une photographie d'ensemble des affections dont souffre la population et pour lesquelles le système de soins est mobilisé.

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

#### Fréquence des pathologies et traitements

Sur 58,8 millions de personnes qui ont eu des soins remboursés par le régime général au cours de l'année 2011<sup>7</sup>, 24,4 millions (42%) ont au moins une pathologie, ou un traitement particulier, ou une maternité, ou un épisode hospitalier ponctuel, individualisé par la cartographie. Le reste de la population (34,3 millions de personnes, 58%) n'a eu que des soins courants.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

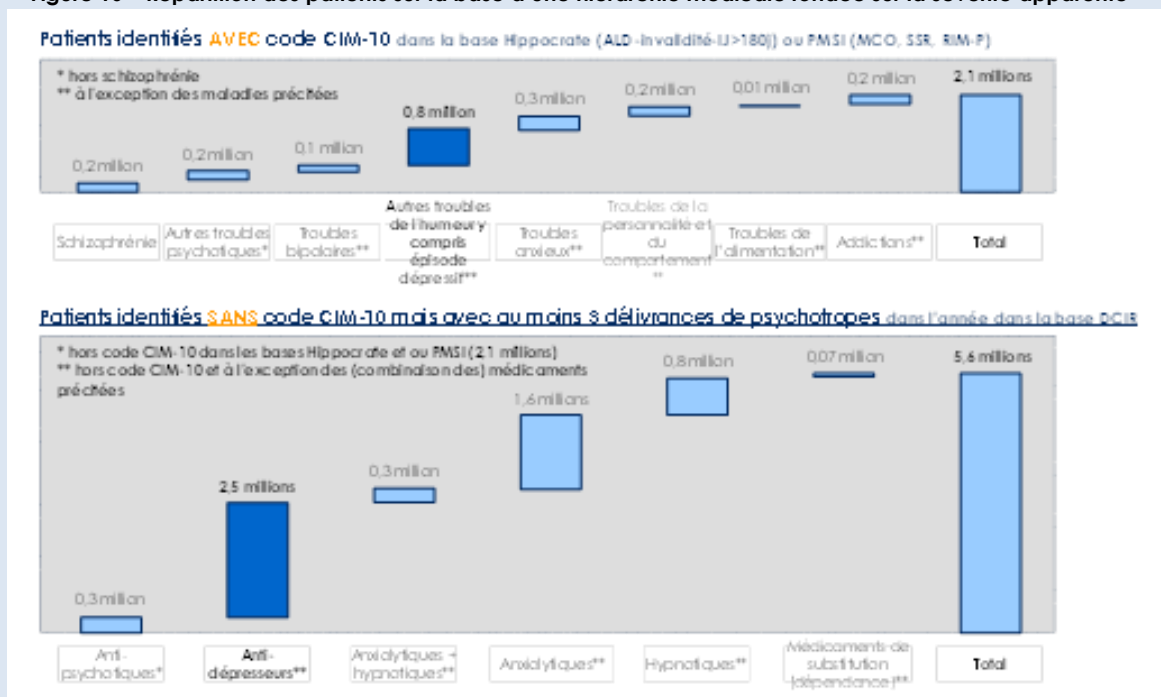
---

<sup>8</sup> Au moins trois délivrances dans l'année

### Encadré 3 – Analyse complémentaire sur les pathologies psychiatriques et psychotropes

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

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

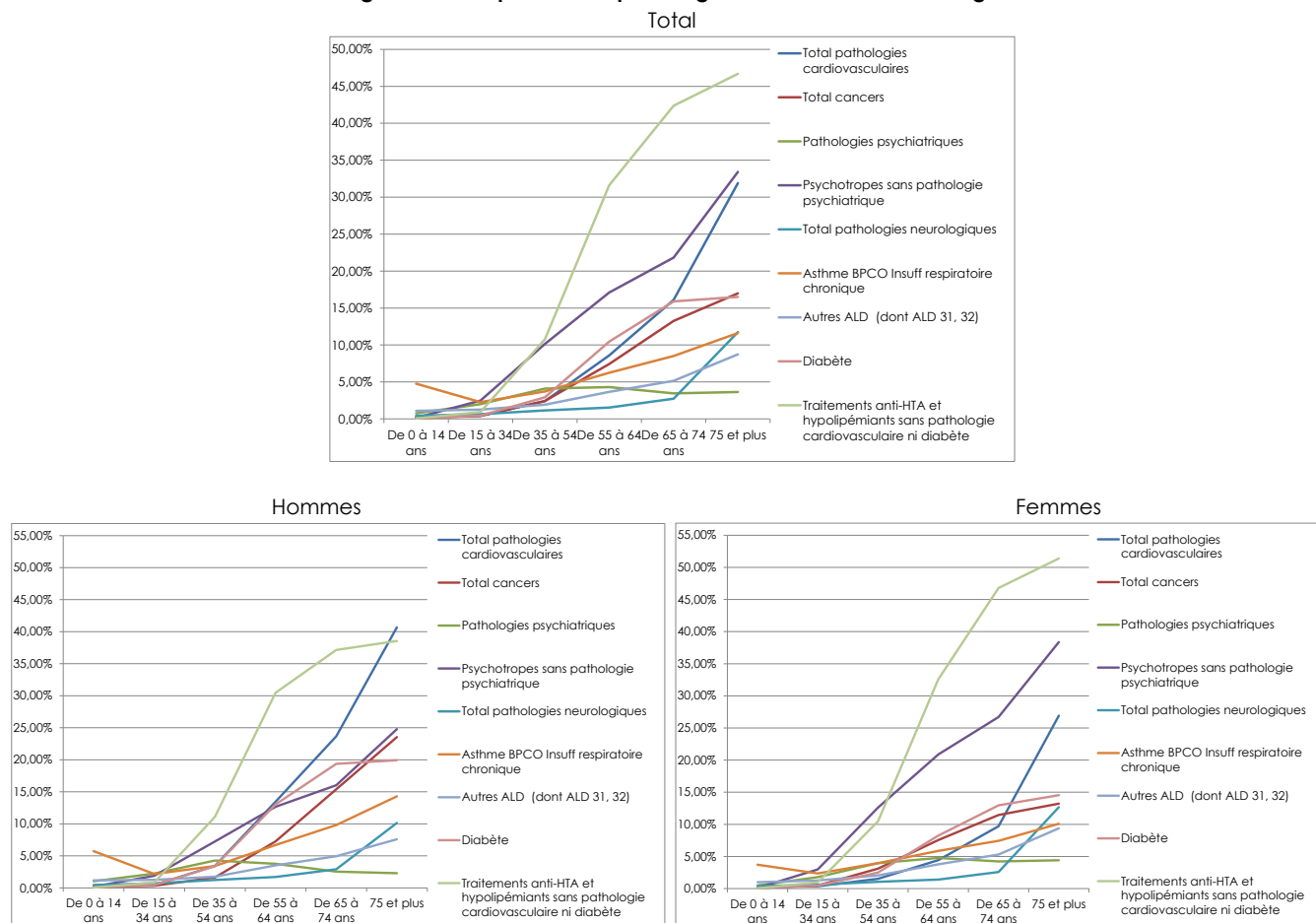


On dénombre ainsi parmi les adultes 2,1 millions de patients identifiés par le code CIM-10 de la maladie codé à partir de l'ALD, d'une hospitalisation ou d'une indemnité journalière de longue durée, dont plus d'un tiers souffre d'épisodes dépressifs caractérisés (« autres troubles de l'humeur »). On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

## La fréquence des pathologies selon l'âge

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

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



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

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

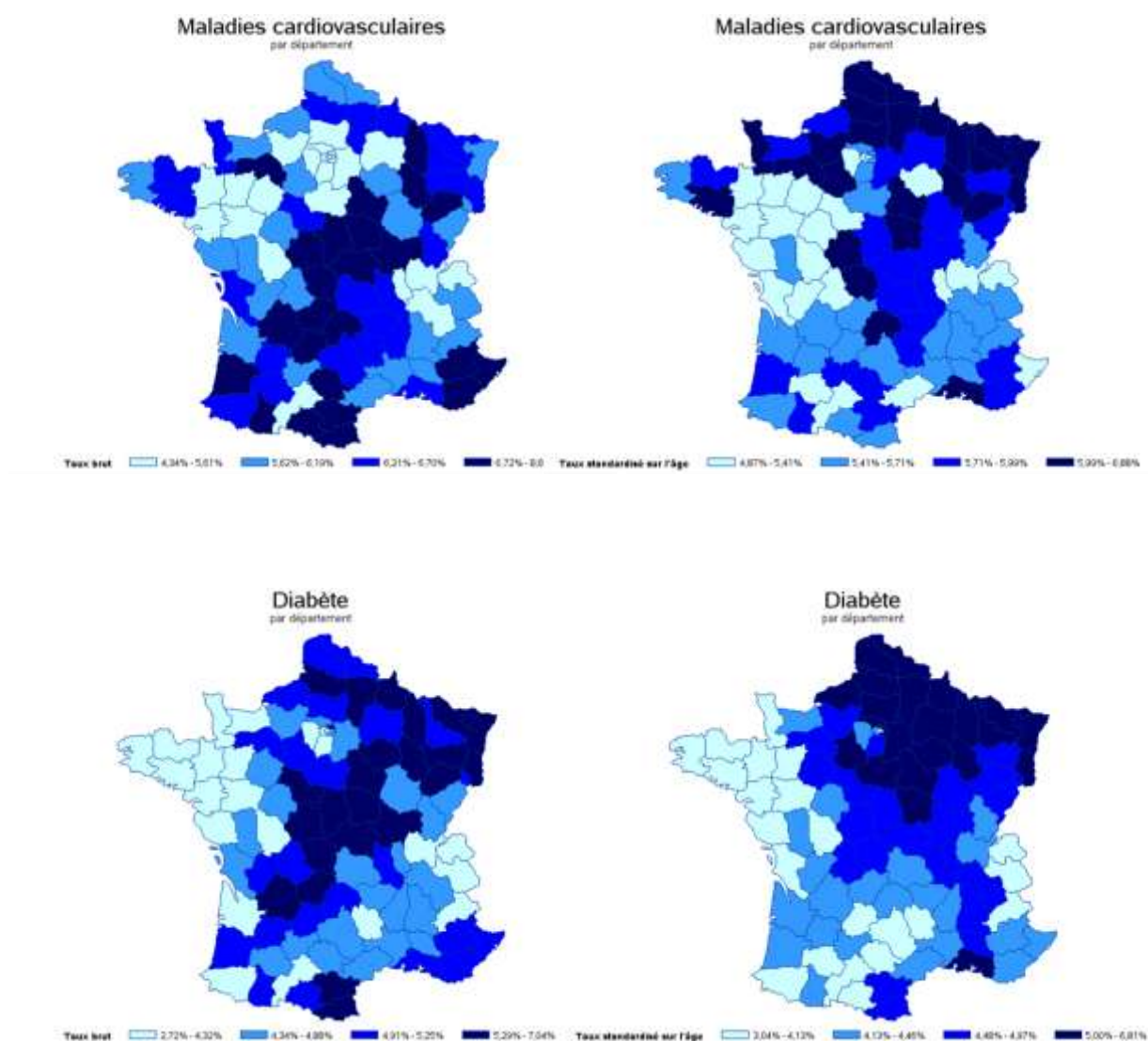
## Les disparités géographiques

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

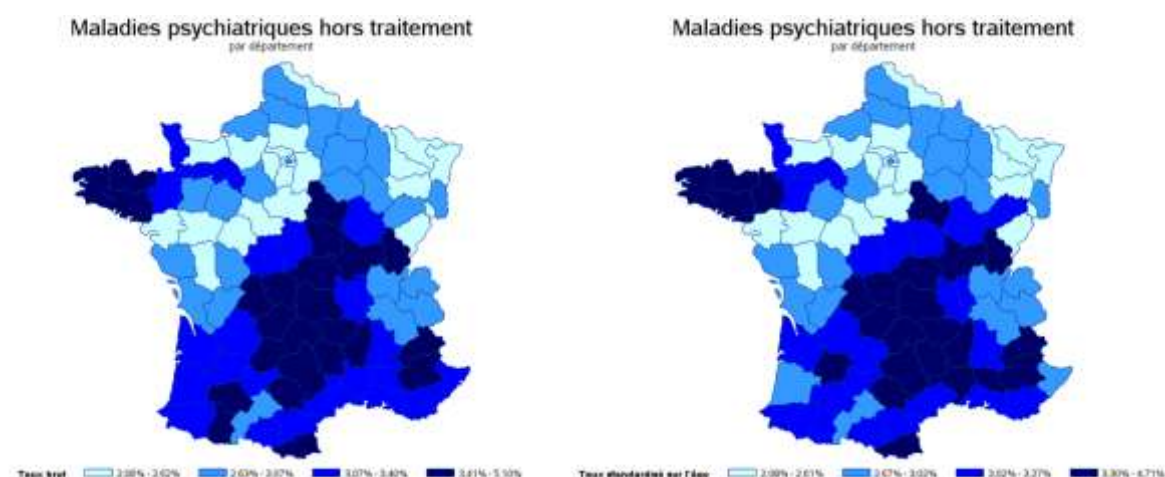
On retrouve le gradient Nord-Sud connu en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires et le diabète, avec des écarts entre départements extrêmes de 40% pour les maladies cardiovasculaires et de 1 à 2,2 pour le diabète (en taux standardisés).

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

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







### Les combinaisons de pathologies et la polypathologie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Effectifs et coûts de traitement**

Le

#### Tableau 2 et la

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

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

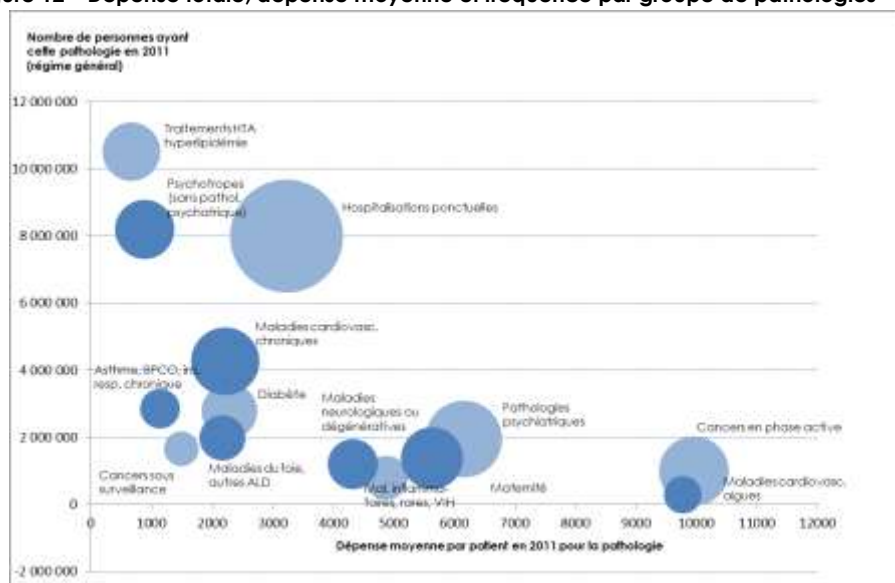
Les coûts moyens pour des traitements d'hypertension ou d'hyperlipidémie sont limités (850 euros), mais ils concernent des populations très nombreuses.

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

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

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

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



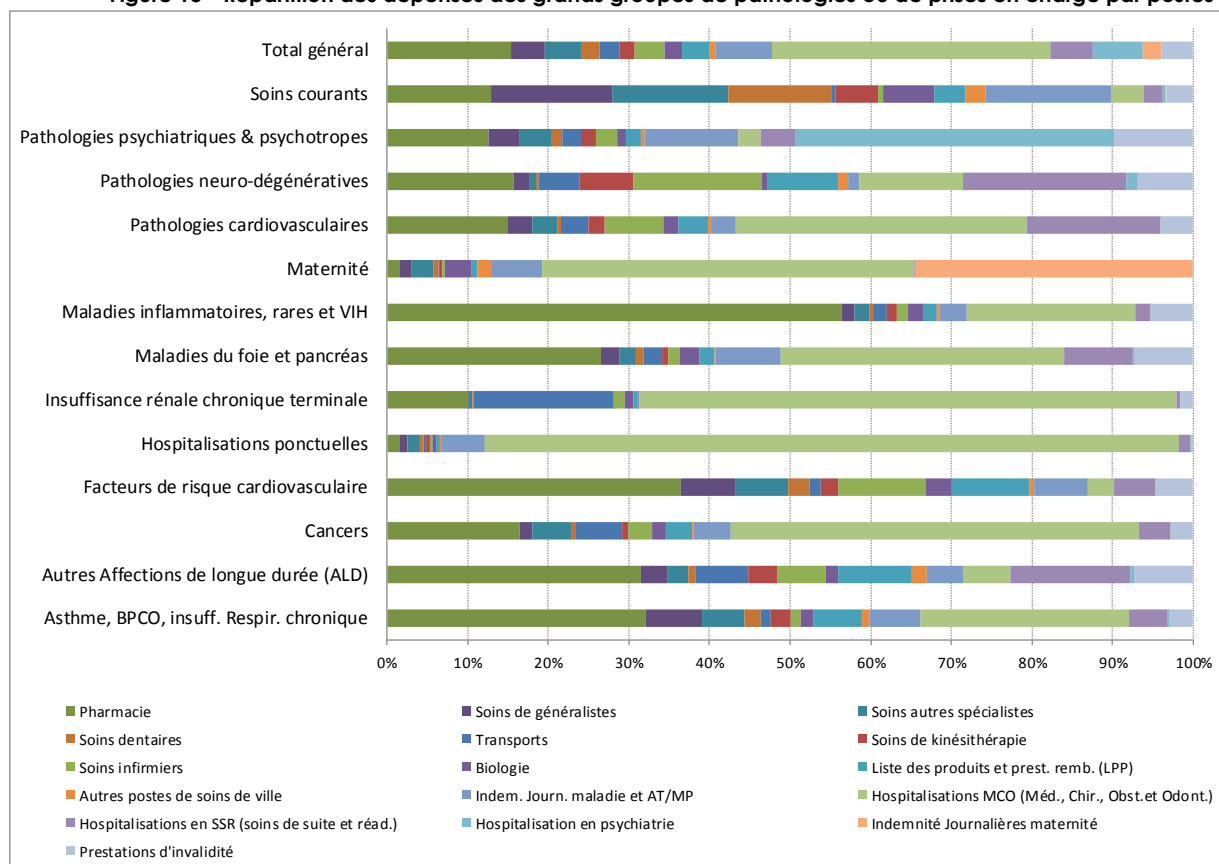
Grille de lecture : la dépense moyenne par patient est en abscisse et l'effectif en ordonnée, la dépense totale est proportionnelle à la taille de la bulle. L'insuffisance rénale chronique terminale, dont les coûts moyens de traitement sont très élevés ne figure pas sur le graphique.

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

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

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

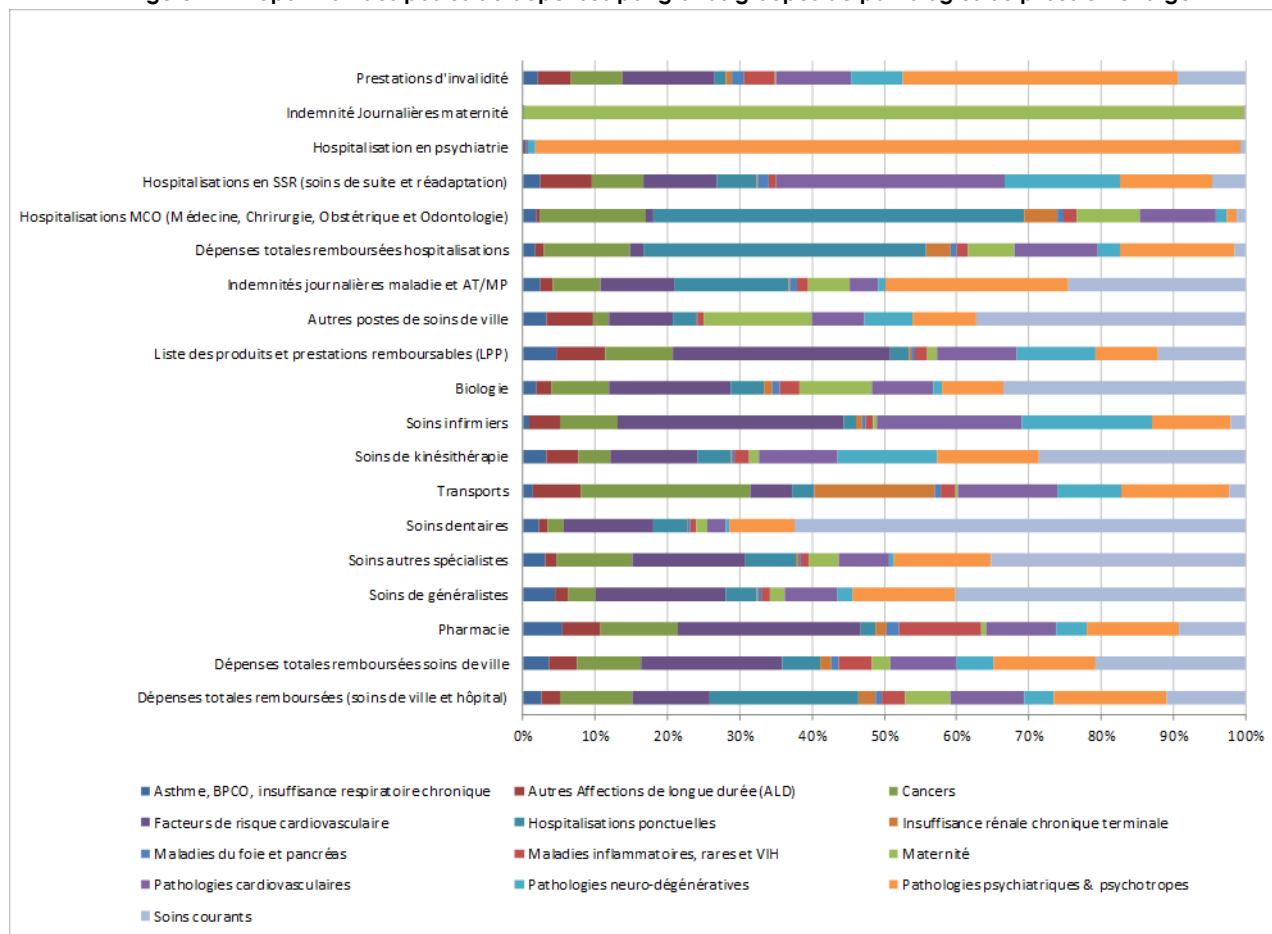
Figure 13 - Répartition des dépenses des grands groupes de pathologies ou de prises en charge par postes



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

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

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



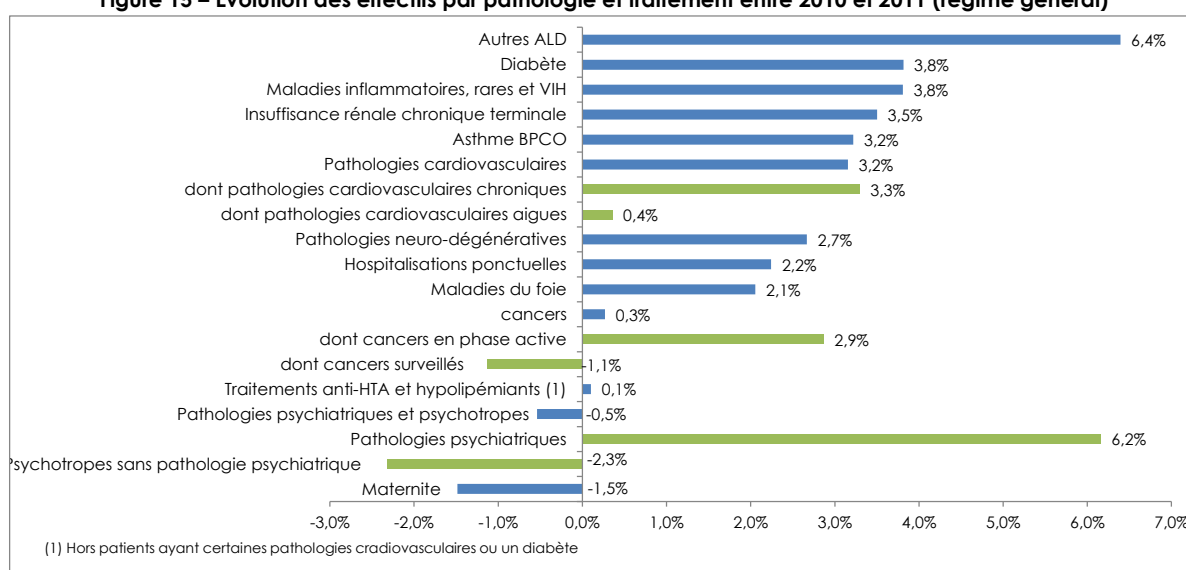
## 1.2. Les dynamiques d'évolution entre 2010 et 2011

### 1.2.1. L'évolution des effectifs de malades traités

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

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

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



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

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

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

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

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

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

**Tableau 3 – Evolution de la polypathologie entre 2010 et 2011**

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

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

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

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

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

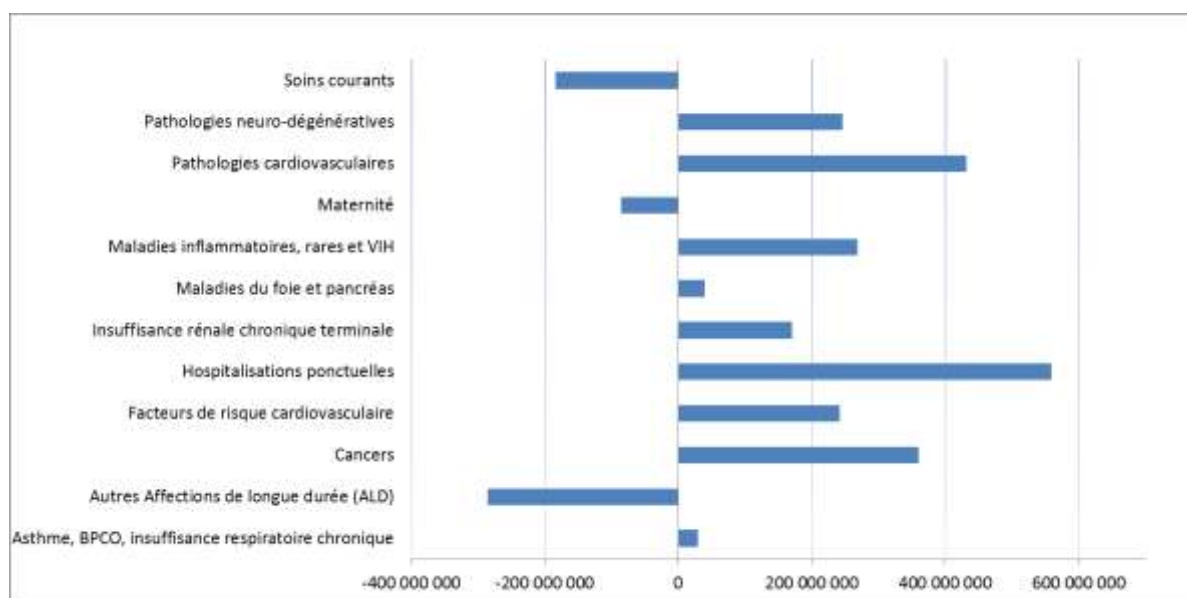
|                                   |       | Régime général                        |        |           |        |           |        |           |        |            |
|-----------------------------------|-------|---------------------------------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|------------|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



### 1.2.2. L'évolution des dépenses

Entre 2010 et 2011, les dépenses totales prises en charge par le régime général (sur le champ qui peut être réparti<sup>9</sup>) ont augmenté de +2,0%, soit 2,8 Mds d'€.

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



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

L'évolution est contrastée selon les pathologies.

