

points de repère



Les dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) représentent une dépense importante pour l'assurance maladie (5,5 milliards tous régimes) et contribuent de manière non négligeable à la croissance de l'enveloppe des soins de ville (près de 500 millions supplémentaires en 2007). Depuis 2006, le codage permet de mieux connaître la structure de ces dépenses et d'en analyser les facteurs d'évolution. Grâce à ces informations, l'assurance maladie dispose d'outils plus pertinents pour améliorer la connaissance du secteur, décrire des parcours de patients et éventuellement engager des actions visant à améliorer l'efficacité des soins.

Les produits et prestations favorisant le maintien à domicile (lits médicaux, assistance respiratoire, matériels pour diabétiques, nutriments, fauteuils roulants) représentent plus de la moitié des dépenses mais constituent surtout le premier facteur de la croissance de la LPP. Celle-ci s'explique en partie par la tendance générale à la diminution des durées d'hospitalisation qui se traduit par un transfert de charge de l'hôpital vers la ville et tout particulièrement sur la LPP. Ce poste particulier et hétérogène est également impacté par les facteurs démographiques (l'allongement de la durée de vie), épidémiologiques (notamment diabète et troubles du sommeil) et technologiques (défibrillateurs cardiaques et genoux à microprocesseur).

Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007

Avec 4,4 milliards d'euros pour le régime général¹ en 2007 et une croissance de 8,6 %, les dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) constituent un poste de dépense important et particulièrement dynamique. Sa composition : fourniture d'oxygène, pansements, aides auditives, prothèses de hanche, stimulateurs cardiaques, lits médicalisés, fauteuils roulants,... en fait un poste très hétéroclite et souvent mal connu. Les données issues du codage de la LPP permettent aujourd'hui de connaître de façon détaillée la composition et la nature des dépenses et d'en analyser les évolutions. Ainsi, après celui des médicaments, de la biologie et des actes, le codage de la LPP permet de décrire encore plus précisément la structure de la consommation médicale et d'éclairer les décideurs (au niveau local et/ou national) sur les actions de régulation des dépenses d'assurance maladie dans ce domaine. Cette étude a pour but de donner un panorama d'ensemble des dépenses afférentes à la liste des produits et prestations et d'en dégager les grandes tendances d'évolution.

- Christine Vaulont, Nathalie Vielfaure, Nathalie Rigollot, Agnès Guérin, Jocelyn Courtois (CNAMTS).
Avec la participation du Docteur Pascale Poiteau (ERSM Nord-Picardie)

¹ Soit environ 5,5 milliards d'euros tous régimes.

● Les dispositifs d'aide au « maintien à domicile » : la moitié de la dépense et la quasi-totalité de la croissance

Historiquement, la nomenclature de la LPP est divisée en 4 titres divisés eux-mêmes en chapitres, sous-chapitres, etc. (graphique 1).

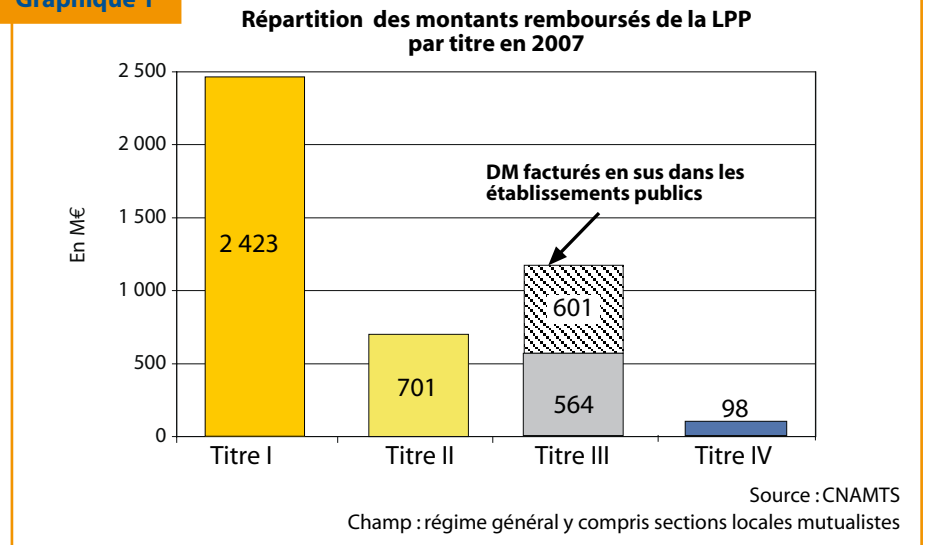
Le titre I, représentant 50% de la dépense (2,4 milliards d'euros pour le régime général), est dédié principalement au maintien à domicile. Les prestations de service, mise à disposition et entretien de dispositifs en location (lits, appareils pour assistance respiratoire, fauteuils roulants, pompes pour perfusion), y côtoient la vente de matériel (déambulateurs, lecteurs de glycémie pour diabétiques,...) et de consommables (pansements, seringues, et nutriments).

Le Titre II, avec 19% de la dépense (701 M€), est consacré aux orthèses (ou appareils de soutien (type colliers cervicaux) et prothèses externes (ex : pieds à restitution d'énergie, prothèses mammaires) qui permettent souvent de corriger un handicap. Ce poste comporte donc des produits très divers : semelles, chaussettes de contention, appareils correcteurs de surdité, aérateurs transtympaniques, chaussures orthopédiques avec le cas échéant leurs prestations associées : celles de l'opticien, de l'audioprothésiste, de l'orthoprothésiste ou encore du pédicure.

Le titre III est constitué de tous les produits implantables qui sont essentiellement facturés en sus des soins réalisés en établissement (encadré 1). Il s'agit de prothèses de hanche, de stimulateurs cardiaques mais aussi de greffons osseux d'origine humaine ou encore de valves d'origine animale. Ces dispositifs médicaux sont remboursés aux établissements publics et privés pour un montant total de 1165 millions d'euros en 2007 mais seules les dépenses afférentes aux cliniques privées (soit un peu moins de la moitié) seront présentées dans le détail dans cette étude².

Enfin, le dernier titre, le IV (98 M€), est dédié à l'achat et à la réparation des

Graphique 1



fauteuils roulants (les fauteuils à la location sont inscrits au Titre I).

De 2000 à 2007, les dépenses de la LPP ont augmenté en moyenne de 9,2 %. Ce taux serait légèrement plus élevé si l'on tenait compte des dispositifs médicaux implantables (titre III) qui ont été réintégré dans les GHS (encadré 1).

