

points de repere



L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples

Le système d'information de l'assurance maladie s'est considérablement enrichi dans les années récentes. Le codage des médicaments, des autres produits de santé, des analyses biologiques, puis plus récemment des actes médicaux, permet de mieux connaître le contenu des soins dont les patients bénéficient. Pour tous les patients exonérés au titre des affections de longue durée (ALD), qui représentent 60% des dépenses remboursées, les maladies sont codifiées. Certaines situations médicales peuvent également être repérées indirectement, par les médicaments prescrits ou les diagnostics posés dans le cadre des hospitalisations. Les résumés de séjour sont en effet maintenant intégrés dans les bases de données, ce qui ajoute une information médicalisée sur les hospitalisations et permet de suivre les trajectoires de soins des patients en rapprochant les soins ambulatoires et hospitaliers. Enfin, la montée en charge d'un panel de bénéficiaires d'une taille importante permet des analyses longitudinales plus riches que le panel d'assurés antérieur.

Les exemples présentés dans ce points de repère illustrent trois types d'analyses qui ont pu être menées grâce à ces avancées.

● Laurence de Roquefeuil, Caroline Fivaz, Carole Le Guen, Sylvie Le Laidier, Marie-Hélène Mougard, Sophie Pépin, Dominique Polton

En 1994, le livre blanc sur la santé et l'Assurance maladie soulignait l'absence de système d'information sur les actes et les pathologies en ces termes : « L'opacité du système de soins a contribué à expliquer l'échec de la politique de régulation, celle-ci ne pouvant s'appuyer sur aucun indicateur pertinent, aucun résultat tangible, aucun critère d'efficacité. Les gestionnaires peuvent faire état de présomptions de dépenses inutiles ou de gaspillages, mais ne possèdent pas le moyen de les mesurer ou de les localiser. Ils ne peuvent donc que manier aveuglément les outils de régulation qui sont à leur disposition et sont mal armés pour procéder à une meilleure allocation des ressources consacrées à la santé... Cette opacité a occulté l'existence de variations considérables dans les pratiques médicales dont la mise en évidence aurait nécessairement conduit à remettre en cause des situations établies ».

La situation, une dizaine d'années après, a considérablement changé. Des progrès substantiels ont en effet été apportés (pour la plupart assez récemment) aux systèmes d'information de l'assurance maladie :

- **Connaissance du contenu médical des soins**

La nature des médicaments, des actes de biologie et des produits de santé prescrits a commencé à

être relevée à partir de 1997. Depuis 2005, la nature des actes techniques réalisée par des praticiens libéraux est également connue exhaustivement, grâce au codage de la CCAM (classification commune des actes médicaux).

- **Connaissance de la pathologie (pour les malades en affections de longue durée, ou par des médicaments traçeurs)**

La description des pathologies dont sont atteints les assurés exonérés du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) a fait pendant longtemps l'objet d'un système d'information spécifique, qui ne pouvait être croisé avec les remboursements – d'où la faiblesse des analyses sur la formation du coût des soins concernés, qui représentent pourtant 60% des dépenses de l'assurance maladie. Désormais ces pathologies sont codées pour chaque patient en ALD et peuvent être rapprochées des consommations médicales connues au travers des remboursements. Au-delà, il est bien sûr possible de repérer certaines pathologies à partir des consommations de médicaments (ce qui est fait par exemple pour analyser les soins aux patients traités pour diabète, qu'ils soient ou non en ALD).

- **Suivi du parcours du patient et de ses épisodes de soins**

Antérieurement les travaux sur des données individuelles par patient étaient possibles uniquement sur l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS), dont la taille (80 000 personnes) était trop limitée pour certaines analyses fines. La centralisation des données de rem-

boursement dans un entrepôt national a permis la constitution d'un panel de bénéficiaires beaucoup plus important (600 000 personnes tous régimes), ainsi que la possibilité, si la situation le nécessite, d'utiliser l'exhaustivité de la base de données.

- **Chainage avec l'information médicalisée sur les séjours hospitaliers**

L'appariement des données de remboursement de l'assurance maladie avec les données issues du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) a été réalisé pour la première fois en 2006. Pour chaque patient, il est donc aujourd'hui possible de décrire sa trajectoire de soins, non seulement dans sa composante de soins ambulatoires en médecine libérale, mais aussi avec ses séjours hospitaliers, dont on connaît les diagnostics et les actes majeurs¹.

Ces développements de l'information disponible ouvrent aujourd'hui des perspectives pour analyser les processus de soins, leurs variations, leur conformité aux référentiels. Plusieurs exemples en sont présentés dans ce Points de repère :

- l'utilisation du panel de bénéficiaires pour suivre les instaurations de traitement médicamenteux ;
- l'observation des trajectoires de malades, avec l'analyse conjointe du PMSI et des soins ambulatoires, pour apprécier le potentiel de rééducation en médecine de ville après certaines interventions chirurgicales ;
- le croisement des traitements médicamenteux et des pathologies pour analyser la conformité des pratiques aux règles d'exonération du ticket modérateur.