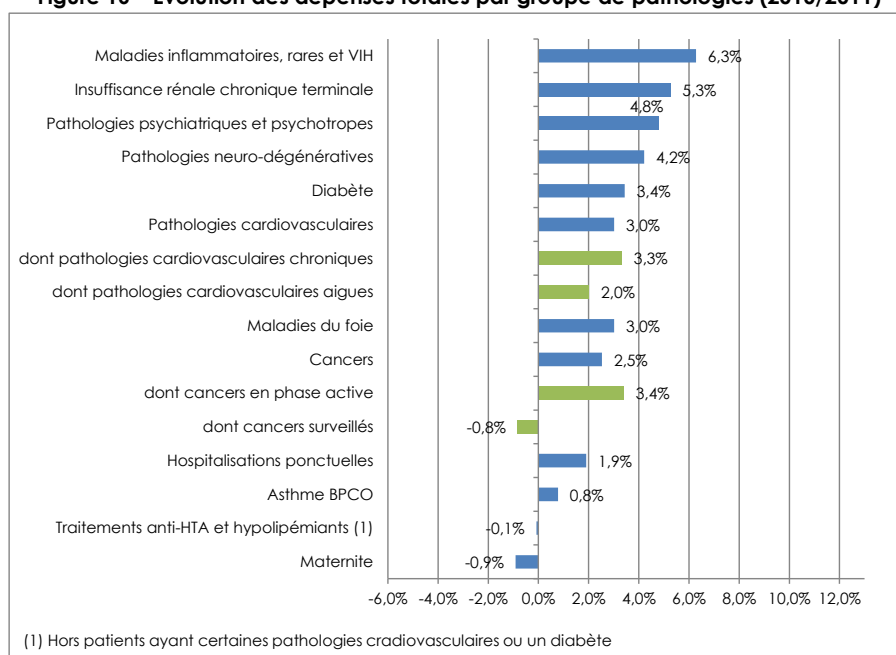
Les croissances les plus rapides sont observées pour le groupe des maladies inflammatoires, maladies rares et VIH (+6,3%), pour l'insuffisance rénale chronique terminale (+5,3%) et pour la santé mentale, au sens large (pathologies psychiatriques ou traitement psychotropes sans pathologie psychiatrique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

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

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

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

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



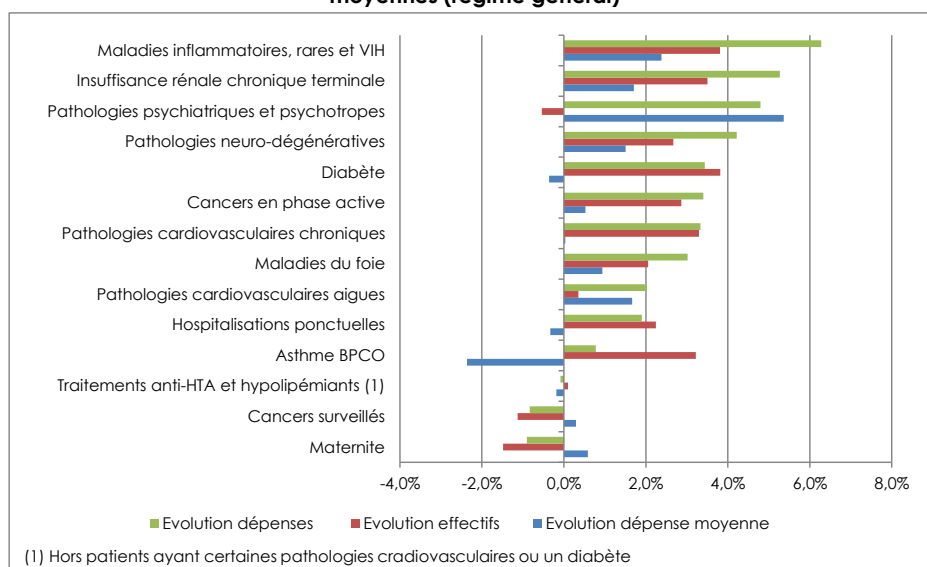
Viennent ensuite par ordre décroissant les maladies neurologiques et dégénératives (+4,2%), le diabète (+3,4%), les pathologies cardiovasculaires et les maladies du foie et du pancréas (+3,0%), les cancers (+2,5%).

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

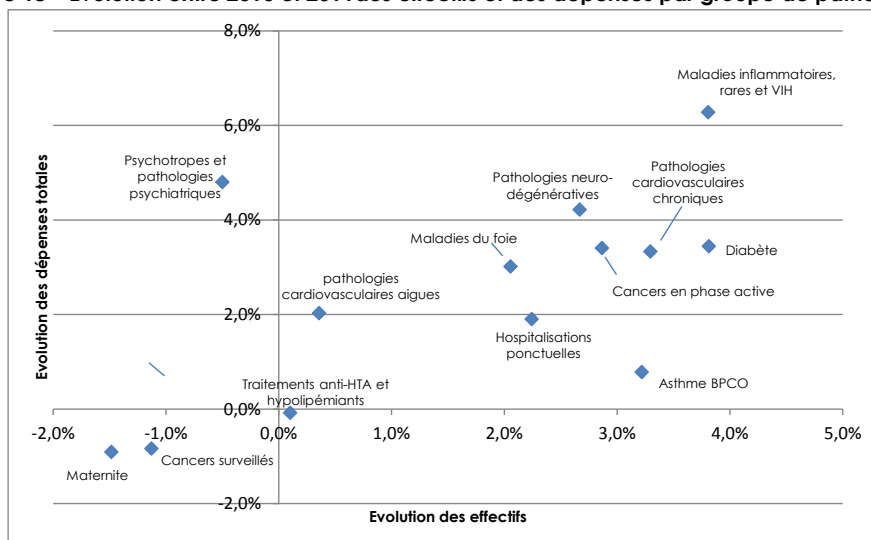
Les progressions les plus modérées s'observent pour les hospitalisations ponctuelles (+1,9%) et les pathologies respiratoires (+0,8%). Les coûts des traitements hypotenseurs et hypolipémiants sont stables (rappelons qu'il s'agit des patients qui n'ont pas certaines pathologies cardiovasculaires ou un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

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

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



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

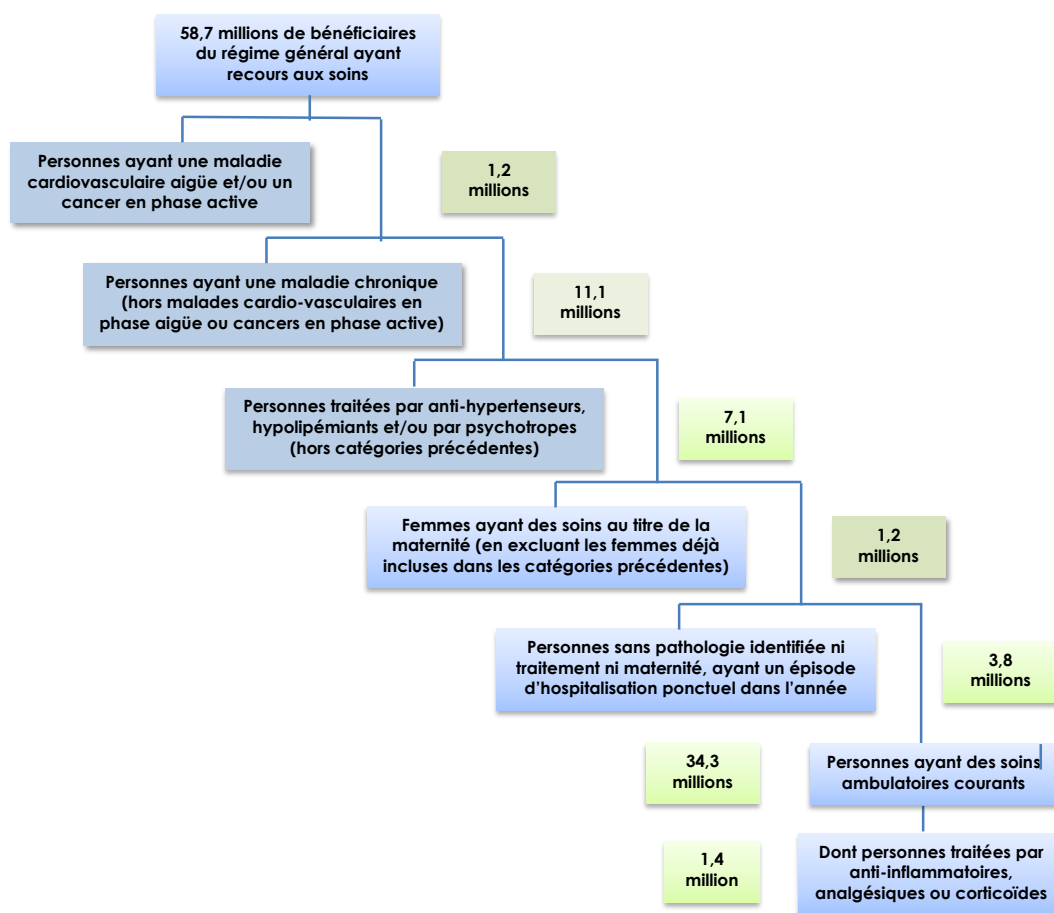


### 1.3. Typologie de la population ayant recours au système de soins

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

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

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



Sur les 58,8 millions de personnes couvertes par le régime général de l'Assurance maladie en 2011 et ayant eu recours aux soins<sup>10</sup> :

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

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

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

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

**Tableau 4 – Caractéristiques des groupes de population- régime général**

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

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

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

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

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

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

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

## 1.4. Focus sur les épisodes hospitaliers ponctuels

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

n : patients ; s : séjours

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Répartition des patients selon le caractère *urgent*<sup>11</sup> versus *programmé***

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

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

---

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

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

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

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

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

---

## 2. Impact du vieillissement et soins aux personnes âgées

---

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

- celui de la soutenabilité financière : peut-on arriver à maîtriser la croissance des dépenses de santé alors même que les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses et que l'avancée en âge se traduit par des pathologies plus fréquentes, et donc des besoins de soins plus importants ?
- mais aussi celui de la qualité du service apporté aux personnes les plus âgées, qui souffrent souvent de pathologies chroniques multiples, associées pour certains à des besoins d'aide. Pour ces populations complexes et fragiles, la nécessité de coordonner au long cours les interventions de professionnels multiples, d'organiser des parcours fluides, de gérer les transitions pour éviter les ruptures, d'articuler les soins avec d'autres services concourant à la qualité de vie sont autant d'enjeux sur lesquels notre système de santé doit s'améliorer.

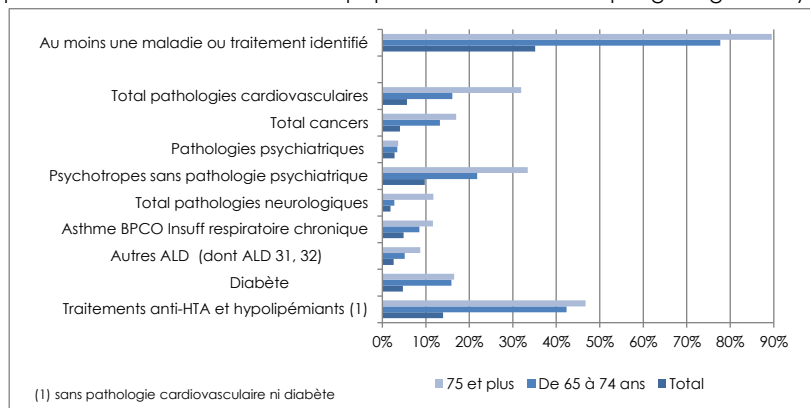
Le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie s'est penché en 2010 sur ces deux aspects dans son rapport « Vieillesse, longévité et Assurance maladie » ; il a précisé certaines de ses propositions dans sa contribution au débat sur la dépendance des personnes âgées (« Assurance maladie et perte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

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

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

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

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



Sur les 4,8 millions de personnes de 75 ans et plus couvertes par le régime général, 90%, soit 4,3 millions, ont au moins une pathologie ou un traitement chronique<sup>12</sup>.

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

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

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

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

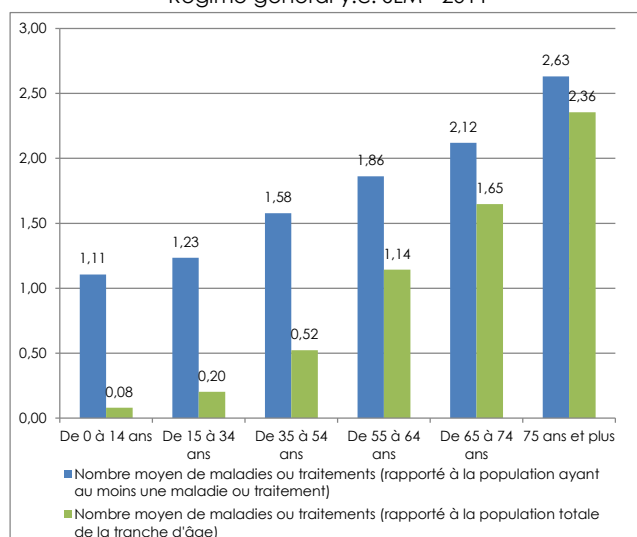
<sup>12</sup> Parmi la liste des pathologies et traitements tels qu'ils ont été identifiés dans la cartographie présentée en partie 1. Comme cela a déjà été indiqué supra, les personnes peuvent avoir plusieurs pathologies ou traitement et les effectifs et % ne sont donc pas sommables.

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

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

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

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



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

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

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

En dehors des affections chroniques, 1,2 million de personnes de 75 ans et plus, un quart de la population de cette classe d'âge, ont eu en 2011 une ou plusieurs hospitalisations<sup>13</sup> pour un motif non lié à ces affections (1,6 en moyenne). De fait, elles représentent 17% des personnes hospitalisées pour ces motifs et 20% des séjours correspondants, pour 8% de l'effectif total.

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

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

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

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

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

---

<sup>13</sup> Hospitalisation complète ou hospitalisation de jour



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

---

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

L'importance de ce facteur démographique est relativisée par de nombreux scientifiques. Ils mettent en avant le fait que même si les dépenses augmentent fortement avec l'âge, l'impact global reste limité, car le vieillissement moyen d'une population est un phénomène très lent. Des simulations ont été conduites à de nombreuses reprises, et l'impact serait de 0,5 à 0,7 point de croissance par an actuellement<sup>14</sup>, ce qui, pour reprendre l'expression du HCAAM, « *n'a certes rien de négligeable, mais n'a pas le caractère d'une « déferlante* » ».

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

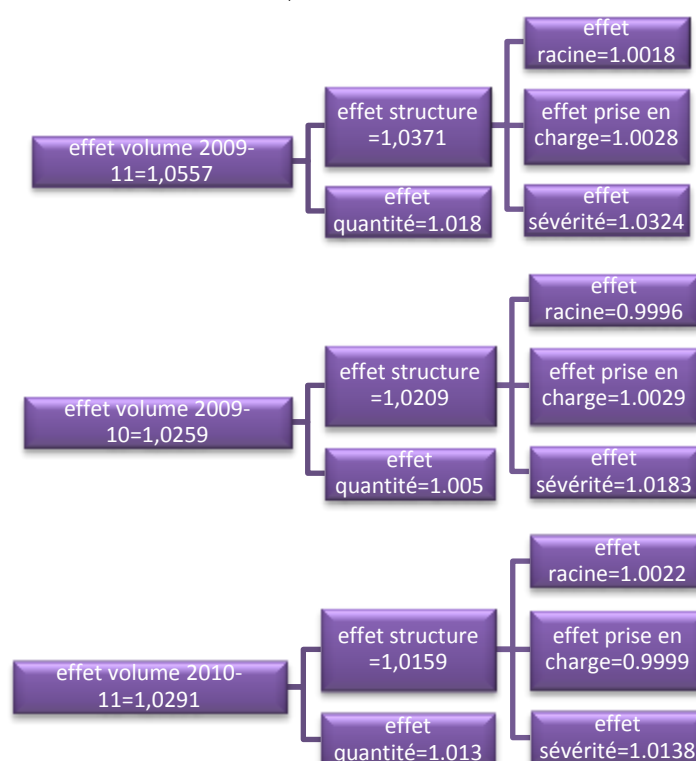
L'hypothèse que l'augmentation du volume des soins s'explique très largement par le vieillissement de la population est fréquemment avancée dans le cas des soins hospitaliers, et notamment pour expliquer les volumes d'activité des hôpitaux publics.

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

---

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

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



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

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

### Les établissements de santé prennent en charge davantage de patients

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

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

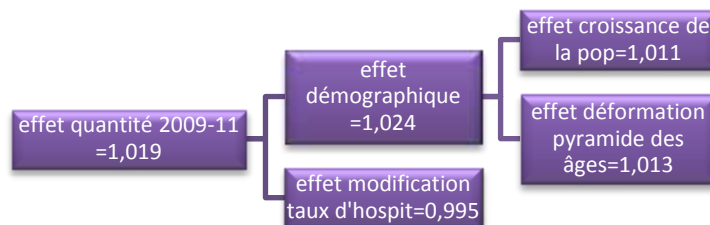
|                                     | 2009   | 2010   | 2011   | Evolution<br>2010/2009 | Evolution<br>2011/2010 |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|------------------------|------------------------|
| nombre de séjours<br>(en milliers)  | 16 449 | 16 548 | 16 764 |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

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

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

L'impact démographique combinant la croissance de la population et la déformation de la structure d'âge apparaît en première approche majeur : il devrait en effet normalement aboutir, à taux d'hospitalisation par âge inchangé, à une croissance du nombre de séjours même supérieure à celle qui a été effectivement constatée (+2,4 % pour l'effet démographique alors que l'augmentation de la quantité de séjour est de 1,9% sur les 2 années de l'analyse).

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

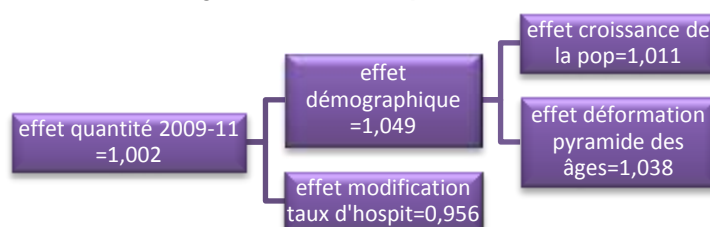


Mais ce résultat global masque des résultats particuliers par pathologie qui vont dans des sens opposés. En effet, quand on décompose l'analyse par segment d'activité, l'effet résiduel « hors démographie », donc l'effet « pratiques de soins », est parfois très important, dans le sens positif comme dans le sens négatif<sup>15</sup>. Dans cet effet, il peut y avoir :

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

Ainsi, le nombre de séjours en cardiologie (autres que cardiologie interventionnelle ou rythmologie) est stable entre 2009 et 2011 (Figure 24). Cette stabilité résulte de 2 effets contraires : un effet théorique du vieillissement (3,8 %) de la population important pour ces pathologies (insuffisance cardiaque,...) compensé par un recours à l'hospitalisation à âge donné pour ces motifs qui diminue assez fortement (-4,4 %) en raison sans doute d'une meilleure prise en charge des patients concernés (éducation thérapeutique, ...).

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

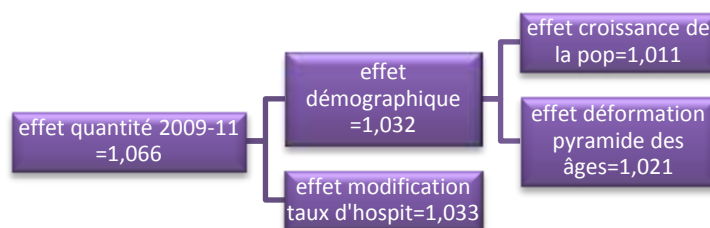


<sup>15</sup> Voir annexe pour une analyse détaillée par segment d'activité.

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

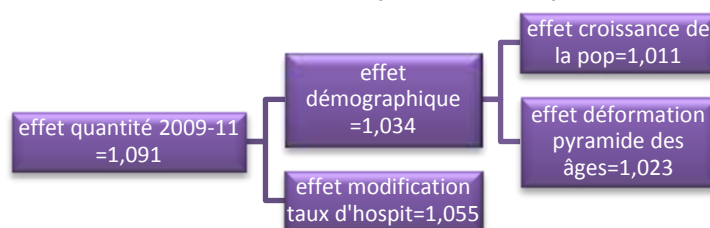
Par exemple, en cardiologie interventionnelle, la quantité de séjours augmente de 6,6% entre 2009 et 2011 (Figure 25), à la fois en raison de l'effet démographique (+3,2 %) mais aussi en raison d'une diffusion de la technique plus importante à âge donné (+3,8%).

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



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

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



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

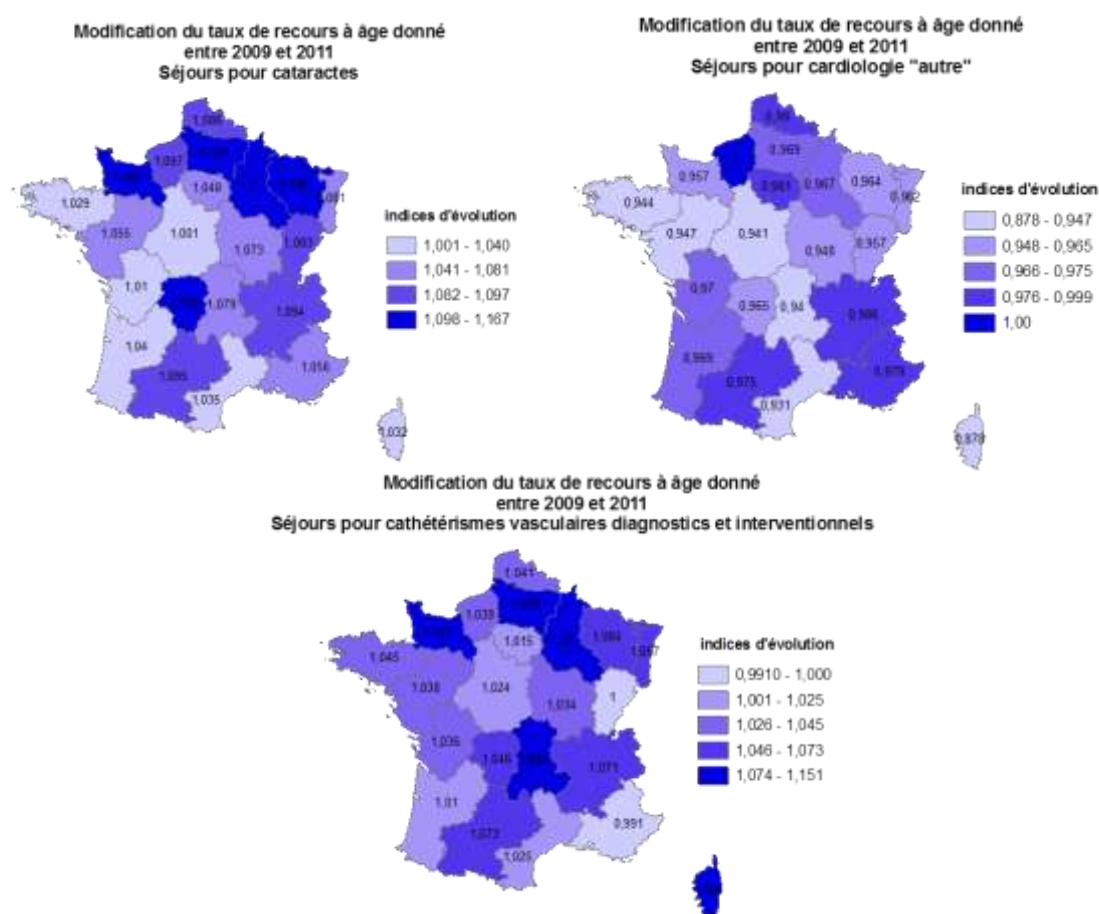
**L'activité en médecine est tirée par l'impact du vieillissement alors que celle de chirurgie est presque autant liée à l'augmentation des taux d'hospitalisation à âge donné qu'au vieillissement**

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

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

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

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



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

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

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

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

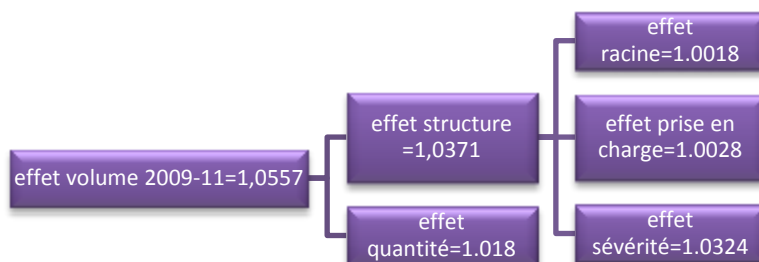
Comme rappelé en introduction de cette partie, sur l'ensemble de la période 2009-11, le facteur qui joue le plus dans la progression des volumes d'activité n'est pas l'augmentation du nombre de séjours, mais l'effet de structure, c'est-à-dire de déformation de l'activité vers des séjours plus

lourds et plus coûteux. (+3,7% sur la période 2009-2011). Il explique les deux tiers de la croissance du volume économique.

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

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

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



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

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

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

Ces évolutions sont le résultat d'un codage plus fréquent des comorbidités, qui fait passer les séjours dans les niveaux de sévérité supérieurs. Cette amélioration du codage traduit certainement une meilleure prise en compte de l'état de santé des patients, notamment des plus âgés, mais on ne peut nier que la T2A crée également une incitation tarifaire à optimiser la facturation par ce biais. Certaines de ces comorbidités ont vu en effet leur fréquence s'élever très fortement sur la période (Tableau 12). Par exemple, les codes de malnutrition qui conduisent au niveau de sévérité 3 (et 4 pour les patients très âgés) ont été multipliés par 2 entre 2009 et 2011<sup>16</sup> ; les séjours avec codage de carence en vitamine D, qui mène au niveau de sévérité 2 (et 3 pour les patients âgés) ont été multipliés par 3,3 ; les séjours avec ulcère de décubitus, comorbidité qui amène au même niveau de

<sup>16</sup> Sur la base des séjours de niveaux de sévérité 1, 2, 3 et 4

sévérité 2 ou 3 pour les plus âgés, ont pour leur part été multipliés par 2,4. L'ampleur de ces évolutions interpelle.

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

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

### Un faible impact du développement de la prise en charge ambulatoire

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

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

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

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

charge les plus légères (ambulatoire notamment), ainsi qu'une nécessaire vigilance sur les pratiques de codage des comorbidités.



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

---

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

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

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

#### La iatrogénie médicamenteuse

La problématique de la iatrogénie médicamenteuse est aujourd'hui bien connue. Son impact a fait l'objet de diverses publications, en France et à l'international. La HAS a estimé en 2006 qu'elle était responsable de plus de 10% des hospitalisations des personnes de plus de 65 ans et de près de 20% chez les octogénaires<sup>17</sup>.

Des actions ont été mises en œuvre pour faire face à ce problème majeur de santé publique. La Haute autorité de santé et l'ANSM ont élaboré des recommandations, la HAS proposé des outils aux professionnels<sup>18</sup>. La CNAMTS a mené des campagnes d'information et de sensibilisation des médecins généralistes sur la prescription de médicaments non recommandés, comme les benzodiazépines à demi-vie longue. Des objectifs dans ce domaine ont été inscrits dans la convention médicale, puis intégrés dans la rémunération sur objectifs de santé publique.

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

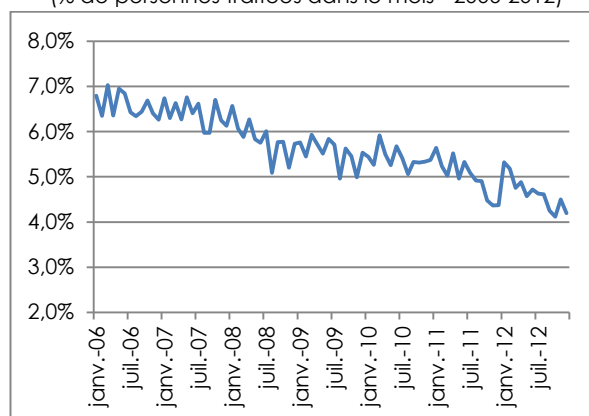
---

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

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

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

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



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

| La prévention                           | Indicateurs                                                                                                                  | Objectifs cibles | Résultats à fin décembre 2011 | Résultats à fin décembre 2012 | Évolution en points Déc 2012 - Déc 2011 | Évolution en pourcentage Déc 2012 - Déc 2011 |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| benzodiazépines à demi-vie longue       | Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année                               | $\leq 5\%$       | 13,7%                         | 12,1%                         | -1,6                                    | -11%                                         |
| durée de traitement par benzodiazépines | Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines | $\leq 12\%$      | 15,0%                         | 15,9%                         | 0,9                                     | 6%                                           |

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

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

## Des hospitalisations évitables

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

Les personnes de plus de 75 ans représentent 43% des hospitalisations dites « évitables », au sens du concept développé par une équipe nord-américaine et qui a donné lieu à de nombreuses publications comparatives entre zones géographiques<sup>19</sup>, et près de 60% des journées correspondant à ces séjours (Tableau 13). Parmi les premiers motifs figurent les décompensations pour insuffisance cardiaque et les pneumonies.

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

Sources • Base nationale PMSI-MCO, exploitation CNAMTS

## **Un rapport bénéfice / risque en débat pour certains dépistages ou traitements**

Parmi les soins aux personnes âgées qui méritent un examen attentif de leur rapport bénéfice / risque figurent la propension croissante au dépistage de certaines pathologies et ses conséquences en termes de décisions thérapeutiques.

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

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

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

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

---

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

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

Cette avancée ouvre un potentiel important d'analyse pour orienter l'action publique et d'ores et déjà les premiers travaux réalisés, même s'ils sont loin d'être complets, jettent un éclairage intéressant sur certains aspects économiques de la prise en charge en EHPAD. Ils ont permis en effet de reconstituer le coût complet des soins pour des personnes résident en EHPAD, selon leur option tarifaire, en 2012<sup>20</sup>.

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

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

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

L'étude a porté sur 5 656 établissements (81% du total), hébergeant 453 600 résidents (85% du total), dont 375 900 couverts par le régime général. Les données de la CNSA sur les montants des forfaits de soins versés à chaque EHPAD<sup>21</sup> ont pu être appariées avec les données individuelles sur

---

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

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

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

**Tableau 14 - Postes inclus dans le forfait selon le type d'EHPAD<sup>22</sup>**

| Postes retenus                      | Inclus dans le forfait (X) |             |             |             |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------|
|                                     | TP sans PUI                | TP avec PUI | TG sans PUI | TG Avec PUI |
| A00-Forfait*                        | X                          | X           | X           | X           |
| A01-Infirmier (hors dialyse périt.) | X                          | X           | X           | X           |
| B02-Medicament                      |                            | X           |             | X           |
| B03-Masseur-kiné                    |                            |             | X           | X           |
| B05-Généraliste                     |                            |             | X           | X           |
| B06-LPP                             | Arrêté du 30/05/08<br>X    | X           | X           | X           |
| B07-Laboratoire                     |                            |             | X           | X           |
| B09-Autre Auxiliaire                |                            |             | X           | X           |
| B10-Radiologie                      |                            |             | X           | X           |
| C04-Transport                       |                            |             |             |             |
| C08-Specialiste                     |                            |             |             |             |
| C11-Dentaire                        |                            |             |             |             |
| D12-Hôpital                         |                            |             |             |             |
| D13-Clinique                        |                            |             |             |             |
| D14-Hono clinique**                 |                            |             |             |             |
| E15-Total                           |                            |             |             |             |

\* A l'intérieur d'un EHPAD, le forfait de soins moyen annuel est donc le même pour tous les résidents

\*\* Honoraires des praticiens libéraux ayant effectué un acte durant un séjour en clinique

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

**Tableau 15 - Capacité d'accueil des EHPAD étudiés**

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

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

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

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

Les EHPAD en tarif global avec PUI ont un GMP supérieur de 6,7% et un PMP supérieur de 9,9% à ceux des EHPAD en tarif partiel sans PUI<sup>23</sup>.