Les remboursements de la LPP délivrée en ville (hors établissements de santé) ont augmenté quant à eux de plus de 11 % en moyenne entre 2000 et 2007.

Cette forte croissance de la LPP est essen-

tiellement liée à celle du titre I qui contribue à près de 80 % de l'augmentation sur cette période (graphique 2). En effet, le développement du maintien à domicile consécutif à une politique de diminution de la durée de séjour hospitalier induit un « transfert » de charge de l'hôpital vers la ville. Les produits de la LPP sont particulièrement concernés, notamment pour les dispositifs de maintien à domicile proprement dit (lits médicalisés, matelas et coussins anti-escarres, matériels de perfusion), les matériels d'assistance respiratoire (ventilation, oxygénothérapie) ou encore les pansements et les nutriments.

Encadré 1

LPP et GHS

La réforme de la Tarification à l'Activité (T2A) pour les établissements de santé instaurée par la LFSS pour 2003 s'appuie sur une tarification en fonction du groupe homogène de séjour (GHS), qui comprend :

- un prix global du séjour établi à partir d'une échelle nationale de tarifs fixés par arrêté,
- la facturation en sus des honoraires médicaux, uniquement pour les établissements privés.

Certains dispositifs constituent des consommations intermédiaires, notamment les dispositifs implantables inscrits au Titre III. Si ces dispositifs sont inscrits sur les listes des produits et prestations facturables en sus, ils sont alors pris en charge individuellement, en plus du tarif du GHS. Sinon, ils sont compris dans le montant alloué au titre du GHS, comme par exemple les implants cristalliniens pour la cataracte. Il existe deux listes des produits et prestations facturables en sus : une liste commune aux deux secteurs public et privé, et une liste complémentaire réservée au seul secteur privé. Les listes des produits facturables en sus sont révisées tous les ans, souvent dans le sens d'une intégration des dispositifs dans le tarif du GHS (qui est alors revu à la hausse). Ce type de modification induit donc des effets de champ dont il faut tenir compte dans l'analyse des évolutions des montants remboursés.

² Pour les établissements publics, seuls les montants facturés sont connus. L'information détaillée sur les dispositifs médicaux remboursés n'est pas encore intégrée dans le système d'information de l'assurance maladie.

● Prescription, distribution et patientèle

63% de la dépense de dispositifs médicaux est consécutive à une prescription de médecins généralistes, ce qui est légèrement moins élevé que pour le médicament (67%). Ce taux n'est toutefois pas entièrement illustratif de la véritable place des généralistes. En effet, à l'instar de nombreux médicaments, la première prescription est souvent à l'initiative de médecins spécialistes ou hospitaliers.

Les plus faibles proportions de prescription de médecins généralistes concernent :

- d'une part, les dispositifs médicaux implantables qui sont, par définition, le fait de médecins hospitaliers,
- d'autre part, les dispositifs médicaux dont le diagnostic nécessite un appareillage particulier et/ou une compétence spécifique : on pense là à l'optique, de façon évidente, mais aussi aux aides auditives ou encore aux dispositifs contraceptifs.

La distribution des produits de la LPP est assurée de façon principale par les pharmaciens (40 % en valeur). Les autres intervenants sont « des prestataires de maintien à domicile », agences de sociétés importantes ou entités indépendantes spécialisées dans certaines activités (perfusion, incontinence, stomies, nutrition), des orthésistes, des podologues, des orthoprothésistes (fabricants de grand appareillage orthopédique) ou encore des podo-orthésistes (fabricants de chaussures thérapeutiques sur mesure) et bien sûr des opticiens ou des audioprothésistes. Enfin pour les dispositifs implantables du titre III, ces produits sont livrés, sur demande du prescripteur, à l'établissement, qui refacture le montant à l'assurance maladie.

En 2007, près de 20 millions d'assurés du régime général ont bénéficié d'un remboursement au titre de la LPP mais seulement 14 millions hors remboursements d'optique.

L'âge de la patientèle (tableau 1) est très hétérogène : les usagers de lits médicaux ont en moyenne largement plus de 70 ans, tout comme les assurés utilisant des coussins et des matelas anti-escarres, des

Encadré 2

La LPP et la fixation des tarifs et des prix TTC

Antérieurement, l'administration en charge de la nomenclature des dispositifs médicaux fixait un tarif de remboursement sans néanmoins donner de limite aux prix de marché (sauf pour les prothèses implantables et le grand appareillage). Ainsi, les distributeurs étaient libres de fixer leur marge conduisant à des restes à charge pour le patient très variables en fonction du dispositif lui-même mais aussi du distributeur. Jusqu'en 2004, le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) proposait aux ministres compétents les tarifs de remboursements de produits et prestations. Depuis la loi de réforme de 2004, le Comité fixe lui-même, par convention avec les intervenants, ou à défaut par décision unilatérale, les tarifs et, le cas échéant, des prix limite de vente.

Les tarifs

Les articles L 165-2 et R 165-14 du Code de la Sécurité Sociale (CSS) concernent la fixation des tarifs. Le R 165-14 énumère les critères principaux à prendre en compte pour déterminer les tarifs. Ce sont le service rendu, l'amélioration éventuelle de celui-ci, le cas échéant les études complémentaires demandées, les tarifs des produits comparables, les volumes de ventes prévus, enfin les conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Les prix limite de vente

Les articles L. 165-3 et L. 162-38 du CSS concernent la fixation des prix limite de vente (PLV). Le L. 162-38 indique que la détermination des PLV, si le CEPS décide de l'instaurer, doit tenir compte de l'évolution des charges, des revenus et des volumes d'activité des entreprises concernées.

La politique de réglementation des prix menée par le CEPS³ consiste à fixer ces prix limite de vente au niveau des tarifs de remboursement. Néanmoins le comité a la possibilité de retenir des niveaux de prix plus élevés.

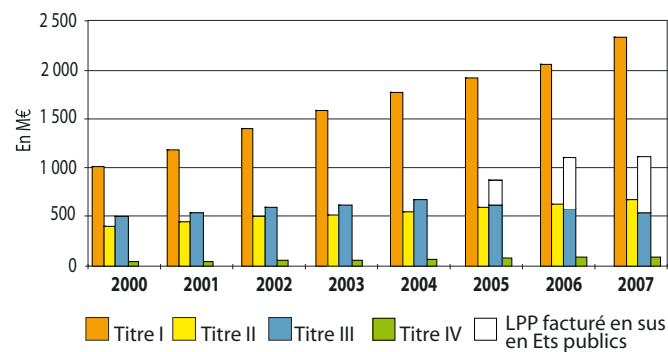
La TVA : 3 taux pour la LPP

Contrairement aux médicaments remboursables soumis à un taux unique de TVA de 2,1%, les produits et prestations de la LPP sont soumis à trois taux différents* : 2,1 % sur l'oxygénothérapie, 5,5% taux réduit pour les produits destinés principalement à des personnes handicapées (fauteuils roulants, produits pour diabétiques et stomisés, orthoprothèses, ...) et le taux normal, 19,6%, pour les autres dispositifs (ex : optique, pansements, lits médicalisés).