● **Suivre les changements de comportements en distinguant anciens et nouveaux patients : l'exemple de la prescription de statines**

La politique dite de « maîtrise médicalisée des dépenses » est fondée sur la recherche du meilleur rapport coût – utilité et coût – efficacité des soins fournis : supprimer des soins ou dépenses inutiles ou peu utiles, inciter les professionnels à privilégier les stratégies thérapeutiques les moins onéreuses à qualité égale, réduire les variations de pratique médicale injustifiées, etc. La prescription médicamenteuse est un des domaines privilégiés d'application de cette démarche et des objectifs d'évolution de la prescription ont été définis conventionnellement avec la profession médicale pour certaines classes thérapeutiques.

Ces objectifs nationaux sont relayés par des actions de terrain visant à sensibiliser les médecins pour favoriser la prescription à meilleur escient². L'analyse de la littérature scientifique montre en effet que le contact direct avec les professionnels³ et le retour d'information sur leurs pratiques sont parmi les stratégies les plus efficaces pour agir sur les comportements individuels.

Les statines font partie des classes médicamenteuses sur lesquelles des objectifs d'inflexion des prescriptions ont été fixés dès 2005⁴. Le marché des hypolipémiants était alors, depuis une dizaine d'années, en France, en forte progression : environ 20 % par an à la fin des années 90⁵. La consommation de statines, mesurée en doses quotidiennes durant l'année 2000, se situait en France entre 50 et

¹ Il reste encore quelques limites et lacunes : d'une part seul le mois de l'hospitalisation est actuellement disponible et non les dates précises de début et de fin de séjour, ce qui peut poser problème dans la perspective d'une analyse fine des événements immédiatement antérieurs ou postérieurs à l'hospitalisation. Par ailleurs en cas de soins externes hospitaliers les bénéficiaires ne sont pas identifiés, et il manque donc lorsque l'on analyse les consommations médicales individuelles les consultations externes, ainsi que les passages aux urgences. Ces lacunes devraient être progressivement comblées dans les années qui viennent.

² C'est dans cette perspective qu'a été mis en place depuis deux ans un réseau de délégués de l'assurance maladie chargés d'informer les professionnels de santé sur les produits et services de l'Assurance Maladie et sur les objectifs des accords conventionnels. Sur les thèmes concernés par les objectifs de maîtrise, des profils personnalisés permettent de restituer à chaque professionnel des informations sur sa pratique individuelle, et de la restituer par rapport à ses confrères. Ces « profils » sont établis à partir des données centralisées au sein du système national d'information inter-régimes (SNIIRAM) et diffusés par les caisses primaires.

³ Service des recommandations et références professionnelles : Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. ANAES, janvier 2000.

⁴ Les autres classes incluses dans la convention de 2005 sont les antibiotiques et les anxiolytiques-hypnotiques. Les inhibiteurs de pompe à proton (IPP) ont été ajoutés en 2006.

⁵ Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux, en France 1988-1999. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Paris : AFSSAPS ; 2001.

60 DDD⁶ pour 1000 habitants et par jour, alors qu'elle se situait entre 20 et 30 dans la plupart des autres pays européens⁷. Par ailleurs, une étude réalisée par l'assurance maladie sur les pratiques d'instauration des hypolipémiants⁸ en 2002 avait montré que dans 2/3 des cas ces traitements étaient initiés sans respect des pré-alables prévus par les recommandations de bonne pratique (régime hygiéno-diététique, exploration biologique bien conduite, valeur seuil de LDL cholestérol). Cet état des lieux révélait aussi que les patients nouvellement traités présentaient un niveau de risque cardiovasculaire faible et que l'indication en prévention primaire des hypolipémiants s'était banalisée bien au-delà des recommandations des Agences. Au total, pour une part, les remboursements de statines, en 2004, résultaient de prescriptions injustifiées au regard des critères adoptés par les experts.

Des actions de sensibilisation des prescripteurs ont donc été menées à partir de 2005, sous la forme d'échanges entre médecins conseils et médecins traitants ; elles ont porté notamment sur la réduction du nombre de traitements inappropriés. Pour juger de l'impact de cette action, il était intéressant d'analyser l'évolution des instaurations de traitement : il est en effet difficile de modifier ou supprimer des traitements déjà installés et c'est sur les nouveaux patients que les comportements de prescriptions peuvent plus aisément s'infléchir.

Ceci a pu être fait en utilisant l'échantillon permanent de bénéficiaires (EPIB), qui permet de suivre, depuis 2003, les consommations de soins d'un échantillon de 500 000 personnes⁹, et notamment de connaître l'historique des traitements médicamenteux. L'évolution des mises sous traitement fait bien apparaître une inflexion nette à partir d'avril 2005, avec une baisse de 13 % du nombre d'instaurations de traitements sur l'ensemble de l'année 2005. Ces résultats obtenus en 2005 ont été prolongés sur 2006 et

2007 (figure 1). S'il n'est pas directement possible, sur ces données globales, de vérifier que la diminution des instaurations de traitements s'accompagne d'un meilleur ciblage des patients, on peut noter qu'on continue à observer une amélioration de la couverture de certains patients à haut risque cardio-vasculaire où le traitement d'une dyslipidémie par statines se justifie : par exemple, la proportion de patients diabétiques traités par statines a continué à croître en 2005 et en 2006 (figure 2).

