

Mise en œuvre des propositions du rapport Charges & Produits pour 2013

Bilan à 3 ans

Juin 2016

Aux termes de l'Article L.111-11 du CSS, l'UNCAM transmet chaque année au ministre chargé de la Sécurité Sociale et au parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits des caisses nationales au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

Ces propositions sont accompagnées d'un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des propositions de l'année précédente (qui ont été retenues dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale).

Ce bilan à un an apparaît par trop précoce pour permettre d'apprécier la mise en œuvre et plus encore l'impact financier de certaines mesures qui impliquent des changements profonds d'organisation ou de pratiques et nécessitent plusieurs années pour produire leurs effets. Ce constat réalisé et conforté lors des rapports successifs est à l'origine de la réalisation de ce suivi qui concerne le rapport Charges et produits pour l'année 2013 où, pour la première fois, l'Assurance Maladie a développé une approche plus structurante en analysant des processus de soins.

Au-delà de l'exercice légalement imposé ce suivi vise donc, 3 ans après la publication des propositions, à rendre compte de leur devenir et de l'évolution des processus de soins.

Le rapport de propositions de l'Assurance Maladie sur les charges et produits pour l'année 2013 comportait l'analyse de six processus de soins et dix-huit propositions afférentes dont la mise en œuvre devait participer à l'amélioration de la qualité des soins et à l'efficacité des dépenses.

Ces processus de soins concernaient la **chirurgie programmée du genou** (arthroplastie), des **hernies et des varices** (dont le développement de la chirurgie ambulatoire), la prise en charge du **cancer colorectal**, du **diabète** et de **l'insuffisance cardiaque**.

L'analyse présentée en 2013 avait permis d'identifier des gisements de qualité au sein des six processus de soins. L'ensemble des mesures proposées visant l'amélioration de la qualité devait se traduire par une diminution de la croissance prévisionnelle des dépenses à 5 ans (2017).

Trois ans après, les actions mises en œuvre concernant ces six processus de soins ont atteint un degré d'accomplissement d'environ 72 % en moyenne.

Le bilan à trois ans proposé ici présente pour chacun des six processus un indicateur de mise en œuvre des différentes actions entreprises et le cas échéant une estimation du degré d'atteinte des économies envisagées (sous réserves de la disponibilité des données) par rapport à une tendance prévisionnelle estimée en 2013. Dans la mesure du possible, sont indiquées des perspectives d'économies globales à moyen terme ou des réductions de coût unitaire de prise en charge déjà acquises.

Rappel des propositions du rapport sur les charges et produits de 2013 sur les processus de soins

Arthroplastie du genou

Proposition 1 : Evaluer les différentes prothèses du genou, les suivre dans la durée et ajuster les tarifs

Proposition 2 : Etablir des seuils d'activité adaptés pour la chirurgie du genou

Proposition 3 : Développer la rééducation à domicile en renforçant la qualité de la prise en charge en ville et en permettant à l'Assurance maladie de couvrir les franchises et une prise en charge de leurs frais de transport, selon des modalités à préciser, pour les patients qui optent pour ce programme

Chirurgie des hernies et des varices

Proposition 4 : Développer la chirurgie ambulatoire, dont les interventions sur les hernies et les varices, en renforçant les mesures actuelles et en créant des centres dédiés à la chirurgie ambulatoire

Proposition 5 : Favoriser le développement des nouvelles techniques d'intervention sur les varices avec un environnement adapté pour améliorer l'accès aux soins et faciliter la reprise d'activité du patient

Cancer colorectal

Proposition 6 : Améliorer l'organisation du dépistage du cancer colorectal en renforçant le rôle du médecin traitant et en encadrant mieux le recours à la coloscopie

Proposition 7 : Renforcer les critères de qualité pour la chirurgie carcinologique digestive

Proposition 8 : Revoir l'organisation de la prise en charge chirurgicale des patients en mettant en place des programmes de « réhabilitation améliorée »

Proposition 9 : Etablir des recommandations de bon usage des chimiothérapies dans le cadre du cancer colorectal

Diabète

Proposition 10 : Améliorer le dépistage et le traitement précoce des complications du diabète

Proposition 11 : Expérimenter un programme de prévention du diabète chez des populations à risque élevé

Proposition 12 : Renforcer et actualiser les recommandations sur la prise en charge du diabète

Proposition 13 : Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées

Proposition 14 : Faciliter l'instauration de l'insulinothérapie à domicile plutôt qu'à l'hôpital et augmenter la part des patients autonomes pour leur traitement journalier par injection d'insuline

Proposition 15 : Améliorer la précision du dépistage de l'hypertension et réduire les surtraitements en développant la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou l'automesure

Proposition 16 : Optimiser le prix des médicaments utilisés dans le traitement du diabète et ses facteurs de risque

Insuffisance cardiaque

Proposition 17 : Mettre en œuvre un programme d'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation pour décompensation cardiaque

Proposition 18 : Améliorer la qualité de prescription des traitements pour l'insuffisance cardiaque

Proposition 19 : Tenir compte du développement de la prise en charge des patients en ville dans la répartition des ressources au sein de l'ONDAM

Proposition 20 : Faire progresser la télémédecine sur des projets médico-économiques efficaces concernant la télésurveillance de la dialyse à domicile, la télésurveillance des défibrillateurs cardiaques et le dépistage de la rétinopathie diabétique

1. Renforcer la qualité de la chirurgie programmée pour l'arthroplastie du genou

Mise en œuvre des propositions 1,2 & 3 : 67 %

Dans le rapport de 2013, l'analyse du processus conduisant à la pose d'une prothèse de genou avait montré des gains possibles de qualité et d'efficience dans trois domaines :

- l'accroissement de l'utilisation de prothèses médicalement évaluées et reconnues ;
- le renforcement de la qualité de la chirurgie en s'appuyant sur des équipes atteignant un niveau minimal d'activité ;
- le développement du retour à domicile pour la rééducation.

Proposition 1 : La proposition prévoyait l'évaluation des différentes prothèses, l'ajustement de leurs tarifs et leur suivi dans la durée.

La réévaluation des lignes génériques par la Haute Autorité de Santé dont l'avis a été publié en novembre 2012 a permis de mettre en œuvre des baisses tarifaires pour l'ensemble des prothèses en 2013 qui se sont poursuivies jusqu'en septembre 2015. Les économies engendrées par ces baisses tarifaires pour l'année 2014 s'élève à 2,4 millions d'euros.

A la suite de l'annulation par le Conseil d'Etat¹ de ces différentes baisses de prix le 3 décembre 2015, des négociations tarifaires sont en cours.

En 2013, un écart entre le tarif de remboursement de la LPP et le prix d'achat par les établissements de santé avait été constaté (20 % pour les prothèses non cimentées et 40 % pour les prothèses cimentées). Grâce à ces diminutions de prix, en 2014, on constate une différence de 4,4 % entre le tarif de remboursement LPP et le prix d'achat des ES pour les non cimentées et de 6,5 % pour les cimentées.

Par ailleurs, l'action spécifique concernant le contrôle du respect de la loi 2004 par les établissements en matière de facturation (reversement sur les écarts de prix) devrait aboutir en 2016. La méthodologie de contrôle est en cours d'élaboration, elle nécessite l'accès à des données comptables dans les établissements et nécessite pour cela la mise en place de formation spécifique des agents des CPAM

Par ailleurs, afin de satisfaire aux exigences de suivi et de sécurité des prothèses, les dispositions permettant l'inscription des prothèses en nom de marque ont été mises en œuvre. Aussi, à la suite des conclusions de la mission IGAS relatives au processus d'achat des dispositifs médicaux (Janvier 2015), l'inscription en nom de marque a été envisagée grâce à l'article 60 de la LFSS 2015 qui prévoit un numéro

¹ Les décisions du comité économique des produits de santé publiées le 11 octobre 2013 et le 6 juin 2014 au Journal officiel de la République française par avis du ministère des affaires sociales et de la santé ont été annulées par le Conseil d'Etat à la suite du recours en excès de pouvoir formé par la société Lépine pour non-respect des procédures ayant entaché d'illégalité les décisions.

d'identification des prothèses. La publication du décret d'application du 11 décembre 2015 fixe les modalités d'inscription (description générique renforcée) permettant l'identification individuelle des produits.

Enfin, la mise en place d'un suivi de cohorte par l'Assurance Maladie envisagée dans le rapport de 2013 n'a finalement pas été retenue du fait de difficultés réglementaires ainsi que des nouvelles actualités (baisses de prix...) et de faisabilité.

Proposition 2 : La proposition visait à établir des seuils d'activité adaptés pour la chirurgie du genou.

Face au constat de 2013 d'une durée moyenne de séjour 30 % inférieure pour les établissements réalisant plus de 300 interventions pour arthroplastie du genou par an par rapport à ceux en réalisant moins de 30, des travaux visant à approfondir ce lien entre volume d'activité et qualité ont été menés par l'Assurance Maladie. Des analyses complémentaires sur des données plus récemment disponibles dans les bases de l'assurance maladie lancées en 2015 doivent aboutir à des conclusions au deuxième semestre 2016. Elles permettront d'établir le cas échéant des préconisations en matière de seuils d'activité dont la mise en place relève des pouvoirs publics.

Proposition 3 : La proposition visait à développer la rééducation à domicile en renforçant la qualité de la prise en charge en ville et en permettant à l'Assurance Maladie de couvrir les franchises et la prise en charge des frais de transport pour les patients optant pour PRADO.

L'objectif est de ne recourir à des services de soins et suite et de réadaptation que lorsque la rééducation ne peut pas se faire en ville, car l'écart de coût pour l'assurance maladie est important, de l'ordre de 4 000 €. La Haute autorité de santé a fait des recommandations qui vont dans ce sens, or les pratiques d'adressage en SSR sont extrêmement variables (51 % à 81 % selon les régions en 2009, et un rapport charges et produits plus récent a confirmé cette forte hétérogénéité d'un établissement chirurgical à l'autre).

Deux actions de gestion du risque ont été développées depuis 2012 pour développer la rééducation en ambulatoire et éviter les séjours en SSR non pertinents :

1. Le programme PRADO, initié sur la maternité en 2010 et étendu à la chirurgie orthopédique – dont les prothèses de genou – en 2012 ; dans ce cadre, la prise en charge des frais de transport (qui peut être un frein à l'orientation vers une rééducation en ville) fait l'objet d'une expérimentation ;
2. La mise sous accord préalable des établissements pour lesquels les taux d'adressage en SSR sont jugés très élevés.