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

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

Base de remboursement

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

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

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

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

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

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

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



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

La réflexion doit être poursuivie :

- d'une part pour calibrer de manière efficiente, et équitable entre les différents types d'EHPAD, le montant des forfaits ; il convient notamment d'appréhender l'exhaustivité des postes de dépenses (SSR, psychiatrie) et d'analyser le coût des soins pour les personnes hébergées à la fois du point de vue de l'Assurance maladie, mais aussi du reste à charge pour les patients ;
- d'autre part, pour comparer le contenu des soins qui sont délivrés en EHPAD par rapport à ceux délivrés à domicile, à pathologie et niveau de dépendance identique.

### Encadré 3 : Caractérisation des résidents en EHPAD et tarification

#### Notions de dépendance GMP (GIR moyen pondéré)

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Corporelle et mentale :</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Cohérence</li><li>2. Orientation</li><li>3. Toilette</li><li>4. Habillage</li><li>5. Alimentation</li><li>6. Elimination urinaire et fécale</li><li>7. Transferts</li><li>8. Déplacements à l'intérieur</li><li>9. Déplacements à l'extérieur</li><li>10. Alerter</li></ol> | <b>Domestique et sociale :</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gestion</li><li>2. Cuisine</li><li>3. Ménage</li><li>4. Transports</li><li>5. Achats</li><li>6. Suivi du traitement</li><li>7. Activités du temps libre</li></ol> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

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

#### Notions de soins requis PMP

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

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

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

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

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

---

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

---

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

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

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

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

Même si l’on peut penser que les Etats-Unis se distinguent par un gaspillage de ressources important, cette problématique n’est pas pour autant absente des autres pays. Ainsi les problématiques de sur-traitement et de sur-diagnostic prennent une place croissante dans les colonnes des journaux médicaux, certains parlent d’une « épidémie moderne »<sup>26</sup>. Dans deux mois, en septembre 2013, se tiendra aux Etats-Unis une conférence internationale dédiée à la prévention du sur-diagnostic, organisée par des universités, le British Medical Journal et la plus importante organisation de consommateurs<sup>27</sup>.

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

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

Pour identifier ces marges, l’Assurance maladie a développée dans son précédent rapport de propositions une **approche par processus de soins**, qui permet d’objectiver de façon précise, à partir des données, des éléments du parcours des patients, et qui a permis d’identifier des actions

---

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

<sup>26</sup> Ref à ajouter

<sup>27</sup> Ref à ajouter

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

d'optimisation concrètes. Cette approche, qui avait porté en 2012 sur six pathologies ou processus de soins (arthroplastie du genou, hernies inguinales et crurales, chirurgie des varices des membres inférieurs, cancer colorectal, diabète, insuffisance cardiaque) est poursuivie ici pour cinq autres processus : trois concernant la chirurgie fonctionnelle (la chirurgie de la cataracte, la pose de prothèses de hanche et la chirurgie du canal carpien), et deux relatifs à des pathologies chroniques (la prise en charge de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les soins délivrés aux patients ayant des plaies chroniques). Pour chacun d'entre eux l'analyse cherche à mettre en évidence des marges d'efficience, c'est-à-dire d'amélioration de la qualité aussi bien que de réduction des coûts.

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

D'autres **marges d'optimisation sont analysées par secteur**, car elles sont transversales à de nombreuses pathologies et interventions diagnostiques et thérapeutiques : le recours à la chirurgie ambulatoire, aux médicaments, aux transports et aux soins infirmiers font l'objet de réflexions sur les pistes d'efficience propres à chacun de ces segments de l'offre de soins.

### 3.1. L'optimisation des processus de soins

---

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

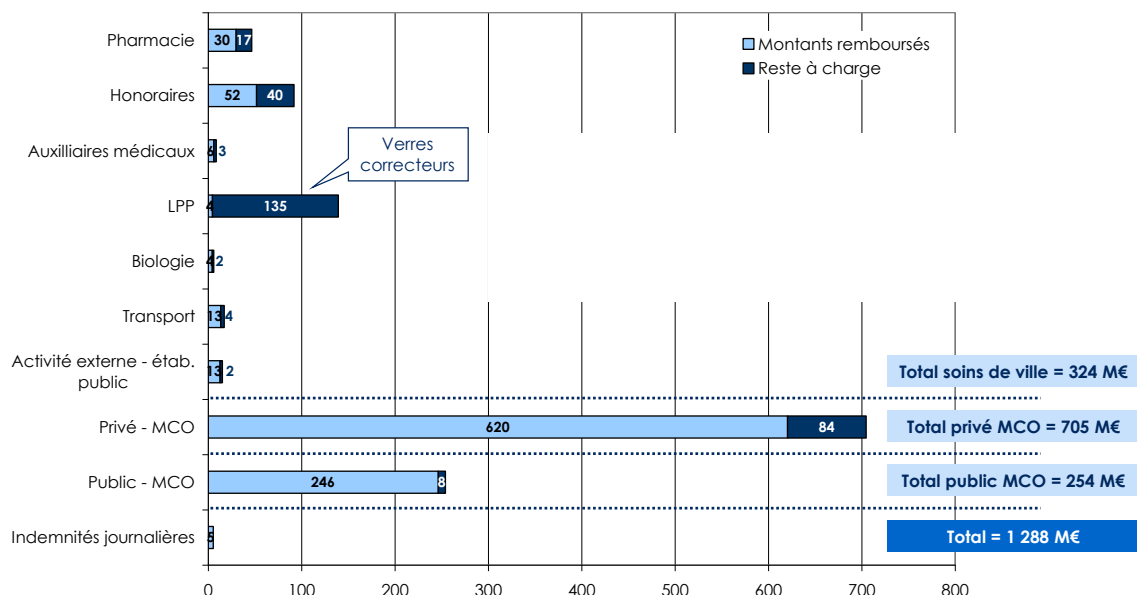
Dans le rapport publié en 2012, trois catégories d'interventions chirurgicales ont fait déjà l'objet d'une analyse détaillée qui a montré que des marges d'efficience existaient dans les processus de soins correspondants : arthroplastie du genou, hernies inguinales et crurales et chirurgie des varices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

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

### 3.1.1. La chirurgie de la cataracte

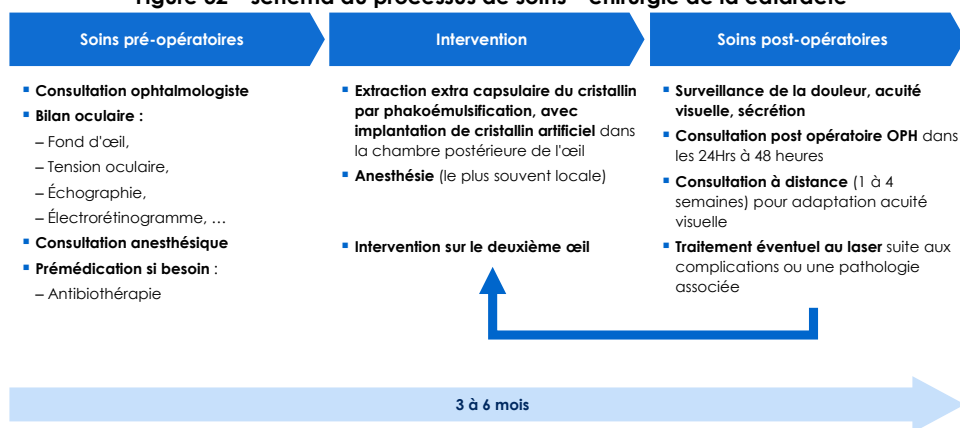
C'est l'acte chirurgical le plus fréquent : en 2012, 717 000 interventions ont été pratiquées, pour un coût total de 1,3 milliard d'euros.

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



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

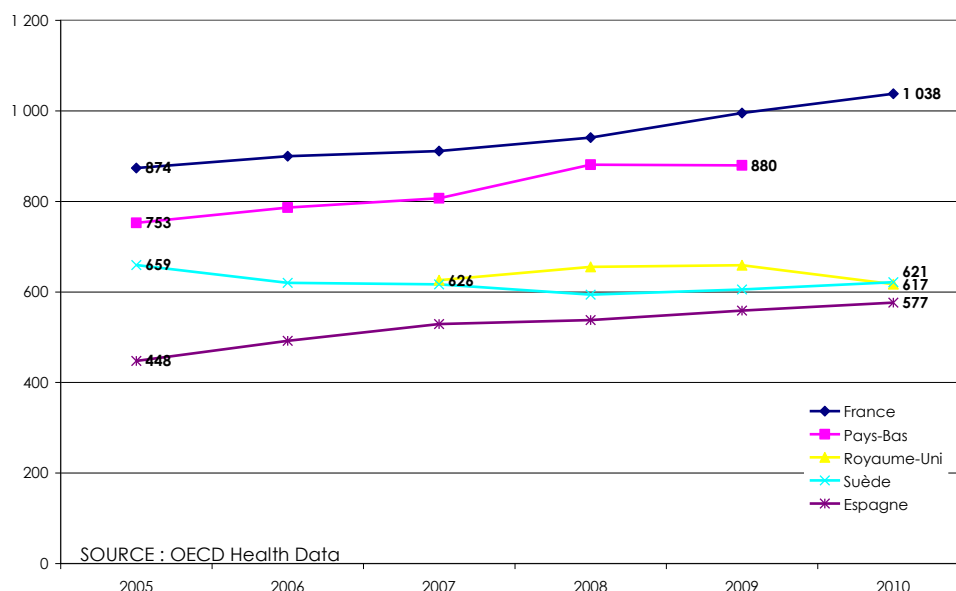
Figure 32 – schéma du processus de soins – chirurgie de la cataracte



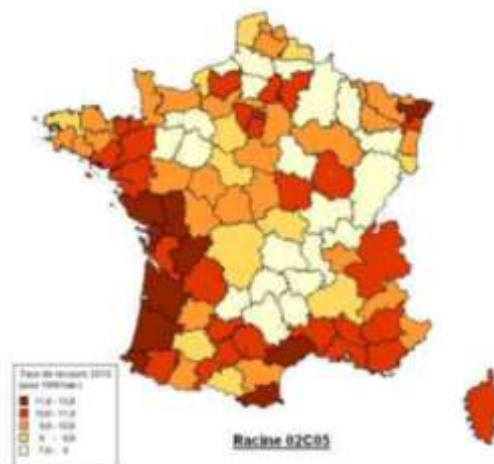
## Des interventions plus fréquentes en France que dans d'autres pays avec des variations géographiques

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

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



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

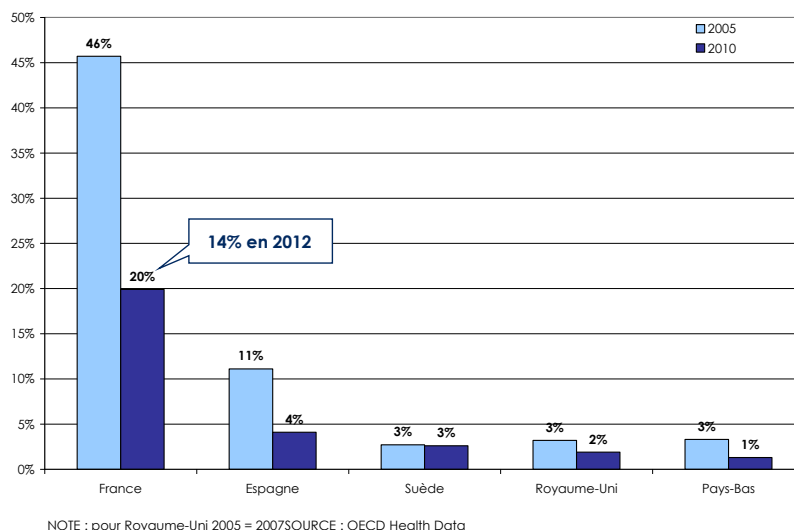




## Une part de chirurgie ambulatoire croissante qui pourrait encore augmenter

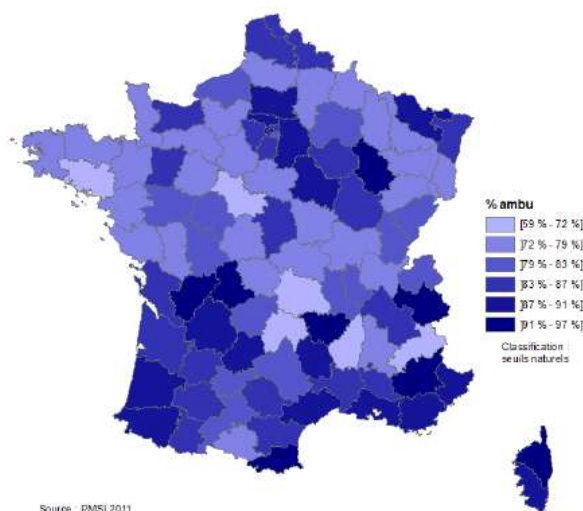
La part des interventions réalisées en hospitalisation complète a fortement diminué dans les années récentes : de 46% en 2005, elle est passée à 20% en 2011 et 14% en 2012. Elle est cependant encore très supérieure à celle que l'on observe dans d'autres pays, même si l'écart s'est réduit.

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



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

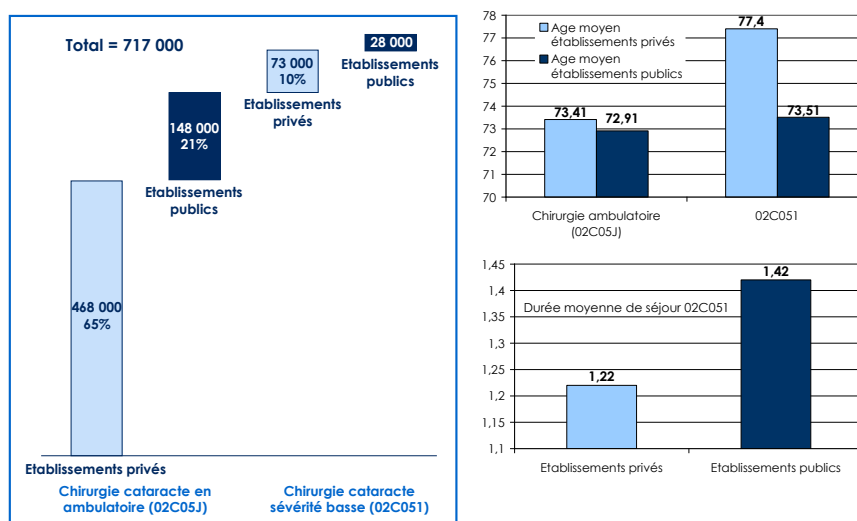
**Figure 36 - Part des séjours pour cataracte réalisés en chirurgie ambulatoire (GHM en J) en 2011**



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

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

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



### La problématique des implants multifocaux

Les implants pour le traitement de la cataracte ont été réintégrés dans les GHS en mars 2005. Avant leur réintégration dans les GHS, ils étaient inscrits, sous description générique, à la LPP au tarif de 182,94€ TTC. Ils ont été évalués par la HAS et l'ANSM en 2008<sup>30</sup>.

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

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

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

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

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

Il n'y a pas de consensus professionnel publié, ni sur le choix des implants unifocaux<sup>31</sup>, ni sur les indications et recommandations d'utilisation des implants multifocaux. Les problèmes posés par ces derniers sont :

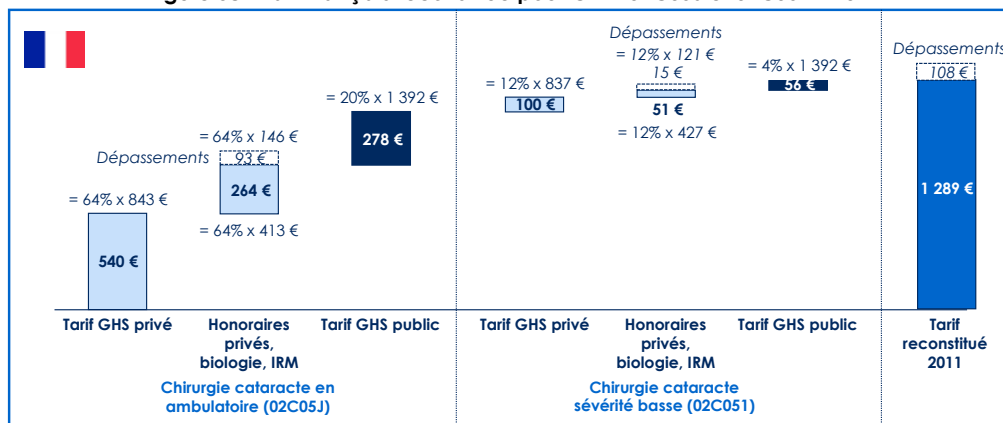
- le prix pour les patients,
- l'absence d'évaluation (avec notamment des incertitudes sur les résultats à long terme),
- l'absence de recommandations sur les critères de sélection des patients susceptibles de tirer un éventuel bénéfice de ce type d'implants, compte tenu de certains inconvénients et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

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

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

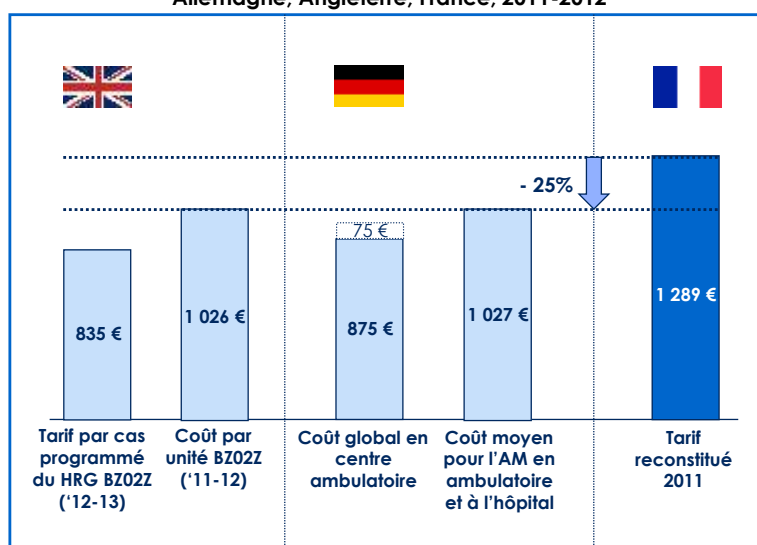
Même si le tarif du GHS privé a baissé de 5% en France en 2013 par rapport à 2011 (de 828 € à 789 €), l'écart avec les deux autres pays reste important.

Figure 38 - Tarif français reconstitué pour GHM 02C05J et 02C05I - 2011



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

**Figure 39 - Comparaison internationale des tarifs de la chirurgie de la cataracte**  
**Allemagne, Angleterre, France, 2011-2012**



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

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

Une visite conjointe de quelques-uns de ces centres avec le Ministère a permis d'une part de mieux comprendre le contexte de la genèse de ces structures outre-Rhin, et d'autre part de vérifier précisément leurs conditions de fonctionnement. Les centres visités n'ont apparemment rien à envier aux hôpitaux en termes de qualité des soins fournis, mais ils bénéficient d'une organisation plus légère, à la fois en termes :

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

Même si les contextes sont différents (avec notamment l'existence depuis longtemps en France, à l'inverse de l'Allemagne, de cliniques qui se sont déjà pour certaines spécialisées dans des interventions standardisées de chirurgie fonctionnelle), cet exemple montre que ce type de

chirurgie n'a pas besoin d'un contexte hospitalier (avec la lourdeur inhérente à des structures de taille importante, qui doivent faire face à l'urgence et assurer l'ensemble des activités de soins nécessaires) pour être réalisée avec l'exigence de qualité qui doit accompagner toute intervention médicale.

### **Des expérimentations de « bundled payment » aux Etats-Unis**

Il y a une vingtaine d'années (1993), Medicare a lancé une expérimentation de « bundled payment » en rémunérant par un seul forfait le coût de l'intervention et celui des soins pré-opératoires et post-opératoires (120 jours après), et la chirurgie de la cataracte était parmi les interventions sélectionnées pour cette expérimentation. Les réductions négociées ont été modestes (de 2% à 5%), certains actes post-opératoires (capsulotomie postérieure au laser) ont diminué mais sans qu'il soit possible de savoir la part due au report des interventions après la fin de la période incluse dans le forfait, et aucun impact n'a été constaté concernant les résultats cliniques<sup>32</sup>.

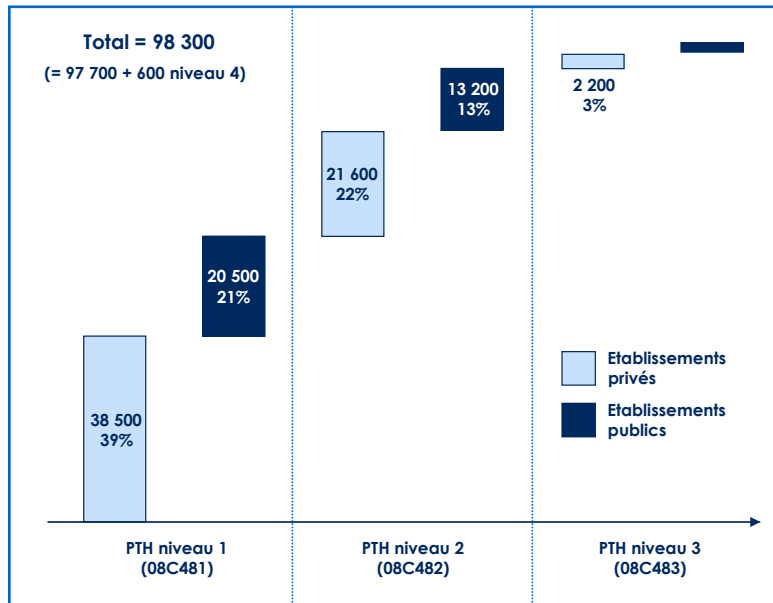
---

<sup>32</sup> SOURCE : Bundled Payment: Effects on Health Care Spending and Quality. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science, Agency for Healthcare Research and Quality, August 2012.

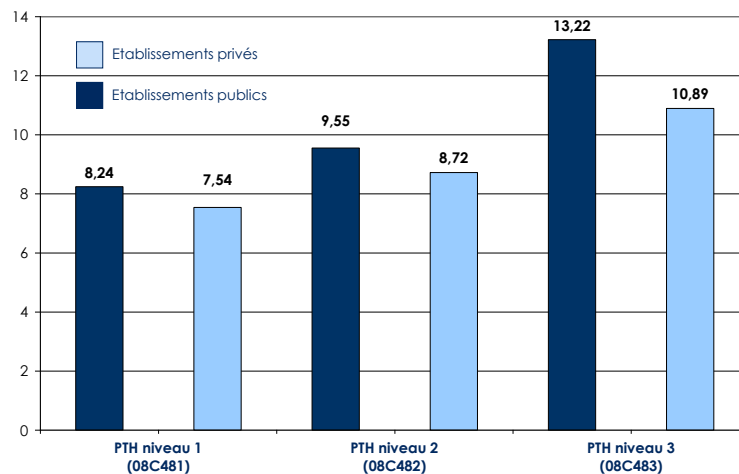
### 3.1.2. Les poses de prothèses de hanche

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

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

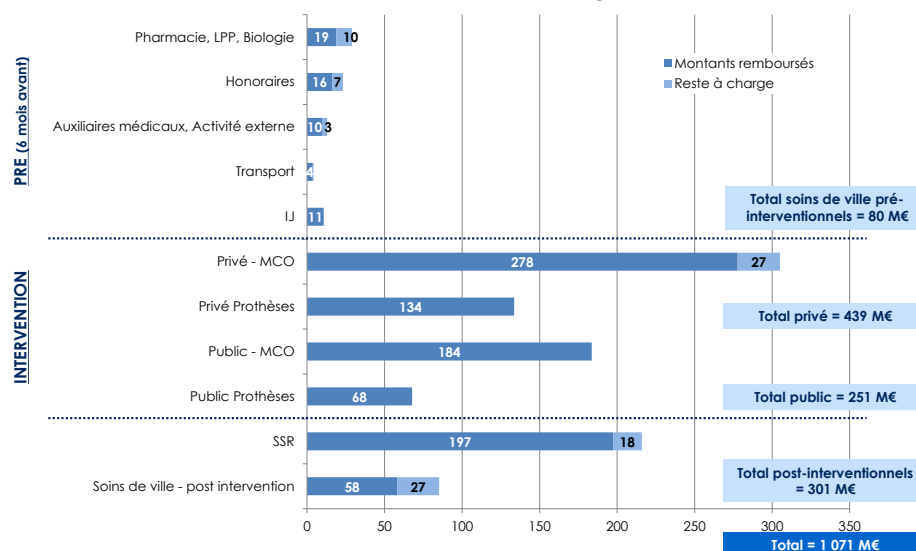


**Figure 41 - Durée moyenne de séjour de poses de prothèse totale de hanche  
GHM 08C48, France entière, 2012**



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

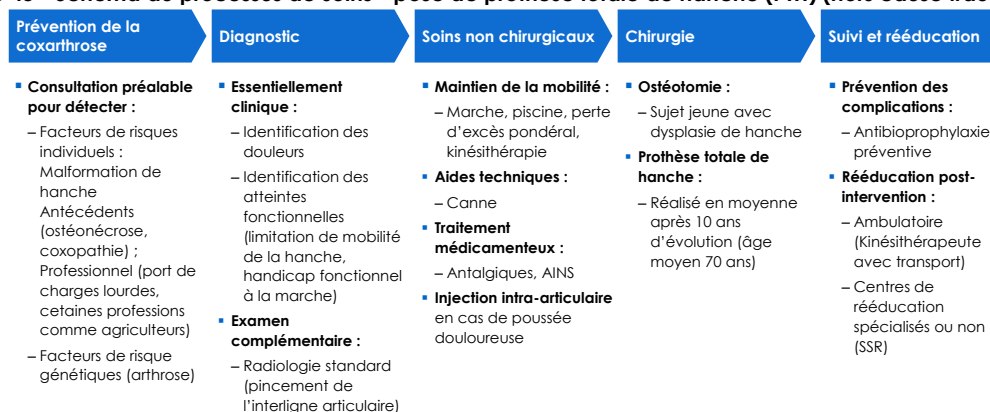
**Figure 42 - Montants payés (remboursement CNAMTS et reste à charge)  
2011, millions d'euros, tous régimes**



SOURCE : SNIIRAM, analyse CNAMTS

Le processus de soins peut être schématisé ci-dessous :

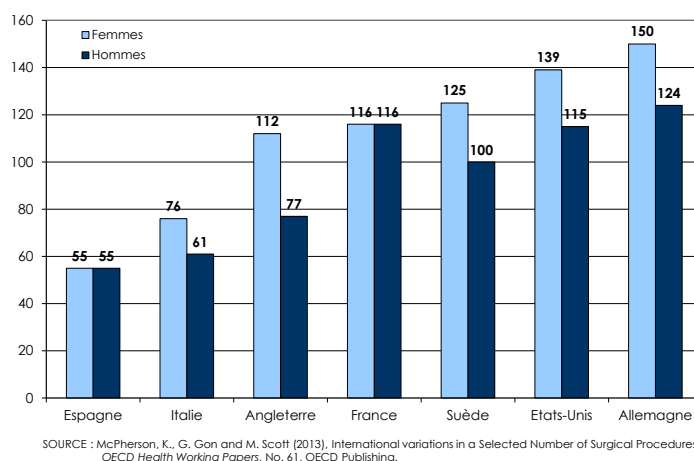
**Figure 43 - Schéma du processus de soins - pose de prothèse totale de hanche (PTH) (hors cause traumatique)**



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

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

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



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

En effet une des réflexions issue de l'expérience internationale, et notamment du constat de l'étonnante variabilité géographique des interventions de soins (que l'on retrouve dans tous les pays), est que pour certains types d'interventions, il y a un arbitrage à faire entre les bénéfices et les risques, et que celui-ci doit impliquer fortement le patient. Mettant en pratique cette réflexion, un certain nombre d'expériences ont été menées pour permettre aux patients de faire ce choix avec des outils d'aide à la décision bien conçus. Elles montrent souvent que bien informés, les patients vont plus souvent dans le sens d'une décision de *ne pas intervenir*. Par exemple, une expérience menée en 2009 au sein d'une organisation Group Health aux Etats-Unis, et concernant précisément les patients atteints d'arthrose de la hanche, a montré qu'à caractéristiques comparables, le taux d'intervention était diminué de 26% parmi les patients informés par rapport au groupe témoin<sup>33</sup>. A noter que pour la prothèse de genou, qui était également concernée par l'expérimentation, la diminution a atteint 38%.

D'autres résultats vont dans le même sens, et ces outils d'aide à la décision ont fait l'objet d'une évaluation de la collaboration Cochrane actualisée récemment<sup>34</sup>.