L'échantillon de bénéficiaires permet ainsi de suivre des patients dans le temps

et donc d'analyser la dynamique de la prescription au cours du temps pour les mêmes personnes. Au-delà des instaurations de traitement, il est possible de suivre les durées, les interruptions, les substitutions de médicaments à d'autres au sein de la même classe thérapeutique, et d'analyser ces pratiques de prescription au regard des situations médicales telles qu'on peut les appréhender avec les codages existants : codes CIM des maladies correspondant à une ALD, codage du médicament qui peut être dans certains cas un marqueur de la pathologie, ou diagnostics et actes codés lors d'une hospitalisation dans le cadre du PMSI.

Figure 1

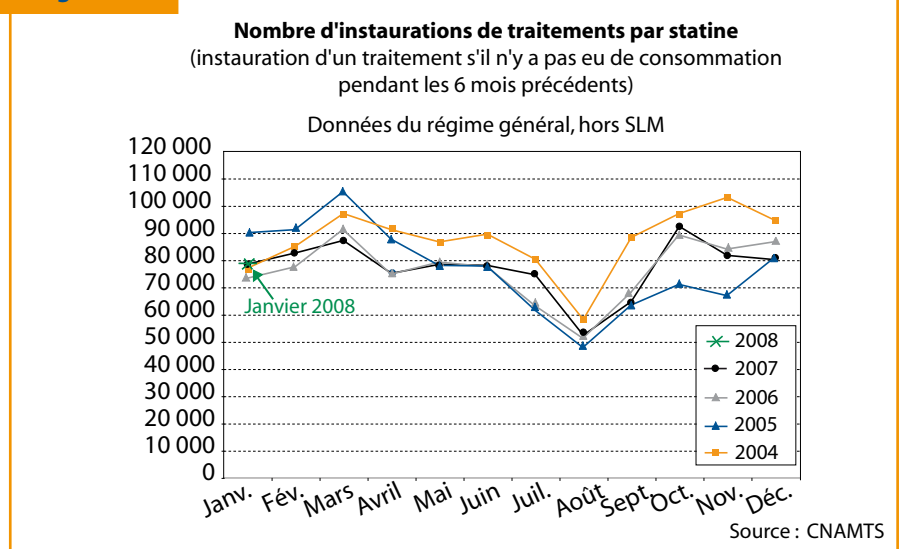
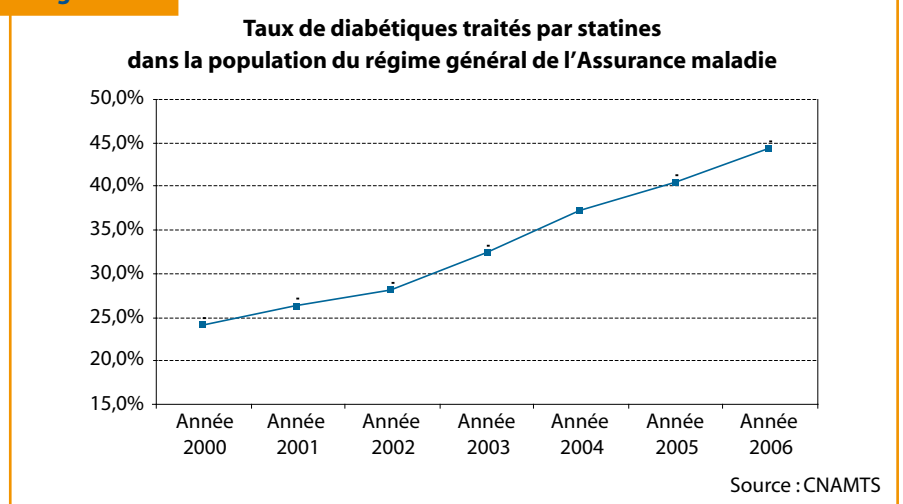


Figure 2



⁶ L'unité de mesure est la defined daily dose, ou DDD, qui correspond à la posologie quotidienne nécessaire pour traiter un adulte de 70 kg dans l'indication principale du médicament. Cette unité de mesure permet de s'abstraire de la composition, de la présentation et du prix des médicaments et de réaliser des études de consommation dans différents groupes de population, en permettant des comparaisons y compris au niveau international. Les consommations en DDD sont généralement présentées rapportées à 1000 personnes et par jour. Ces unités de mesure sont régulièrement actualisées pour tenir compte des évolutions intervenues dans la classification des différentes molécules ou dans les posologies admises pour traiter les patients.

⁷ Walley T. and al. Variations and increase in use of statins across Europe: data from administrative databases. *BMJ* 2004;328:385-386

⁸ Saba G et al. Instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002. *Rev Med Ass Maladie* 2003; 34: 221-31.

⁹ 500 000 personnes régime général, soit 600 000 tous régimes. Voir encadré 1 pour une description de l'EPIB.