1. Le programme PRADO

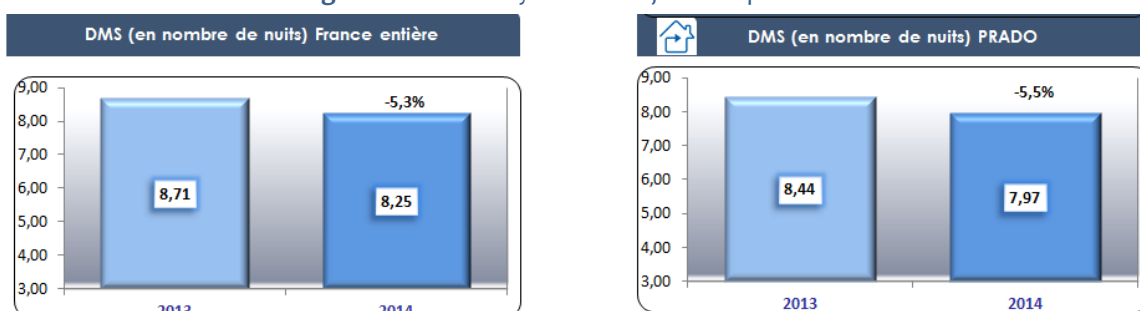
Expérimenté en 2012, le programme PRADO chirurgie orthopédique (incluant les prothèses de genou) a été généralisé sur l'ensemble du territoire ; il est aujourd'hui proposé dans environ 440 établissements (sur les 800 établissements ayant de l'activité en orthopédie) et a vu son contenu médical renforcé (notamment

sur la détection du risque ostéoporotique après fracture par fragilité osseuse, avec des référentiels établis avec les sociétés savantes concernées et validés par la HAS).

Sur l'année 2015, plus de 16 500 adhésions sont comptabilisées pour le programme PRADO chirurgie orthopédique dont 9 800 pour le genou, soit près de 60 % des interventions. Sur le premier trimestre 2016, 7 400 adhésions sont d'ores et déjà comptabilisées. Environ 8 000 médecins et plus de 11 000 infirmier(ère)s et 8 000 masseurs kinésithérapeutes ont pris en charge au moins un patient dans le cadre du PRADO chirurgie orthopédique en 2015. Les patients PRADO ayant été opéré du genou ont une moyenne d'âge de 60 ans et 38 % d'entre eux se sont inscrits au programme avant leur intervention chirurgicale.

Les évaluations montrent qu'entre 2013 et 2014, la durée moyenne de séjour (DMS) s'est davantage réduite pour les établissements PRADO que France entière (Figure 1).

Figure 1 - Durée moyenne de séjour des patients

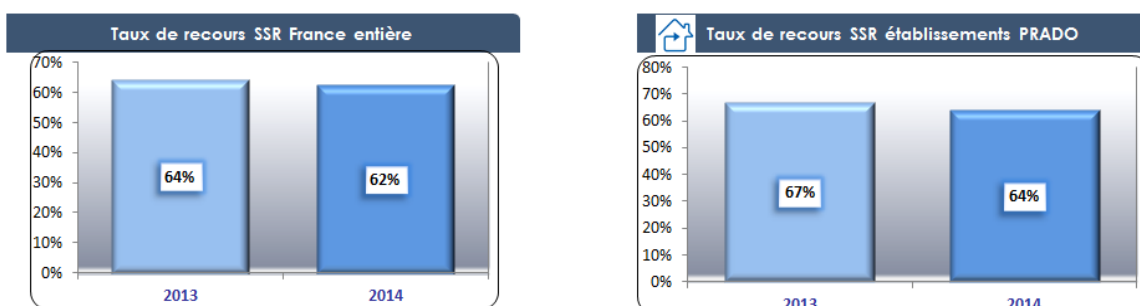


Champ : Régime Général après une intervention prothèse du genou

Source : PMSI 2013-2014)

En ce qui concerne les taux d'adressage en SSR, le programme PRADO s'est prioritairement déployé dans des établissements avec un taux de recours supérieur à la moyenne nationale (67 % versus 64 % en 2013) ; en 2014, on peut noter que leur taux de recours a diminué plus rapidement (- 3 points) que celui des autres établissements (Figure 2).

Figure 2 - Evolution du taux de recours SSR des patients après la pose d'une prothèse de genou

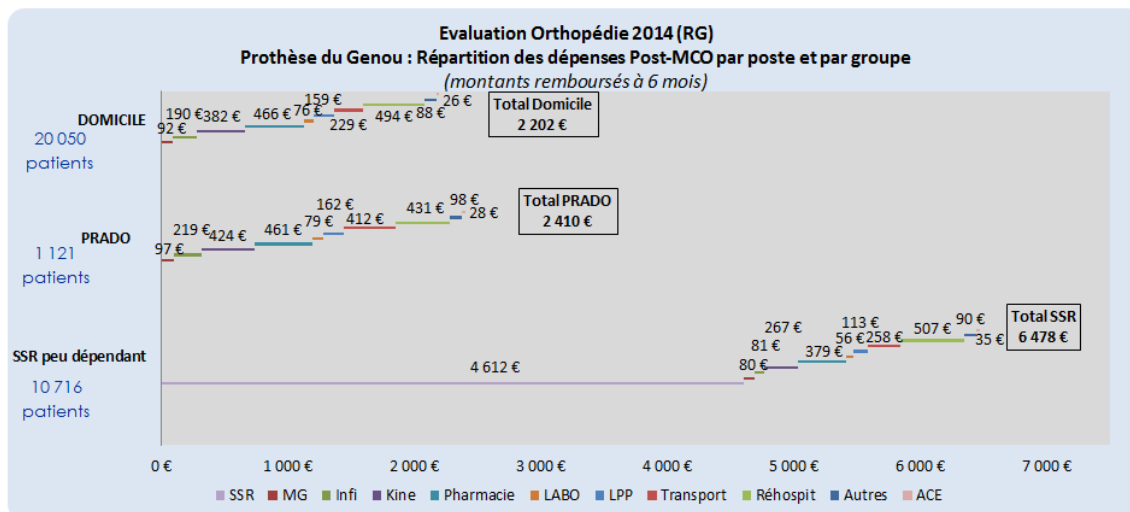


Champ : Régime Général après une intervention prothèse du genou

Source : PMSI 2013-2014)

Le coût d'un parcours d'un patient ayant bénéficié du PRADO est estimé à 2 410 € en moyenne, soit **une économie de plus de 4 000 € par rapport à une orientation en SSR** (Figure 3).

Figure 3 - Répartition des dépenses par poste et par groupe d'orientation après la pose d'une prothèse de genou



La montée en charge a été progressive, mais d'ores et déjà en 2016 on peut estimer que les séjours SSR évités grâce à l'accompagnement des patients dans leur rééducation en ville généreront une économie de 7 M€. Lorsque la généralisation complète sera atteinte, cette économie pourrait atteindre 22 M€ (Tableau 1).

Tableau 1 - Déploiement du Prado Orthopédie (prothèse de genou) et séjours SSR évités

	Adhésions Prado orthopédie	Dont Prothèse du genou RG	SSR évités pour prothèse du genou 30 %	Economie générée pour la prothèse de genou Montants Remboursés AM
2014	7 306	1 339	402	- 1,6 M€
2015	17 124	3 156	947	- 3,9 M€
2016*	30 000	5 520	1 656	- 6,7 M€
Horizon 2018 (objectif)	100 000	18400	5520	-22,4 M€

* Estimation au 31/12/2016

L'expérimentation de la prise en charge des frais de transport dans le cadre du programme Prado

Comme l'avait souligné le rapport 2013, il est important pour le patient qui choisit d'être pris en charge à domicile de ne pas être pénalisé en termes de reste à charge par rapport aux patients suivis en SSR notamment pour les frais de transport. Une expérimentation est en cours dans huit territoires (Roubaix-Tourcoing, Dijon, Bordeaux, Rennes, Tulle, Le Mans, Maine-et-Loire, Loire Atlantique) en partenariat avec la MSA dans le cadre du PRADO.

Cette expérimentation consiste à prendre en charge de manière dérogatoire les frais de transports des patients inclus dans PRADO pour se rendre au cabinet du masseur-kinésithérapeute et à la consultation post-opératoire. Fin 2016, une évaluation sera menée pour mesurer l'impact de cette prise en charge sur l'évolution du nombre de patients avant d'envisager l'extension du dispositif.

2. La mise sous accord préalable des établissements

Le deuxième volet des actions mises en œuvre pour encourager l'orientation vers la rééducation à domicile en cohérence avec les recommandations de la HAS, est la mise sous accord préalable pour l'orientation en SSR a été mise en œuvre auprès de 100 établissements en 2014, 100 en 2015 et se prolonge en 2016 auprès de 150 nouveaux établissements.

En 2014, la mise sous accord préalable a permis d'éviter 7 700 séjours en SSR, dont 2 200 pour les prothèses de genou. Sur la base d'un différentiel de coût de l'ordre de 4 000 €, cela représente 30 M€ d'économies, dont près de 9 M€ pour les seules prothèses de genou.

Tableau 2 – MSAP orientation SSR - Bilan 2014

Séjours évités en 2014	2013		2014		Séjours évités en 2014
	MCO	Présences SSR	MCO	Présences SSR	
Pt du genou	77747	67 %	84164	65 %	2196
Coiffes rotateurs	51252	15 %	53564	13 %	728
LCA genou	43093	20 %	45260	19 %	705
Pt hanche traumatiq.	31801	63 %	31867	62 %	365
Pt hanche hors traumatiq.	100992	39 %	104495	36 %	3101
Fracture trochanter	46553	62 %	47286	60 %	641

Définition des indicateurs :

Séjours MCO : le nombre de séjours avec un acte CCAM correspondant aux gestes marqueurs.

Présence SSR : Si lors du séjour MCO, le patient est présent en SSR dans les 2 mois suivant le séjour MCO alors l'orientation sera considérée comme « une Présence SSR ».

Taux de présence SSR : le rapport Présences SSR/séjours MCO

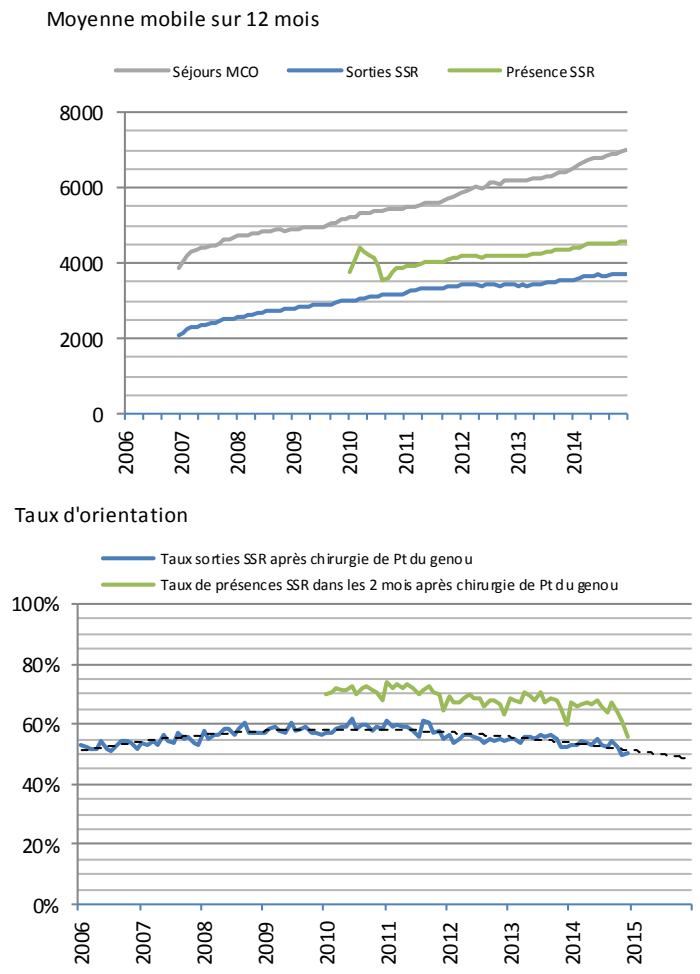
Séjours évités : la différence de l'indicateur entre l'année N et N-1 multipliée par le nombre de séjours MCO de l'année N

Source : PMSI 2006-14

Au total, on voit sur les dernières années (Figure 4) une diminution du recours au SSR et une augmentation de la part des patients pris en charge à domicile pour leur rééducation (36 % en 2013, 38 % en 2014), ce qui est l'objectif recherché (la donnée pour 2015 issue du PMSI sera disponible à l'automne 2016). L'effet combiné de cette MSAP et du programme PRADO permettrait d'éviter environ 10 000 séjours en SSR suite à une intervention pour pose d'une prothèse de genou soit une économie de l'ordre de 40 millions d'euros.