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

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

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

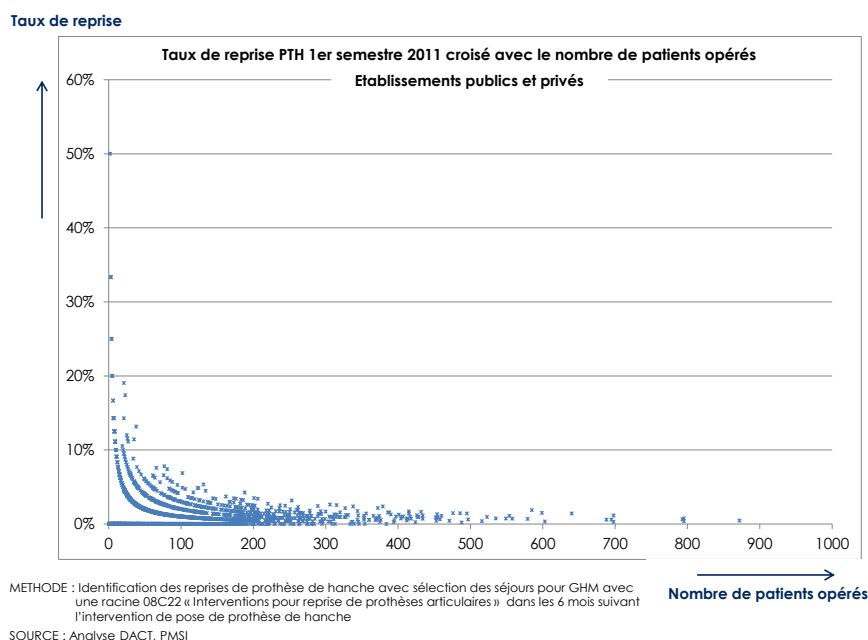
<sup>33</sup> Arterburn et al, Introducing Decision Aids At Group Health Was Linked To Sharply Lower Hip And Knee Surgery Rates And Costs, Health Affairs, 2013

<sup>34</sup> Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Légaré F, Thomson R. Cochrane Collaboration, 2011.



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

**Figure 45 – Taux de reprise PTH au 1<sup>er</sup> semestre 2011 en fonction du nombre de patients opérés**



33

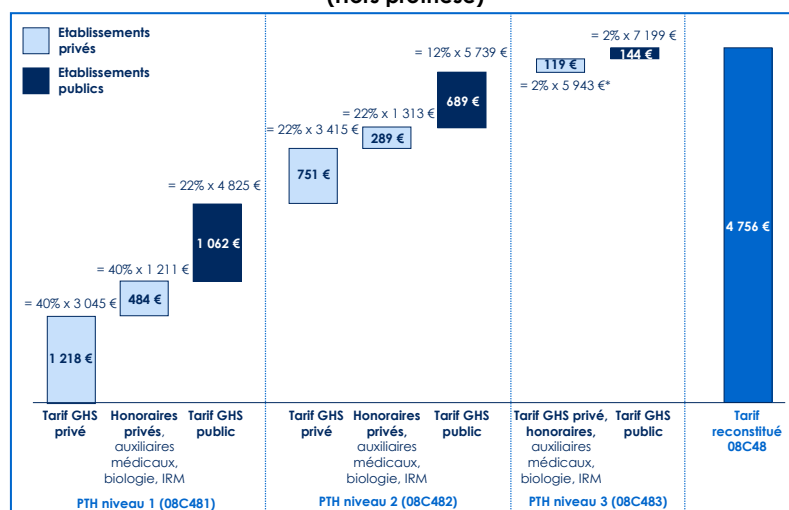
En Suède, en 2009, un « bundled payment » « OrthoChoice » a été introduit pour l'arthroplastie de la hanche et du genou, avec une garantie de prestataire pendant 2 à 5 ans après la chirurgie. Les patients qui en relèvent sont ceux qui sont en relativement bonne santé (scores pré-opératoires ASA 1 et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

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

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

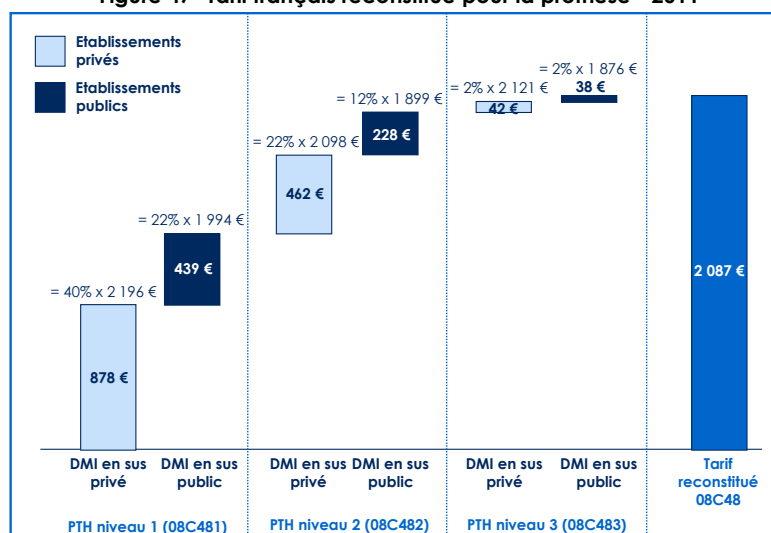
Le tarif moyen pondéré du séjour, en tenant compte de la répartition par secteur, par niveau de GHS et en ajoutant les honoraires en cliniques a été estimé en 2011 à 4756 €, auxquels il faut ajouter un tarif moyen de 2087 € pour la prothèse, soit un total de 6843 €.

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



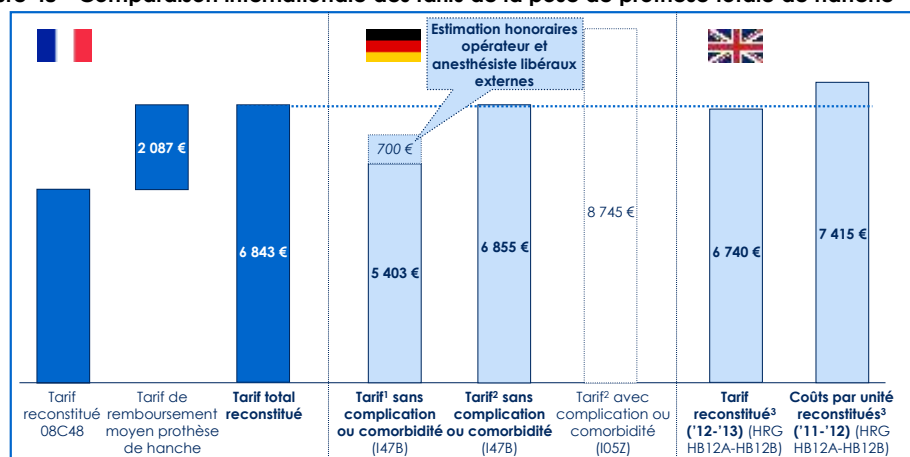
\* = 1 613 € honoraires, auxiliaires médicaux, biologie, IRM + 4 330 € (tarif privé GHS niveau 3) = 5 943 €

**Figure 47 - Tarif français reconstitué pour la prothèse - 2011**



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

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



<sup>1</sup> Forfait si opérateur et anesthésiste libéraux externes

<sup>2</sup> Prix pour les unités principales fonctionnant avec des médecins salariés

<sup>3</sup> En prenant l'activité de 2011-2012 : 78% sans complications ni comorbidités (CC), 15% avec CC intermédiaires et 7% avec des CC majeures

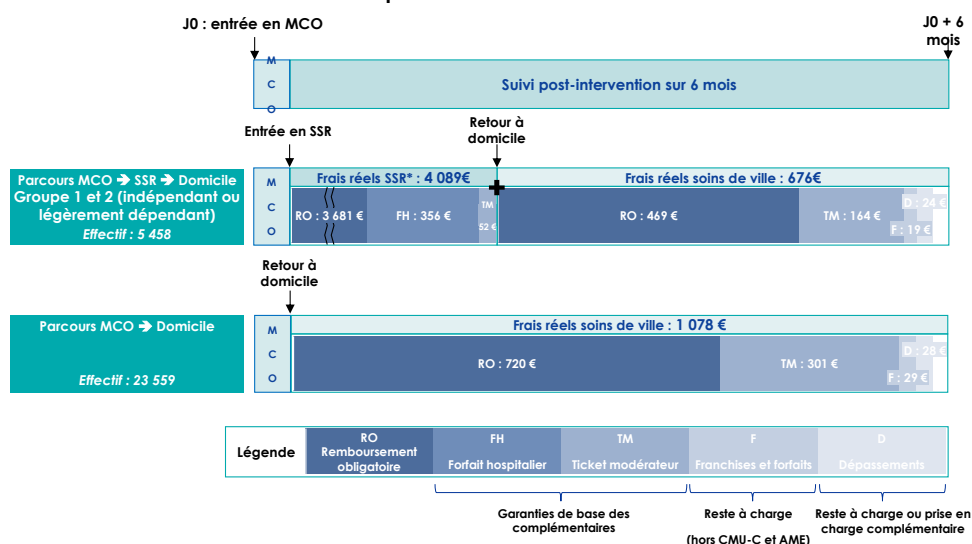
## Des parcours non optimaux pour la rééducation post-opératoire

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

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

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

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

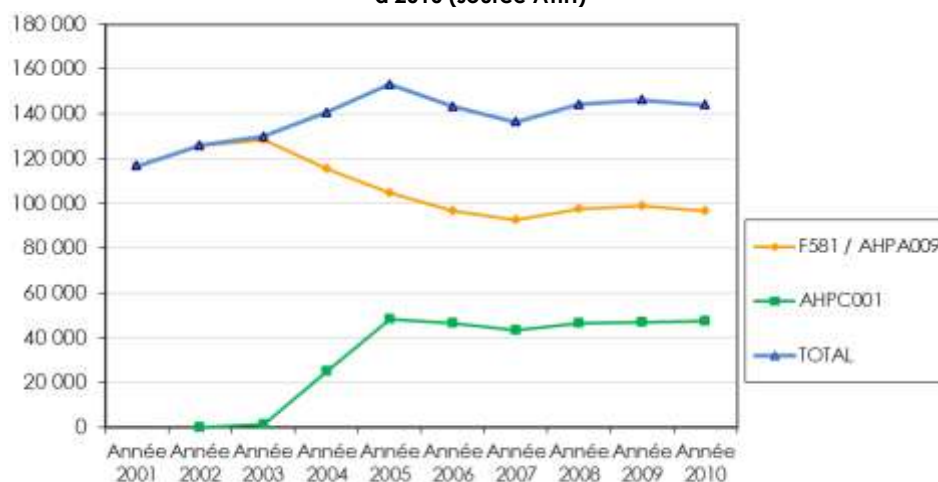


SOURCES : PMSI MCO et SSR 2011 et SNIIRAM 2011-2012, Analyse DCEs

### 3.1.3. La chirurgie pour syndrome du canal carpien

145 000 interventions pour libération du canal carpien ont été réalisées en 2011 pour 130 000 patients. Ces interventions ont augmenté de manière spectaculaire au cours des années 1990 (multiplication par quatre sur la période 1993-1999<sup>35</sup>), et elles ont cru encore à un rythme de +7% par an jusqu'en 2005, pour se stabiliser ensuite.

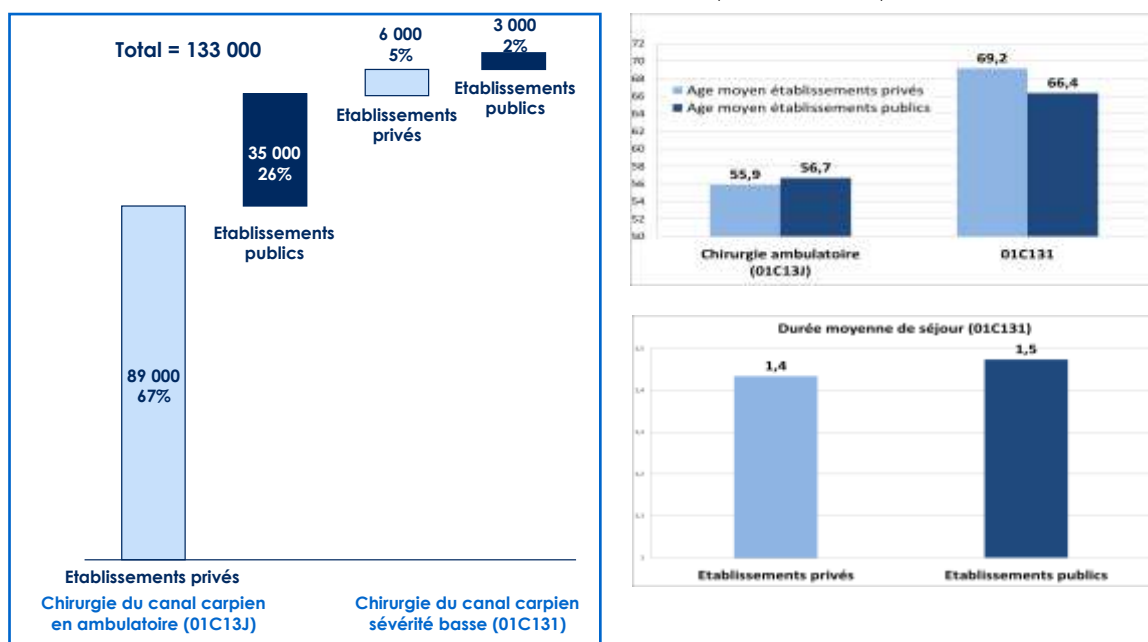
Figure 50 - Nombre annuel de libérations du nerf médian dans le canal carpien, par code acte, en France de 2001 à 2010 (source ATIH)



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

<sup>35</sup> Oberlin P, Mouquet MC. Les interventions en chirurgie fonctionnelle : une activité programmée importante mais hétérogène. DREES. Etudes et résultats no 194; 2002

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

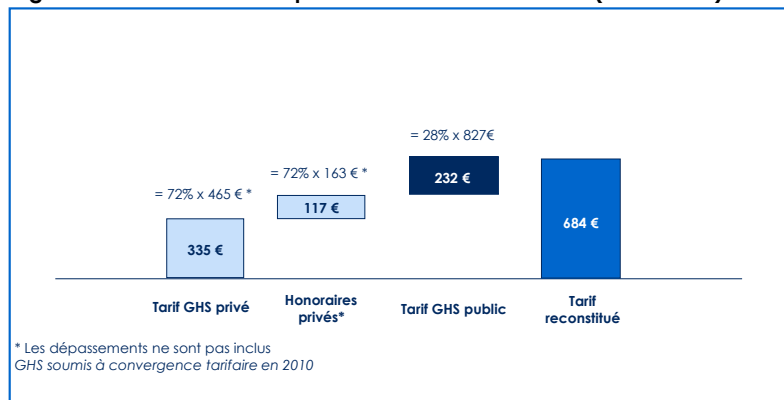


NOTE : Le recours aux GHM 01C132 à 01C134 est très bas, respectivement 220, 28 et 5 interventions en 2012.

SOURCE : PMSI MCO 2011

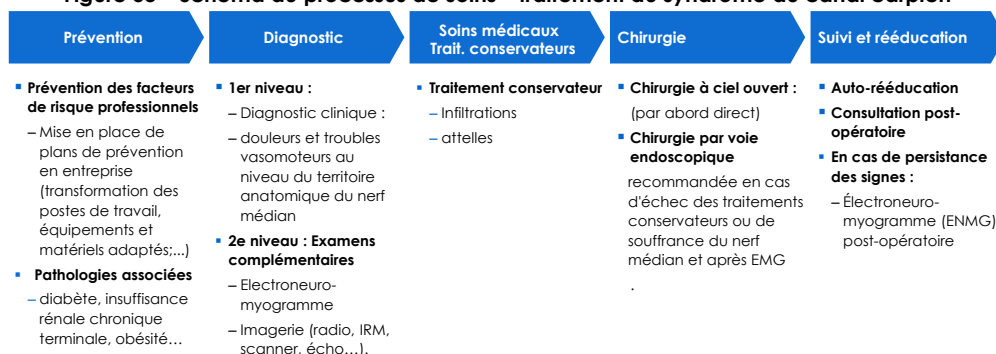
Le prix moyen du séjour, tenant compte de la répartition d'activité entre les secteurs public et privé et en incluant les honoraires dans les établissements privés (hors dépassements) s'élève à 684 euros.

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



Le processus de soins peut être schématisé comme suit :

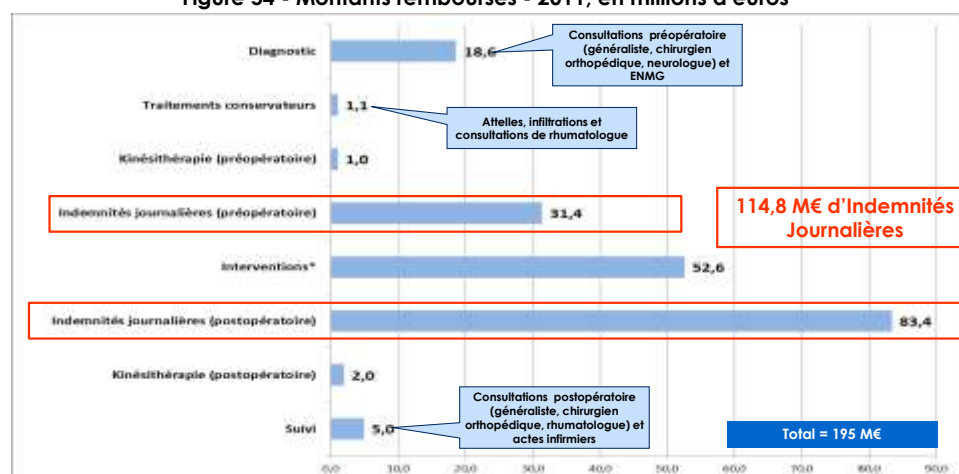
**Figure 53 – Schéma du processus de soins – traitement du syndrome du canal carpien**



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

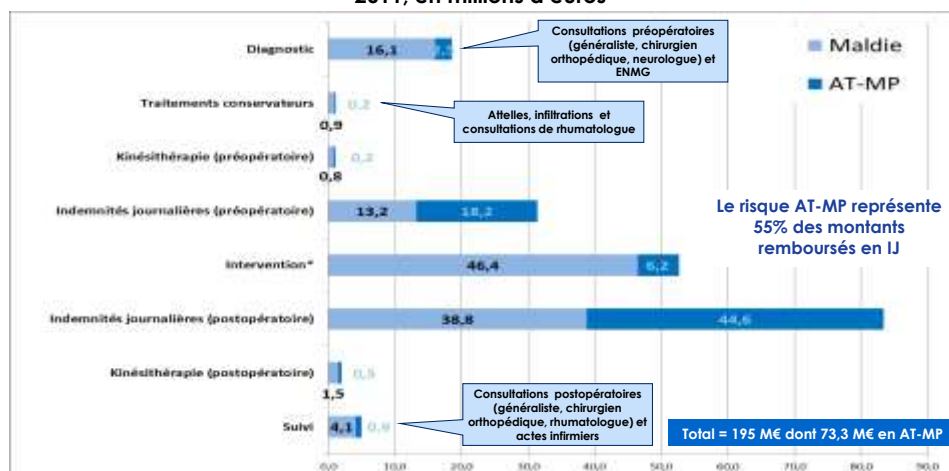
38% des dépenses (73 millions sur 195) sont prises en charge sur le risque accident du travail – maladie professionnelle. Parmi les facteurs favorisant le syndrome du canal carpien figurent des mouvements répétitifs d'extension du poignet ou microtraumatismes qui peuvent être liés à des activités professionnelles,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

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



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

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



Le syndrome du canal carpien est un des premiers thèmes sur lesquels l'Assurance maladie a exploré une approche par processus de soins<sup>36</sup>. L'analyse menée pour les patients opérés en 2008 avait en effet montré<sup>37</sup> :

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

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

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

<sup>36</sup> Cf. rapport sur les charges et produits pour l'année 2012 – juillet 2011

<sup>37</sup> Tuppin P, Blotière P-O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. Syndrome du canal carpien opéré en France en 2008 : caractéristiques des malades et de leur prise en charge. Rev Neurol 2011; 167(12):905-15.

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

3. Des fiches repères validées par la HAS ont été élaborées pour proposer aux médecins prescripteurs des **durées indicatives d'arrêts de travail** post-opératoires en fonction du type de poste de travail occupé. Ces durées indicatives vont pour le canal carpien de 7 à 56 jours. Plusieurs actions ont été déployées pour faire connaître et entrer dans la pratique ces référentiels : campagnes d'information des prescripteurs (généralistes, chirurgiens), en 2012 contrôles ciblés des assurés lorsqu'ils dépassent la valeur seuil fixée<sup>38</sup>, objectifs de baisse de la durée moyenne déclinés par caisse, déploiement de la prescription électronique d'arrêt de travail dans laquelle ces durées sont proposées par défaut.

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

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

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

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

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

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

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

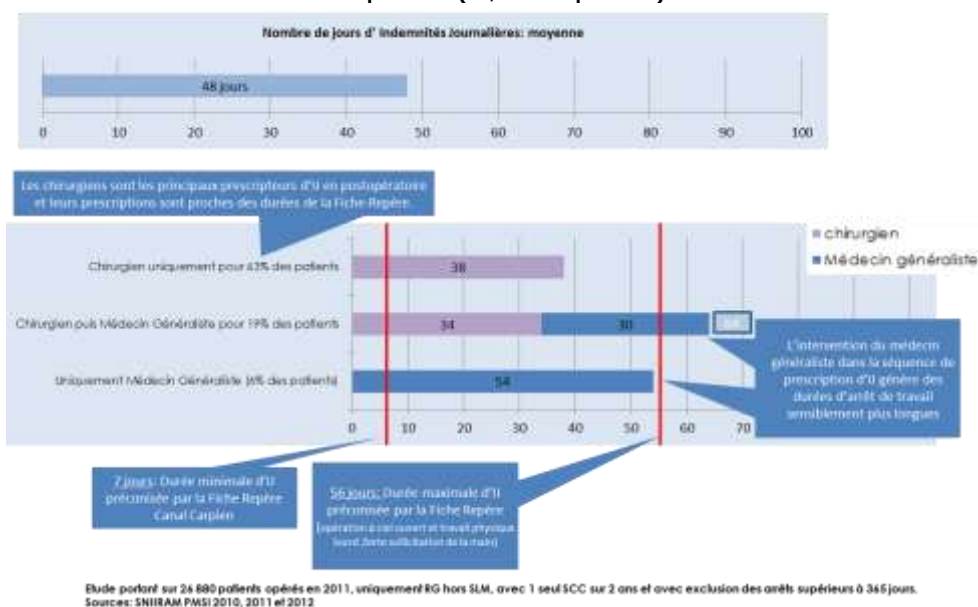
---

<sup>38</sup> Les informations disponibles dans le système d'informations ne comportant pas la notion de poste de travail, la valeur de repérage pour convoquer les assurés, en l'absence de comorbidité, a été fixée à 28 jours d'arrêts prescrits (correspondant à la valeur la plus élevée pour la vidéo-chirurgie).

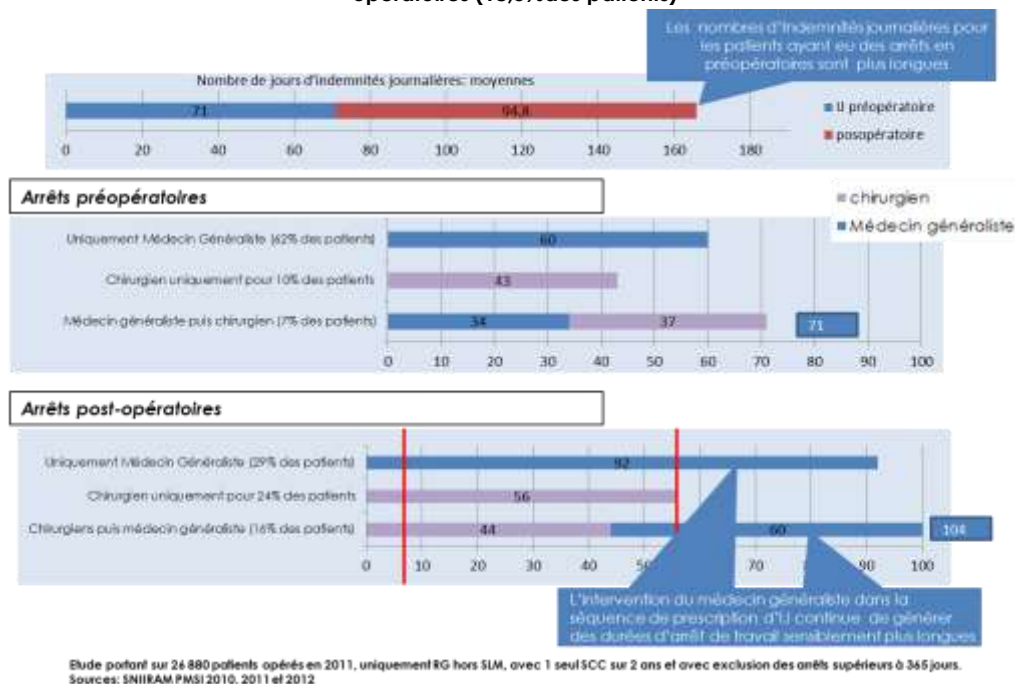


- la prescription initiale est faite par le généraliste dans 70% des cas pour les arrêts pré-opératoires, dans 30% des cas en post-opératoire (ce qui est plus fréquent que dans la situation précédente) ;
- on observe également une durée plus longue associée à la prescription par le médecin généraliste,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

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



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

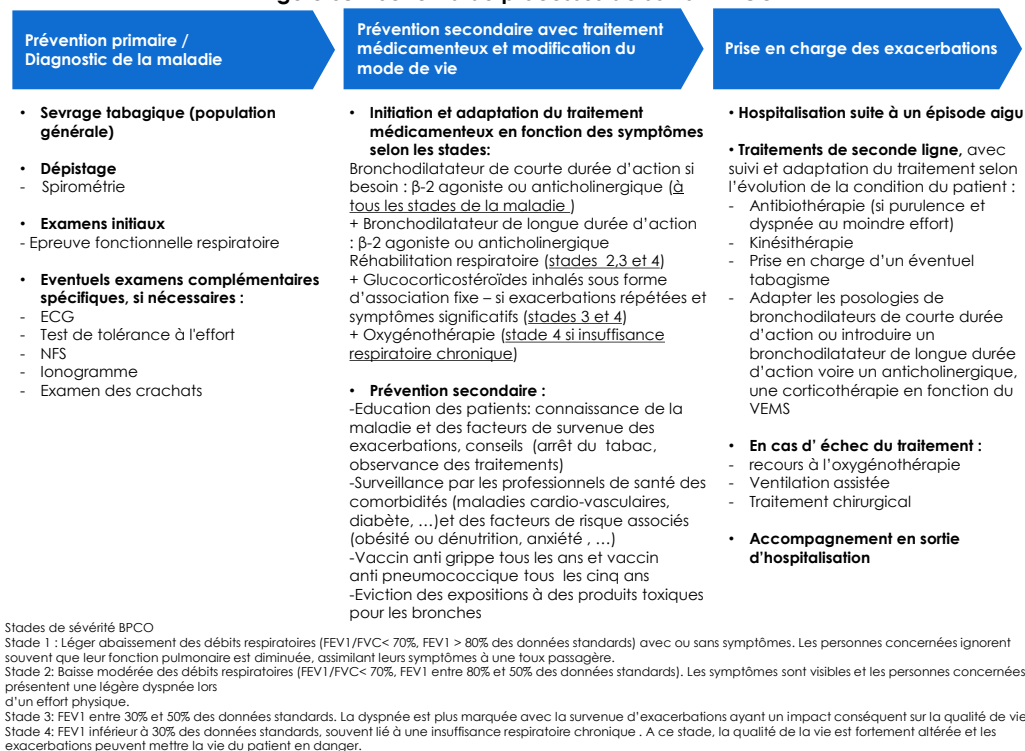


### 3.1.4. La bronchopathie chronique obstructive (BPCO)

La BPCO est une maladie fortement prévalente : la population atteinte est estimée à 3,5 millions d'adultes, dont 1 million de malades symptomatiques<sup>39</sup>. L'affection est sous diagnostiquée en France en raison d'une banalisation des symptômes chez les sujets fumeurs.

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

Figure 58 – Schéma du processus de soins – BPCO



<sup>39</sup> \*Rev Mal Respir 2010;27:160-8

## La prévention et la détection de la BPCO restent insuffisantes

L'ensemble des études établissent que le tabagisme est de loin le principal facteur de survenue de la BPCO. Des données récentes ont montré que, chez les fumeurs qui fument jusqu'à l'âge de 65 ans, le taux de BPCO pouvait atteindre 50%<sup>40</sup>. L'importance du tabac dans la survenue de la BPCO entraîne une banalisation des symptômes à l'origine d'un sous diagnostic de cette maladie.

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

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

Questionnaire d'auto-évaluation GOLD

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

|                                                                                      |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| • Toussez-vous régulièrement ?                                                       | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • Avez-vous régulièrement des expectorations et/ou des crachats ?                    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • Êtes-vous plus rapidement essoufflé(e) que la plupart des personnes de votre âge ? | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • Avez-vous plus de 40 ans ?                                                         | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| • Êtes vous fumeur(euse) ou ex-fumeur(euse) ?                                        | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

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

## Les réhospitalisations des personnes atteintes de BPCO apparaissent élevées

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

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

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

---

<sup>40</sup> Bronchopneumopathie chronique obstructive P-R Burgel N Roche, Rev Mal Respir 2007

Selon les méta analyses étudiées, l'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation pour exacerbations de BPCO permettrait de réduire les réhospitalisations dans l'année et la mortalité de ces patients. Ainsi d'autres pays ont mis en place des organisations pour améliorer la prise en charge de ces patients. A titre d'exemple un programme d'accompagnement en sortie d'hospitalisation mis en place à Montréal<sup>41</sup> a permis de réduire de 33% les hospitalisations pour exacerbations et de 25% les hospitalisations toutes causes confondues. Les patients bénéficiaient d'un accompagnement renforcé au cours des deux mois suivant leur sortie d'hospitalisation avec une visite hebdomadaire par un professionnel de santé formé (infirmière ou kinésithérapeute) sous la supervision du médecin traitant, des modules de sensibilisation et d'éducation en santé (hygiène de vie, activité physique, utilisation des inhalateurs...) et un suivi téléphonique, cet accompagnement étant ensuite modulé dans les mois suivants.