* en dehors des DOM qui bénéficient d'un statut fiscal différent.

Graphique 2

Évolution des montants remboursés de la LPP depuis 2000⁴ par titre



Source : CNAMTS
Champ : régime général y compris sections locales mutualistes

stimulateurs cardiaques ou encore des implants orthopédiques ou des aides auditives.

À l'opposé, il est inférieur à 50 ans pour les pansements, la nutrition (orale⁵ et

entérale) et l'optique. Pour la majorité des postes il se situe aux alentours de 60 ans (aides à la marche, perruques, perfusion, etc).

Le taux de remboursement moyen de la

³ CEPS – Rapports d'activité pour 2004, 2005 et 2006, consultables sur le site du ministère de la Santé.

⁴ Pour les cliniques privées, les dispositifs implantables ont toujours été comptabilisés séparément dans les statistiques de l'assurance maladie avant et après la mise en place de la T2A. En revanche, pour les établissements publics, ce n'est qu'à partir de 2005 que l'on dispose de données sur les facturations de dispositifs implantables.

⁵ Parmi les dispositifs de nutrition sont comptés des compléments alimentaires le plus souvent pour des personnes âgées mais aussi des produits destinés à des patients jeunes et présentant certaines allergies ainsi que des solutés de réhydratation pour les enfants de moins de cinq ans.

Tableau 1

Profil des bénéficiaires ayant eu un remboursement dans la LPP en 2007

	Nombre de bénéficiaires	% d'hommes	Age moyen	Taux moyen de remboursement	Exonération pour ALD
Optique : verres et montures	8 587 858	42%	43	72%	13%
Pansements	6 820 819	45%	50	85%	46%
Nutrition orale	1 055 685	38%	46	93%	7%
Dispositifs pour autocontrôle du diabète	1 003 821	48%	64	98%	89%
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles et déambulateurs	848 147	41%	59	90%	63%
Dispositifs de contention : bandes	529 092	41%	51	84%	42%
Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles)	486 183	48%	61	100%	95%
Audioprothèses	465 819	46%	72	83%	37%
Lits médicaux	353 395	33%	79	97%	85%
Respiratoire : chambres d'inhalation et débitmètres	314 745	57%	10	69%	8%
Matériel anti-escarres : matelas et coussins	271 402	36%	78	97%	85%
Fauteuils roulants : location et achat	256 688	37%	70	95%	77%
Génito-urinaire : implants (dont grains d'iode), électrostimulation	244 549	6%	42	78%	14%
Dispositifs contraceptifs	219 306	0%	37	69%	5%
Pression positive continue pour apnée du sommeil : prestation seule	196 540	76%	62	85%	46%
Perfusion : systèmes passifs	184 707	47%	64	99%	92%
Dispositifs de maintien, protection et immobilisation	162 572	47%	45	78%	23%
Dispositifs injectables viscoélastiques	159 186	34%	67	80%	28%
Optique : lentilles et aides visuelles	138 976	40%	27	71%	9%
Génito-urinaire : matériel pour incontinence et sondage vésical	135 837	65%	64	99%	83%
Implants orthopédiques divers et accessoires (vis, ciment)	108 003	47%	58	100%	2%
Oxygénothérapie : prestation seule	90 697	53%	74	99%	88%
Dispositifs pour stomies digestives	90 359	60%	69	98%	88%
Implants : anneaux gastriques et plaques de réfection de paroi	84 792	65%	57	100%	6%
Podo-orthèses (chaussures orthopédiques)	79 341	49%	57	95%	64%
Ophtalmologie : collyres	60 068	23%	64	80%	32%
Implants orthopédiques de la hanche	51 082	38%	72	100%	4%
Traitements respiratoires : ventilation et prestations composées	42 759	65%	63	97%	81%
Traitement externe de la douleur	42 215	37%	54	85%	33%
Prothèses mammaires	39 063	0%	64	97%	80%
Postiches	34 610	4%	59	96%	83%
Implants orthopédiques du genou	33 892	34%	70	100%	4%
Stents coronariens	31 738	75%	67	100%	47%
Sphère ORL : dispositifs trachéaux et prestation pour trachéotomisés	30 425	63%	55	100%	94%
Dispositifs pour autotraitement et autocontrôle (autres que pour diabète)	27 115	28%	42	90%	42%
Nutrition entérale : poches et prestation	23 355	60%	49	99%	90%
Perfusion : systèmes actifs, pompes implantées ou non	22 993	54%	59	100%	97%
Implants vasculaires	21 256	71%	66	100%	44%
Stimulateurs cardiaques : boîtiers	20 342	54%	79	100%	50%
Stents vasculaires	16 670	73%	68	100%	57%
Sondes défibrillation et de stimulation	15 943	55%	78	100%	46%
Prothèses oculaires et faciales	15 450	54%	56	100%	28%
Greffons, substituts et implants osseux	14 817	47%	55	100%	4%
Autres véhicules pour personnes handicapées (poussettes, tricycles)	12 270	34%	69	100%	84%
Implants orthopédiques du rachis	10 307	47%	54	100%	6%
Implants orthopédiques : coude, épaule, poignet, main et doigt	6 170	26%	67	100%	6%
Implants d'expansion ou de comblement	1 960	75%	48	100%	89%
Défibrillateurs implantables : boîtiers	1 183	80%	67	100%	56%
Neurostimulateurs implantés	795	35%	53	100%	12%

* A noter : pour les implants, seules les données afférentes aux cliniques privées sont prises en compte.

Source : CNAMTS - Champ : régime général hors sections locales mutualistes

LPP est de 90 %. Ce taux élevé traduit la part importante de personnes bénéficiant d'une exonération de ticket modérateur, soit au titre d'une ALD, soit au titre de l'exonération liée à l'acte⁶. Néanmoins les disparités sont nombreuses (tableau 1) d'un secteur à l'autre : de 70 % environ

pour l'optique à 100 % pour les dispositifs implantables et les véhicules pour personnes handicapées. Par ailleurs le niveau de ce taux de remboursement moyen est à relativiser. En effet, de nombreux produits et prestations bénéficient de la liberté des prix (cf encadré 2). C'est tout

particulièrement le cas pour le titre II (par exemple l'optique et les audioprothèses) où les tarifs de prise en charge ne constituent parfois qu'une participation aux frais laissant des restes à charge importants aux assurés et aux organismes d'assurance complémentaire.