Parmi les éléments qui permettraient de renforcer encore la pertinence des orientations, il faut citer la perspective de l'intégration, au sein d'un logiciel d'orientation des patients en sortie d'hospitalisation (viaTrajectoire), de la prise en charge en ville comme une modalité possible d'orientation, notamment via le programme PRADO. Sur la base du cahier des charges élaboré, les fonctionnalités seront opérationnelles à l'horizon 2017.

Figure 4 - Evolution tendancielle des séjours MCO et des orientations en SSR pour arthroplastie de genou par prothèse totale de genou en 1ère intention



Source : SNIIRAM- PMSI MCO - SSR 2006 à 2014

2. Hernies et varices : développer la chirurgie ambulatoire

Mise en œuvre des propositions 4 & 5 : 59 %

L'analyse du processus de la chirurgie des hernies inguinales et crurales tout comme celui de la chirurgie des varices montrait en 2013 l'existence d'un potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, cette dernière atteignant 35 % pour les hernies (mais 59 % en Haute-Savoie et 79 % en Suède) et 67 % pour les varices (mais 85 % en Meurthe et Moselle).

L'atteinte sur l'ensemble du territoire de la part de chirurgie ambulatoire réalisée dans les départements les plus en pointe devait permettre notamment des gains de 16 M€ pour les hernies (*hypothèse de développement de la chirurgie ambulatoire de 34 % à 59 %*) et de 13 M€ pour les varices (*hypothèse de développement de l'ambulatoire de 67 % à 85 %*) tout en répondant mieux aux attentes des patients et en réduisant les risques d'infection.

Proposition 4 : La proposition du rapport prévoyait ainsi le développement de la chirurgie ambulatoire des hernies et des varices en renforçant les mesures en vigueur et en créant des centres dédiés à la chirurgie ambulatoire.

Depuis 2013, une progression du taux global de chirurgie ambulatoire est constatée. Les actions entreprises pour favoriser ce développement ont permis d'atteindre un taux de réalisation à 50 % (nouveau périmètre).

Tableau 3 - Evolution du taux de chirurgie ambulatoire (tout geste)

Année	2010	2011	2012	2013	2014
Taux global de chirurgie ambulatoire	43,3 %	44,9 %	46,1 %	47,9 %	50,0 %

Source : scan sante

La progression de la chirurgie ambulatoire est observée pour les deux secteurs, le taux reste plus élevé pour les ex-OQN que pour les ex-DG et ce malgré une forte progression du secteur ex DG (+6,3 pts).

Tableau 4 - Evolution du taux de chirurgie ambulatoire (par secteur hospitalier, tout geste)

Catégorie	2010	2011	2012	2013	2014
-- ex DG	33,8%	35,3%	36,5%	38,3%	40,1%
- APHP	27,0%	28,1%	28,9%	30,7%	32,1%
- CH	37,9%	39,4%	40,7%	42,4%	44,2%
- CHU/CHR	27,3%	28,8%	29,6%	30,8%	32,2%
- CLCC	27,5%	29,6%	32,2%	33,9%	38,8%
- ENBL	39,5%	41,2%	42,8%	45,6%	47,5%
- SSA	23,5%	25,8%	28,3%	32,9%	36,9%
--ex OQN	50,2%	51,9%	53,2%	55,2%	57,5%
NATIONAL	43,3%	44,9%	46,1%	47,9%	50,0%

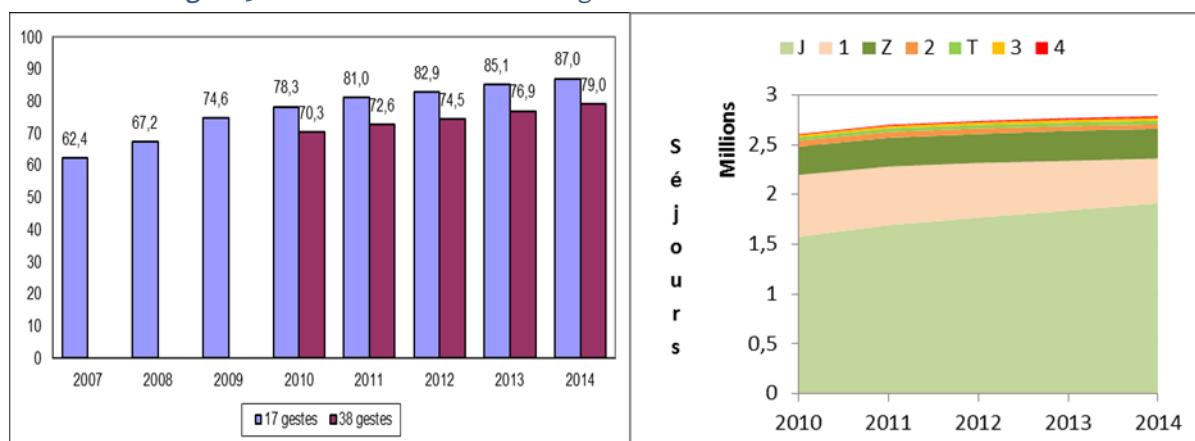
Source : scan sante

Afin de renforcer l'essor de la chirurgie ambulatoire, le développement de la mise sous accord préalable (MSAP) a été poursuivi non seulement en élargissant son champ (passage de 38 gestes marqueurs en 2012 à 55 gestes marqueurs en 2015) mais aussi en augmentant le nombre d'établissements entrant dans cette procédure.

L'évolution du taux ambulatoire des gestes marqueurs

De 2008 à 2014, on observe une évolution rapide du taux de chirurgie ambulatoire des gestes marqueurs. Ce taux a augmenté de 20 % soit moins d'un tiers du niveau de 2008 à 67.2 % (figure 5), et n'a cessé de progresser depuis pour atteindre 87 % en 2014.

Figure 5 - Evolution du taux de chirurgie ambulatoire et des niveaux de sévérité

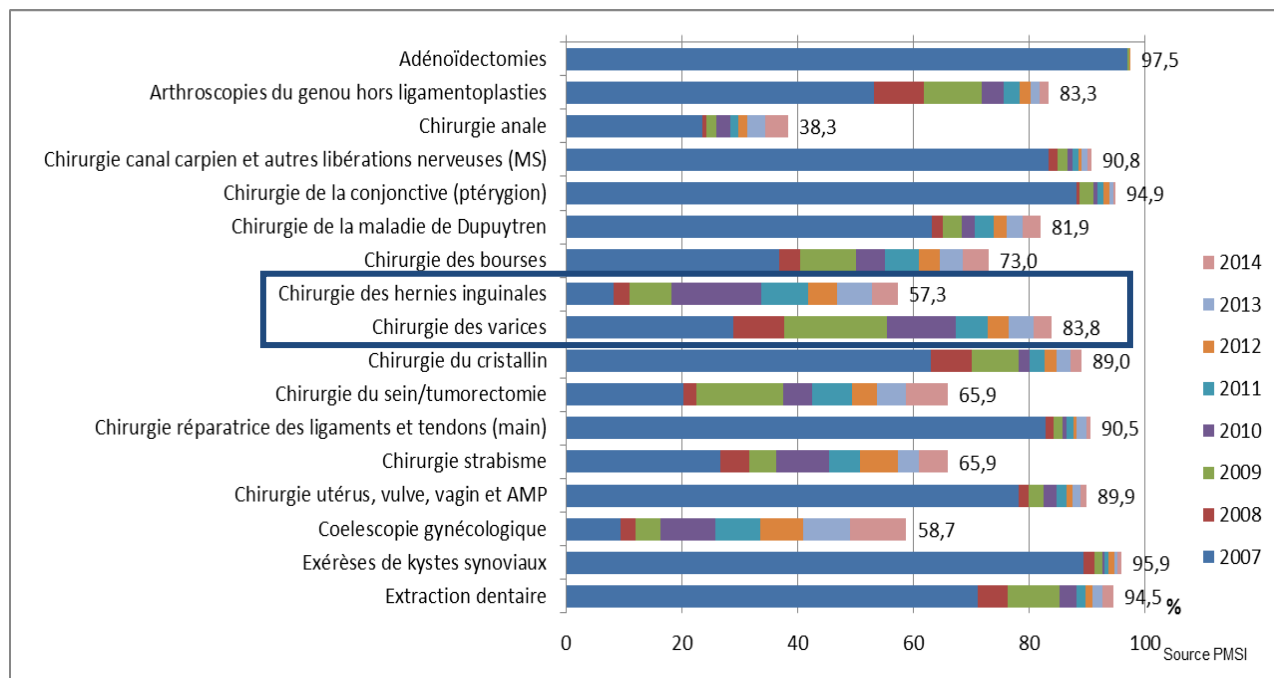


Classification des séjours GHM (Groupe Homogène de Malade) dans le PMSI :

J : séjours en Chirurgie ambulatoire ; T : séjours médicaux de très courte durée (de 0 jour à 2 jours) ;
 Z : séjours classés dans un GHM sans niveau de sévérité (1 seul GHM) ; 1, 2, 3, 4 : séjours en hospitalisation complète selon les niveaux de sévérité (niveau 1 : sans sévérité, niveau 4 : sévérité maximale – comorbidités importantes).

Cette évolution est d'autant plus marquée pour des gestes où la pratique de la chirurgie ambulatoire était sous utilisée comme les hernies inguinales.

Figure 6 - Evolution du taux de chirurgie ambulatoire par gestes marqueurs (17 gestes)



Concernant plus spécifiquement la **chirurgie des hernies inguinales**, le taux de chirurgie ambulatoire a évolué de 23 % depuis 2010 et atteint 57 % conformément à l'objectif fixé en 2013. A noter, il reste des variations interdépartementales allant de 27 % à 75 % (figure 7) et un écart significatif de pratique entre secteur public et secteur privé (Tableau 5) qui permet d'espérer une progression encore plus importante sur les prochaines années.