● Retracer les processus de soins complets en rapprochant soins ambulatoires et hospitaliers : l'exemple de la rééducation après certains actes chirurgicaux

Utiliser à bon escient les plateaux techniques lourds, et notamment l'environnement hospitalier, est une des voies d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé. C'est pourquoi on a vu se développer dans de nombreux pays, depuis les années 90, des politiques volontaristes visant à redéployer des soins de l'hôpital vers la médecine de ville : développement de la chirurgie ambulatoire, raccourcissement des durées de séjour, prise en charge en médecine de ville de consultations spé-

cialisées antérieurement réalisées dans le cadre hospitalier... Le virage ambulatoire au Québec, l'action du « *managed care* » nord-américain, qui a réalisé d'importants gains de productivité dans ce domaine, ou la politique récente de redéploiement de soins de spécialistes vers les réseaux de soins primaires au Royaume-Uni en sont des exemples.

Des gisements d'efficacité existent également en France dans le secteur de la chirurgie ambulatoire, moins répandue

que dans d'autres pays comparables. Un autre domaine est celui de la rééducation post-opératoire. Les recommandations publiées par la Haute autorité de santé précisent en effet qu'un certain nombre d'actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitent pas, pour un patient adulte justifiant des soins de rééducation, de recourir à une hospitalisation (en service de soins de suite et de réadaptation), dès lors qu'il n'y a pas d'incompatibilité avec le domicile, liées à des complications locales, régionales ou

Encadré 1

Le système d'information inter-régime de l'Assurance maladie (SNIIR-AM)

Le SNIIR-AM est un système d'information médicalisé, mis en œuvre par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie à compter du 1^{er} janvier 2004 en application de l'article L 161-28-1 du code de la Sécurité sociale, inter opérable entre la médecine de ville et l'hôpital.

Il comprend les informations suivantes :

- L'exhaustivité des données de remboursements de l'ensemble des régimes obligatoires, individualisées par patient anonyme et qui portant sur la médecine de ville et les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- Le chaînage avec les données médicalisées hospitalières du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) transmises par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) ; ce chaînage n'était pas possible avant la mise en œuvre du SNIIR-AM.

Outre l'exhaustivité des données de remboursement, ce système d'information permet l'accès à un certain nombre d'informations médicales, à travers :

- Le code pathologie pour les patients en affection de longue durée (ALD) ou en maladie professionnelle ;
- Les diagnostics pour les séjours hospitaliers ;
- Les codages disponibles dans les feuilles de soins : le code CIP des médicaments délivrés, les codes détaillés des actes de biologie, des dispositifs médicaux et des actes médicaux techniques (codage CCAM).

L'échantillon permanent Inter Régime de bénéficiaires de l'Assurance maladie (EPIB ou EPIB-AM)

Les données exhaustives du SNIIR-AM peuvent être conservées pendant une durée de deux ans au-delà de l'année en cours.

Cette durée peut être insuffisante pour analyser l'impact d'actions qui, dans le domaine de la santé, ont souvent des effets à long terme (qu'il s'agisse de politiques de prévention, de mises sur le marché de médicaments, de références de pratiques médicales, ...). C'est pour cette raison qu'a été constitué, à partir du SNIIR-AM, un échantillon permanent de bénéficiaires, dont les consommations de soins sont suivies au cours du temps. Sa création a été prévue par l'arrêté du 20 juin 2005 relatif à la mise en œuvre du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie, qui a prévu une durée de conservation de vingt ans au-delà de l'année en cours.

Il s'agit d'un échantillon au 100ème, les bénéficiaires étant inclus sur la base de la valeur de la clé de contrôle du NIR.

Par rapport au panel existant antérieurement (l'EPAS, échantillon permanent d'assurés sociaux) l'EPIB apporte plusieurs avancées :

- la taille de l'échantillon : environ 600 000 personnes, alors que l'EPAS comportait 80 000 individus ; cette taille plus importante donne des estimations plus robustes pour un certain nombre de variables, et permet d'analyser des phénomènes de faible fréquence qui ne pouvaient être analysés avec l'EPAS ;
- le fait qu'il s'agit d'un échantillon de bénéficiaires (assurés ou ayants droit) tirés au sort directement, et non plus seulement d'un échantillon d'assurés sociaux, auxquels on rattache les ayants droit (la représentativité de l'échantillon par rapport à la population est mieux assurée) ;
- l'extension, à terme, aux trois principaux régimes d'assurance maladie, et au-delà à l'ensemble des régimes de sécurité sociale.

générales, à des pathologies associées ou à l'isolement social de la personne.

L'estimation des gains potentiels qui résulteraient d'une orientation des patients conforme à ces recommandations a pu être approchée grâce au chaînage, disponible pour la première fois en 2005, entre les données de remboursement des caisses et les données collectées sur les séjours hospitaliers dans le cadre du PMSI¹⁰.

Les actes chirurgicaux concernés représentent environ 840 000 séjours hospitaliers en 2005, dont 8% sont suivis d'un séjour en service de soins de suite et de réadaptation (SSR). 630 000 séjours concernent des patients de plus de 18 ans et de moins de 80 ans, sans comorbidité ni multi-pathologie, parmi lesquels 38 000 (6%) ont un séjour en SSR. Trois actes concentrent plus de la moitié des séjours : la libération du canal carpien, l'arthroscopie du genou et la prothèse de hanche ; c'est sur ce dernier acte que les rééducations dans le cadre hospitalier sont les plus fréquentes (35%).