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

Par ailleurs, l'analyse de la littérature sur l'efficacité du réentraînement à l'exercice des patients atteints de BPCO a montré que l'impact de cette réhabilitation se traduit par la réduction du risque de mortalité, du nombre d'exacerbations, du nombre d'hospitalisation suite à des exacerbations et/ou de la durée de l'hospitalisation<sup>42</sup>.

Assurance maladie

---

<sup>41</sup> Jean Bourbeau et al., « **Reduction of Hospital Utilization in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A Disease-Specific Self-management Intervention** » - *Arch Intern Med.* 2003;163(5):585-591

<sup>42</sup> Réentraînement à l'exercice sur machine d'un patient atteint d'une pathologie respiratoire chronique HAS Avril 2007

### 3.1.5. Le traitement des plaies chroniques

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

#### Des pathologies fréquentes, notamment chez les personnes âgées

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

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

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

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

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

- Figure 59 - Répartition par âge et sexe – escarres

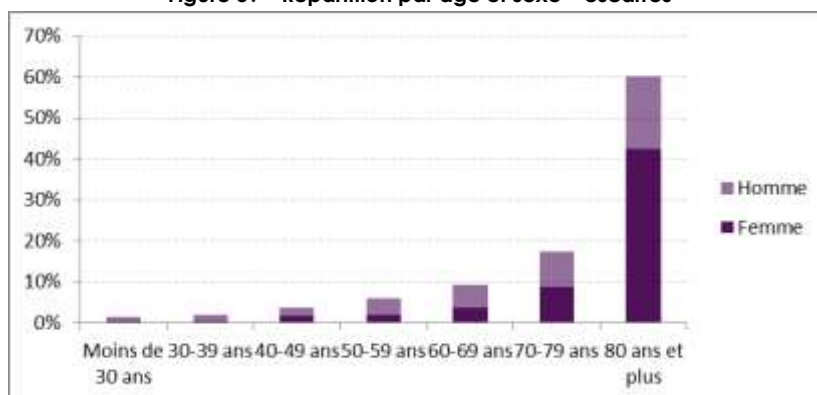
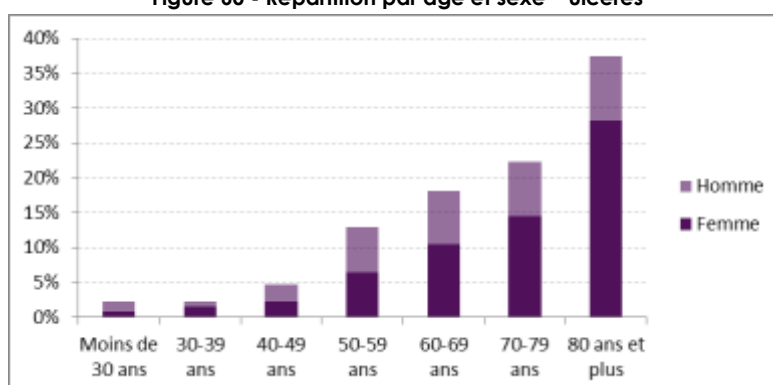


Figure 60 - Répartition par âge et sexe – ulcères



Sur la base des données de remboursement, le taux de récurrence des ulcères veineux et des escarres serait de 28%. On peut cependant penser que ce taux est surévalué par la méthode utilisée<sup>43</sup>. Le taux habituellement rapporté dans la littérature est d'environ 17% pour les ulcères veineux.

Les processus de soins d'un patient avec les escarres et les ulcères veineux sont détaillés dans les schémas ci-dessous :

---

<sup>43</sup> La définition retenue pour les récurrences a été la suivante : pas de délivrance des pansements dans les 3 mois qui suivent la dernière délivrance et au moins 20 pansements lors de 2 mois suivants. Dans la mesure où les données du PMSI ne sont pas encore disponibles pour 2012, il n'est pas possible d'exclure les patients hospitalisés : pour cette raison le nombre de récurrences peut être surestimé à ce stade.

Figure 61 – Schéma du processus de soins - Escarres

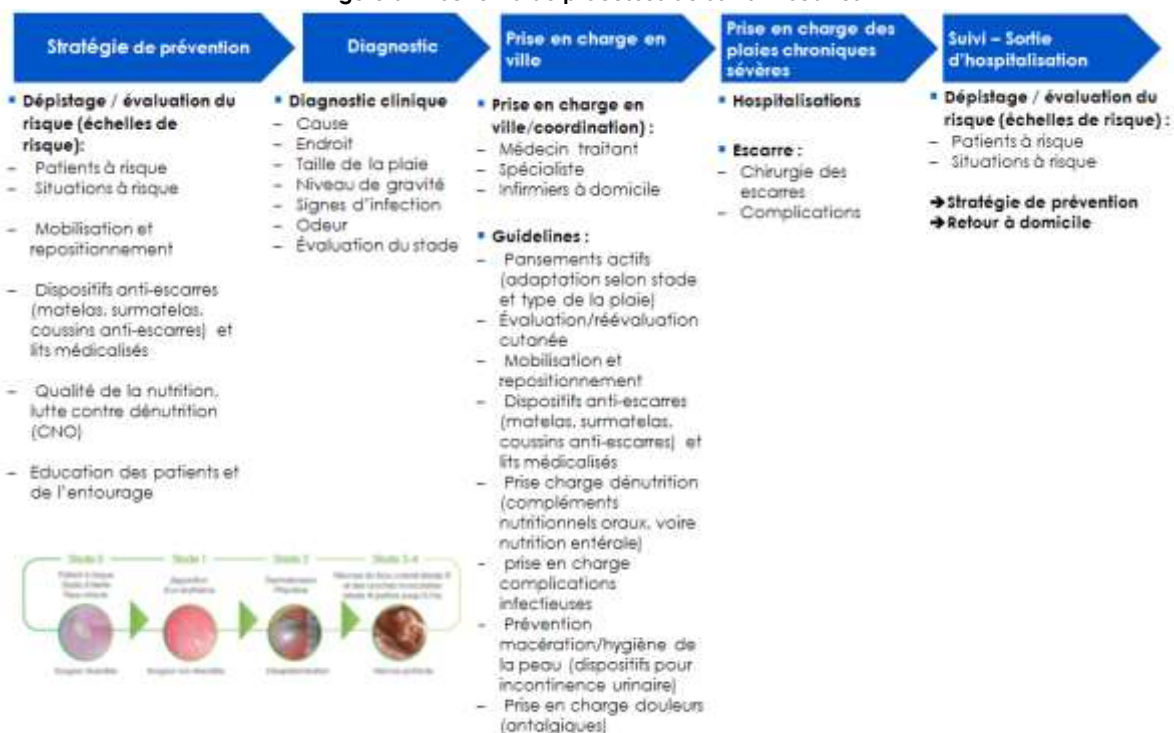
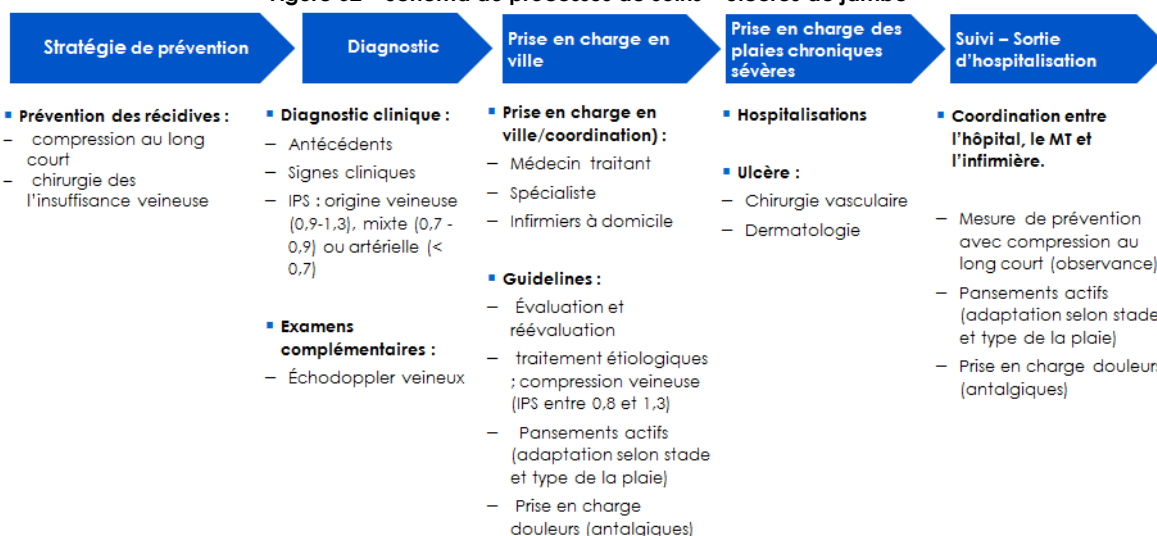


Figure 62 – Schéma du processus de soins – Ulcères de jambe





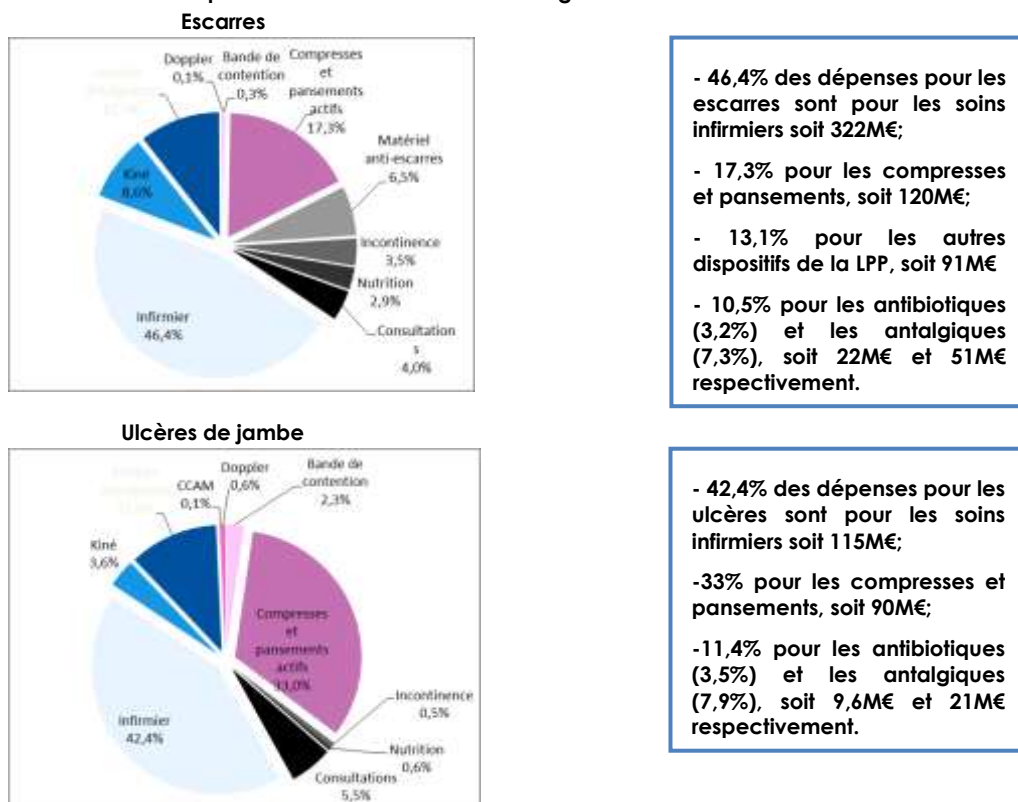
## Un enjeu économique important

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

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

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

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



## Des marges d'amélioration possibles

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

Il existe peu d'études robustes sur les durées de cicatrisation dans la littérature. Sur la base de publications identifiées, en comparaison avec l'Allemagne ou le Royaume-Uni, la France apparaît plutôt dans la moyenne des durées de cicatrisation des plaies lorsqu'elles sont prises en charge de





données sur les patients (paramètres cliniques et suivi d'évolution de la plaie). Un suivi d'indicateurs de qualité est réalisé par la caisse d'Assurance maladie.

Les premières évaluations montrent un potentiel d'économies de l'ordre de 30% par rapport à une prise en charge conventionnelle, avec une réduction significative des durées de cicatrisation.

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

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

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

| Plaies chroniques | Nombre         | Durée moyenne de cicatrisation | Coût par jour | Durée 6-ème décile | Baisse 1 jour à partir de 6-ème décile | Baisse 7 jours à partir de 6-ème décile | Baisse 30 jours à partir de 6-ème décile | Baisse 60 jours à partir de 6-ème décile |
|-------------------|----------------|--------------------------------|---------------|--------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| Ulcères           | 111 000        | 211j                           | 17€           | 129j               | 0,8M€                                  | 5,5M€                                   | 24M€                                     | 47M€                                     |
| Escarres          | 103 600        | 224j                           | 34€           | 146j               | 1,4M€                                  | 9,9M€                                   | 42M€                                     | 85M€                                     |
| <b>Total</b>      | <b>214 600</b> |                                |               |                    | <b>2,2M€</b>                           | <b>16M€</b>                             | <b>66M€</b>                              | <b>132M€</b>                             |

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

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

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

---

<sup>45</sup> Bulbia R. A. and Poskitt K.R. : « The need for a National Service Framework for leg ulcers », Phlebology (2010 ; 25 Suppl1 : 68-72)

### 3.2. La pertinence des soins

---

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

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

#### **Une démarche engagée par l'Assurance maladie depuis plusieurs années**

L'Assurance maladie travaille depuis plusieurs années à améliorer l'efficacité du système de soins dans ce domaine<sup>46</sup>.

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

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

Ces indicateurs présentent l'avantage d'être facilement mobilisables au travers des bases de données disponibles<sup>47</sup>. Pour l'appendicectomie par exemple, ils comprennent la part des appendicectomies dans l'activité de chirurgie digestive et l'évolution de cette activité dans les dernières années, la part des patients de moins de 20 ans, la répartition hommes / femmes, la part des appendicectomies sans complications de niveau 1 et leur durée de séjour, le programme opératoire hebdomadaire (pour détecter des concentrations sur certains jours de la semaine, s'agissant d'actes qui sont normalement réalisés en urgence) et la réalisation d'explorations diagnostiques avant l'intervention. Pour la chirurgie du canal carpien, ont été retenus en première approche l'évolution de l'activité, la part des 65 ans et plus, la part de ces interventions dans l'activité d'orthopédie, la part des patients ayant eu un EMG et des traitements conservateurs.

---

<sup>46</sup> On peut rappeler par exemple les enquêtes réalisées au début des années 2000, comme l'enquête chirurgie bariatrique de 2004, avec analyse de toutes les ententes préalables et de tous les actes opératoires durant deux mois, et avec une baisse du nombre annuel d'interventions de 16 000 à 10 000 l'année suivante.

<sup>47</sup> Ces indicateurs de ciblage ont été élaborés à partir des diagnostics faits en région en 2009, d'une analyse statistique et des avis d'experts du conseil scientifique de la CNAMTS.

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

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

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

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

### **3.2.1. La chirurgie de l'obésité**

---

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

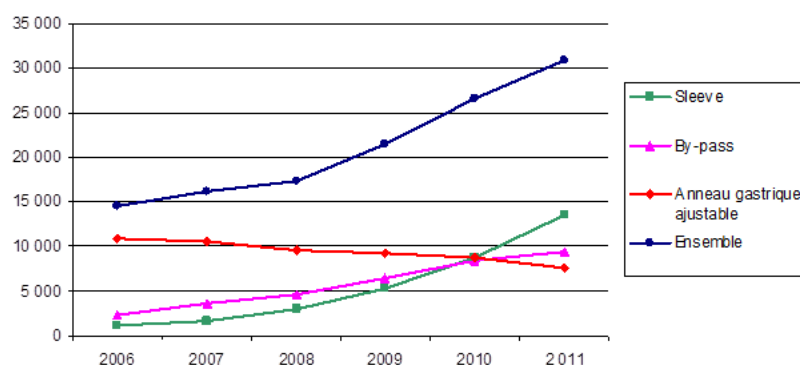
L'augmentation de l'obésité est bien sûr un des facteurs explicatifs : elle touche 6,9 millions de personnes en 2012 en France (avec une prévalence de 15% chez les adultes), et 550 000 personnes (1,2% de la population) souffrent d'une obésité dite morbide, c'est-à-dire avec un indice de masse corporelle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

La chirurgie de l'obésité peut être envisagée, en seconde intention, en cas d'échec après 6 mois de traitement médical bien conduit, et chez certains patients uniquement (avec un IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup> ou bien un IMC  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup> associé à une comorbidité au moins).

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

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

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



Source : ATIH (PMSI)

**Les disparités géographiques** sont très élevées : le taux d'interventions de chirurgie bariatrique, standardisé sur l'âge et le sexe, varie ainsi d'un facteur 1 à 3 entre les régions métropolitaines, ce qui est très supérieur à la plupart des interventions<sup>48</sup>. Les taux les plus importants sont enregistrés dans les régions du sud de la France (5,8 pour 10 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 6,1 en Languedoc-Roussillon), du centre-est (6,0 pour 10 000 en Bourgogne et Champagne Ardenne) et du nord (5,5 en Nord-Pas-de-Calais, 6,3 et 6,5 pour 10 000 en Haute-Normandie et Picardie), les moins élevés dans les DOM (1,3 à la Réunion, 2,1 en Guyane et 2,3 en Guadeloupe), en Auvergne (2,1 pour 10 000) ou dans les Pays de la Loire (2,5 pour 10 000).

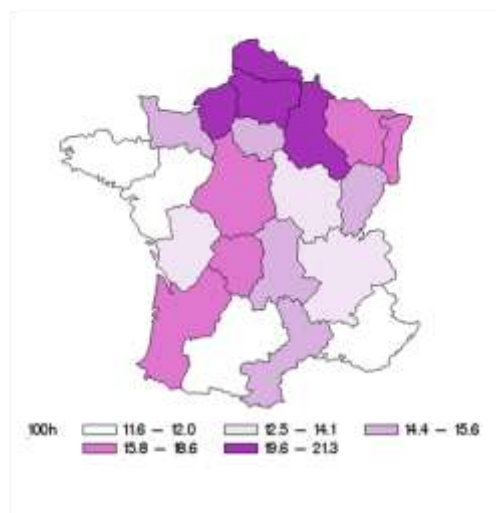
Or, ces disparités régionales ne reflètent pas complètement celles constatées en matière de prévalence de l'obésité. Ceci interroge sur la pertinence du recours à la chirurgie bariatrique.

<sup>48</sup> Référencer les travaux sur les variations de pratiques de Wennberg et le fait qu'on observe les plus grandes variations pour les interventions pour lesquelles il y a moins de consensus et de stabilisation des indications.

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

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

Prévalence de l'obésité pour 100 personnes résidentes  
Obépi 2012

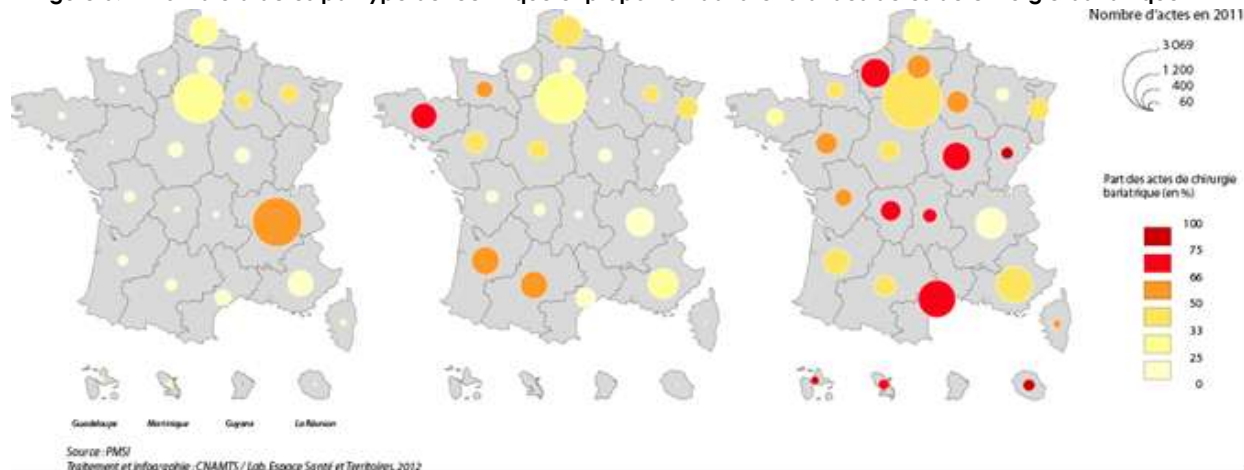


Très frappants également sont les écarts dans l'utilisation des différents types de techniques chirurgicales :

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

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

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



2 Les établissements de santé pratiquant la chirurgie bariatrique

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

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

### **3.2.1. Les thyroïdectomies**

---

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

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

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

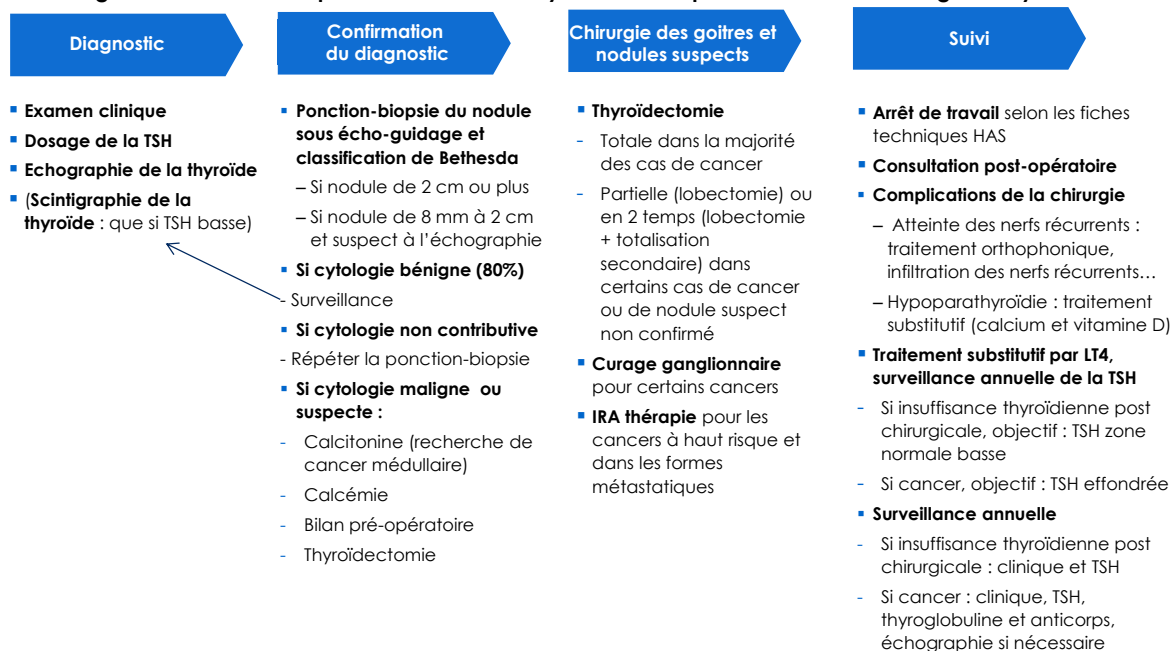
Il y a une tendance croissante au dépistage de nodules par échographie, ce qui conduit à une augmentation des ablations de thyroïdes, y compris pour des cancers de petite taille, de bon pronostic. C'est sans doute une des explications de l'augmentation de la fréquence constatée de ces cancers depuis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

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

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



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



Une analyse a été réalisée du parcours de soins des 35 300 patients du régime général<sup>49</sup> qui ont eu une thyroïdectomie en 2010.

### Parcours de soins avant l'intervention

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

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

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

### Pertinence des interventions

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

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

<sup>49</sup> Hors sections locales mutualistes



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

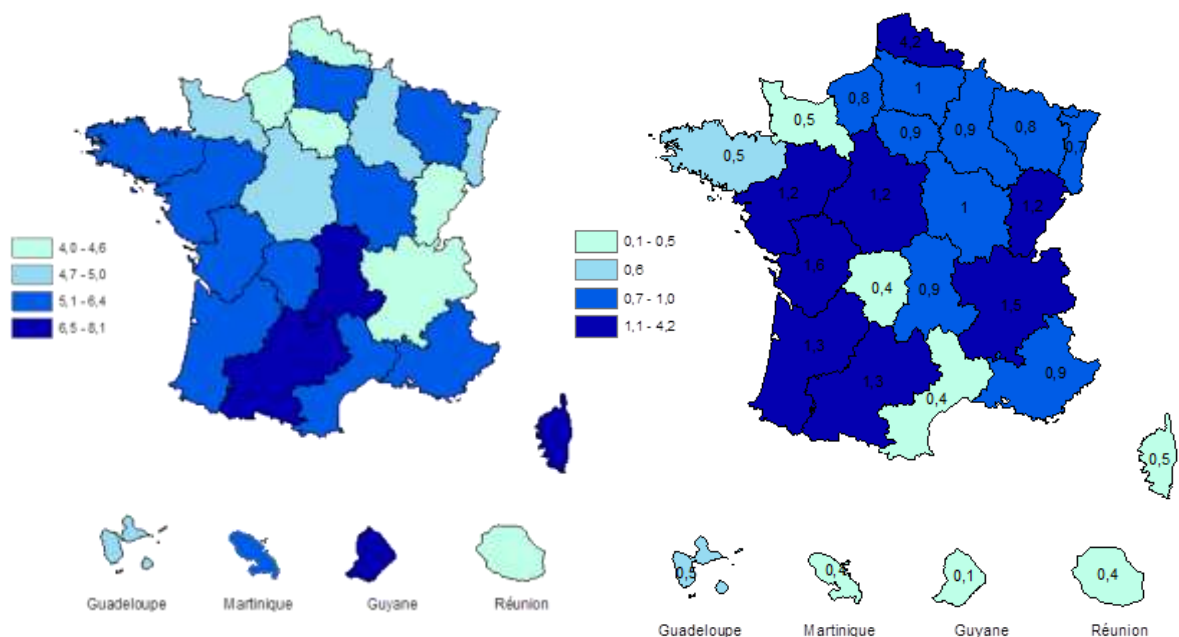
Ce ratio standardisé est de 0,8 en moyenne (c'est-à-dire qu'on opère 5 nodules bénins pour 4 cancers), varie entre régions de 0,11 à 4,2 (plus ce ratio est élevé, meilleure apparaît a priori la pertinence).

**Figure 69 - Taux de patients avec chirurgie de la thyroïde et ratio thyroïdectomies pour cancer / nodule bénin**

2010 - Taux standardisé s par âge et sexe

Taux de patients avec chirurgie de la thyroïde

Ratio thyroïdectomies pour cancer / nodule bénin



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

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

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

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

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

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

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

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

### **Parcours de soins post-opératoires**

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

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

### **3.2.2. Le traitement du cancer de la prostate**

---

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

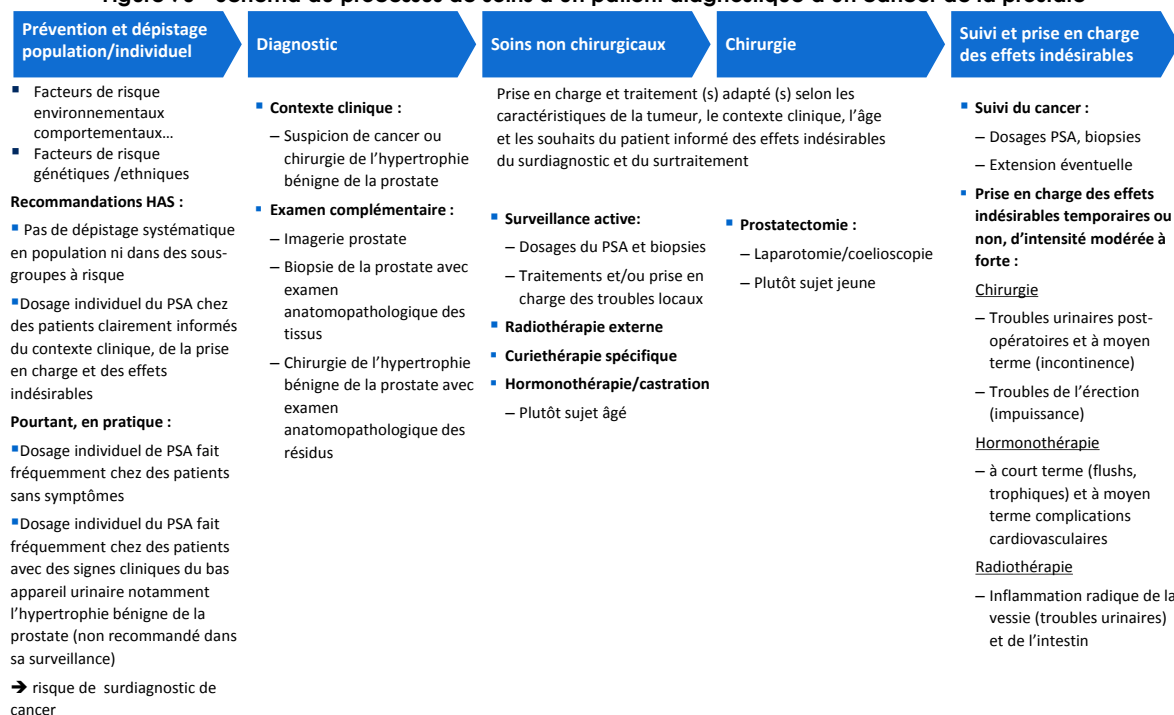
Le cancer de la prostate est très fréquent mais il peut être d'évolution très lente, en particulier chez l'homme âgé. Ainsi, on découvrirait un cancer méconnu chez 80% des hommes de 80 ans et plus après examen systématique de la prostate post mortem. La survie spécifique à ce cancer est élevée, de 96%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

Une analyse du parcours de soins a été réalisée, depuis le dosage du PSA, la biopsie de la prostate, la chirurgie ou le traitement du cancer, jusqu'aux complications potentielles après traitement, à partir de données du régime général<sup>50</sup> chez les hommes de 40 ans et plus.