Figure 7 - Taux de chirurgie ambulatoire des hernies inguinales par département 2014

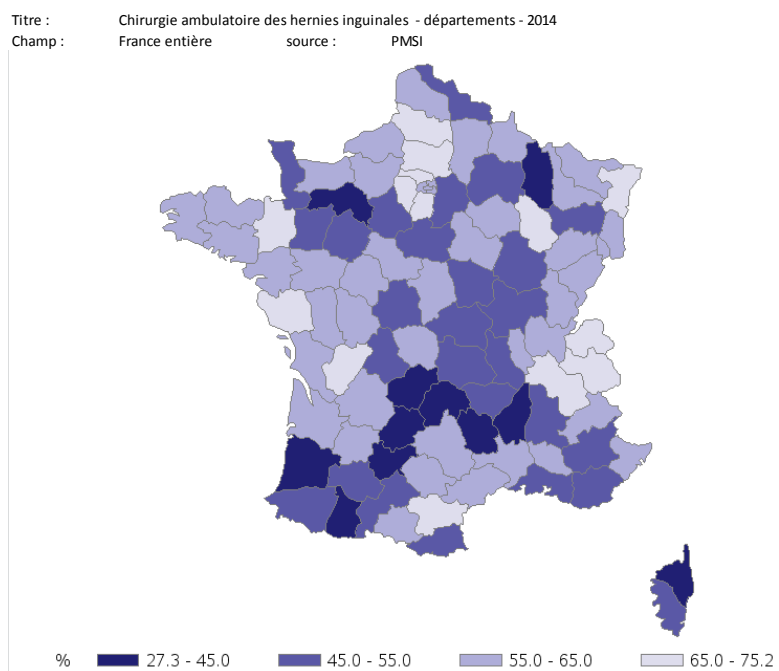


Tableau 5 - Répartition de l'activité par secteur 2014

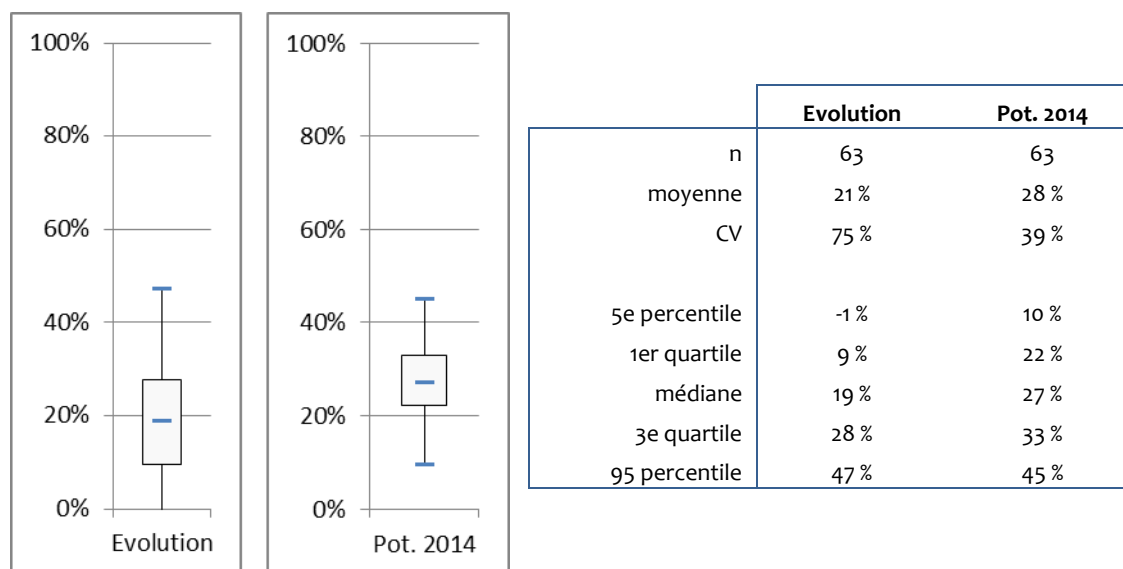
Statut Ets	Chirurgie des hernies inguinales		
	Tous Séjours	Séjours Ambulatoires	Taux ambulatoires
ex DG	52 069	27 306	52%
ex OQN	64 008	39 186	61%

En 2014, 479 demandes de MSAP ont concerné les hernies inguinales. 92 % des séjours sont valorisés avec le GHM 06C12. Le développement de la chirurgie ambulatoire des établissements ciblés par la MSAP a permis d'éviter plus 800 séjours en hospitalisation complète dans le privé et environ 800 séjours dans le public. Une évolution des tarifs entre les séjours ambulatoires et les hospitalisations complètes permettra de traduire ce changement de pratique en économie.

A l'issue de la période de MSAP, l'évolution moyenne par établissement du taux de chirurgie ambulatoire est de 21 % et le potentiel de développement² de 28 % (figure 8).

La MSAP a été plus profitable aux établissements avec un taux de chirurgie ambulatoire inférieur à 30 % avant MSAP, avec des résultats parfois remarquables comme pour deux établissements privés avec des taux de +48 % et +73 %. Même si les établissements au-dessus de 30 % progressent après MSAP, cela reste dans une moindre mesure.

Figure 8 - Synthèse de l'évolution et du potentiel de Chirurgie ambulatoire après MSAP



Concernant la **chirurgie des varices**, le taux de chirurgie ambulatoire a évolué de 17 % depuis 2010 et atteint 84 % en 2014. Cette forte dynamique ne doit pas masquer des disparités de pratiques interdépartementales avec des taux variant de 40 à 95 % (figure 9). Les pratiques intersectorielles sont quant à elles comparables (Tableau 6).

² Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France, IGAS n°2014-039R

Figure 9 - Taux de chirurgie ambulatoire des varices par département 2014

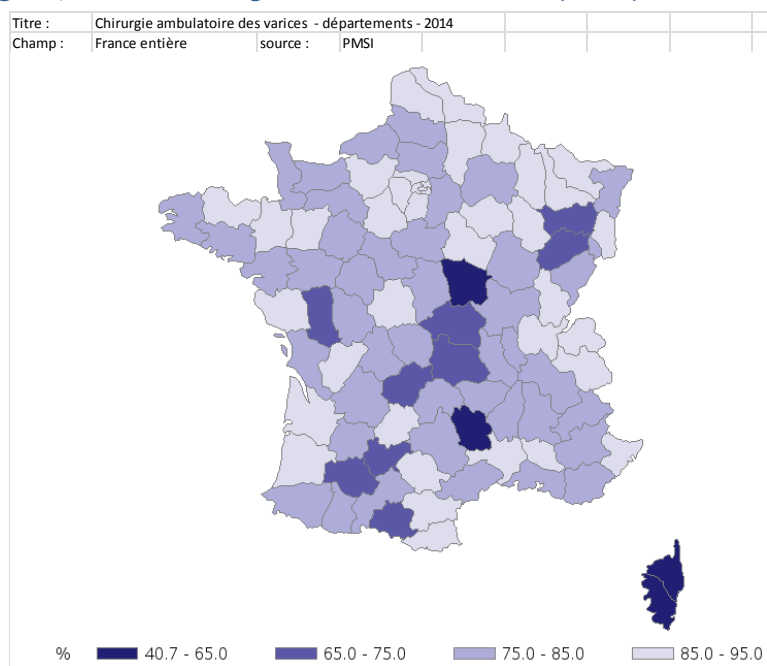


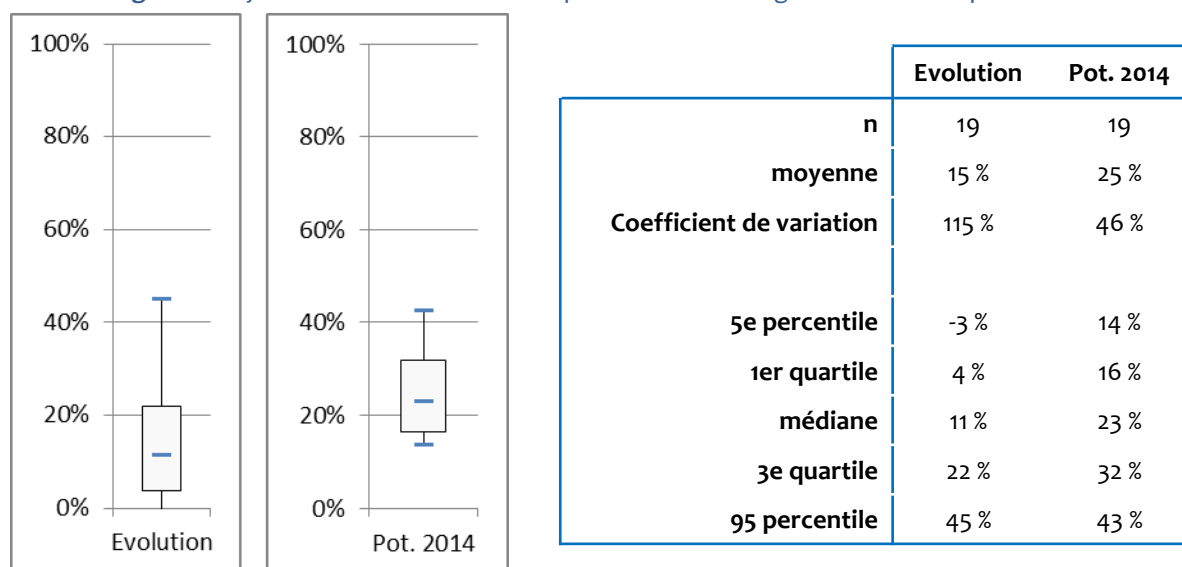
Tableau 6 - Répartition de l'activité par secteur 2014

Statut Ets	Chirurgie des varices		
	Tous Séjours	Séjours Ambulatoires	Taux ambulatoires
ex DG	33 363	27 014	81%
ex OQN	81 367	69 169	85%

En 2014, 157 demandes de MSAP concernaient la chirurgie des varices. 100 % des séjours sont valorisés avec le GHM 05C17. Là encore, l'évolution des pratiques accélérée par la MSAP (281 séjours évités en hospitalisation complète dans le privé et 240 séjours évités) dans le public nécessitera une évolution des tarifs entre séjour ambulatoire et hospitalisation complète pour générer des économies.

A l'issue de la période de MSAP, l'évolution moyenne par établissement du taux de chirurgie ambulatoire est de 15 % et le potentiel de développement de 25 % (**Figure 10**). Les établissements avec un taux de chirurgie ambulatoire inférieur à 50 % avant MSAP ont une progression plus importante avec des résultats parfois remarquables comme pour trois établissements avec des taux de chirurgie ambulatoire de +41 %, +44 % et +55 %.

Figure 10 - Synthèse de l'évolution et du potentiel de Chirurgie ambulatoire après MSAP



Plus de 90 % des demandes de la campagne 2014 concernent 5 gestes marqueurs, dont les hernies inguinales et la chirurgie des varices. L'action ciblée sur les établissements les plus en retard dans le domaine de la chirurgie ambulatoire démontre son efficacité en évitant 10 000 hospitalisations complètes, dont 9 000 sur les 5 gestes cités ci-dessus (Tableau 7).