En recoupant les données du PMSI et les données de remboursement des caisses, il a été possible de retracer différents parcours de soins, selon :

- le type d'établissement où a été réalisé l'acte (établissement public ou privé),
- le recours ou non à une rééducation post-opératoire en service de soins de suite et de réadaptation, et si oui le statut de l'établissement,
- le recours ou non à une rééducation en ambulatoire par un masseur kinésithérapeute libéral (les deux modalités de rééducation pouvant se combiner).

La figure 3 retrace les différentes combinaisons possibles, et la répartition des patients entre ces différents parcours de soins.

Le coût pour l'assurance maladie des dif-

férentes modalités de prise en charge a pu également être reconstitué, à l'exception des séjours dans les services de soins de suite et de réadaptation publics :

- environ 300 euros pour une rééducation réalisée uniquement en ville (masseur kinésithérapeute libéral) ;
- environ 4500 euros pour une rééducation réalisée uniquement dans un service de rééducation hospitalier privé ;
- et un coût similaire en cas de combinaison « service de rééducation + kinésithérapie de ville ».

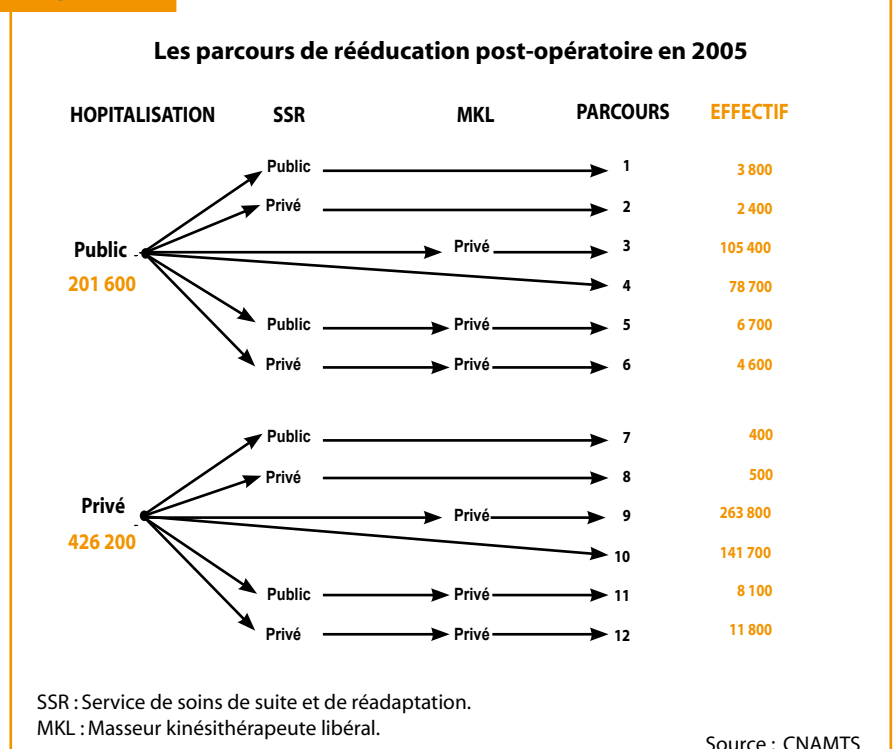
Sur ces bases, l'économie maximale pour l'assurance maladie si tous les patients bénéficiant d'une rééducation en milieu hospitalier avaient eu rééducation uniquement en ambulatoire serait de :

- 71 millions d'euros sur les rééducations opérées en services de soins de suite privés,
- un ordre de grandeur comparable pour les SSR publics, sur la base d'une hypothèse de coût moyen comparable à celui

du séjour de rééducation en secteur privé. L'économie mobilisable est sans doute inférieure : en effet même si l'analyse a tenu compte de co-morbidités et s'est restreinte aux patients de plus de 18 ans et de moins de 80 ans, elle n'a pu prendre en compte toutes les contre-indications à la rééducation en ville, notamment la question de l'isolement social. En outre, la question de la matérialité des économies se pose dans le secteur hospitalier public, compte tenu des modes de financement.

Malgré ces limites, ce travail illustre une démarche innovante, testée ici pour la première fois, de reconstitution des trajectoires de soins en reliant les épisodes hospitaliers et les soins délivrés en ville. Ce rapprochement des systèmes d'information permet de décloisonner la réflexion et ouvre des perspectives nombreuses pour analyser tant la qualité des parcours de soins que l'efficacité des modes de prise en charge.

Figure 3



¹⁰ Voir l'encadré 2 pour une description détaillée de la méthodologie de l'étude.

Méthodologie de l'étude sur les modalités de rééducation des patients après certaines interventions chirurgicales

Des recommandations publiées en mars 2006 par la Haute Autorité de Santé définissent une liste d'actes d'interventions chirurgicales à l'issue desquelles la rééducation, si elle est indiquée, peut être en règle générale réalisée en ville et ne nécessite pas le recours à une hospitalisation en service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces recommandations concernent les patients adultes et pour lesquels il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou de leur isolement social.