● Quatre classes regroupent la moitié des dépenses

Depuis le codage obligatoire des produits et prestations, l'assurance maladie dispose d'informations détaillées sur la nature de ces matériels. Autrefois ventilés en une vingtaine de codes prestations, ils sont aujourd'hui décrits finement à l'aide de plus de 3 000 codes. La CNAMTS a procédé, à partir d'une nomenclature spécifique⁷, à des regroupements par groupe anatomique ou fonctionnel qui permettent d'analyser les dépenses de façon plus synthétique (ex : appareil respiratoire ou maintien à domicile).

Les dépenses de la LPP sont relativement concentrées : en effet sur un total de 3,4 milliards d'euros pour le régime général hors sections locales mutualistes⁸, les 3 premières classes représentent 42% de la dépense, et les 4 premières plus de 50 % (tableau 2 et graphique 3). Parmi les premières classes, conformément à ce que l'on a vu plus haut, ce sont les produits et prestations permettant le maintien et le soin à domicile des patients qui regroupent une grande part des dépenses. Ainsi les appareils d'assistance respiratoire (classe R) constituent le premier poste de dépense de la LPP, suivi des dispositifs pour diabétiques (classe H) ; les lits, matelas et matériels de perfusion (classe T) occupent la quatrième position suivis de la classe incluant les pansements (classe D) et de celle incluant les nutriments (classe A). L'appareillage externe représente néanmoins 13 % des dépenses avec plus de 420 millions d'euros de dépenses en 2007 et se classe en troisième position.

La croissance des dépenses est liée principalement à trois classes (tableau 2) : le respiratoire (traitement de l'apnée du

Tableau 2

La dépense de la LPP en 2007, par grande classe technico-thérapeutique

Classe	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Contribution à la croissance
R APPAREIL RESPIRATOIRE	504,1	16%	27%
H MÉTABOLISME	464,4	16%*	24%*
O APPAREILLAGE ORTHOPEDIQUE EXTERNE	422,8	7%	11%
T MAINTIEN À DOMICILE	362,6	13%*	16%*
D DERMATOLOGIE	298,0	5%	6%
A APPAREIL DIGESTIF ET ABDOMEN	259,8	1%	1%
M IMPLANTS ORTHOPEDIQUES	247,0	4%	4%
S ORGANES DES SENS ET SPHERE ORL	219	6%	4%
C SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE	210,2	-6%	-5%
K AIDES A LA VIE ET FAUTEUILS ROULANTS (VPH)	193,7	10%	6%
G APPAREIL GENITO-URINAIRE	158,8	8%	4%
E PROTHESES REPARATRICES A VISÉE ESTHÉTIQUE	8,7	6%	0%
N NEUROLOGIE	7,8	15%	0%

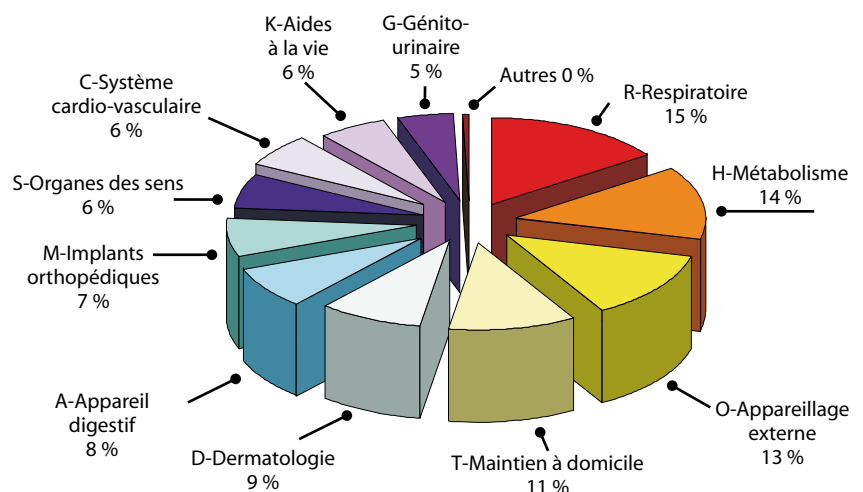
* Du fait d'un effet de champ, les évolutions ont été recalculées sur ces deux postes.

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

Graphique 3

Répartition des dépenses de la LPP par classe technico-thérapeutique



Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

⁶ Le taux de remboursement théorique à la LPP est unique et de 65 %. L'assuré peut être exonéré de ticket modérateur soit du fait de la nature du produit (orthoprothèses et fauteuils roulants à l'achat) soit du fait de droits propres (ALD, maternité, accident du travail, ...) soit du fait de l'acte associé à la pose du dispositif (tarif de l'acte supérieur à 91€).

⁷ Si des travaux semblent avoir débuté dans ce sens à l'échelle européenne, aucune nomenclature internationale sur les dispositifs médicaux n'est à ce jour disponible à l'instar de ce qui existe pour les médicaments (classe ATC ou classe EPHMRA).

⁸ Toutes les dépenses présentées ci-dessous correspondent à des montants pris en charge par le régime général, hors sections locales mutualistes (SLM). Par ailleurs, pour les dispositifs implantables, seules les dépenses des cliniques privées sont prises en compte.

sommeil et oxygénothérapie), le métabolisme (diabète) et le maintien à domicile (lits, matelas et matériels de perfusion). Ces tendances lourdes de la croissance de la LPP étaient déjà identifiées dans les statistiques mensuelles de l'assurance maladie ; le codage permet désormais d'analyser plus finement ces évolutions et de caractériser les principaux facteurs.

● L'appareil respiratoire : l'essor de la pression positive continue (PPC)

L'appareil respiratoire (tableau 3) constitue le plus gros poste de dépense de la LPP avec plus de 500 M€ en 2007. Alors que les remboursements de médicaments pour le traitement des maladies respiratoires sont liés principalement à l'asthme, dans le domaine de la LPP,

ce sont d'autres pathologies qui sont concernées : la broncho pneumopathie obstructive chronique (BPCO), le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) mais aussi la mucoviscidose.