Tableau 7 - Bilan de la chirurgie du cristallin, les cholécystectomies, les hernies inguinales, la chirurgie du nez et la chirurgie des varices

	HE	HE niv 2	Montant HE niv 2
Chirurgie du cristallin	2 823	57	129 335
Cholécystectomies	2 321	245	258 729
Hernies inguinales	1 608	150	126 598
Chirurgie du nez	1 278	28	32 713
Chirurgie des varices	521	14	16 473

HE niv2 : Hospitalisations Evitées (Taux niv2 à N+1 < Taux niv2 à N)

HnE niv2 : Hospitalisation non Evitées (Taux niv2 à N+1 > Taux niv2 à N)

Même si la MSAP semble plus profitable aux établissements avec un niveau de chirurgie ambulatoire bas, il ne faut pas sous-estimer le rôle des facteurs territoriaux et organisationnels influençant la réussite de ces actions, ainsi que l'évolution des techniques chirurgicales propres à chaque geste.

Même si, en raison de la convergence tarifaire des séjours 1 et J, la MSAP n'a pas été génératrice d'économies directes, 570 000 euros ont été générés par la substitution des séjours de niveau 2 par J.

Sur le champ plus large des gestes entrant dans le calcul du taux global de chirurgie ambulatoire, l'hypothèse du gain acquis par le développement de la technique pourra permettre une réévaluation des tarifs à la baisse et ainsi engendrer des économies supplémentaires. Cependant, à tarif constant, les économies générées seraient de 165 millions d'euros pour les GHS qui dont les tarifs ont baissé en 2014 par rapport à 2012.

Ce levier MSAP constitue un outil très efficace qui a contribué à faire progresser le taux de chirurgie ambulatoire pour les varices de 17 % en 2010 à 84 % en 2014 et pour les hernies inguinales chez l'adulte de 23 % à 57 % en 2014. Il est désormais renforcé grâce au dispositif introduit par la LFSS 2015 et au décret d'application du 19 novembre 2015 organisant la contractualisation entre les ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé en matière d'amélioration des pratiques et de pertinence des soins.

Pour soutenir le développement de la chirurgie ambulatoire un panel d'actions a été mis en place au niveau national et régional :

- la diffusion annuelle des taux de chirurgie ambulatoire des gestes marqueurs par la CNAMTS, de flyers « chirurgie ambulatoire » par les CPAM axé sur la qualité de la prise en charge et la moindre exposition aux infections liées aux soins, la participation à des prix d'innovation en chirurgie ambulatoire en Bourgogne
- dans le cadre du partenariat HAS/ANAP la mise à disposition d'outils tels que :
 - L'outil documentaire en ligne « Itinéraire chir ambu » recommandé dans le rapport IGAS/IGF, permettant une meilleure appropriation des recommandations organisationnelles ANAP/HAS et les éléments du benchmark des bonnes pratiques cliniques ;
 - L'outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire développé par l'ANAP, accessible sur son site (OPEERA) qui permet notamment à un établissement de mesurer l'impact économique et capacitaire du transfert d'activité de chirurgie conventionnelle vers l'ambulatoire, utilisable par les ARS et les ES ;
 - Le logiciel de microcosting de la HAS qui permet aux établissements de calculer le coût réel de réalisation d'un geste chirurgical donné en chirurgie ambulatoire, de le comparer aux recettes perçues et de simuler la variation du coût dudit geste en fonction du volume des patients ou de nouvelles modalités d'organisation (ex : extension d'horaire de l'UCA) ;
 - l'accompagnement d'établissements par l'ANAP.
- des plans d'actions régionaux par les ARS comprenant audit, conseil, coaching, MSAP, contrat et accompagnement ANAP, programme de formations des professionnels de santé par les centres de compétences.

Au-delà du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire, l'analyse du processus de la chirurgie des varices avait montré que deux phases méritaient d'être améliorées pour plus de qualité des soins :

- au moment du diagnostic, en préopératoire, avec la réalisation de l'écho-doppler avec cartographie dans 100 % des cas et non dans 63 % des cas ;
- le développement des nouvelles techniques moins invasives nettement plus développées dans d'autres pays en remplacement des techniques classiques.

Proposition 5 : La proposition visait le développement des nouvelles techniques avec un environnement adapté pour améliorer l'accès aux soins et faciliter la reprise d'activité du patient.

Les nouvelles techniques d'intervention sur les varices par oblitération endovasculaire (notamment la radiofréquence) ont été évaluées avec les professionnels de santé avec un avis rendu en mars 2014. Les actes relatifs à la radiofréquence ont ensuite été inscrits par l'assurance maladie à la CCAM en novembre 2014. Toutefois les contraintes d'environnement d'un secteur opératoire préconisées par la HAS pour la réalisation de ces actes nouveaux ont limité le développement d'une prise en charge plus légère.

Encadré 1 – Zoom sur l'évolution des tarifications suite au développement des nouvelles techniques

Impact sur les actes dans le privé :

En 2015, 7 456 actes ont été réalisés (EJSF008+EJSF032) dans le secteur privé.

Hypothèse: ces actes auraient été cotés en EJGA002 sans leur inscription.

L'économie engendrée est de 600 000 € car l'acte EJGA002 a une activité 4 qui est mise dans 95 % des cas.

Impact sur les GHS dans le privé:

L'acte EJGA002 est facturé dans 99,6 % des cas avec un GHS au tarif de 610,54 €

L'acte EJSF032 est facturé dans 99,8 % des cas avec un GHS au tarif de 610,54 €

L'acte EJSF008 est facturé dans 87 % des cas avec un GHS au tarif de 1 006,58 € (2 308 actes)

Hypothèse: ces actes auraient été cotés en EJGA002 sans leurs inscriptions.

Le coût serait donc de $(1006,58 \text{ €} - 610,54 \text{ €}) * 2308 = 914\ 060 \text{ €}$

→ Dans le secteur libéral, l'inscription des actes EJSF032 et EJSF008 engendre un coût de 300 000€.

D'autre part, le suivi mis en place en lien avec les sociétés savantes concernées permettra d'évaluer les impacts médico-économiques de cette nouvelle intervention.

De plus, il est attendu du développement de ces nouvelles techniques moins invasives une reprise de l'activité plus rapide pour les patients. Dans ce but, l'Assurance maladie a élaboré et diffusé en novembre 2014 une nouvelle fiche repère validée par la HAS qui indique une durée d'arrêt de travail préconisée en fonction des techniques d'interventions.

L'analyse des arrêts de travail après chirurgie des varices montre :

Tableau 8 - Comparaison des durées d'arrêt de travail en fonction de la technique d'intervention Année 2014

	Nombre d'arrêts	Durée moyenne d'AT	Quartile 1	Médiane	Quartile 3
Chirurgie des varices "classique"	16 383	23,7	14	20	28
Chirurgie des varices par radiofréquences	0	-	-	-	-
Total	16 383	23,7	14	20	28

Tableau 9 - Comparaison des durées d'arrêt de travail en fonction de la technique d'intervention Année 2015

	Nombre d'arrêts	Durée moyenne d'AT	Quartile 1	Médiane	Quartile 3
Chirurgie des varices "classique"	14 936	23,5	14	19	27
Chirurgie des varices par radiofréquences	488	11,8	5	9	15
Total	15 424	23,1	14	19	27

Données :

- RG hors SLM, Risque AT-MP et maladie confondus,
- interventions observées à partir du DCIR (secteur privé uniquement),
- arrêts terminés au cours de la période mentionnée,
- exclusion des arrêts liés à plusieurs interventions chirurgicales.

NB : l'acte EJSF008 n'étant pas un acte de chirurgie, la requête de suivi des durées d'arrêt de travail après intervention chirurgicale ne permet de prendre en compte ce type d'intervention

La durée des arrêts de travail après une chirurgie des varices « classique » n'a quasiment pas évolué entre 2014 et 2015. Cependant, la pratique des nouvelles techniques codifiées à la CCAM depuis novembre 2014, semble réduire sensiblement la durée des arrêts de travail. En effet, en 2015, pour les 488 arrêts liés à une chirurgie des varices par radiofréquence la durée moyenne des arrêts de travail n'est que **11,8 jours contre 23,5 jours** dans le cadre d'une chirurgie « classique ».

Au total, sur l'année 2015, pour l'ensemble des arrêts de travail liés à une chirurgie des varices réalisée en secteur privé, la durée moyenne des arrêts a diminué de 0,6 jours. En extrapolant à l'ensemble de l'activité hospitalière et à partir d'un coût moyen d'une indemnité journalière on peut traduire cette diminution par une économie de près d'un demi-million d'euros.

3. Améliorer la prise en charge du cancer colorectal

Mise en œuvre des propositions 6 à 9 : 67 %

L'analyse du processus de soins décrivant la prise en charge du cancer colorectal avait fait le constat de gains de qualité possibles pour améliorer in fine le taux de survie à 5 ans et identifié trois leviers majeurs :

- l'organisation du dépistage, sa précocité étant un élément important pour la guérison,
- la qualité de la chirurgie tout en maîtrisant les coûts,
- le bon usage de la chimiothérapie.

Proposition 6 : la proposition visait l'amélioration de l'organisation du dépistage du cancer colorectal en plaçant le médecin traitant au centre et en encadrant mieux le recours à la coloscopie

Le passage à un test de dépistage immunologique, plus performant et mieux accepté, devait permettre de revoir l'organisation du dépistage du cancer colorectal et de renforcer la place du médecin traitant pour mieux articuler le dépistage par recherche du sang dans les selles avec une pratique répandue de la coloscopie.

Le déploiement de la nouvelle organisation autour du test de dépistage immunologique à partir d'avril 2015 se caractérise par la mise à disposition du Médecin Traitant d'un service de commande en ligne effectif depuis juin 2015. Cette nouvelle organisation a permis la mise à disposition directe des kits chez les médecins (sans opération de reconditionnement en structure de gestion) : 76 % des 6,5 millions de kits immunologiques de dépistage ont ainsi été fournis jusqu'ici. En outre, la procédure d'envoi postal systématique du kit dans le cadre des relances abandonnée depuis avril 2014 a permis d'obtenir les économies attendues.

Outre l'implication du médecin traitant dans le processus d'invitation au dépistage, l'idée d'une incitation via un objectif ROSP avait été évoquée. L'option d'un tel objectif de prévention (dépistage du cancer colorectal (CCR) pour les patients âgés de 50 à 74 ans) est à l'étude dans le cadre actuel des négociations conventionnelles avec les médecins.

De plus, au sein du processus d'invitation, le rôle renouvelé de l'Assurance Maladie et le renforcement du pilotage des structures de gestion devait se refléter par une réduction de la variabilité du taux de participation selon les régions. Cette mesure de variabilité du taux de participation ne pourra intervenir qu'après généralisation du processus entamé sur quelques territoires expérimentaux d'ici la fin de l'année 2016.

Enfin une action de gestion du risque sur la pratique des coloscopies était envisagée, en particulier par la mise à disposition de recommandations précisant notamment les indications et la fréquence de réalisation. Seule cette dernière question a fait l'objet d'un travail par la HAS, qui s'est traduit par un indicateur ROSP pour les gastro-entérologues qui a permis de diminuer la pratique des examens.

De nouvelles pratiques de dépistage alternatives à la coloscopie envisagées en 2012 ne sont pas à cette date stabilisées, et la pratique de la coloscopie reste l'examen de référence après un test de dépistage (risque moyen) ou d'emblée pour les sujets à risque élevé.