L'étude avait pour objectif de définir le potentiel d'hospitalisation en SSR évitable par l'application de ces recommandations et de chiffrer les gains financiers correspondants.

1^{ère} étape :

Les actes définis par la HAS ont été traduits en codes CCAM - classification commune des actes médicaux - et CDAM - catalogue des actes médicaux (au total 758 codes différents entre CCAM et CdAM). A partir du PMSI MCO 2005, les séjours concernés ont été extraits, sur la base de ces actes et de six grands groupes de diagnostics (arthroses, lésions et déformations articulaires, enthésopathies, ostéochondropathies ; mononévrites, affections des racines et des plexus nerveux ; traumatologie (membres supérieurs et inférieurs, rachis) et séquelles ; cervico-dorsopathies ; anomalies ou malformations congénitales ; complications, autres soins...). Les données du PMSI ne comportent pas, et c'est d'ailleurs une limite de l'étude qui sera reprise plus loin, d'informations permettant directement de cerner d'éventuelles incompatibilités avec une rééducation en ambulatoire. En première approche, la population a été restreinte en éliminant les séjours des patients présentant :

- une des comorbidités suivantes: tumeurs malignes et apparentées ; troubles immuno-hématologiques graves ; troubles mentaux organiques (démences) ; schizophrénies et apparentées ; troubles de l'humeur graves ; maladies neurologiques, patients
- une autre pathologie associée à celle codée en diagnostic principal, telle que : lésion de la tête ou du cou (dont rachis), lésion du thorax ou de l'abdomen, traumatisme d'un membre (supérieur ou inférieur).

843 800 séjours avec un diagnostic principal appartenant à l'un des 6 groupes retenus et au moins un acte des listes I ou II issues des recommandations de la HAS ont été dénombrés, dont 738 300 séjours sans comorbidité ni multipathologie au sens indiqué ci-dessus. Cinq actes (libération du canal carpien, arthroscopie du genou, prothèse de hanche, ostéosynthèse d'une fracture d'un membre ou du rachis, réparation chirurgicale de l'avant-pied représentent) 70% des séjours

Si l'on élimine les patients de moins de 18 ans et de plus de 79 ans, il reste 627800 séjours : un tiers des hospitalisations ont lieu dans le secteur public et deux tiers dans le secteur privé. 6,1% de ces séjours donnent lieu à transfert ou mutation vers un service de SSR (8,7% dans le secteur public, 4,9% dans le secteur privé) : soit 38 200 séjours en SSR réalisés à l'issue d'un des actes concernés, pour les patients âgés de 18 à 79 ans, sans comorbidité ni multipathologie.

2^{ème} étape :

Pour les patients ciblés dans le PMSI MCO 2005, les parcours de soins post-hospitaliers ont pu être reconstitués à partir du SNIIRAM (plus précisément de la base de données exhaustives de liquidation des assurés du régime général, ERASME).

Ont été notamment recherchés les soins réalisés par des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ainsi que les hospitalisations dans des établissements privés de soins de suite et de réadaptation, dans un délai de trois mois après la sortie de l'hospitalisation de court séjour du patient. Ces soins sont directement repérables à partir des remboursements de l'assurance maladie. La date des soins est donc comprise entre le 01/01/2005 et le 31/03/2006, le mois de sortie d'hospitalisation et les 3 mois suivant, avec une date de remboursement allant jusqu'au 31/07/2006.

Des soins ayant lieu après une phase d'immobilisation de 3 mois ou présentés tardivement au remboursement peuvent donc échapper à l'analyse.

Par ailleurs, il n'a pas été possible d'identifier les séjours en services de soins de suite et de réadaptation dans le secteur public, les informations de séjour des établissements en budget global n'étant pas encore inclus dans le SNIIRAM au moment de l'étude. Au demeurant, la remontée de ces informations de séjour est tardive et non exhaustive.

Les passages en SSR publics ont donc été identifiés par déduction, lorsque le résumé de séjour indiquait un transfert ou une mutation dans un service de ce type, sans qu'on puisse repérer de facturation d'un séjour dans un établissement privé.

Au total, 12 types de trajectoires ont pu être identifiés, selon que :

- l'acte chirurgical est réalisé en établissement public ou privé,
- il est suivi ou d'un séjour en service de SSR de statut public ou privé,
- et/ou de soins de kinésithérapie en ville.

3^{ème} étape :

Le coût de la rééducation correspondant aux différents scénarios a été évalué dans la perspective de l'assurance maladie (soins remboursés). Le coût des séjours en SSR public n'étant directement observable, l'hypothèse retenue a été celle d'un coût identique au séjour dans un SSR privé.

Le potentiel d'économies induit si, pour tous les patients, les séjours en SSR étaient remplacés par une rééducation en ville a été calculé par différence entre les coûts de ces deux modes de prise en charge (en incluant les coûts de transports dans le coût de la

rééducation en ville). Pour les SSR publics, seule la moitié de l'économie potentielle a été considérée comme réalisable à court terme, compte tenu du mode de financement de ces établissements (dotation globale, coûts fixes, rigidité à la baisse).