L'oxygénothérapie⁹ seule (180 M€), destinée aux patients souffrant d'insuffisance respiratoire grave, et le traitement par pression positive continue (160 M€) contre l'apnée du sommeil, constituent l'essentiel de la dépense dans le domaine du respiratoire. Ces prestations sont prises en charge sous forme de forfaits hebdomadaires, variant de 25€ pour la PPC à 111,52€ par semaine pour l'oxygénothérapie liquide, pour des patients chroniques. À ces dépenses s'ajoutent les prestations composées¹⁰ (près de 80 M€).

Si l'oxygénothérapie contribue depuis longtemps à l'augmentation du respira-

toire (+ 16 % entre 2006 et 2007) liée en partie au développement du maintien à domicile, la PPC constitue aujourd'hui le facteur principal de cette progression. La reconnaissance de l'importance des troubles du sommeil dans l'altération de la qualité de vie¹¹ explique sans doute cette dynamique des dépenses. Néanmoins, compte tenu des enjeux financiers et de santé publique, la large diffusion de la PPC devra s'accompagner d'évaluations des pratiques et des conditions d'utilisation afin de s'assurer de l'efficacité et de la qualité de cette prestation.

Le matériel d'aérosolthérapie, sans lequel certains médicaments ne seraient pas aussi efficacement diffusés dans les bronches, représente 32 M€, principalement pour des patients atteints de mucoviscidose.

Tableau 3

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « respiratoire »

Appareil respiratoire – TOTAL 504,1 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Pression positive continue pour apnée du sommeil, prestation seule	163,6	23%	32%
Oxygénothérapie seule, long terme liquide	111,1	13%	22%
Traitements respiratoires, prestations avec oxygène	77,2	15%	15%
Traitements respiratoires, prestations seules de ventilation	49	25%	10%
Oxygénothérapie seule, long terme gazeux	52,2	3%	10%
Aérosolthérapie	32,1	12%	6%
Oxygénothérapie seule, court terme	15,5	13%	3%

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

● Métabolisme et diabète : les consommables, facteur de la croissance des dépenses

Le poste métabolisme est essentiellement composé des dispositifs pour diabétiques (tableau 4) qui se décomposent eux-mêmes en deux fonctions : le traitement par injection d'insuline (avec des

seringues, des stylos ou des pompes), soit 29% de la dépense et le contrôle, principalement de la glycémie (avec les lecteurs, leurs bandelettes et les lancettes) pour 71 %.

Plusieurs facteurs expliquent la dynamique de ce poste (+ 16 % entre 2006 et 2007) : le nombre toujours plus élevé de diabétiques et notamment ceux sous insuline¹², l'élargissement de la pres-

Tableau 4

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « métabolisme »

Métabolisme – TOTAL : 464,4 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Autocontrôle du diabète : consommables	303,0	12%	65%
Autotraitement du diabète : matériel d'injection (seringues, stylos, aiguilles)	50,4	7%	11%
Autotraitement du diabète : pompes externes*	42,9	50% *	9%
Autotraitement du diabète : matériel d'injection pour pompes*	41,3	34% *	9%
Autocontrôle du diabète : matériel, dont lecteurs de glycémie	25,4	11%	5%

(*) Du fait d'un effet de champ, les évolutions ont été recalculées sur ces deux postes

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

⁹ L'oxygène est disponible sous 3 formes : l'oxygène gazeux comprimé puis détendu (en bouteille), l'oxygène liquide (en container) et l'air enrichi en oxygène (à l'aide d'un concentrateur).

¹⁰ Quand plusieurs traitements respiratoires sont associés (oxygène + PPC ou oxygène + ventilation), on parle alors de prestations composées.

¹¹ Rapport sur le thème du sommeil (Dr J.P. Giordanella) – Ministère de la santé et des solidarités – décembre 2006.

cription des bandelettes pour les diabétiques de type 2 et aussi une utilisation des pompes à insuline qui se développe rapidement. À l'opposé, le transfert des seringues et des stylos réutilisables vers les stylos préremplis et jetables (vendus avec l'insuline) contribue modestement à la modération de ces dépenses. Avec la croissance très forte des dépenses

au cours des dernières années, le contrôle de la glycémie constitue dorénavant le troisième poste en terme de prise en charge des diabétiques après les insulines et les antidiabétiques oraux. À noter que pour l'automesure ce sont les consommables et non le matériel lui-même qui pèsent sur les dépenses : pour 1€ remboursé pour le lecteur,

ce sont 12€ qui le sont sur les consommables liés. Cette progression a conduit récemment les autorités à diminuer le prix des bandelettes de glycémie. Mais à 39 centimes d'euro l'unité, leur utilisation plusieurs fois par jour représente encore des budgets individuels annuels très conséquents.

● 423 M€ pour l'appareillage orthopédique externe

Sont regroupés dans le poste appareillage orthopédique (tableau 5) :

- le petit appareillage orthopédique, composé pour une large part de produits fabriqués en série (bas et collants de contention, colliers cervicaux, ceintures lombaires ou encore orthèses plantaires),
- le grand appareillage orthopédique pour les personnes handicapées ou

amputées et les chaussures orthopédiques qui sont des dispositifs fabriqués sur mesure.

Le codage de ces produits n'étant pas encore effectif, la composition précise et les facteurs d'évolution sont encore relativement mal connus. Néanmoins, la progression des dépenses dans ce domaine semble liée essentiellement

aux effets prix (revalorisations annuelles des tarifs des prestations sur mesure), aux transferts (notamment pour les bas de contention qui ont pu bénéficier de la baisse de prise en charge des veinotoniques) ou encore aux évolutions technologiques (comme les pieds à restitution d'énergie, les genoux à microprocesseur destinés généralement à des patients actifs).

Tableau 5

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « appareillage orthopédique externe »

Appareillage orthopédique externe : 422,8M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Orthèses (petit appareillage)	219,8	8%	52%
Orthoprothèses	128,0	7%	30%
Chaussures orthopédiques sur mesure	53,7	3%	13%
Dispositifs injectables viscoélastiques	12,8	18%	3%

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

● Lits, matelas et coussins : une place centrale pour le maintien à domicile

Avec la diminution des durées de séjour à l'hôpital et l'augmentation de l'espérance de vie, les matériels de maintien à domicile proprement dit - lits médicaux (200 M€), accessoires de perfusion (pompes, potences, pieds à sérum 100 M€), matelas et coussins de prévention des escarres (60 M€) - représentent une part de plus en plus importante des

dépenses de la LPP avec 360 M€ au total en 2007 (tableau 6). Ils contribuent significativement à la dynamique des remboursements.