Proposition 7 : la proposition visait à renforcer les critères de qualité pour la chirurgie carcinologique digestive

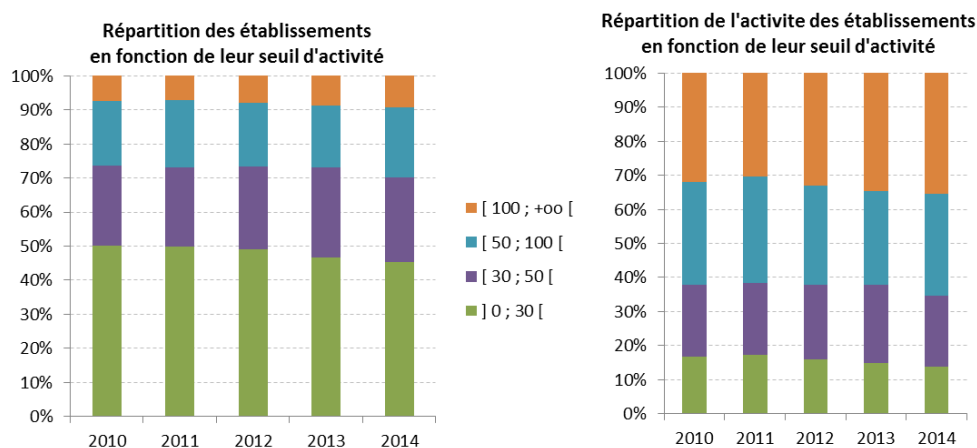
Le respect des seuils d'activité minimale qui ont été fixés en 2010 pour la sécurité des patients constituait un premier enjeu important : le mouvement entre 2010 et 2011 s'avérait trop lent et chaque agence régionale de santé était invitée à mener une analyse précise des raisons de cette situation et des moyens d'y remédier dans les meilleurs délais.

Le seuil de 30 interventions par an et par établissement s'avérait encore insuffisant pour améliorer la qualité de la chirurgie d'autant qu'il porte sur l'ensemble des interventions de chirurgie carcinologique digestive. L'enjeu était de faire évoluer cette réglementation pour retenir, comme en Allemagne, un seuil d'activité minimal de 50 interventions chirurgicales par an. Cette réorganisation ne semblait pas poser de problème en termes d'accès aux soins sur le territoire et s'avérait essentielle pour améliorer la sécurité et la qualité.

La communication régulière auprès des pouvoirs publics des constats de pratiques effectués par la CNAMTS a eu pour effet de concentrer les autorisations de chirurgie carcinologique sur 627 établissements aujourd'hui par rapport à 651 établissements en 2013. Malgré une diminution du nombre d'établissements autorisés pour cette chirurgie, la part d'établissements en dessous du seuil reste comparable, 30,6 % des établissements autorisés (soit 192 Etablissements et 3 807 interventions) sont en dessous du seuil de 30 interventions par an en 2014 versus 30,4 % en 2011 (soit 202 établissements et 4212 interventions).

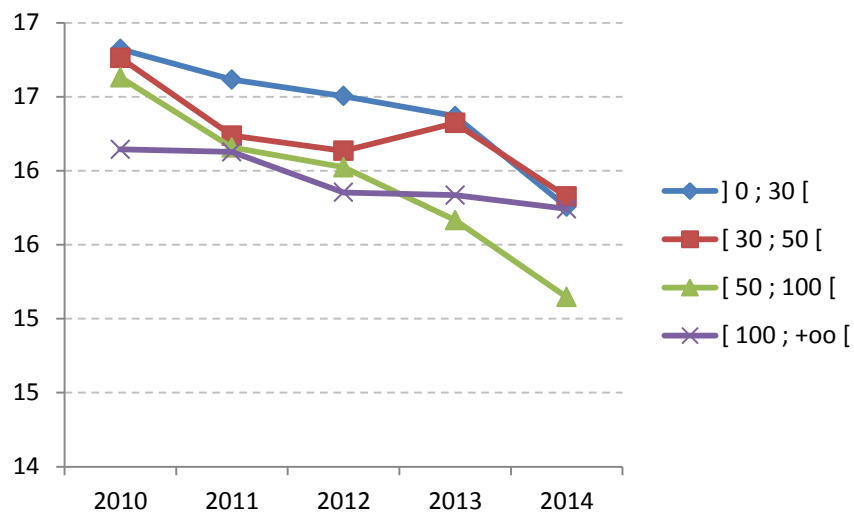
En 2014, 37 % des établissements autorisés ont une activité supérieure à 50 interventions par an.

Figure 11 - Répartition des établissements en fonction de leur seuil d'activité et en fonction de leur activité par seuil



Si l'on s'intéresse à la DMS au sein de ces établissements autorisés ayant une activité supérieure ou égale à 50 interventions par an, on constate une diminution de la DMS d'une journée par rapport à celle observée en dehors de ces établissements que l'on peut traduire en termes de journées d'hospitalisation évitées par une économie de 16 millions d'euros.

Figure 12 - Evolution de la DMS par seuil d'activité des établissements



Proposition 8 : la proposition visait à revoir l'organisation de la prise en charge chirurgicale des patients en mettant en place des programmes de « réhabilitation améliorée »

Ces programmes de « réhabilitation améliorée » ou réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) organisés autour du patient mobilisent l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux (chirurgiens, anesthésistes, médecins généralistes, infirmiers, diététiciens...) et apportent une meilleure qualité de prise en charge des patients tout au long de leurs soins. Dans les pays qui ont mis en place ces méthodes, on constate une meilleure récupération post opératoire des patients contribuant ainsi à réduire la durée moyenne de séjour (13,8 jours en Belgique en moyenne contre 17,2 jours en France).

Une note de cadrage et un rapport ont été programmés par la HAS après la saisine de la CNAMTS. Ce rapport sera prochainement disponible.

La CNAMTS a réalisé une étude médico-économique³ sur les données des années 2012 et 2014, sur 7 thèmes (chirurgie du colon, chirurgie prothétique de la hanche et du genou...) dans 13 établissements privés pratiquant déjà la RAAC en 2012, représentant 26 services et plus de 6 000 patients.

Les résultats montrent des populations comparables, sans écarts réellement significatifs sur l'âge, le sexe ou les GHM entre les patients pris en charge dans des établissements pratiquant la RAAC, par rapport à l'ensemble des structures françaises, sauf sur la sévérité : sont majoritairement pris en RAAC les patients de niveau 1 et 2 (correspondant aux stades les moins sévères), comme le recommandent certains protocoles. A l'avenir, le dispositif s'étendra à toute la population, y compris les personnes âgées et les patients porteurs de fortes comorbidités.

En termes de DMS, en 2012, pour la chirurgie du colon, la DMS moyenne des établissements pratiquant la RAAC était légèrement supérieure à la moyenne nationale (écart de 0,6 jours) ; cet écart s'est inversé pour atteindre 4,5j en 2014, soit un impact net de 5,1 jours (-32,6 %). Ce résultat est cohérent avec la littérature.

³ Les résultats en sont présentés dans le rapport Charges et produits pour 2017.

Tableau 10 - Evolution de la DMS après chirurgie du colon de 2012 à 2014 en fonction de la pratique de la RAAC

	France	RAAC	Différence
2012	16,0	16,6	-0,6
2014	15,6	11,1	4,5
Différence	-0,4	-5,5	5,1

La CNAMTS poursuivra l'accompagnement du déploiement de ces programmes au-delà des participations aux congrès ou des publications à venir par des nouvelles actions décrites dans le rapport pour charges et produits de 2016.

On recense actuellement près d'une quarantaine de services pratiquant la réhabilitation améliorée en France.

L'amélioration du taux de survie à 5 ans pour cette affection cancéreuse constitue l'objectif final de ces actions. Cet indicateur de résultat ne peut être simplement mobilisé compte tenu de l'inertie de ses modalités de calcul reposant sur des données de registre (disponibilité actuelle de données de 2012 documents INCa, INVS et rapport Plan cancer 2014-2019).

Proposition 9 : la proposition visait l'élaboration de recommandations de bon usage des chimiothérapies dans le cadre du cancer colorectal

Les variations constatées du recours aux thérapies ciblées selon les départements, apparaissaient importantes, même en standardisant sur l'âge. Il n'existait pas à l'époque des recommandations de bonnes pratiques concernant les protocoles de chimiothérapie (molécules et voie d'administration) selon le stade du cancer. Le rythme d'apparition d'innovations dans ce domaine peut rendre rapidement caduques des recommandations.

Il avait été jugé utile que l'INCa puisse piloter avec les professionnels l'élaboration de recommandations afin de définir les standards de prise en charge sur plusieurs lignes thérapeutiques et de favoriser, lorsque c'est médicalement recommandé, les chimiothérapies à domicile et par voie orale.

Depuis 2013 les chiffres mis à disposition par l'INCa mettent en évidence une utilisation croissante des chimiothérapies du fait du développement des chimiothérapies par voie orale (23 molécules per os ayant une AMM en 4 ans) et de la médecine de précision. De nouvelles connaissances scientifiques permettent grâce à l'analyse des caractéristiques biologiques et génétiques des tumeurs de proposer à des patients ainsi identifiés des thérapies ciblées et d'éviter des traitements inutiles.

Le nombre de patients recevant un anticancéreux administré par voie orale a augmenté de façon importante ces dernières années du fait de l'accroissement de molécules disponibles, de la durée des traitements ou de leur association avec d'autres thérapeutiques.

La diversification croissante de l'usage de la chimiothérapie mobilise des enjeux d'organisation et de coordination de l'ensemble des acteurs : patients, professionnels de santé du premier recours et hospitaliers y compris l'HAD. La HAS a établi à ce sujet en 2015 des recommandation sur les conditions du développement de la chimiothérapie en HAD dont certaines peuvent être mises en œuvre de manière

autonome, tandis que d'autres reposent sur des modifications qui ne pourront être mises en place qu'après refonte du modèle de tarification.

Ces différents enjeux ont été pointés dans le Plan cancer 2014-2019 dont les actions structurantes visent à garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge ainsi que les conditions d'un accès préservé à tous les patients qui en ont besoin.

Retour sur l'évolution globale des dépenses liées au cancer colorectal

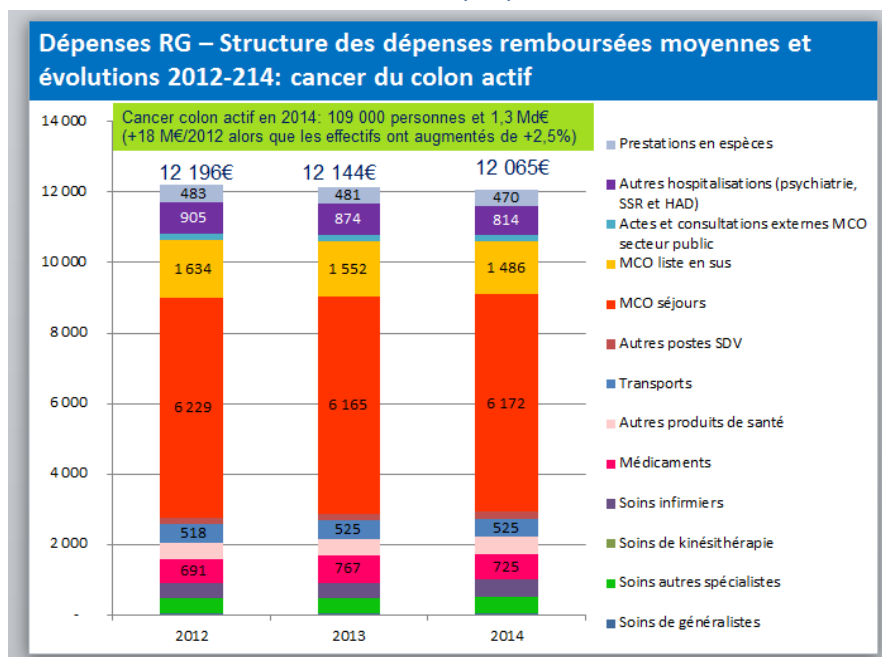
Le rapport sur les charges et produits pour 2013 a fait une projection des dépenses d'assurance maladie liées au cancer colorectal. Une croissance annuelle de 4 % par an était anticipée entre 2012 et 2017.