Faute d'information directe sur le niveau d'autonomie du patient à la sortie du séjour, des hypothèses ont été faites sur la fraction des patients pour qui la substitution SSR – rééducation en ville était possible :

- 90% pour les patients de 18 à 69 ans
- 70% pour les 70-74 ans
- 40% pour les 75-79 ans (les patients de 80 ans et plus n'ont pas été considérés).

Limites de l'étude

1. La rééducation du patient peut se dérouler en plusieurs étapes. Or, le PMSI n'indique que le mode de sortie à l'issue du séjour en unité de soins de courte durée (MCO). En conséquence, si une intervention nécessite une phase de latence thérapeutique avant le début de la rééducation (comme le justifie une immobilisation plâtrée par exemple), avec sortie vers le domicile, et que cette rééducation se déroule ensuite en unité de soins de suite et de réadaptation (SSR), l'information recueillie dans le PMSI sera une sortie vers le domicile, sans aucune possibilité actuelle de chaîner l'information du patient avec l'hospitalisation (complète ou ambulatoire) en SSR.

2. Il est impossible de juger a posteriori de la possibilité de prise en charge du patient à domicile, aucune information sur la dépendance et l'environnement socio-familial du patient n'étant recueillie dans le PMSI MCO.

3. Les coûts des séjours en SSR public ne sont pas disponibles.

● Croiser les pathologies et les traitements médicamenteux : l'exemple de la gestion du 100% pour les patients en affection de longue durée

La convention médicale de 2005 a défini un objectif concernant le respect de la réglementation de l'« ordonnancier bizonne ».

Il s'agissait moins ici d'améliorer la qualité ou l'efficacité du système que de veiller à un strict respect des règles d'exonération du ticket modérateur. En effet, pour les malades en affection de longue durée (ALD), la règle est que seuls sont pris en charge à 100% les soins liés à la pathologie qui a motivé la mise en ALD, le reste des soins continuant à être remboursé selon les modalités de droit commun.

Pour mettre en œuvre cette règle, les médecins prescrivent sur un ordonnancier comportant deux zones, l'une destinée aux soins liés à la pathologie exonérante, l'autre les autres soins. Des études ont néanmoins mis en évidence que cette règle était diversement respectée, et au fil du temps, pour les patients en ALD, la part des dépenses prise en charge à 100% a eu tendance à augmenter régulièrement.

Dans un premier temps, en appui à l'ob-

jectif défini dans la convention médicale, un indicateur a été construit en rapportant les dépenses prises en charge à 100% des patients en ALD à l'ensemble des dépenses remboursables de ces patients. Cet indicateur, dit « ratio bizonne », augmentait tendanciellement de 0,7 point par an en moyenne. L'objectif négocié dans la convention était de gagner 4 points en 2005 par rapport à cette tendance spontanée. Un avenant ultérieur a défini de nouveaux objectifs pour 2006 (-4 points) et 2007 (-2 points)¹¹.

Les limites de cet indicateur sont assez vite apparues. Très global, il ne permet pas de mettre en évidence de manière précise des pratiques de prescription discutables, et donc de traduire ces objectifs en actions concrètes pour les médecins.

Pour fournir un mode opératoire aux prescripteurs, des fiches d'aide à l'utilisation de l'ordonnancier bizonne ont été élaborées par l'assurance maladie. Pour 6 ALD¹², ces fiches répartissent les prescriptions de médicaments en :

- médicaments ayant un rapport direct et incontestable avec l'ALD,
- médicaments qui ne sont jamais en rapport avec l'ALD,
- médicaments pouvant ou non avoir un rapport, éventuellement indirect, avec l'ALD, à apprécier au cas par cas.

Les données de remboursement exhaustives (SNIRAM) permettent aujourd'hui de croiser, pour chaque patient, l'ALD dont il relève le cas échéant avec les médicaments qui lui sont prescrits. Il est de ce fait possible :

- d'une part de vérifier, sur l'ensemble du territoire, l'adéquation aux guides de prescription,
- d'autre part de renvoyer à chaque médecin un reflet de sa pratique dans ce domaine.

La carte page suivante met en évidence d'importantes disparités départementales du ratio « médicaments prescrits à tort à 100% / total des médicaments prescrits à 100% » pour les 6 ALD. Les médecins de la région parisienne et du sud-est, voire du sud de la France, ont une propension

¹¹ Mesurés sur la base de cet indicateur, les résultats font apparaître de manière très claire une inflexion de comportement à compter de 2005 : le ratio bizonne, qui s'accroissait tous les ans, baisse pour la première fois. Cette baisse est cependant moins rapide qu'escomptée, et elle est surtout sensible sur les prescriptions médicamenteuses. En revanche, elle se poursuit de manière régulière dans le temps.