Néanmoins, après plusieurs années de forte évolution, ce poste devrait être fortement impacté par la modification de la tarification des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, afin de favoriser

une meilleure efficacité des ressources dans ce domaine, les prestations payées pour des lits prescrits à des personnes hébergées en établissement devraient être réintégrées dans les forfaits de soins de ces établissements et induire de fait un transfert de charge de l'enveloppe ville vers celle du médico-social.

Tableau 6

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « maintien à domicile »

T - Maintien à domicile – Total 362,6 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Lits médicaux : location	169,7	10%	47%
Perfusion : diffuseurs portables et divers	61,9	11%	17%
Matelas, compresseurs et accessoires	51,4	17%	14%
Perfusion : pompes externes, sauf insuline, consommables	29,0	13% *	8%
Lits médicaux : accessoires et réparations	18,0	8%	5%
Lits médicaux : achat	14,7	75%	4%
Coussins anti-escarres	9,2	16%	3%
Perfusion : pompes externes, sauf insuline	8,3	6% *	2%

(*) Du fait d'un effet de champ, les évolutions ont été recalculées sur ces deux postes

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

¹² Voir aussi le point de repère n°9 – les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006 – Michel Païta, Alain Weill – CNAMTS septembre 2007

● 257 M€ de dépenses consacrés aux pansements en 2007

Sous le poste « dermatologie » sont regroupés principalement les remboursements de pansements (tableau 7). Ceux-ci peuvent être classés en deux grandes catégories¹³ :

- les pansements dits primaires (164 M€) sont de véritables dispositifs de soins pour les plaies chroniques, souvent fortement invalidantes comme les ulcères et les escarres chez la personne âgée,

les plaies du pied chez le diabétique, les brûlures du premier ou du second degré. Leur composition est variée : charbon, polyuréthane, hydrocolloïde, hydrogel, alginates. Les tarifs de ces pansements sont relativement élevés (30 € la boîte de 10) et ont d'ailleurs subi des baisses en 2006 expliquant la croissance modérée de ces dépenses en 2007.

- les pansements dits secondaires (93 M€) : compresses, pansements absor-

bants qui sont utilisés pour recouvrir les plaies, le plus souvent aiguës, afin de lutter contre les risques d'infection et nettoyer les plaies.

Aux côtés des dépenses de pansements, se trouvent celles afférentes aux dispositifs de maintien (sparadrap et bandes de crêpe) pour 27 M€ ainsi que les bandes de contention indispensables dans le soin de l'ulcère de jambe (13 M€).

Tableau 7

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « dermatologie »

D - Dermatologie - 298 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Pansements primaires (actifs)	163,5	3%	55%
Pansements secondaires (passifs)	93,1	10%	31%
Pansements : dispositifs de fixation et de maintien	26,9	0%	9%
Bandes élastiques de contention	13,2	9%	4%

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

● La très forte croissance de la nutrition orale

La classe « appareil digestif et abdomen » constitue un agrégat relativement hétérogène (tableau 8). Il est composé majoritairement des dispositifs pour la nutrition (60 % des dépenses) et des matériels de stomies destinés à des personnes ayant subi l'ablation temporaire ou définitive d'une partie de leur intestin (25 %). Pour des montants bien moindres sont aussi comptés certains implants : les plaques de réfection de paroi pour le traitement des hernies de l'aîne et les anneaux gastriques utilisés en chirurgie de l'obésité.

Jusqu'en 2006 étaient également comptabilisés les matériels de sutures internes. Ceux-ci ont été depuis intégrés dans les GHS (cf. encadré 1). Cet effet de champ négatif compense ainsi temporairement la très forte croissance de la nutrition orale expliquant ainsi le taux de croissance très faible de la classe « appareil digestif et abdomen » (1 %).

La nutrition orale (soupes, crèmes desserts, boissons lactées) qui n'a pas le statut de médicament, mais celui d'aliment destiné à des fins médicales spéciales (ADFMS) représente une dépense annuelle pour le régime général de 93 M€. Réserve lors de leur inscription à certaines pathologies, l'usage de ces produits préparés industriellement s'est répandu. Le développement du maintien à domicile et un recours large à ces nutriments ont contribué à la croissance très forte des remboursements (+ 21 % en 2007). Ils devraient, en outre, prochainement être pris en charge pour toute personne dénutrie¹⁴, les indications officielles rejoignant enfin les pratiques réelles. Parallèlement à cet élargissement des indications, l'intégration de la nutrition dans les forfaits des EHPAD devrait conduire à un transfert de charge de la ville vers le médico-social, les autorités espérant ainsi une utilisation plus efficiente des ressources consacrées à la nutrition.

La nutrition entérale concerne quant à elle des patients qui ne peuvent plus se nourrir par voie orale. Il est donc nécessaire d'avoir recours à des moyens artificiels pour administrer des solutions prêtes à l'emploi directement dans le système digestif à l'aide de dispositifs divers. Les poches de nutrition et le matériel associé à leur diffusion permettent à ces malades, peu nombreux (quelques milliers) de regagner leur domicile. Mais ce maintien a un coût : plus de 64 M€, les deux tiers de cette dépense étant consacrés non pas aux poches de nutriments elles-mêmes mais aux prestations de service hebdomadaires¹⁵.

La troisième forme d'alimentation, la nutrition parentérale, consiste à perfuser dans le réseau veineux des solutions nutritives équilibrées. Mais les poches utilisées dans ce type de nutrition ont le statut de médicament et ne sont pas comptabilisées ici.

¹³ Evaluation des pansements primaires et secondaires. Service évaluation des dispositifs. HAS. Octobre 2007.

¹⁴ Avis de la CEPP du 27 septembre 2006

¹⁵ La prestation hebdomadaire varie de 60 € sans pompe à 81 € avec pompe.

Tableau 8

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « appareil digestif et abdomen »

A - Appareil digestif et abdomen – 259,8 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Nutriments pour supplémentation orale	93,3	21%	36%
Dispositifs pour stomies digestives	63,6	5%	24%
Nutrition entérale : prestations	43,9	10%	17%
Nutrition entérale : poches de nutriments	22,1	6%	9%
Implants : plaques de réfection de paroi	17,3	- 12%	7%
Nutrition : dispositifs divers, dont tire-laits	10,6	32%	4%
Implants : anneaux gastriques	7,2	-5%	3%
Agrafage : suture interne	0,2	-99%	0%

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

● Les implants de genou et de hanche représentent 76 % des dépenses d'implants orthopédiques dans les cliniques privées

Les dispositifs orthopédiques implantables comptabilisés ici (tableau 9) sont ceux posés dans les établissements privés.