Sur la période 2012 – 2014, la croissance observée apparaît beaucoup plus modérée, d'après les dernières données disponibles sur la cartographie médicalisée des dépenses. Elle est de +0,9 % par an sur ces deux ans, essentiellement due à l'évolution des effectifs (+0,7 %), la dépense moyenne par personne étant quasiment stable.

Pour les cancers en phase active, qui représentent 90 % de la dépense totale, on a même une baisse de la dépense moyenne (-0,5 % par an entre 2012 et 2014), qui est due à une baisse des coûts d'hospitalisation (en court séjour et en SSR), mais aussi des médicaments, si on regroupe les médicaments de ville, dont le montant s'accroît, et les médicaments de la liste en sus qui diminuent (Figure 13).

Ces évolutions semblent donc refléter un déplacement des prises en charge hospitalières vers des prises en charge en ville ; on peut constater, en tout état de cause, que les dépenses ont été globalement maîtrisées.

Figure 13 - Cancer du côlon en phase active - Evolution des dépenses remboursées moyennes de 2012 à 2014 par poste



4. Diabète : prévenir et mieux prendre en charge

Mise en œuvre des propositions 10 à 16 : 88 %

L'analyse du processus de prise en charge du diabète montre qu'il serait possible en France de réduire le rythme d'augmentation de la prévalence du diabète et d'améliorer la prise en charge des patients diabétiques pour éviter des complications. Pour cela, plusieurs actions sont nécessaires :

- Expérimenter un programme de prévention du diabète pour des populations à risque élevé
- Renforcer la prise en charge des patients diabétiques pour améliorer le traitement des facteurs de risque vasculaire, ainsi que le dépistage et le traitement précoce des complications.

Proposition 10 : La proposition visait l'amélioration du dépistage et le traitement précoce des complications du diabète

En dépit de progrès constants, la France doit encore améliorer le suivi des patients diabétiques pour éviter les complications. Plusieurs mesures ont été mises en œuvre :

Le programme sophia

Le programme sophia, programme d'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques a été généralisé sur l'ensemble du territoire en février 2013. Aujourd'hui le programme comprend plus de 670 000 adhérents diabétiques.

Un recrutement ciblé a été mis en œuvre pour atteindre les personnes diabétiques en écart aux soins. La dernière évaluation médico-économique réalisée sur le diabète confirme les effets positifs du service sophia sur la réalisation des examens de suivi recommandés. Toutefois un biais de recrutement identifié persiste (les personnes diabétiques qui adhèrent au service sont mieux suivies que la moyenne) même s'il a tendance à se réduire. Ainsi, il a été décidé d'orienter plus fortement les efforts de recrutement de nouveaux adhérents vers les personnes ayant le moins bon suivi du diabète. Des travaux de l'INVS sur le diabète ont montré les associations entre niveau socio-économique et recours aux soins. Les personnes diabétiques les plus défavorisées ont ainsi un recours significativement moins élevé à la consultation d'un ophtalmologiste et à la consultation d'un dentiste. Les actions de recrutement sont désormais orientées vers les personnes cumulant l'absence de réalisation d'un examen du fond d'œil, d'une consultation dentaire et d'un bilan rénal.

Depuis novembre 2014, l'inscription directe d'un patient par le médecin traitant est possible via l'espace pro (téléservice à destination des professionnels de santé). A ce jour, 22 000 médecins traitants ont consulté leur liste de patients éligibles au service sophia et près de 1 800 patients ont été inscrits à sophia par leur médecin. En 2016, sophia va poursuivre et enrichir son offre de service auprès des médecins. Au cours du troisième trimestre 2016, un nouveau service permettra au médecin traitant de choisir les patients en difficulté avec leur maladie et de demander un accompagnement téléphonique par les infirmiers de sophia. De même, une expérimentation est lancée afin de proposer à des médecins, au cours d'un échange confraternel avec un médecin-conseil, d'identifier parmi leur patientèle des adhérents sophia qui bénéficieront d'un accompagnement téléphonique prioritaire et renforcé par les infirmiers conseillers en santé sophia.

Dépistage du pied diabétique

Afin de renforcer les objectifs de santé publique concernant le dépistage du pied diabétique, une action d'accompagnement a été menée fin 2014 auprès de 40 000 médecins traitants par les DAM, avec remise :

- d'un mono-filament,
- d'une information sur le test de recherche d'une neuropathie sensitive,
- d'un mémo « Dépistage et prise en charge des patients diabétiques à risque podologique ».

Environ 22 000 microfilaments ont ainsi été distribués aux médecins traitants via l'Assurance maladie fin janvier 2016.

Une augmentation plus marquée du nombre de patients (+31 %) bénéficiant du forfait et surtout du nombre d'actes podologiques (+41 %) sur les 6 premiers mois de 2015 (et donc plus d'actes par patients) est constaté par rapport aux 3 années précédentes. Une évaluation complète de la campagne d'accompagnement sera réalisée en fin d'année.

Par ailleurs sept autres mémos ont été élaborés par la HAS et progressivement mis à disposition par l'assurance maladie lors de campagnes d'accompagnement en 2014 et 2015.

Enfin un volet du programme de retour à domicile (PRADO) consacré à la prise en charge des plaies chroniques dont celle du pied diabétique déployé depuis le début de l'année 2016 et doit concourir à des améliorations des prises en charge en aval des hospitalisations.

Améliorer le dépistage précoce de l'insuffisance rénale

Des actions d'accompagnement ont été effectuées en 2013 vers les médecins généralistes et notamment pour les patients hypertendus avec utilisation de mémos élaborés par l'Assurance Maladie et validés par la HAS.

Depuis le démarrage de l'action et en date du 31 janvier 2016, 12 801 mémos ont été remis aux médecins généralistes. Cette action est actuellement prolongée par une action complémentaire plus générale sur la prévention de la maladie rénale chronique.

Surveillance régulière du fond d'œil et dépistage de la rétinopathie diabétique

Afin de faciliter l'accès à une consultation d'ophtalmologue notamment pour le dépistage de la rétinopathie diabétique, le rapport 2013 préconise d'organiser la filière visuelle, et le dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologue avec lecture différée et télétransmission des clichés.

L'inscription des actes à la NGAP et à la CCAM, nécessaires à cette modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique, a été publiée en février 2014 et ces actes sont facturables depuis mars 2014.

Une campagne d'accompagnement a été réalisée sur l'ensemble des CPAM pour présenter cette mesure aux orthoptistes, aux ophtalmologues et aux médecins traitants et inciter les diabétiques en écart aux soins à se faire dépister.

Un accompagnement renforcé a été réalisé sur 15 sites pilotes auprès des orthoptistes et ophtalmologues libéraux pour les aider à s'organiser et une liste d'orthoptistes pratiquant ce mode dépistage sur le territoire de la CPAM a été communiqué aux médecins traitants.

5 120 rétino-graphies ont été réalisées (au 31/12/2015 depuis mars 2014).

Par ailleurs, un indicateur de la ROSP des médecins traitants valorise le suivi ophtalmologique des patients diabétiques : « part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années ».

Le taux d'atteinte de cet objectif est de 62,4 % en décembre 2015 (pour un objectif cible ≥ 80 %), en progression d'un point par rapport à décembre 2014.

Proposition 11 : La proposition visait l'expérimentation d'un programme de prévention du diabète chez des populations à risque élevé

Cette expérimentation reprise dans le rapport charges et produits pour 2016 sera organisée sur plusieurs territoires sélectionnés sur des critères de prévalence élevée du diabète et qui ont accueilli des projets dans ce domaine en particulier Seine-Saint-Denis, le Nord-Pas-de-Calais et La Réunion.

Le groupe de travail réuni à l'initiative de la CNAMTS, et qui associe des généralistes, des endocrinologues, des associations de patients, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et des experts, a finalisé début 2016 un cadre méthodologique pour la mise en œuvre de ce programme. Un cahier des charges organisationnel a été validé par un groupe de travail CNAMTS – ministère de la santé (DGS).

Un appel à projets sera effectué sur la base de ce cahier des charges au second semestre 2016 en associant les ARS pour la mise en œuvre opérationnelle de cette action.

Une durée de trois années est nécessaire pour disposer d'un recul suffisant permettant d'observer les effets attendus sur l'incidence du diabète.

Cette expérimentation visera à tester à la fois :

- la capacité à mobiliser et à coordonner les différents acteurs concernés : représentants institutionnels, médecins traitants, autres professionnels de santé, acteurs associatifs, responsables d'activités sportives, etc.,
- leur efficacité (impact sur les habitudes de vie, le poids, l'incidence du diabète),
- et leur efficience (rapport entre le coût et les résultats).

Enfin, une évaluation médico-économique avec une méthodologie définie en amont sera réalisée à l'issue de l'expérimentation.

Proposition 12 & 13 : Ces propositions visaient à renforcer et à actualiser les recommandations sur la prise en charge du diabète notamment pour les personnes âgées

La mise à disposition de recommandations de prise en charge actualisées, dédiées pour des publics particuliers et aisément accessible pour les professionnels de santé est devenue indispensable.

Des recommandations de bonnes pratiques ont été publiées par la HAS en février 2013.

Ces recommandations ont mis en évidence les spécificités du traitement des personnes âgées diabétiques en matière de contrôle glycémique et des autres facteurs de risque vasculaires (traitement par antihypertenseurs et statines). Elles ont pointé les risques potentiels d'une prise en charge trop intensive exposant à des complications graves, telles que les hospitalisations pour hypoglycémies ou pour chute avec fracture du col du fémur ou du poignet en raison d'une hypotension ou d'une hypoglycémie.

A la suite de ces recommandations, l'Assurance Maladie a réalisé 2 mémos (un premier mémo sur la prise en charge « cas général » du patient diabétique en général, et un second sur la prise en charge particulière de la personne âgée) qu'elle a utilisés dans le cadre de ses campagnes d'accompagnement en 2015 (24 763 présentations par les DAM du mémo cas général 12 085 présentations par les DAM du mémo cas particulier au 31/01/2016)

Proposition 14 : la proposition visait à faciliter l'instauration de l'insulinothérapie à domicile plutôt qu'à l'hôpital et augmenter la part des patients autonomes pour leur traitement journalier par injection d'insuline.