¹² Les 6 ALD sont :

- ALD n°3 : Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques,
- ALD n°5 : Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales,
- ALD n°8 : Diabète de type 1 et diabète de type 2,
- ALD n°12 : Hypertension artérielle sévère,
- ALD n°13 : Maladie coronaire,
- ALD n°14 : Insuffisance respiratoire chronique grave.

supérieure à celle de leurs confrères des autres régions à prescrire à 100 % des médicaments a priori sans rapport avec l'ALD. Le taux varie de 4% dans l'Aisne à 16% à Paris et 17% en Corse.

Au-delà de cette analyse globale, chaque médecin reçoit un profil personnalisé lui indiquant quels médicaments principaux il a prescrits à 100% alors qu'ils n'apparaissent pas en rapport avec l'ALD.

Ces traitements à la fois agrégés et individuels ne sont possibles que depuis peu, avec l'identification, dans le fichier exhaustif des remboursements, des pathologies des patients en ALD.

Là encore ce repérage ouvre la voie à de nombreuses analyses permettant, à partir de la pathologie, d'analyser les soins reçus : leur pertinence, leur conformité aux recommandations, voire leur efficacité.



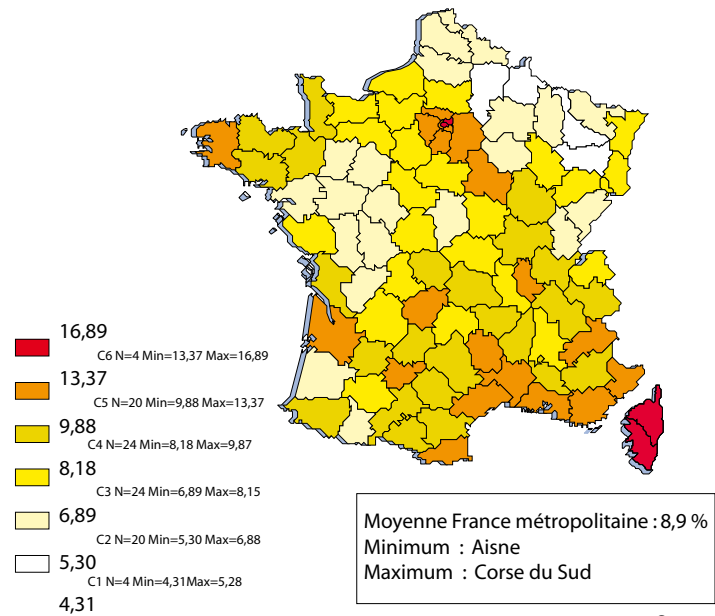
Conclusion

Codification des actes, des produits de santé, des diagnostics des patients en ALD, des séjours hospitaliers, appariements de données pour suivre les trajectoires de soins, panels de bénéficiaires : le système d'information de l'assurance maladie s'est considérablement enrichi dans les années récentes.

Les exemples présentés dans ce points de repère illustrent trois types d'analyses qui ont pu être menées grâce à ces avancées. D'autres auraient pu être développés : ainsi dans le cadre du programme expérimental d'accompagnement des maladies diabétiques, un premier algorithme a été développé pour segmenter les patients diabétiques selon le niveau de risque, afin d'adapter les services offerts par l'assurance maladie en fonction du stade de gravité de la maladie – comme c'est d'ailleurs fait dans les pays ayant l'expérience du « disease management ». Cet algorithme tire parti de la richesse

Carte 1

Dépenses de médicaments des patients avec une seule des six ALD, remboursées à 100% : part des médicaments sans rapport avec l'ALD – période : janvier à septembre 2007, prescriptions des omnipraticiens libéraux



Source : CNAMTS

des données en faisant intervenir des variables très diverses – ancienneté de la maladie, médicaments ou combinaisons de médicaments prescrits, hospitalisations pour certains motifs, actes permettant de repérer des complications, etc.

Une dimension innovante est de développer l'analyse sous l'angle des patients, et non plus seulement sous l'angle des secteurs de production de soins (hôpitaux, cliniques, médecins libéraux, etc.), qui ont été pendant longtemps la grille de lecture unique des dépenses de soins. Dans cette perspective, l'assurance maladie travaille à la mise au point de typologies de patients, en fonction des pathologies ainsi que du niveau et du type de consommation de soins (un premier travail fera l'objet d'une publication prochaine).

L'enjeu de ce déplacement est majeur pour comprendre les déterminants de l'évolution de la dépense, faire la part des

tendances démographiques ou épidémiologiques et des évolutions dans les modes de traitement, avoir un jugement médicalement pertinent sur la qualité et l'efficacité des processus de soins et piloter les actions à mener pour améliorer le système.

Car la perspective générale est bien qu'en améliorant la connaissance des processus de soins, ces systèmes d'informations peuvent permettre le développement d'outils de gestion innovants pour accroître l'efficacité des systèmes de santé. Cette dynamique est d'ailleurs à l'œuvre dans la plupart des pays : managed care, paiement à la performance, techniques d'ajustement au risque, modèles prédictifs..., les nouveaux outils techniques mis au point dans les systèmes de santé s'appuient de plus en plus sur des données médicales complexes dont les nouvelles technologies facilitent aujourd'hui le recueil et le traitement.

Contact : dominique.polton@cnamts.fr