76% de la dépense est représentée par les prothèses de hanche, conçues il y a

plus de 50 ans, et les prothèses de genou. Les problèmes d'arthrose de la hanche (coxarthrose) et du genou (gonarthrose) auxquels sont confrontées beaucoup de personnes âgées (la moyenne d'âge est d'environ 70 ans) nécessitent d'avoir un

recours à des dispositifs implantables à l'efficacité prouvée.

À ces pathologies s'ajoutent les problèmes traumatologiques (fracture du col du fémur notamment) qui nécessitent parfois le recours à ce type d'implants.

Tableau 9

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « implants orthopédiques »

M - Implants orthopédiques - 247 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Implants orthopédiques de la hanche	99,3	0%	40%
Implants orthopédiques du genou	88,7	7%	36%
Implants orthopédiques autres, dont cheville et accessoires (vis, ciment)	30,0	11%	12%
Implants orthopédiques du rachis	11,7	13%	5%
Implants orthopédiques : coude, épaule, poignet, main et doigt	9,3	11%	4%
Greffons, substituts et implants osseux	7,9	-3%	3%

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

● Près de 200 M€ de dépenses du régime général d'assurance maladie pour les lunettes et les appareils auditifs

Du fait de la liberté des prix sur les lunettes et les appareils auditifs, les montants pris en charge par le régime général présentés ici (tableau 10) sont très inférieurs aux chiffres d'affaires réels du marché. Le rapport du Hcaam¹⁶ sur les dispositifs médicaux estime que les remboursements de l'assurance maladie en matière d'optique ne représentent que 4% du marché et 15% pour l'audiologie. Néanmoins ces taux masquent de fortes

disparités dans la prise en charge, notamment entre les enfants et les adultes. En effet, pour les enfants, la conjugaison de tarifs relativement élevés de l'assurance maladie¹⁷ et une modération des prix sur le marché permettent une bonne prise en charge, tant pour l'optique que pour les audioprothèses. Ainsi pour l'optique, les moins de 18 ans représentent 18% des volumes mais 30% de la dépense. En matière d'audition, les moins de 20 ans

représentent 6% des volumes, mais plus de 30% de la dépense.

Enfin, pour une dépense de 15 M€, sont comptés ici les matériels et prestations de la sphère ORL tels les dispositifs trachéaux pour les patients trachéotomisés/laryngectomisés, notamment ceux leur permettant de retrouver la voix ainsi que les prestations leur permettant d'être ventilés.

¹⁶ Note du HCAAM sur les dispositifs médicaux, mai 2008.

¹⁷ Par exemple, le tarif d'un verre blanc simple foyer de sphère allant de - 6,00 à + 6,00 est de 2,29 € pour un adulte et 12,04 € pour un enfant jusqu'à 18 ans. Un appareil auditif est quant à lui pris en charge à hauteur de 199,71 € pour un adulte contre 1250 € jusqu'à 20 ans.

Tableau 10

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « organes des sens - sphère ORL »

Organes des sens et sphère ORL - 219 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Verres	88,4	6%	40%
Appareils électroniques de surdité	61,7	8%	28%
Montures de lunettes	41,5	5%	20%
Dispositifs trachéaux, prestation pour trach�otomiss�s, prothèses vocales	20,9	0%	10%
Lentilles	4,7	2%	2%

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

● Cardiologie en cliniques privées : la stimulation et le stenting

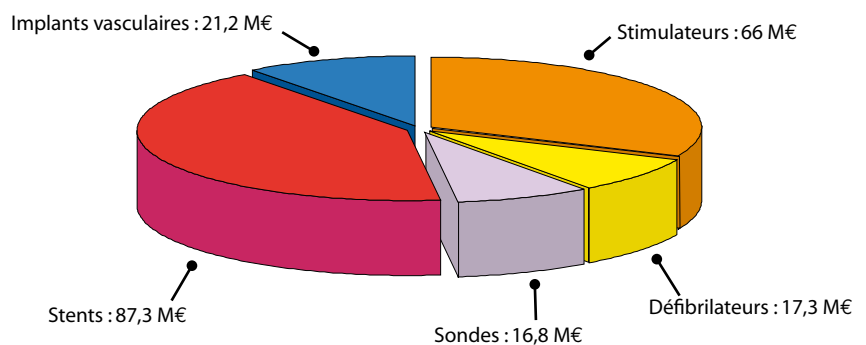
Les dispositifs de ce poste (tableau 11) sont exclusivement des prothèses implantables destinées au traitement des pathologies cardio-vasculaires. Rappelons que ne sont compt es ici que les dépenses afférentes aux cliniques priv es¹⁸. Les évolutions sont donc à prendre avec précaution ; elles peuvent en effet refléter une augmentation ou une diminution des recours à ces technologies, des évolutions tarifaires ou encore des transferts entre secteurs public et privé.

Les dispositifs cardio-vasculaires en cliniques privées se partagent   parité (graphique 4) entre la pose de stents (coronariens ou vasculaires) d'une part et les stimulateurs et défibrillateurs d'autre part.

Le stimulateur cardiaque, ou pacemaker, est un dispositif implanté dans l'organisme délivrant des impulsions électriques régulièrement au cœur et permettant de l'accélérer lorsqu'il est trop lent (bradycardie). Le premier stimulateur¹⁹ était mono-chambre (stimulait une seule cavité). Ensuite, des stimulateurs double chambre (stimulant deux cavités) ont été mis sur le marché. Il faudra attendre la fin des années 1990, pour voir un triple chambre être posé en cas d'insuffisance cardiaque. Cette évolution technologique a un

Graphique 4

Répartition des dépenses de la LPP de dispositifs cardio-vasculaires implantables en cliniques privées



Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

coût : l'assurance maladie rembourse en effet 1 600 à le stimulateur mono-chambre et jusqu'à 4 000   le triple chambre.

Les défibrillateurs, longtemps posés dans le seul secteur public, sont depuis 2001 remboursés en cliniques privées. Le taux d'évolution important peut s'expliquer notamment par l'utilisation en prévention primaire²⁰ de ces dispositifs dont les tarifs s'échelonnent entre 12 500 à le mono-chambre à 16 500   le triple chambre.

Les sondes, pour ces deux technologies, représentent 18 M . La décroissance de ce poste est en partie liée à des baisses tarifaires.