---

<sup>50</sup> Hors sections locales mutualistes

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



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

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

## La confirmation du dépistage par la biopsie de la prostate

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

- Toutefois, 44% des hommes biopsiés sont aussi traités pour adénome de la prostate, et 40% des hommes pris en charge pour cancer de la prostate étaient auparavant traités pour adénome. Il est donc probable que l'adénome conduise aussi à un surdépistage par PSA et donc plus fréquemment à une biopsie et à un surdiagnostic de cancer. De plus, certaines interventions pour adénome peuvent conduire à la découverte fortuite d'un cancer sur examen anatomopathologique.

### Traitements et complications des traitements

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

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

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

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

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

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

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

---

#### **La cholécystectomie pour lithiase vésiculaire**

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

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

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

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

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

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

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

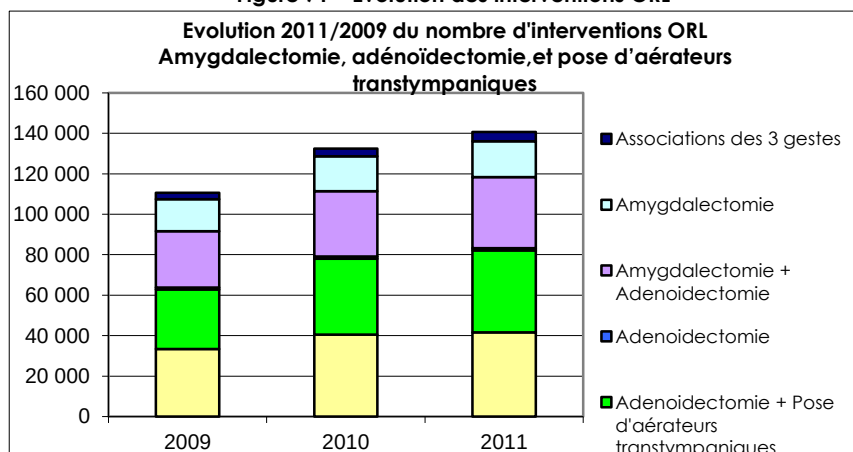
Les variations géographiques observées peuvent ainsi provenir de pratiques chirurgicales trop interventionnistes sur les cas de non indication. Des tests faits dans deux régions avec retour au dossier du patient montrent effectivement des écarts importants dans les indications.

#### **Les amygdalectomies, adénoïdectomies et poses d'aérateurs transtympaniques**

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

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

Figure 71 – Evolution des interventions ORL



---

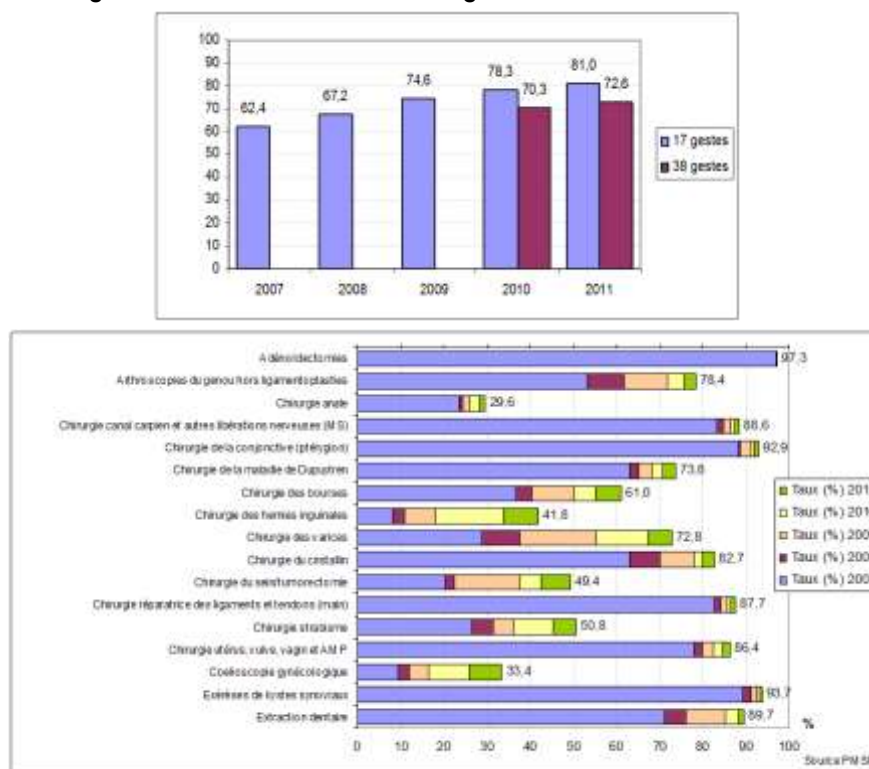
#### 4. Des marges d'efficience dans certains segments d'offre de soins

---

## 4.1. La chirurgie ambulatoire

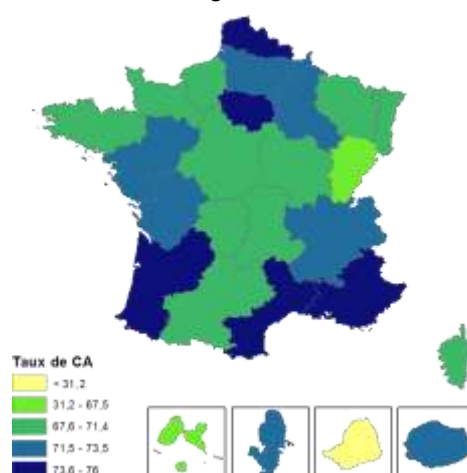
Des progrès ont été faits en matière de chirurgie ambulatoire et les actions menées (mise sous accord préalable, accompagnement des structures, incitations tarifaires) ont permis d'augmenter significativement la part des interventions réalisées dans ce cadre, et de rattraper en partie notre retard par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

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



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

Figure 73 - Taux de chirurgie ambulatoire 2011 – 38 gestes





## 4.2. Les produits de santé

---

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

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

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

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

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

---

#### *Une action sur les prix du médicament*

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

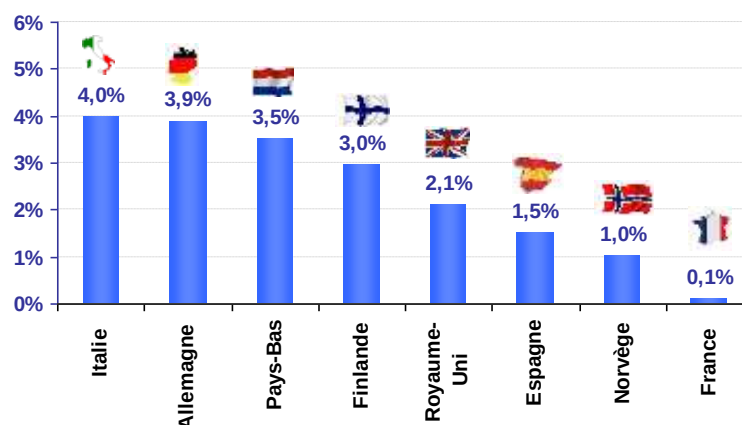
- d'une part, comme cela a été montré dans le rapport annuel précédent, les baisses de prix obtenues sur les génériques par d'autres pays qui font jouer la concurrence sont sans commune mesure avec les baisses de prix administrés en France, et ce pour des produits qui sont strictement les mêmes ;
- d'autre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

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

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

Ainsi, sur un ensemble de huit grandes classes thérapeutiques<sup>51</sup> représentant en France en 2011 30% des volumes de médicaments et 38% des dépenses totales (soit 8,1 Md€ tous régimes), le taux de croissance annuel moyen des volumes<sup>52</sup> est de +0,1% en France, le plus faible des huit pays européens considérés.

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



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

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

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

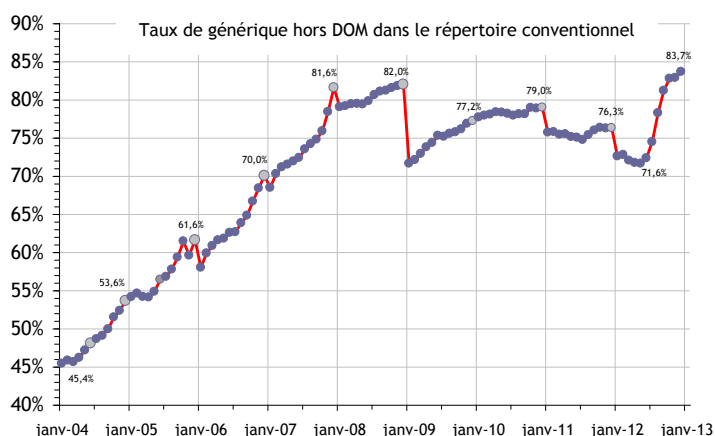
<sup>51</sup> Antibiotiques, antidiabétiques oraux, asthme et BPCO, hypocholestérolémiants dont statines, antihypertenseurs, antidépresseurs, anxiolytiques, antiulcéreux (IPP)

<sup>52</sup> Mesurés en unités standard.

### *Un bon niveau de pénétration des génériques dans le répertoire générique*

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

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



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

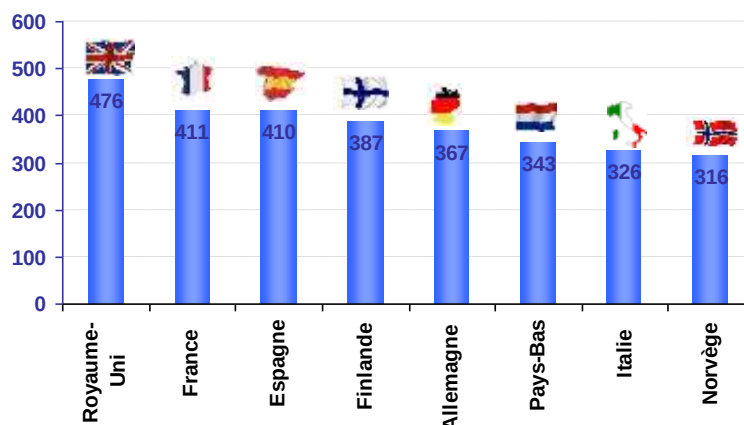
Deux facteurs contribuent à cette dépense élevée.

1) D'une part, même si les volumes ont moins progressé que dans d'autres pays voisins et si l'écart de consommation s'est réduit depuis 2007, la France reste assez élevée **en niveau**, compte tenu de sa situation initiale<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> Une autre étude réalisée en 2012 par l'ESSEC pour le compte du LIR, et qui analyse l'évolution des volumes mesurés en daily defined doses (DDD) unité d'œuvre prenant en compte l'intensité des dosages, conclut que la France, pays le plus consommateur de médicaments dans les 8 classes étudiées en 2000, se situe en 2011 dans la moyenne européenne (sauf antibiotiques et anxiolytiques).

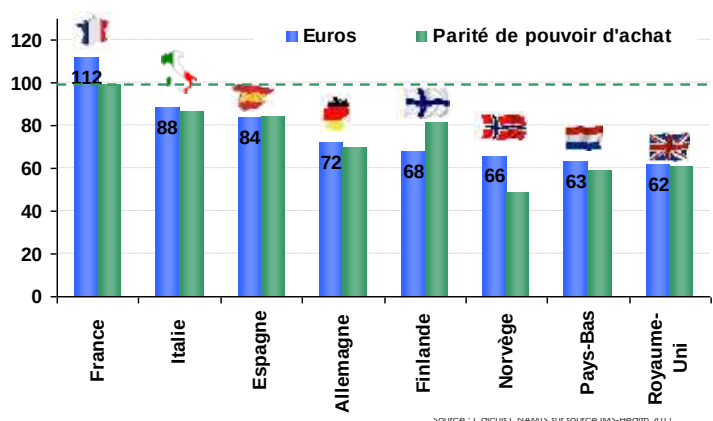
Figure 77 - Nombre d'unités standards par habitant, 8 classes



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

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

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



SOURCE : L'OCDE L'ANALYSE SUR LES COÛTS DES MÉDICAMENTS 2011

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

##### *La prescription de statines*

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

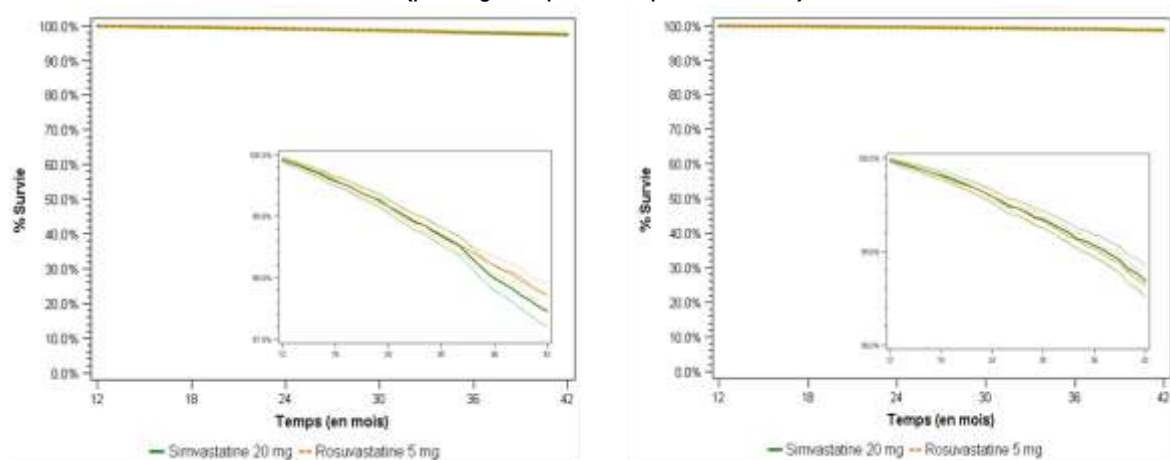
Les recommandations sanitaires, françaises et internationales, reconnaissent l'efficacité clinique des statines chez le patient à risque cardio-vasculaire, et ce, quelle que soit la molécule prescrite. Il en existe cinq en France, dont quatre sont génériques (atorvastatine, simvastatine, pravastatine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

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

#### Etude Cnamts sur l'efficacité comparée de la rosuvastatine 5 mg / simvastatine 20 mg

##### Mortalité toutes causes

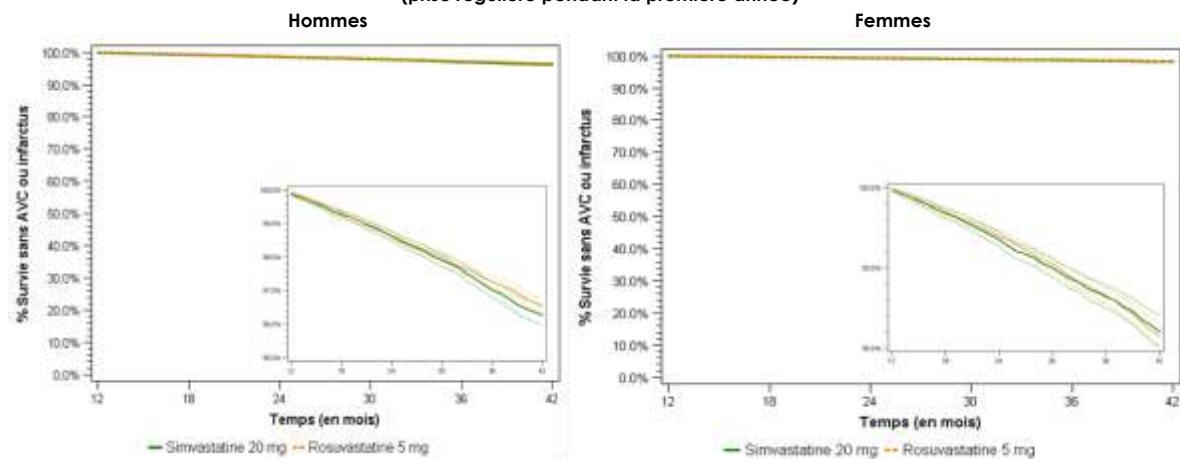
Instaurations de rosuvastatine 5 mg / simvastatine 20 mg en prévention primaire par un généraliste en 2008-09 chez les 40 à 79 ans (prise régulière pendant la première année)



#### Etude Cnamts sur l'efficacité comparée de la rosuvastatine 5 mg / simvastatine 20 mg

##### Événement combiné décès/ou des hospitalisations pour cardiopathie ischémique aiguë ou accident vasculaire cérébral aigu

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



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

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

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

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

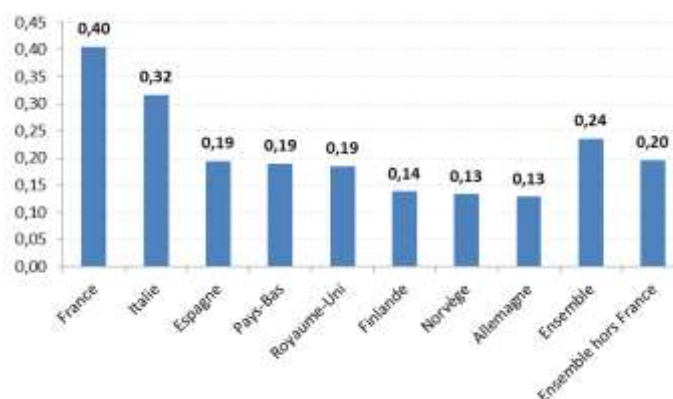
Source : données IMS Health 2012 – calculs CNAMTS.

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

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

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

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



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

### ***Les nouveaux anti-coagulants oraux (NACO)***

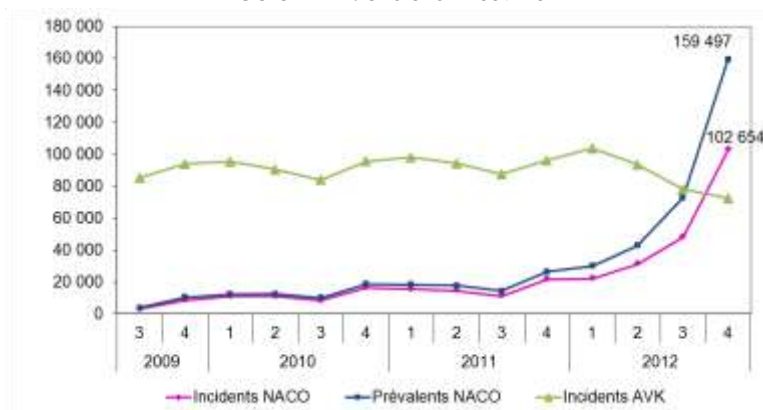
Les nouveaux anticoagulants oraux (dabigatran et rivaroxaban), auparavant uniquement indiqués en prévention des événements thromboemboliques post intervention chirurgicale programmée, ont obtenu en 2012 une extension d'AMM et sont désormais également indiqués « *en prévention de l'accident vasculaire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

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

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

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

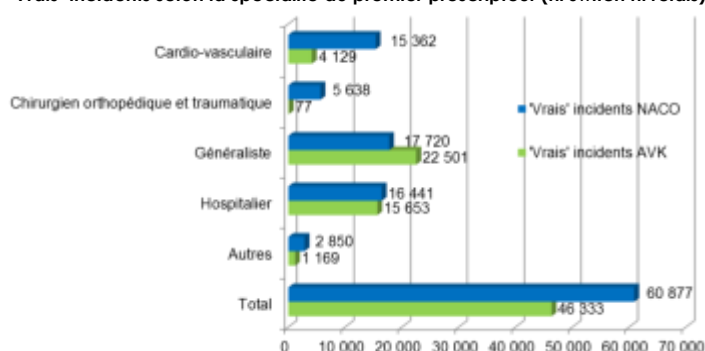
**Figure 80 - Prévalence, incidence des patients traités par NACO et AVK : évolution 2009-2012**



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

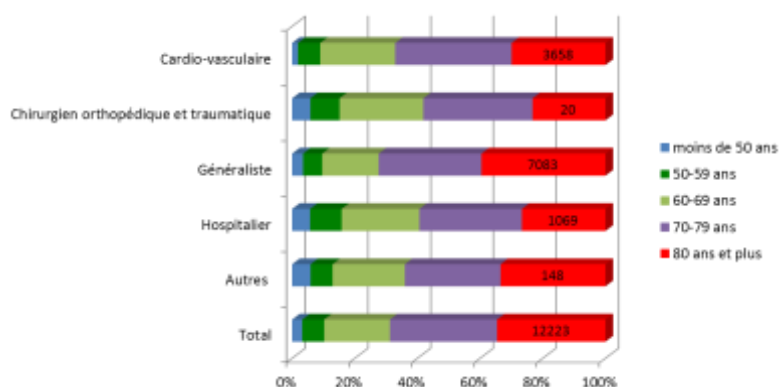
Or, les résultats préliminaires d'un travail réalisé par la CNAMTS montre pourtant que, sur le dernier trimestre 2012, parmi les 100 000 patients débutant un traitement anticoagulant, 57% se sont vus prescrire un NACO en première intention. Ce pourcentage est de 51% dans les prescriptions émanant des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

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



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

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



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

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

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

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



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

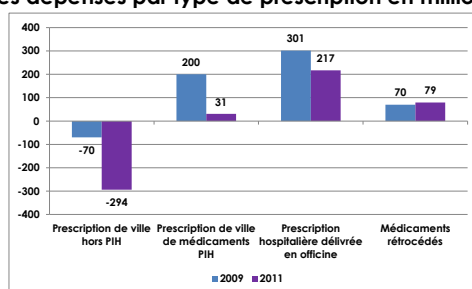
Aucune différence n'a été constatée non plus concernant la tolérance chez les patients ayant reçu de l'Avastin® ou du Lucentis®, mais quelques doutes persistent concernant les effets secondaires non oculaires. En effet la méthodologie utilisée, en particulier sur les effectifs, ne permet pas de mettre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

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

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

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

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



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

Des travaux récents de la DREES permettent d'objectiver et de mesurer cette influence de l'hôpital sur la diffusion des médicaments en ville<sup>54</sup>. Ils montrent une corrélation significative entre les référencements d'un CHU et le poids des médicaments dans les prescriptions des médecins libéraux dans son bassin d'attraction : en d'autres termes, plus un CHU utilise un médicament donné, et plus on le retrouve consommé en ville dans la zone d'influence du CHU. Cet effet est particulièrement prononcé pour les statines, les ARA2 et les IEC, classes très concurrentielles pour lesquelles les

<sup>54</sup> Gallini A, Legal R, Taboulet F. The influence of drug use in university hospitals on the pharmaceutical consumption in their surrounding communities. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2013 -75(4):1142-8.

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

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

Les travaux portent sur 9 classes de médicaments :

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

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

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

Les médicaments référencés sont en effet variables d'un hôpital à l'autre. Pour les CHU, les travaux précités montrent que le nombre de molécules sélectionnées, parmi les neuf classes étudiées, varie de un à deux entre CHU, et le nombre de marques de 1 à 3<sup>55</sup>. A partir de cette même enquête DREES, une analyse complémentaire a été réalisée par la Cnamts, sur la classe des statines, pour mieux appréhender les choix faits par les établissements sur cette classe, en rapport avec la problématique décrite plus haut. Elle prend en compte un échantillon d'établissements hospitaliers ayant un volume d'achat supérieur à 500 boîtes de statines (soit environ 1 050 établissements en 2010 et en 2011).

**En 2010**, plus de 10% des établissements concentrent leur achat sur une seule statine<sup>56</sup>, l'atorvastatine dans les trois quarts des cas (l'atorvastatine n'était pas générique à cette date), moins fréquemment la pravastatine (13 %), la rosuvastatine (7%) et la simvastatine. A l'inverse, 200 établissements (20%) acquièrent la gamme complète de statines (plus de 1% de volume sur chaque molécule).

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

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

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

---

<sup>55</sup> Gallini, A., Juillard-Condât B., Saux MC., Taboulet F. Drug selection in French university hospitals: analysis of formularies for nine competitive pharmacological classes. *British Journal of Clinical Pharmacology* – 2011 - 72:5 ; 823–831

<sup>56</sup> 120 établissements concentrent 95 % de leurs statines achetées sur une seule molécule, et 99 établissements concentrent 99 % de leurs statines sur une molécule.

#### 4.2.5. La problématique des médicaments biosimilaires

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

En France, en 2012, ces produits ont enregistré une croissance de +3,1% et représentent un chiffre d'affaires de l'ordre de 7 Md€, soit environ le quart du marché de 7 pays européens<sup>57</sup> (Allemagne, Espagne, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni). Ce marché se répartit quasiment pour moitié entre la ville et l'hôpital, mais un grand nombre des produits biologiques disponibles sont des médicaments de prescription initiale hospitalière.

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

Tableau 20 - Les produits biosimilaires disponibles en Europe en 2012

| Class           | Molecule                      | Original product | Biosimilars                                                                                                                     | Manufacturers                                                                                |
|-----------------|-------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| EPO             | Epoetin alpha<br>Epoetin zeta | Epex®<br>Erypro® | Binocrit®<br>Epo A®<br>Abseamed®<br>Retacrit®<br>Silapo®                                                                        | Sandoz (Novartis)<br>Hexal (Novartis)<br>Medici<br>Hospira<br>Stada                          |
| G-CSF           | Filgrastim                    | Neupogen®        | Biogastim®<br>Ratiogastim®<br>Zarzio®<br>Tevagastim®<br>Filgrastim Hexal®<br>Filgrastim Teva®<br>Nivestim®<br>Filgrastim Mepha® | Teva<br>Teva<br>Sandoz (Novartis)<br>Teva<br>Hexal (Novartis)<br>Teva<br>Hospira<br>Cephalon |
| Growth hormones | Somatropin                    | Genotropin®      | Omnitrope®                                                                                                                      | Sandoz (Novartis)                                                                            |

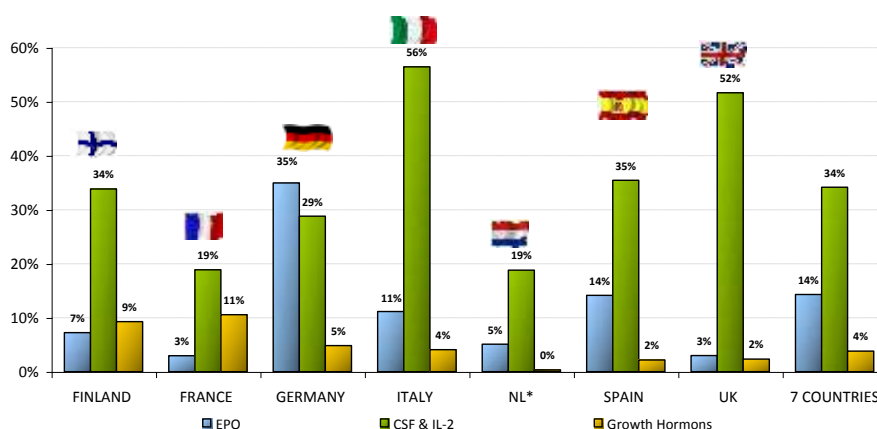
Source : Biosimilar accessible market: Size and biosimilar penetration; Prepared for EFPIA-EGA-EuropaBio, April 2012

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

<sup>57</sup> Source : CNAMTS sur données IMS Health MIDAS. Dans toute cette note, les montants sont évalués en prix fabricants hors taxes et n'intègrent pas les rabais dont peuvent bénéficier les hôpitaux dans le cadre des procédures d'appels d'offres. Ils ne donnent donc qu'un ordre de grandeur des remboursements de l'Assurance maladie.

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

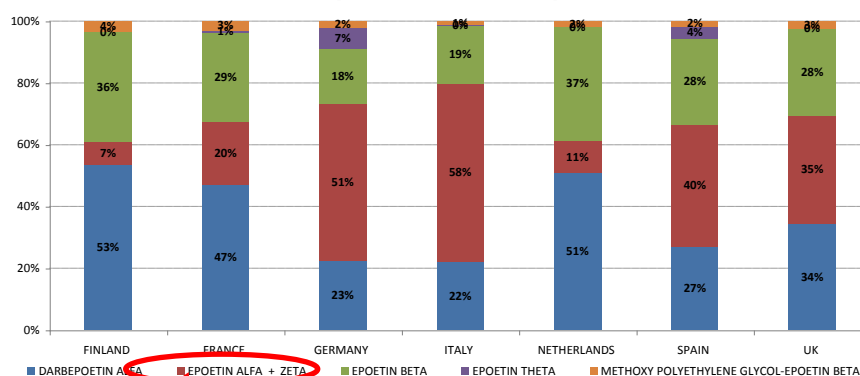
**Figure 84 - Part de marché des médicaments biosimilaires en volume  
(% d'unités standards)**



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

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

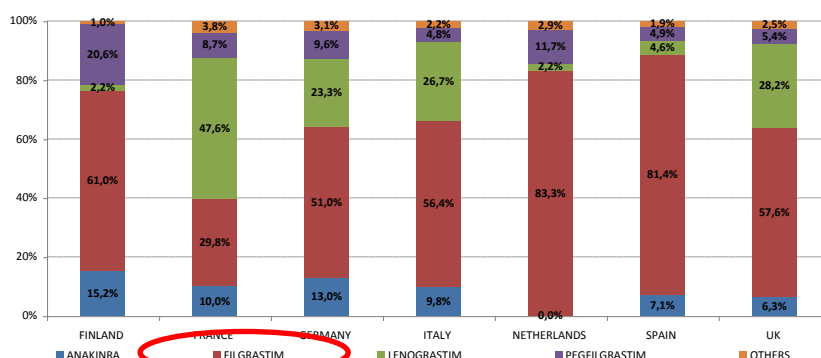
**Figure 85 - Structure par molécule des prescriptions d'EPO  
(% d'unités standards)**



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

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

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



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

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

Outre la structure des prescriptions, la pénétration des biosimilaires se heurte à la défiance à leur égard. Elle n'est pas spécifique à la France, et la possibilité de substitution systématique, à l'instar de ce qui se fait sur le générique, n'est pas envisagée dans la plupart des pays. L'ANSM y est opposée et émet également des réserves sur l'interchangeabilité, recommandant, autant que possible, de ne traiter les patients qu'avec un seul produit<sup>58</sup>. Les sociétés savantes (néphrologie, dialyse, néphrologie pédiatrique et hématologie), bien que prudentes, seraient néanmoins prêtes à accepter une substitution raisonnée 2 à 3 ans après la mise sur le marché des biosimilaires.

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

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

<sup>58</sup> Des médicaments issus des biotechnologies aux médicaments biosimilaires : Etats des lieux, ANSM, Rapport d'expertise, juillet 2011.

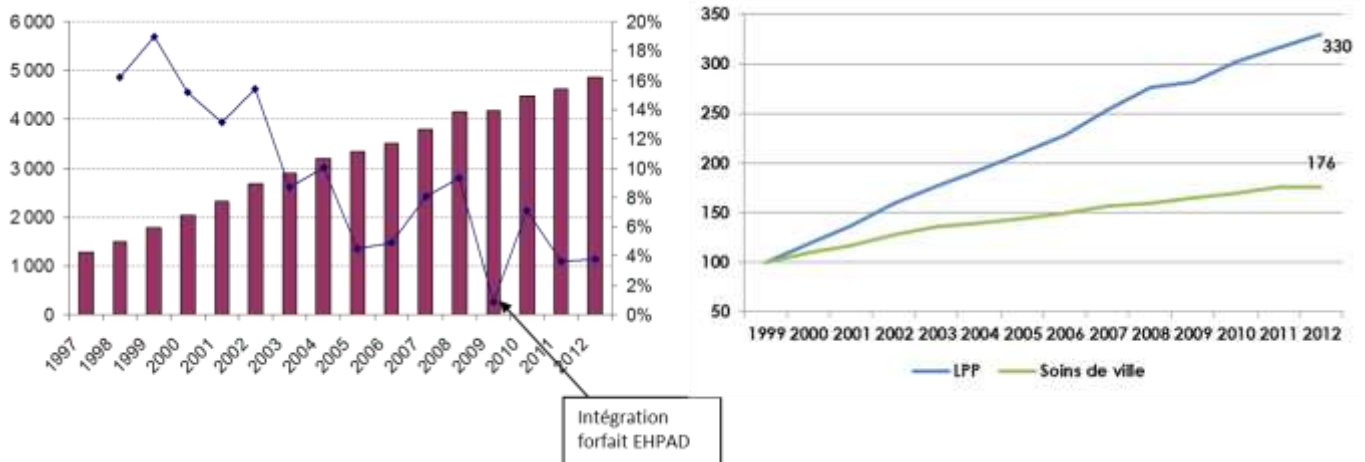
### 4.3. Les produits de la LPP (liste des produits et prestations)

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

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

Montants remboursés et taux d'évolution annuels

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



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

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

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

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



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

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

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

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

Une analyse comparative montre que coût annuel par patient pour la prise en charge de la pompe à insuline et des consommables, voire de prestations associées, s'élève entre 2 700 et 3 300 € (TTC) dans les pays européens voisins où la prestation est tarifée par un forfait, contre 4 288 € (TTC) en France<sup>59</sup>.

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

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

#### Sources

##### (1) Belgique :

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

##### (2) Allemagne :

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

##### (3) Autriche :

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

### Le détournement des lignes génériques

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

<sup>59</sup> Le taux de TVA qui s'applique en France est de 19,6%, de 21% en Belgique et de 19% en Allemagne.



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

Cette situation pose deux problèmes majeurs :

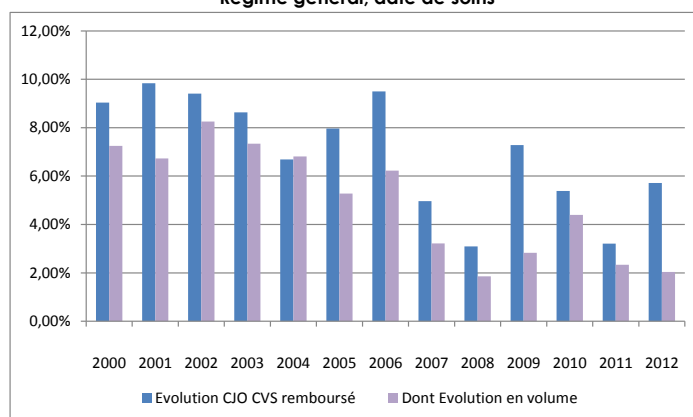
- Cet autoclassement permet aux fabricants d'obtenir une sorte de label de la part des pouvoirs publics et de l'Assurance maladie sur des produits qui peuvent, au-delà du fait de ne pas être conforme à la LPP, ne rendre aucun service au patient voire, présenter un risque ;
- cette situation conduit à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

## 4.4. Les transports

Les transports de patients se sont élevés, pour l'année 2012, à 3,7 milliards d'euros pour un volume de 65,4 millions de trajets, soit 2,1 % des dépenses d'Assurance maladie (vérifier). Sur les 50 millions de bénéficiaires du Régime Général, 3,9 millions de patients ont été transportés en 2012 soit 8%.

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

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



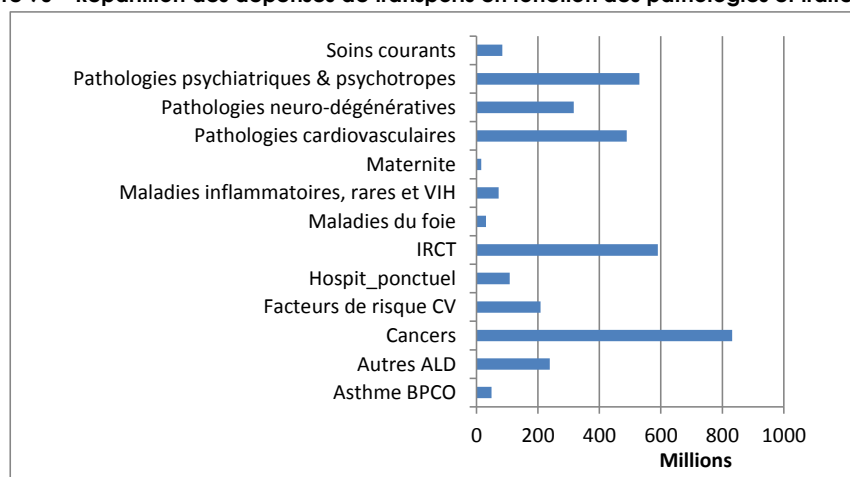
Néanmoins, la dynamique est très variable selon les modes de transports.

Ainsi entre 2009 et 2012, les dépenses de taxi ont cru à un rythme de plus de 10% par an. En 2012, 35% des patients transportés ont eu recours à ce mode de transport, 53% à l'ambulance, 34% au VSL et 11% à leur véhicule personnel ou au transport en commun (un patient peut utiliser plusieurs modes de transports dans l'année). Les dépenses de taxi représentent aujourd'hui 36% du total, les ambulances 42% et les VSL 19%.

### Qui a recours au transport

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

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



### Des variations géographiques importantes

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

Transports des patients hémodialysés (en Centre, en Unité de dialyse médicalisée, ou en autodialyse) au premier semestre 2012.

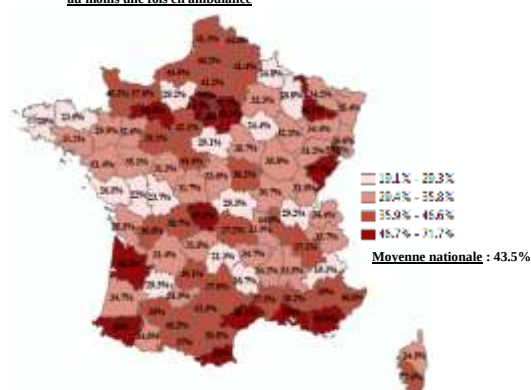
Si le taux de recours au transport est très homogène par département, et proche de 100% quel que soit le département, on constate par mode de transport de fortes disparités départementales.

Ainsi, si la moyenne France entière de la part de patients transporté au moins une fois en ambulance au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2012 est de 43,5%, cette part varie de 19,1% pour les Hautes-Alpes à 71,7% pour le Val de Marne.

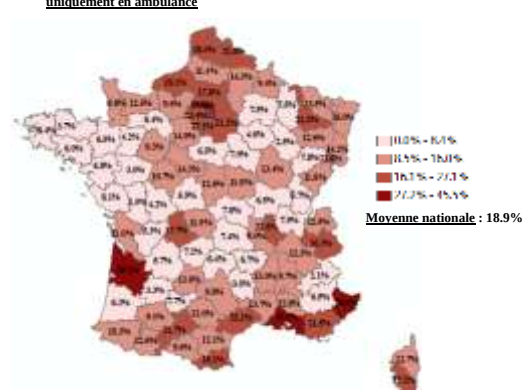
Si on regarde la part de patients hémodialysés transportés uniquement en ambulance, cette part varie de 0,0% en Lozère à 29,2% en Gironde ou 33,2% dans les Bouches du Rhône.

Une partie de ces écarts peut s'expliquer par une disparité départementale de l'offre de transport et des modes de transport disponibles.

Part du nombre de patients hémodialysés et transportés au moins une fois en ambulance

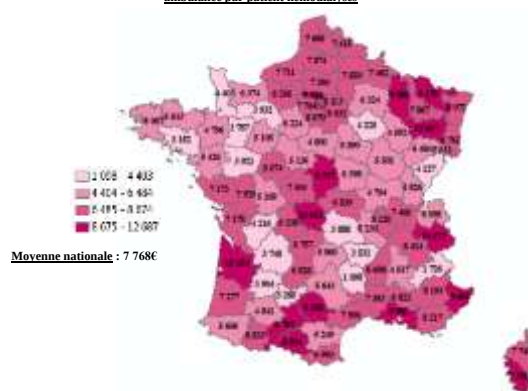


Part du nombre de patients hémodialysés et transportés uniquement en ambulance



Ces écarts dans le recours à l'ambulance se retrouvent également dans le coût moyen semestriel du transport en ambulance par patient hémodialysé. Ce coût varie de 1 098 euros en Lozère à 12 687 euros en Haute – Saône.

Répartition du montant moyen du transport en ambulance par patient hémodialysé



## 4.5. Les soins infirmiers

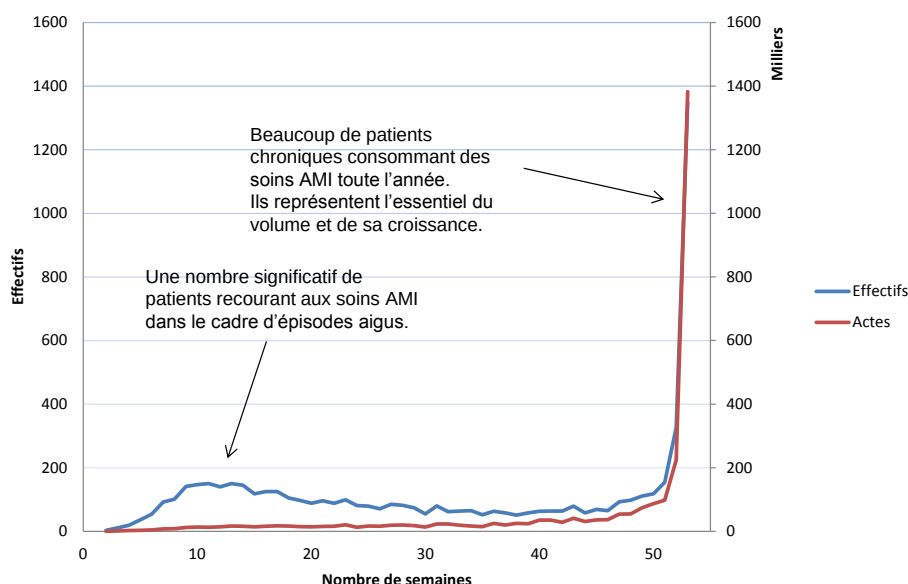
Les soins infirmiers se sont élevés, pour l'année 2012, à 5,3 milliards d'euros de dépenses pour 520 millions d'actes, soit 2,8 % des dépenses d'Assurance maladie. En 2011, 13 millions de personnes, soit 24 % de la population, ont eu recours à un soin infirmier remboursé par l'Assurance maladie, avec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

### Qui a recours aux soins infirmiers

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

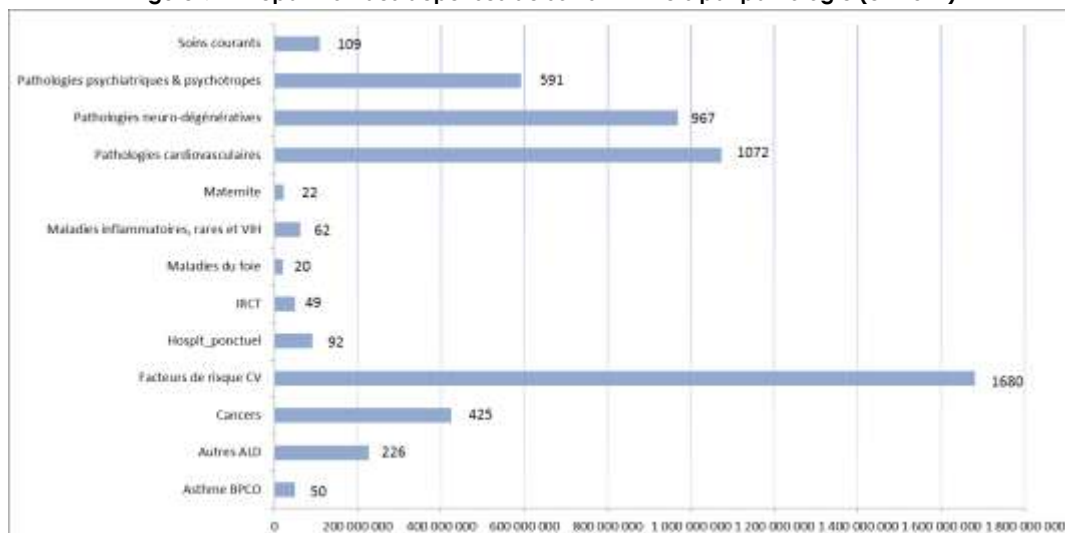
- d'une part ceux très nombreux y ayant recours ponctuellement pour des épisodes aigus et qui représentent finalement une part relativement peu importante des dépenses,
- d'autre part les patients dont les besoins sont quotidiens, en suite d'hospitalisation ou de façon chronique durant toute l'année,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

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



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

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



Source : CNAMTS. Champ : dépenses remboursées tous régimes

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

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

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

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

### **Les patients ayant des soins cotés en AMI**

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

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

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

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

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

### **Les patients ayant des soins cotés en en AIS**

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

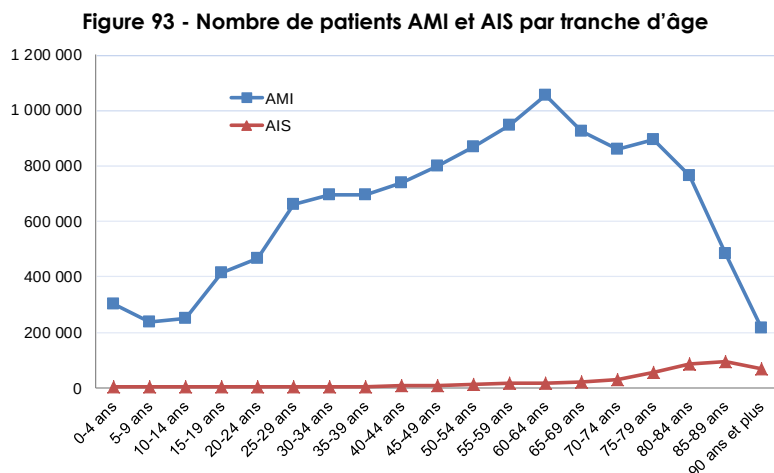
### **Le profil des patients fortement utilisateurs de soins infirmiers**

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

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

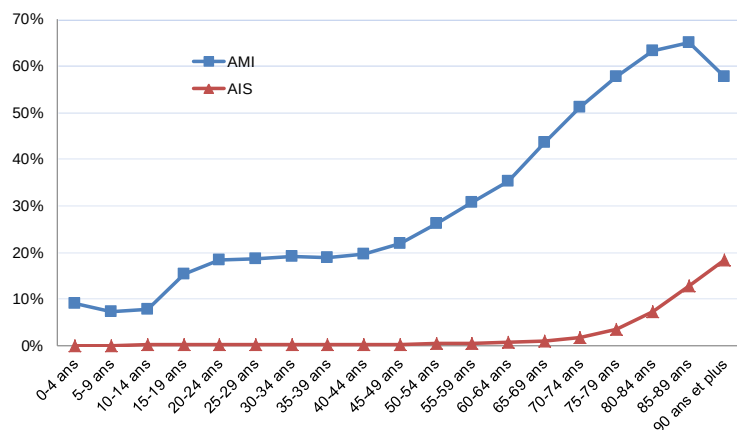
Les patients qui sont dans ces situations de soins infirmiers intensifs ont des dépenses de soins de ville élevées. Ainsi les 80 000 patients ayant le plus recours aux soins en AMI (soit 30% du total des dépenses d'AMI) ont des remboursements moyens de l'ordre de 20 000 € par an, dont 58 % pour les seuls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

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

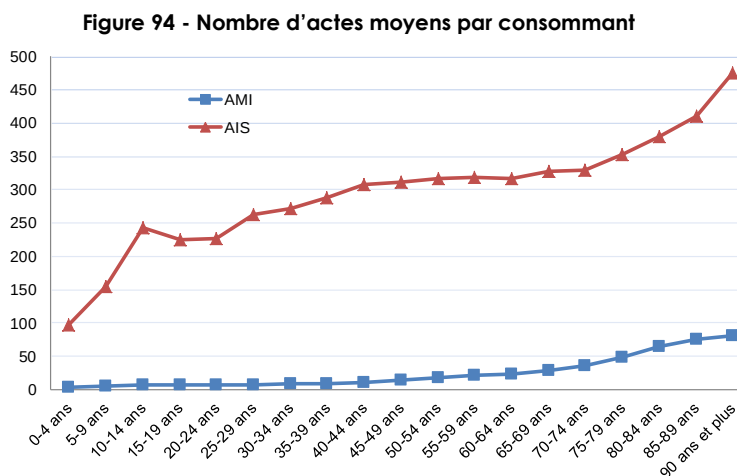


Source : CNAMTS. Champ : régime général hors SLM

#### Taux de recours des patients AMI et AIS par tranche d'âge en 2012



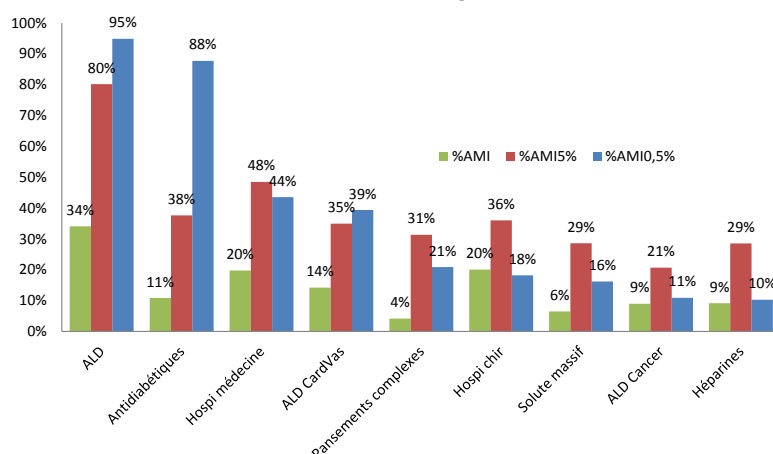
Source : CNAMTS. Champ : régime général hors SLM



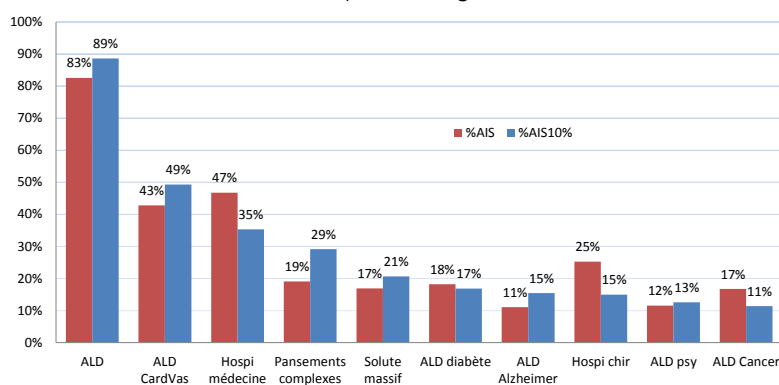
Source : CNAMTS. Champ : régime général hors SLM



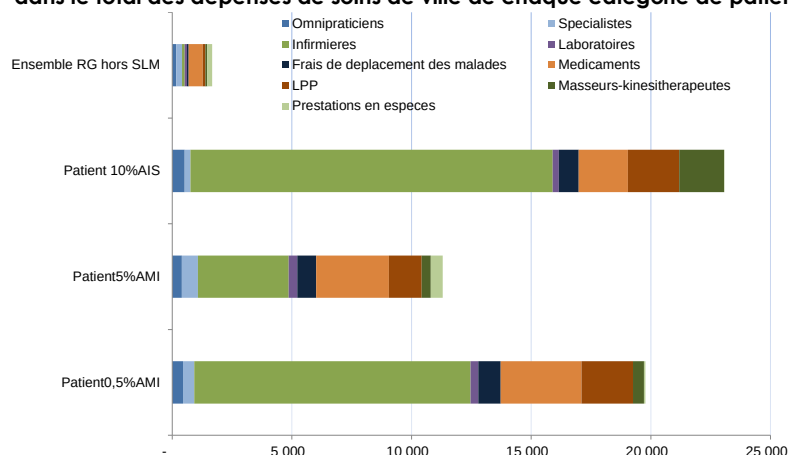
**Figure 95 - Profils des patients en fonction de l'intensité de leur recours aux soins AMI**  
En pourcentage



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



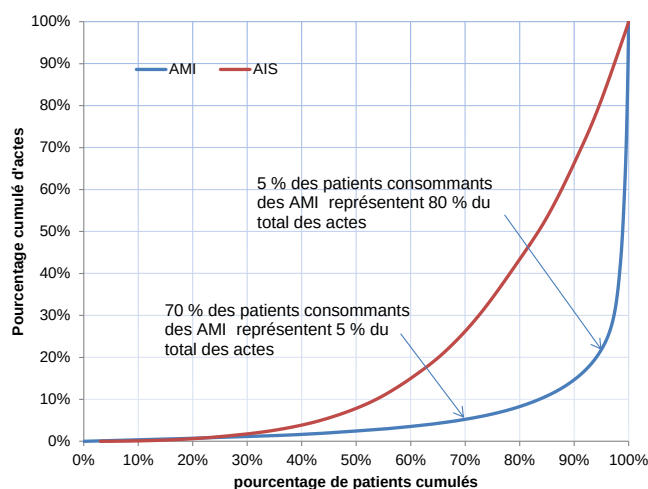
**Figure 97 - Part de chaque de chaque poste de dépenses dans le total des dépenses de soins de ville de chaque catégorie de patient**



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

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

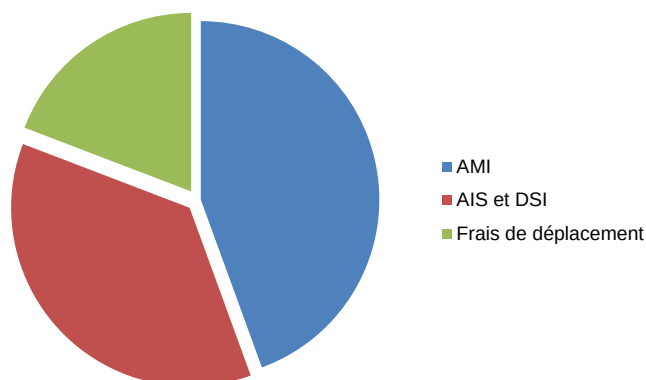
**Figure 98 - Fonctions de répartition des actes infirmiers en 2011 (consommants)**



### Une évolution en volume soutenue depuis une dizaine d'année

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

**Figure 99 - Répartition des montants remboursables de soins infirmiers en 2012**



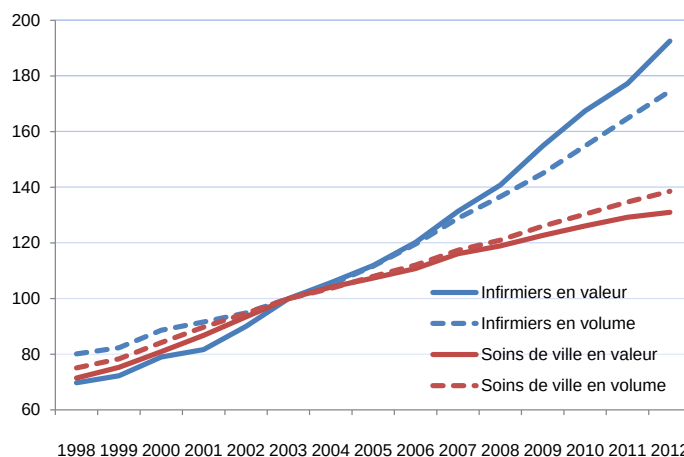
Source : CNAMTS – statistiques mensuelles des dépenses du régime général

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

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

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

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



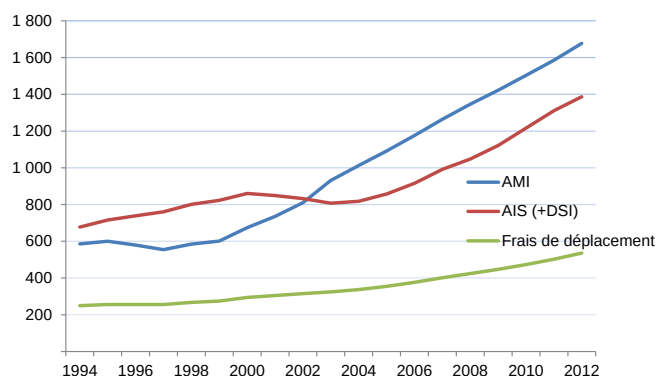
Source : CNAMTS – statistiques mensuelles des dépenses du régime général

Champ : dépenses en date de soins

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

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

**Figure 101 - Croissance en volume des principaux postes de dépenses de soins infirmiers**  
en millions d'euros



Source : CNAMTS – statistiques mensuelles des dépenses du régime général

Champ : dépenses en date de soins – volume au prix 1998 constants

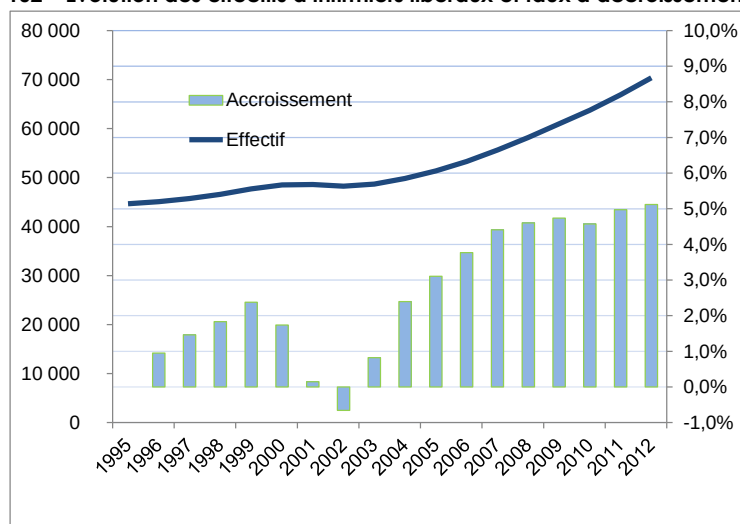
## Une croissance soutenue par une démographie très dynamique depuis le milieu des années 2000

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

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

L'accroissement de la durée d'activité en libéral peut également être un facteur explicatif de la croissance des effectifs. En effet, l'âge de cessation d'activité des infirmiers libéraux est passé de 47 à 49 ans entre 2005 et 2012 alors que l'âge moyen d'installation (35 ans) est resté stable depuis 2005<sup>60</sup>.