Les stents sont des grillages, le plus souvent métalliques, déployés à l'intérieur des artères et utilisés dans les coronaires depuis le début des années 1990. Le stenting (un stent posé dans une coronaire, associé aux techniques de dilatation) est devenu la technique de référence pour prévenir la resténose. Stents nus et stents actifs médicamenteux représentent ainsi 82 M  de dépenses dans les seules cliniques privées.

Parmi les implants cardiovasculaires sont compt es également les valves cardiaques. Les faibles volumes en secteur privé s'expliquent par le fait que ces interventions restent réalisées majoritairement en secteur public.

¹⁸ Pour les établissements publics, seuls les montants facturés sont connus. L'information détaillée sur les dispositifs médicaux remboursés n'est pas encore intégrée dans le système d'information de l'assurance maladie.

¹⁹ Apparu en France il y a 50 ans.

²⁰ Avis de la commission d'évaluation des produits et prestations de la HAS du 7 février 2007 sur la prévention de la mortalité cardiaque grâce à la pose de défibrillateurs implantables.

Tableau 11

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « système cardio-vasculaire »

C – Système cardio-vasculaire 210,2 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Stimulateurs cardiaques double chambre	54,0	2%	26%
Stents coronariens actifs (médicamenteux)	43,2	-26%	21%
Stents vasculaires (rénal, iliaque, fémoral)	21,7	11%	10%
Stents coronariens inactifs	18,4	-20%	9%
Sondes défibrillation et stimulation	16,8	-7%	8%
Valves cardiaques	10,9	5%	5%
Stimulateurs cardiaques simple chambre	10,0	-4%	5%
Défibrillateurs implantables triple chambre	8,6	21%	4%
Implants de pontage	7,5	-2%	4%
Défibrillateurs implantables double chambre	5,2	22%	2%
Stents vasculaires aortiques (abdominal, thoracique)	4,0	61%	2%
Défibrillateurs implantables simple chambre	3,5	9%	2%
Greffons vasculaires et implants intracrâniens	2,8	17%	1%
Stimulateurs cardiaques triple chambre	2,0	-13%	1%

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

● Une progression rapide (10%) des fauteuils roulants et des autres dispositifs de déambulation

Communément appelé fauteuil roulant, le véhicule pour personne handicapée est devenu au fil des années pour les patients avec un handicap lourd un dispositif de plus en plus sophistiqué. Les fauteuils loués (pour des immobilisations transitoires) et achetés représentent presque 70% des dépenses consacrées aux dispositifs permettant la déambulation (tableau 12).

Notons que ces dépenses comprennent aussi des forfaits de réparations, comme cela est souvent le cas à la LPP pour du matériel dont la durée de vie est de plusieurs années. Pour un fauteuil roulant manuel, utilisé dans des conditions normales, 5 ans est une durée courante d'uti-

lisation. Dans cette catégorie entrent aussi les poussettes pour les infirmes moteurs cérébraux, les fauteuils roulants verticalisateurs destinés à permettre à la personne handicapée de retrouver une liberté de mouvement et les tricycles.

La dépense de fauteuils roulants à l'achat est deux fois supérieure à celle de la location. Ce montant s'explique en partie par les tarifs relativement élevés des fauteuils électriques (marché total estimé à 10 000 unités environ), qui s'échelonnent entre 2 700 € et 3 938 € et jusqu'à 5 187 € pour un fauteuil doté d'une verticalisation électrique. Ces fauteuils n'existent pas à la location car ils

s'adressent à des patients avec un handicap définitif. Les capacités du patient à manier ce type de fauteuil doivent, de plus, être contrôlées par des essais. À noter que pour certains fauteuils électriques il existe un reste à charge non négligeable pouvant être couvert, en partie ou en totalité, par la prestation de compensation du handicap.

Avec les fauteuils sont regroupés dans ce poste les cannes, les déambulateurs, etc. Malgré des coûts unitaires peu élevés, de 6,10€ pour une canne en bois à 53,61€ pour un déambulateur, ils représentent un montant de remboursement de 60 M€ pour le régime général.

Tableau 12

La dépense LPP en 2007, pour la classe « aides à la vie et fauteuils roulants »

Aides à la vie et fauteuils roulants - 194 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Fauteuils roulants : achat et réparations	88,6	7%	46%
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles et déambulateurs	60,0	11%	31%
Fauteuils roulants manuels : location	45,2	13%	23%

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes

● Plus de 120 M€ pour la prise en charge de l'incontinence

Le matériel pour incontinence urinaire (tableau 13), du fait de la forte prévalence de cette pathologie et du développement du maintien à domicile, représente une dépense non négligeable.

Le matériel destiné au drainage actif appelé également sondage vésical est

destiné aux personnes handicapées qui présentent une rétention chronique.

La somme importante (plus de 75M€) consacrée à ces produits s'explique par la qualité des matériaux, notamment quand le sondage est continu et que la sonde reste en place plusieurs semaines.

Le matériel dit de drainage passif, constitué essentiellement par des étuis péniers et des poches de recueil, est destiné principalement aux hommes et représente un montant également important de 60 M€.

Tableau 13

La dépense de la LPP en 2007, pour la classe « génito-urinaire »

G - Appareil génito-urinaire - 159 M€	Remboursement en M€	Evolution 2006-2007	Poids dans la classe
Génito-urinaire, matériel pour sondage vésical	76,1	10%	48%
Génito-urinaire, matériel pour incontinence	57,6	7%	36%
Génito-urinaire, implants dont grains d'iode	14,8	-4%	9%
Dispositifs contraceptifs (sauf dispositifs médicamenteux)	6,3	3%	4%
Génito-urinaire, électrostimulation par sonde externe	3,9	23%	2%

Source : CNAMTS

Champ : régime général hors sections locales mutualistes



Conclusion

Si la croissance globale des remboursements de la LPP s'appuie sur des facteurs incontournables comme le vieillissement de la population, la diminution des durées d'hospitalisation ou encore le progrès technologique, l'analyse fine des remboursements permet d'ores et déjà, et permettra à l'avenir, d'identifier

des postes où des mesures de régulation sont possibles.

Ces mesures pourront agir directement sur les volumes via les prescripteurs tant médicaux que paramédicaux, l'information des distributeurs et le bon usage par les patients.

Par ailleurs, ces informations détaillées sur les parcours de soins et le mode d'utilisation des dispositifs seront utiles dans les réflexions tarifaires à venir en matière de forfaitisation des prises en charge et tout particulièrement dans les établissements de soins ou d'hébergement des personnes âgées.

Contact : nathalie.vielfaure@cnamts.fr