Figure 102 – Evolution des effectifs d'infirmiers libéraux et taux d'accroissement actuel



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

#### Décomposition de la croissance

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

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

---

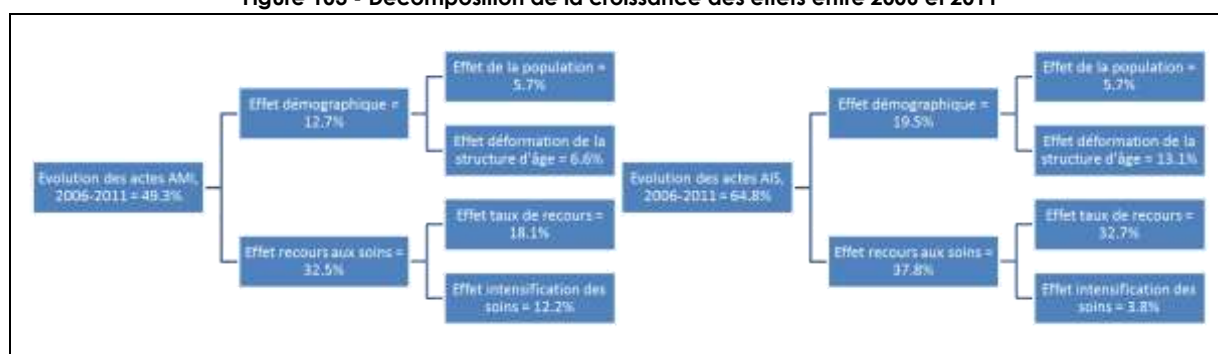
<sup>60</sup> Les réformes de retraites dans la fonction publique hospitalière n'ont apparemment pas provoqué d'afflux supplémentaire d'infirmiers en libéral ; les infirmiers libéraux devant nécessairement avoir travaillé au moins 24 mois en structure de soins médicalisés (hôpitaux, cliniques, centres de soins,...) avant de d'installer à leur compte.

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

Pour les soins en AMI, le changement dans le recours aux soins explique plus des deux tiers de la forte hausse du nombre d'actes entre 2006 et 2011. Ce changement de recours aux soins s'explique à la fois par une proportion, à âge égal, plus importante de patients ayant recours aux soins (pour 60%), mais également (pour 40%) d'une intensification de leur recours aux actes. L'effet démographique expliquerait l'autre tiers, réparti à parts presque égales entre croissance de la population et vieillissement.

L'effet recours aux soins est également majoritaire (deux tiers) dans l'explication de la croissance des soins cotés en AIS.

**Figure 103 - Décomposition de la croissance des effets entre 2006 et 2011**



Source : EGB pour le calcul du recours aux soins par âge, structure par âge de population INSEE et population totale RNIAM.  
Champ : Régime général hors SLM, France entière.

Par ailleurs, si on décompose les soins infirmiers entre les patients y recourant toute l'année (chronique : plus de 40 semaines de soins infirmiers sur une année) et ceux y recourant de manière ponctuelle, on observe que les patients chroniques représentent 63% des actes AMI en 2011, mais contribuent pour 76% à leur augmentation entre 2006 et 2011.

Davantage que le recours aux soins ponctuels, ou l'éventuelle conséquence sur la consommation de soins infirmiers d'une baisse de la durée de séjour des hospitalisations, il semble donc que la forte hausse du nombre d'actes AMI bénéficie principalement aux patients qui ont un recours intensif à ces soins (augmentation du nombre de forts utilisateurs, mais aussi de leur recours moyen en nombre d'actes), et traduit donc une intensification en ville de la prise en charge de patients âgés et souffrants de pathologies chroniques multiples, en particulier le diabète.

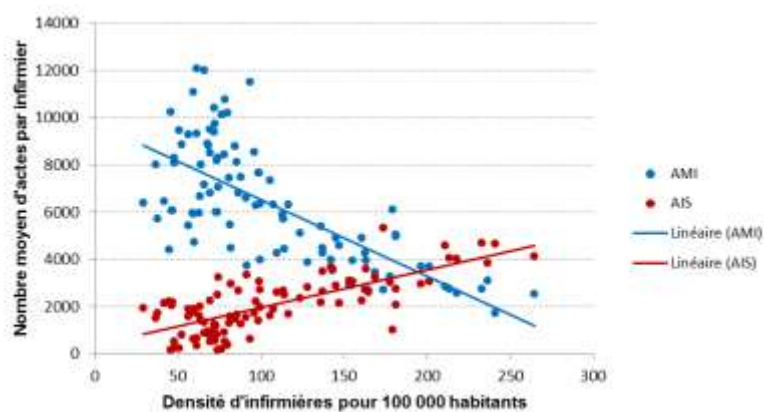
### ***Lien entre démographie et activité***

En 2012, les actes en AMI représentent 65 % des actes, 46 % des coefficients et 54 % des honoraires des infirmiers (hors frais de déplacement). Cette proportion est cependant très variable d'un infirmier à l'autre puisque 25% des infirmiers réalisent plus de 67% de leurs actes en AIS.

On observe que dans les départements où la densité d'infirmiers libéraux est faible, le nombre d'actes AMI par infirmier est important. Inversement, dans les départements où la densité d'infirmiers est forte, le nombre d'acte AIS par infirmier est élevé. Le même constat avait été porté au début des années 2000, et la situation n'a pas beaucoup évolué sur ce plan. Tout se passe comme

si, dans le cas des actes en AMI, les infirmiers étaient face à une demande exogène, qui se répartit entre les professionnels présents sur le département. En revanche, la demande de soins en AIS apparaît plus flexible, et en tout cas plus fonction de l'offre disponible.

Figure 104 - Densité par département et nombre moyen d'actes par infirmière APE\* en 2011



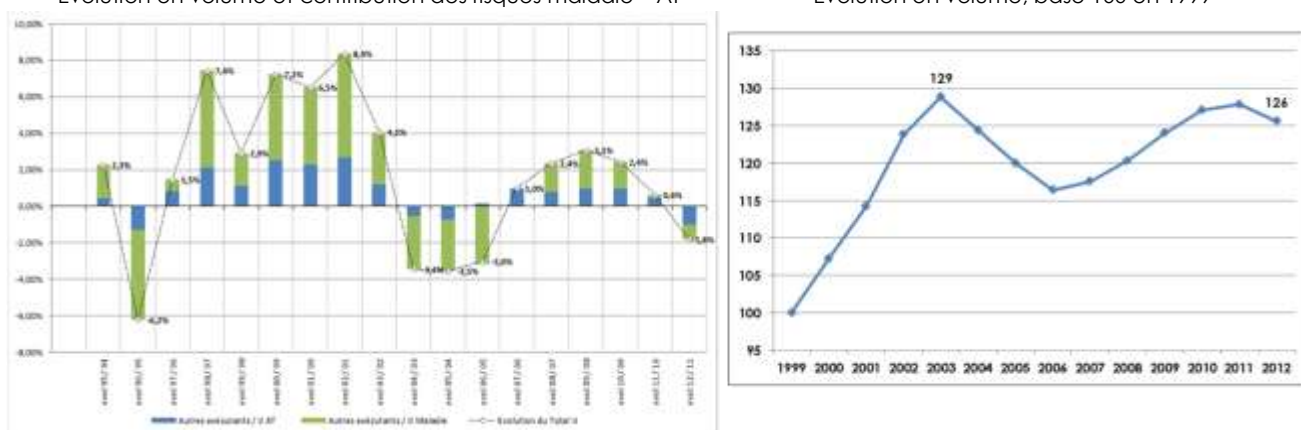
Source : CNAMTS, SNIR

Champs : Tous régimes – France métropolitaine – \* Infirmières APE = actives à part entière

## 4.6. Les arrêts de travail

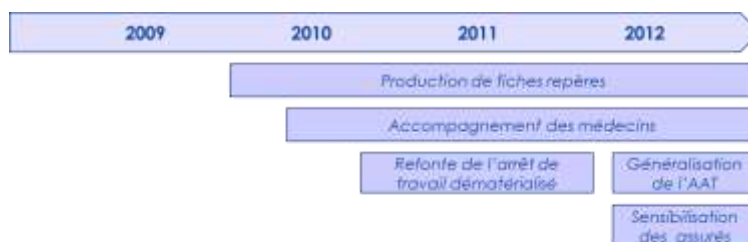
Le volume d'indemnités journalières a baissé de manière significative en 2012 (-1,8%) après une croissance très faible en 2011 (+0,6%). Ces deux années font suite à une période de croissance (+2,2% en moyenne par an entre 2006 et 2010) qui avait elle-même succédé à trois années de forte baisse, à la suite des actions menées à partir de fin 2003, et notamment du renforcement des contrôles. Au total, en 2012, le volume des IJ est inférieur au niveau qu'il avait atteint en 2003.

**Figure 105 - Evolution du volume des indemnités journalières – régime général, tous risques, données CJO-CVS**  
Evolution en volume et contribution des risques maladie – AT Evolution en volume, base 100 en 1999



En plus du renforcement quantitatif des contrôles, d'autres actions ont été menées :

1) la production et la diffusion de **fiches repères**, validées par la Haute autorité de santé (53 au total, couvrant 60% des pathologies), pour proposer aux prescripteurs des **durées indicatives d'arrêts de travail en fonction de la pathologie et du type de poste de travail occupé**.



Des campagnes d'information ont été faites auprès des médecins pour promouvoir ces référentiels. Ainsi entre 2009 et 2012, près de 25 000 entretiens confraternels et 62 000 visites DAM ont inclus ce thème.

Un sous-ensemble de 19 motifs, correspondant à des arrêts post-opératoires pour des interventions chirurgicales fréquentes, a été intégré en 2012 dans les priorités de contrôles des caisses primaires, avec des objectifs d'économie inscrits dans leurs contrats pluriannuels de gestion. Sur ce champ, on a observé une diminution de 4% (2,7 jours) de la durée moyenne des arrêts.

Pour faire évoluer les comportements de prescription, le déploiement de la prescription électronique d'arrêt de travail, dans laquelle ces durées sont proposées par défaut, est également

un levier important. Aujourd'hui 20% des arrêts de travail des généralistes sont prescrits en ligne et l'on observe dans ce cas que les durées moyennes d'arrêts initiaux pour les pathologies courantes, sont conformes aux durées préconisées par les fiches repères.

L'enjeu économique est important ; sur le seul champ de la vingtaine d'interventions chirurgicales incluses dans les objectifs de contrôle des caisses, 70 millions d'euros pourraient être économisés si les pratiques se rapprochaient des durées indicatives proposées, soit 20% du montant total des indemnités journalières correspondantes.

2) la mise en place de la procédure prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, qui prévoit qu'en cas de **contre-visite médicale concluant à l'absence de justification de l'arrêt de travail ou faisant état de l'impossibilité de procéder à l'examen du salarié**, le médecin mandaté par l'entreprise transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse d'Assurance maladie, qui peut soit demander à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières, soit procéder à un nouvel examen de la situation de l'assuré.

En 2012, première année de plein fonctionnement du dispositif sur le territoire, on constate que le taux de transmission des rapports au service du contrôle médical de l'Assurance maladie est assez faible : 2900 rapports ont été transmis en 2012 (sur 70 000 contre-visites qui seraient effectuées annuellement par des médecins mandatés par l'employeur de l'assuré). Une proportion importante des rapports transmis n'étaient pas recevables, soit en raison des délais de transmission (fixés à 48 heures par la loi), soit, plus fréquemment, du fait de l'absence de mention d'un examen médical. Sur l'ensemble des rapports recevables et donc examinés par le contrôle médical de l'Assurance maladie, le médecin-conseil a donné un avis favorable à l'arrêt de travail dans 48% des cas et a confirmé l'avis du médecin mandaté par l'employeur dans 28% des cas. 23% des situations n'ont pu être examinées du fait d'une reprise du travail du salarié.

Comme pour les autres prestations de l'Assurance maladie, il est nécessaire de s'assurer que les sommes dépensées par l'Assurance maladie au titre des indemnités journalières sont justifiées. Le contrôle des assurés et les actions auprès des prescripteurs doivent être poursuivis pour assurer un meilleur respect des référentiels et des règles et une homogénéisation des pratiques.

A l'inverse, il y a encore des inéquités qu'il serait souhaitable de corriger dans l'accès à ces prestations lorsqu'elles sont justifiées par l'état de santé. L'Assurance maladie avait fait des propositions en ce sens dans son rapport sur les charges et produits de 2012. La LFSS pour 2013 a d'ores et déjà permis à des chômeurs qui reprennent une petite activité salariée de conserver des droits à indemnités journalière en cas de maladie (modification de l'article L161-8 du CSS ), mais la question demeure pour les salariés qui ont une faible activité et qui, du fait du seuil des 200 heures de cotisation sur trois mois, peuvent se retrouver dépourvus de droits à des indemnités journalières s'ils tombent malades. D'après l'enquête emploi de 2010, sur une population active d'environ 25 millions de personnes, 2,6% travailleraient moins de 15 heures par semaine soit environ 668 000 personnes.

Cette situation est d'autant plus paradoxale que les salariés concernés cotisent, même si c'est en dessous des seuils d'ouverture des droits, alors que les auto-entrepreneurs qui n'ont pas de chiffre d'affaire et n'acquittent donc pas de cotisation peuvent bénéficier d'une indemnité journalière dont le montant est le double de l'indemnité minimale du régime général.



---

Annexe

---

Tableau 21 – Répartition des dépenses par pathologie en 2011 - détail

| Pathologies ou traitements                                                             | 2011            |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|
|                                                                                        | en M€           | en %    |
| Pathologie coronaire aiguë                                                             | 729 729 000     | 0,50%   |
| Pathologie coronaire chronique                                                         | 3 604 583 000   | 2,48%   |
| Accident vasculaire cérébral aigu                                                      | 1 444 632 000   | 0,99%   |
| Accident vasculaire cérébral, séquelle                                                 | 2 190 256 000   | 1,51%   |
| Insuffisance cardiaque aiguë                                                           | 1 034 425 000   | 0,71%   |
| Insuffisance cardiaque chronique                                                       | 864 163 000     | 0,59%   |
| Artériopathie oblitérante du membre inférieur                                          | 1 141 211 000   | 0,78%   |
| Trouble du rythme ou de la conduction cardiaque                                        | 1 995 925 000   | 1,37%   |
| Pathologie valvulaire                                                                  | 861 746 000     | 0,59%   |
| Embolie pulmonaire aiguë                                                               | 195 896 000     | 0,13%   |
| Autres ALD pour maladies cardiovasculaires                                             | 447 238 000     | 0,31%   |
| Diabète                                                                                | 7 455 455 000   | 5,12%   |
| Antihypertenseurs                                                                      | 5 548 349 000   | 3,81%   |
| Hypolipémiants                                                                         | 2 643 857 000   | 1,82%   |
| Cancer du sein actif                                                                   | 2 088 096 000   | 1,44%   |
| Cancer du sein en surveillance                                                         | 631 834 000     | 0,43%   |
| Cancer du côlon actif                                                                  | 1 264 155 000   | 0,87%   |
| Cancer du côlon en surveillance                                                        | 217 093 000     | 0,15%   |
| Cancer du poumon actif                                                                 | 505 658 000     | 0,35%   |
| Cancer du poumon en surveillance                                                       | 78 254 000      | 0,05%   |
| Cancer de la prostate actif                                                            | 569 327 000     | 0,39%   |
| Cancer de la prostate en surveillance                                                  | 283 026 000     | 0,19%   |
| Autres cancers actifs                                                                  | 7 154 342 000   | 4,92%   |
| Autres cancers en surveillance                                                         | 1 677 912 000   | 1,15%   |
| Troubles psychotiques                                                                  | 5 253 873 000   | 3,61%   |
| Troubles de l'humeur (dépression, névrose)                                             | 4 372 339 000   | 3,01%   |
| Retard mental                                                                          | 727 560 000     | 0,50%   |
| Autres ALD pour pathologies psychiatriques (segmentation psy)                          | 2 359 401 000   | 1,62%   |
| Autres ALD pour pathologies psychiatriques (hors segmentation psy)                     | 1 357 235 000   | 0,93%   |
| Antidépresseurs et lithium                                                             | 3 242 785 000   | 2,23%   |
| Neuroleptiques                                                                         | 413 011 000     | 0,28%   |
| Anxiolytiques                                                                          | 2 945 037 000   | 2,02%   |
| Hypnotiques                                                                            | 1 903 906 000   | 1,31%   |
| Démences                                                                               | 2 236 352 000   | 1,54%   |
| Maladie de parkinson                                                                   | 796 411 000     | 0,55%   |
| Sclérose en plaque                                                                     | 988 043 000     | 0,68%   |
| Paraplégie                                                                             | 636 621 000     | 0,44%   |
| Myopathie, myasthénie                                                                  | 197 572 000     | 0,14%   |
| Epilepsie                                                                              | 594 466 000     | 0,41%   |
| Autres ALD pour maladies neurologiques                                                 | 627 563 000     | 0,43%   |
| Asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance respiratoire chronique | 3 825 116 000   | 2,63%   |
| Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin                                       | 613 773 000     | 0,42%   |
| Polyarthrite rhumatoïde                                                                | 976 292 000     | 0,67%   |
| Spondylarthrite ankylosante                                                            | 484 483 000     | 0,33%   |
| Autres ALD de maladies inflammatoires                                                  | 176 543 000     | 0,12%   |
| Maladies métaboliques héréditaires                                                     | 322 216 000     | 0,22%   |
| Mucoviscidose                                                                          | 131 073 000     | 0,09%   |
| Hémophilie et troubles de l'hémostase graves                                           | 353 582 000     | 0,24%   |
| VIH                                                                                    | 1 494 058 000   | 1,03%   |
| Dialyse                                                                                | 2 718 925 000   | 1,87%   |
| Transplantation rénale                                                                 | 165 650 000     | 0,11%   |
| Suivi de transplantation rénale                                                        | 387 124 000     | 0,27%   |
| Maladies du foie ou du pancréas                                                        | 1 328 336 000   | 0,91%   |
| Autres ALD (dont ALD 31, 32)                                                           | 3 721 239 000   | 2,56%   |
| Risque maternité                                                                       | 9 124 848 000   | 6,27%   |
| Episodes hospitaliers ponctuels                                                        | 30 308 500 000  | 20,83%  |
| Petits consommateurs hors anti-arthrosiques                                            | 9 408 155 000   | 6,47%   |
| Petits consommateurs d'anti-arthrosiques                                               | 1 535 277 000   | 1,06%   |
| Soins courants                                                                         | 5 130 248 000   | 3,53%   |
| TOTAL                                                                                  | 145 484 778 000 | 100,00% |

**Tableau 22 –Effectif par pathologie et traitement en 2011 - détail**

| Groupe                                          | Pathologies et traitements                                         | Effectif  | % par rapport aux bénéficiaires ayant recours aux soins |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|
| Pathologies cardiovasculaires                   | Pathologie coronaire aiguë                                         | 55 400    | 0,09%                                                   |
|                                                 | Pathologie coronaire chronique                                     | 1 342 600 | 2,29%                                                   |
|                                                 | Accident vasculaire cérébral aigu                                  | 95 800    | 0,16%                                                   |
|                                                 | Accident vasculaire cérébral, séquelle                             | 570 900   | 0,97%                                                   |
|                                                 | Insuffisance cardiaque aiguë                                       | 117 700   | 0,20%                                                   |
|                                                 | Insuffisance cardiaque chronique                                   | 408 400   | 0,70%                                                   |
|                                                 | Artériopathie oblitérante du membre inférieur                      | 463 800   | 0,79%                                                   |
|                                                 | Trouble du rythme ou de la conduction cardiaque                    | 1 016 900 | 1,73%                                                   |
|                                                 | Pathologie valvulaire                                              | 285 800   | 0,49%                                                   |
|                                                 | Embolie pulmonaire aiguë                                           | 28 500    | 0,05%                                                   |
|                                                 | Autres ALD pour maladies cardiovasculaires                         | 183 800   | 0,31%                                                   |
|                                                 |                                                                    |           |                                                         |
| Diabète                                         | Diabète                                                            | 2 779 600 | 4,73%                                                   |
| Traitements antihypertenseurs et hypolipémiants | Antihypertenseurs                                                  | 6 561 400 | 11,17%                                                  |
|                                                 | Hypolipémiants                                                     | 3 952 400 | 6,73%                                                   |
|                                                 |                                                                    |           |                                                         |
| Cancers                                         | Cancer du sein actif                                               | 165 500   | 0,28%                                                   |
|                                                 | Cancer du sein en surveillance                                     | 407 600   | 0,69%                                                   |
|                                                 | Cancer du côlon actif                                              | 101 100   | 0,17%                                                   |
|                                                 | Cancer du côlon en surveillance                                    | 162 000   | 0,28%                                                   |
|                                                 | Cancer du poumon actif                                             | 30 700    | 0,05%                                                   |
|                                                 | Cancer du poumon en surveillance                                   | 27 400    | 0,05%                                                   |
|                                                 | Cancer de la prostate actif                                        | 110 900   | 0,19%                                                   |
|                                                 | Cancer de la prostate en surveillance                              | 282 600   | 0,48%                                                   |
|                                                 | Autres cancers actifs                                              | 584 000   | 0,99%                                                   |
|                                                 | Autres cancers en surveillance                                     | 777 500   | 1,32%                                                   |
|                                                 |                                                                    |           |                                                         |
| Pathologies psychiatriques                      | Troubles psychotiques                                              | 377 300   | 0,64%                                                   |
|                                                 | Troubles de l'humeur (dépression, névrose)                         | 919 600   | 1,57%                                                   |
|                                                 | Troubles du développement mental                                   | 127 600   | 0,22%                                                   |
|                                                 | Autres ALD pour pathologies psychiatriques (segmentation psy)      | 407 500   | 0,69%                                                   |
|                                                 | Autres ALD pour pathologies psychiatriques (hors segmentation psy) | 117 100   | 0,20%                                                   |
|                                                 |                                                                    |           |                                                         |
| Psychotropes sans pathologie psychiatrique      | Antidépresseurs et lithium                                         | 2 836 600 | 4,83%                                                   |
|                                                 | Neuroleptiques                                                     | 331 500   | 0,56%                                                   |
|                                                 | Anxiolytiques                                                      | 3 237 500 | 5,51%                                                   |
|                                                 | Hypnotiques                                                        | 1 788 200 | 3,04%                                                   |
|                                                 |                                                                    |           |                                                         |
| Pathologies neurologiques et dégénératives      | Démences                                                           | 491 100   | 0,84%                                                   |
|                                                 | Maladie de parkinson                                               | 181 100   | 0,31%                                                   |
|                                                 | Sclérose en plaque                                                 | 82 300    | 0,14%                                                   |
|                                                 | Paraplégie                                                         | 40 500    | 0,07%                                                   |
|                                                 | Myopathie, myasthénie                                              | 34 500    | 0,06%                                                   |
|                                                 | Epilepsie                                                          | 244 200   | 0,42%                                                   |

|                                                 |                                                                                        |            |         |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|
|                                                 | Autres ALD pour maladies neurologiques                                                 | 123 200    | 0,21%   |
|                                                 |                                                                                        |            |         |
| Maladies respiratoires chroniques               | Asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance respiratoire chronique | 2 859 500  | 4,87%   |
| Maladies inflammatoires, rares et VIH           | Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin                                       | 187 100    | 0,32%   |
|                                                 | Polyarthrite rhumatoïde                                                                | 220 800    | 0,38%   |
|                                                 | Spondylarthrite ankylosante                                                            | 99 600     | 0,17%   |
|                                                 | Autres ALD de maladies inflammatoires                                                  | 77 100     | 0,13%   |
|                                                 | Maladies métaboliques héréditaires                                                     | 76 600     | 0,13%   |
|                                                 | Mucoviscidose                                                                          | 7 900      | 0,01%   |
|                                                 | Hémophilie et troubles de l'hémostase graves                                           | 5 600      | 0,01%   |
|                                                 | VIH                                                                                    | 120 800    | 0,21%   |
| Insuffisance rénale chronique terminale traitée | Dialyse                                                                                | 36 300     | 0,06%   |
|                                                 | Transplantation rénale                                                                 | 2 500      | 0,00%   |
|                                                 | Suivi de transplantation rénale                                                        | 28 400     | 0,05%   |
|                                                 |                                                                                        |            |         |
| Maladies du foie ou du pancréas                 | Maladies du foie ou du pancréas                                                        | 458 200    | 0,78%   |
| Autres ALD                                      | Autres ALD (dont ALD 31, 32)                                                           | 1 523 600  | 2,59%   |
| Maternité                                       | Risque maternité                                                                       | 1 383 000  | 2,35%   |
| Total                                           |                                                                                        | 20 635 600 | 35,12%  |
| Total consommateurs régime général + SLM        |                                                                                        | 58 753 200 | 100,00% |

Tableau 23 – Evolution des effectifs par pathologie et traitement (2011 / 2010) - détail

| Catégories de pathologies ou traitements                                                         | Pathologies ou traitements                                                                                                                      | Effectifs 2011 | Evolution 2010-2011 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|
| Pathologies cardiovasculaires                                                                    | Pathologie coronaire aigüe ou chronique                                                                                                         | 1 398 000      | 2,5%                |
|                                                                                                  | Accident vasculaire cérébral aigüe ou séquelle                                                                                                  | 667 000        | 3,3%                |
|                                                                                                  | Insuffisance cardiaque aigüe ou chronique                                                                                                       | 526 000        | 2,7%                |
|                                                                                                  | Autres maladies cardiovasculaires                                                                                                               | 1 744 000      | 4,2%                |
|                                                                                                  | Maladies cardiovasculaires aigües                                                                                                               | 289 000        | 0,4%                |
|                                                                                                  | Maladies cardiovasculaires chroniques                                                                                                           | 3 221 000      | 3,3%                |
|                                                                                                  | Toutes pathologies cardiovasculaires                                                                                                            | 3 326 000      | 3,2%                |
| Diabète                                                                                          | Diabète                                                                                                                                         | 2 780 000      | 3,8%                |
| Traitements antihypertenseurs et hypolipémiants                                                  | Traitements antihypertenseurs et hypolipémiants (sans certaines pathologies cardiovasculaires ni diabète)                                       | 8 200 000      | 0,1%                |
| Cancers                                                                                          | Cancer du sein actif ou en surveillance                                                                                                         | 573 000        | -0,2%               |
|                                                                                                  | Cancer du côlon actif ou en surveillance                                                                                                        | 263 000        | 1,7%                |
|                                                                                                  | Cancer du poumon actif ou en surveillance                                                                                                       | 58 000         | 1,5%                |
|                                                                                                  | Cancer de la prostate actif ou en surveillance                                                                                                  | 393 000        | 1,2%                |
|                                                                                                  | Autres cancers actifs ou en surveillance                                                                                                        | 1 362 000      | -0,1%               |
|                                                                                                  | Cancers actifs                                                                                                                                  | 924 000        | 2,9%                |
|                                                                                                  | Cancers sous surveillance                                                                                                                       | 1 550 000      | -1,1%               |
|                                                                                                  | Tous cancers                                                                                                                                    | 2 386 000      | 0,3%                |
| Pathologies psychiatriques                                                                       | Pathologies psychiatriques (psychose, dépression, névrose, retard mental, autres ALD)                                                           | 1 659 000      | 6,2%                |
| Psychotropes sans pathologie psychiatrique                                                       | Psychotropes (sans pathologie psychiatrique)                                                                                                    | 5 751 000      | -2,3%               |
|                                                                                                  | Tous troubles psychiatriques                                                                                                                    | 7 410 000      | -0,5%               |
| Pathologies neurologiques ou dégénératives                                                       | Parkinson et démences                                                                                                                           | 633 000        | 2,5%                |
|                                                                                                  | Sclérose en plaque, paraplégie, myopathie, myasthénie                                                                                           | 155 000        | 2,7%                |
|                                                                                                  | Epilepsie                                                                                                                                       | 244 000        | 3,3%                |
|                                                                                                  | Autres ALD pour maladies neurologiques                                                                                                          | 123 000        | 2,9%                |
|                                                                                                  | Toutes pathologies neurologiques ou dégénératives                                                                                               | 1 117 000      | 2,7%                |
| Maladies respiratoires chroniques                                                                | Asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance respiratoire chronique                                                          | 2 860 000      | 3,2%                |
| Maladies inflammatoires, maladies rares et VIH                                                   | Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante et autres ALD de maladies inflammatoires | 563 000        | 4,3%                |
|                                                                                                  | Maladies métaboliques héréditaires et mucoviscidose                                                                                             | 84 000         | 2,2%                |
|                                                                                                  | Hémophilie et troubles de l'hémostase graves                                                                                                    | 6 000          | 2,0%                |
|                                                                                                  | VIH                                                                                                                                             | 121 000        | 2,9%                |
|                                                                                                  | Toutes maladies inflammatoires, maladies rares et VIH                                                                                           | 770 000        | 3,8%                |
| Insuffisance rénale chronique terminale traitée                                                  | Dialyse                                                                                                                                         | 36 000         | 2,5%                |
|                                                                                                  | Transplantation rénale (et suivi)                                                                                                               | 31 000         | 4,8%                |
|                                                                                                  | Toutes Insuffisances rénales chroniques terminales traitées                                                                                     | 67 000         | 3,5%                |
| Maladies du foie ou du pancréas                                                                  | Maladies du foie ou du pancréas                                                                                                                 | 458 000        | 2,1%                |
| Autres ALD                                                                                       | Autres ALD (dont ALD 31, 32)                                                                                                                    | 1 523 000      | 6,4%                |
| Risque maternité                                                                                 | Risque maternité                                                                                                                                | 1 383 000      | -1,5%               |
| Hospitalisations ponctuelles                                                                     | Hospitalisations ponctuelles                                                                                                                    | 7 999 000      | 2,4%                |
| Au moins une pathologie ou traitement identifié (hors maternité et hospitalisations ponctuelles) |                                                                                                                                                 | 20 635 000     | 0,9%                |
| Consommants du régime général et des sections locales mutualistes                                |                                                                                                                                                 | 58 748 000     | 1,0%                |