En 2010, 37 % des patients qui ont débuté un traitement par insuline l'ont fait à l'hôpital alors que l'insulinothérapie, lorsqu'elle est programmée, peut être instaurée à domicile.

Afin de renforcer l'autonomie des patients pour leurs injections d'insuline, des actions ont été envisagées pour :

- sensibiliser les infirmières à la nécessité de former les patients à l'injection d'insuline et adapter la nomenclature pour cet acte ;
- sensibiliser les médecins à l'adéquation entre la prescription de l'injection de l'insuline par une infirmière et le niveau d'autonomie des patients.

A cet effet, une expérimentation a été conduite par l'assurance maladie dans la région Nord-Pas de Calais de décembre 2014 à août 2015 où le taux de patients non autonomes était élevé.

Il s'agissait d'étudier l'impact d'une action d'accompagnement ciblée sur les médecins et les patients diabétiques bénéficiant de soins infirmiers au moment de l'instauration d'une insulinothérapie.

Les résultats obtenus n'ont pas mis en évidence une efficience propre de nature à recommander l'inscription aux nomenclatures d'une prestation infirmière spécifique d'apprentissage à l'autonomie. En revanche, un accompagnement est prévu fin 2016 pour diffuser des référentiels HAS⁴ relatifs à la

⁴ Ces recommandations HAS sous forme de « Fiche points clés » sont attendues pour le 3e trimestre 2016.

coopération pluri-professionnelle autour de l'insulinothérapie des diabétiques de type 2 dans le but de favoriser la mise sous insuline en ville et l'autonomisation rapide des patient concernés.

Proposition 15 : la proposition visait à améliorer la précision du dépistage de l'hypertension artérielle(HTA) et réduire les sur traitements en développant la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou l'automesure

Les référentiels anglais émis par le NICE⁵ recommandent, lorsque la pression artérielle mesurée au cabinet médical est supérieure à 140/90 mm Hg, d'utiliser la MAPA et/ou l'auto mesure pour confirmer le diagnostic de l'hypertension. Le dépistage plus précis de l'HTA permettrait de réduire les traitements médicamenteux inutiles et, inversement, en réduisant le sous-dépistage, de mieux traiter les patients diabétiques.

Dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique des cardiologues qui s'est mise en place en 2012, un indicateur porte sur le développement de la MAPA ou de l'auto mesure tensionnelle afin d'améliorer la pertinence des traitements antihypertenseurs. Les résultats témoignent d'un bon suivi des recommandations concernant l'utilisation de ces outils dans la prise en charge de l'HTA, l'objectif atteint étant de 74 % en décembre 2014 (pour un objectif cible ≥ 70 %)

Afin d'améliorer l'automesure, l'Assurance Maladie a mis à disposition des médecins généralistes des appareils fin 2013.

En septembre 2014, 36 801 appareils ont été distribués.

On estime qu'améliorer la précision du diagnostic de l'HTA permettrait des gains de 109 M€ dont 15 M€ pour les patients diabétiques en réduisant de 15 % les traitements non indiqués et en réduisant le sous-dépistage de 10 %.

Proposition 16 : La proposition visait à optimiser le prix des médicaments utilisés dans le traitement du diabète et ses facteurs de risque

Des marges d'efficience ont été recherchées en optimisant d'une part le prix des spécialités appartenant au répertoire des génériques par une convergence des prix vers les prix les plus bas des classes concernées, et d'autre part en réduisant les écarts de prix entre ces médicaments et ceux encore sous brevet mais dont l'efficacité reste comparable.

Les prix des statines appartenant au répertoire des génériques (spécialités princeps et spécialités génériques) ont diminué en mars 2013. Le prix de Crestor, seule statine non encore génériquée, a baissé en avril 2014 et avril 2016.

Les prix des médicaments antihypertenseurs appartenant à des groupes génériquées ont également eu plusieurs mesures de baisses : convergence avec les prix des spécialités européennes en 2013, baisses des anciens tarifs forfaitaires de responsabilité, convergence des prix des IEC / Sartans vers les prix des spécialités les moins chères en 2015.

⁵ NICE clinical guideline Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults.

Ces mesures tarifaires de convergence des prix des antihypertenseurs appartenant au répertoire des génériques se poursuivront en 2016 et 2017 par des baisses de prix des antagonistes calciques et des bêtabloquants.

Les baisses de prix des statines et des médicaments antihypertenseurs ont permis un gain de 100 M€ en 2013, 92 M€ en 2014 et de 177 M€ en 2015.

Le plan de baisse des prix des gliptines (seules ou en association fixe avec la metformine) entre 19 % et 22 % selon les produits et étalé d'avril 2015 à décembre 2016 a permis de générer une économie pour l'Assurance Maladie de 15 M€ pour 2015 et économie prévisionnelle de 62,5 M€ pour 2016 soit une économie totale sur 2 ans de 77,5 M€.

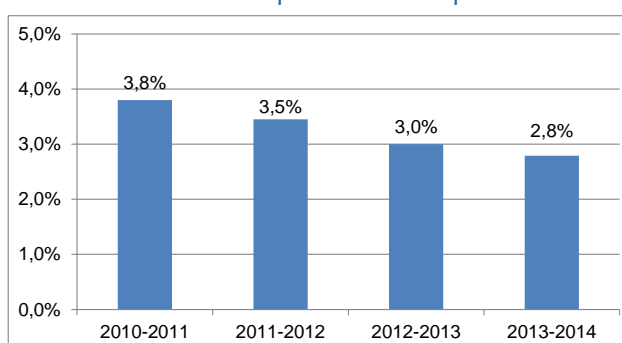
Retour sur l'évolution globale des dépenses liées au diabète

Le rapport sur les charges et produits pour 2013 a fait une projection des dépenses d'assurance maladie liées au diabète. En 2012, l'évolution anticipée des effectifs était très élevée, de +5,6 % par an, et l'on constatait également une tendance à l'augmentation des coûts moyens de traitement, qui a été projetée à +2 % : au total, une croissance annuelle de 7,7 % par an était anticipée entre 2012 et 2017.

La croissance des deux premières années (2012 – 2014), telle qu'elle est observée dans la cartographie médicalisée des dépenses, est bien tirée par l'évolution des effectifs, mais celle-ci est moins rapide que ce qui avait été anticipé (Figure 14).

La dépense moyenne par patient, elle, est restée globalement stable, avec une légère baisse des dépenses de médicaments. Cette modération des prescriptions peut être mise en rapport, même s'il est difficile d'en faire la démonstration formelle, avec le fait que la prescription d'antidiabétiques fait l'objet depuis plusieurs années de campagnes d'accompagnement des médecins prescripteurs dans le cadre de la maîtrise médicalisée.

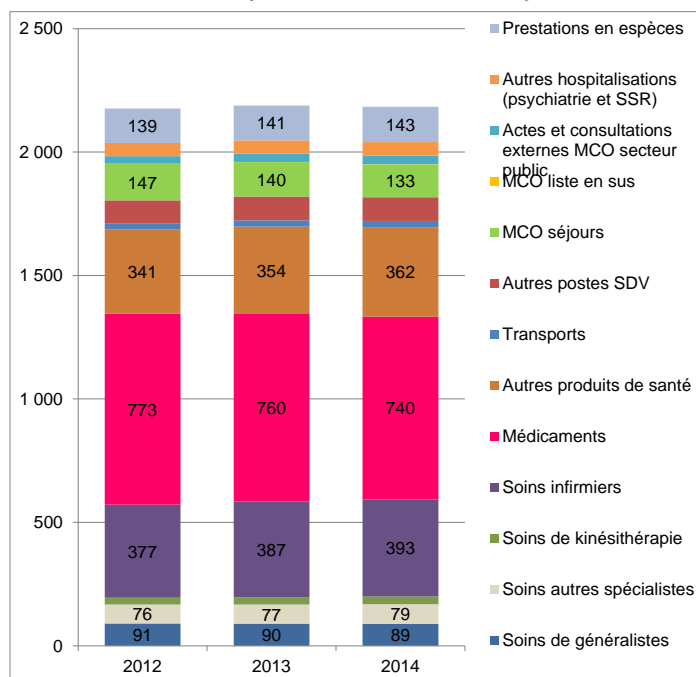
Figure 14 - Evolution du nombre de patients traités pour diabète de 2010 à 2014



Champ : Régime général

Source : SNIIRAM

Figure 15 - Diabète - Evolution des dépenses remboursées moyennes de 2012 à 2014 par poste



5. Insuffisance cardiaque : réduire la mortalité et les réhospitalisations en déployant un programme d'accompagnement des patients

Mise en œuvre des propositions 17 et 18 : **83 %**

L'analyse du processus de soins de l'insuffisance cardiaque (IC) montre qu'il serait possible en France d'éviter 6 000 à 9 000 décès par an en améliorant la qualité de la prise en charge des patients. Pour cela, deux types d'actions sont proposées :

- mettre en œuvre un programme d'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation pour éviter les rechutes ;
- améliorer l'utilisation des traitements médicamenteux.

Proposition 17 : la proposition visait à mettre en œuvre un programme d'accompagnement des patients en sortie d'hospitalisation pour décompensation cardiaque

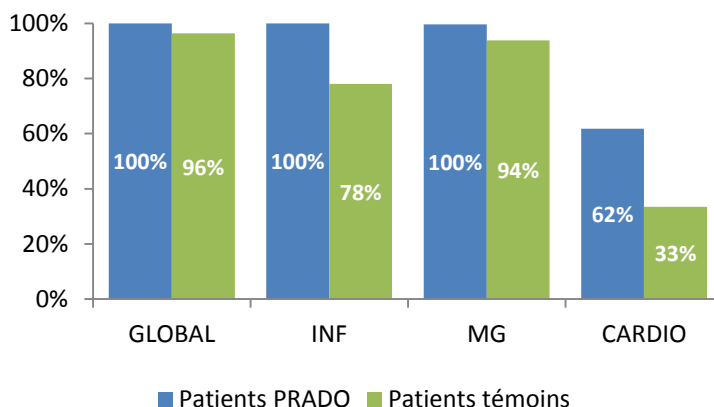
Dans le cadre de son programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO), l'Assurance maladie a expérimenté depuis mai 2013 un service où sur décision d'éligibilité de l'équipe médicale hospitalière et accord du patient, un conseiller inscrit le patient volontaire dans ce programme, organise la mise en relation avec les professionnels de santé libéraux (médecin traitant, cardiologue, infirmière) et la mise en place de l'aide à la vie si nécessaire.

Le programme concerne actuellement 45 sites et plus de 100 établissements. Plus de 4 000 patients ont bénéficié de l'offre depuis le lancement de l'expérimentation.

L'évaluation de la prise en charge des patients qui ont adhéré à PRADO insuffisance cardiaque et suivi le protocole en 2013 et 2014 montre :

- une prise en charge des patients PRADO IC optimisée à 3 mois conformément aux recommandations de la HAS (Guide parcours de soins insuffisant cardiaque 2012) ;

Figure 16 - Part des patients avec au moins une consommation de soins



- une prise en charge des patients PRADO par l'infirmier et le médecin généraliste plus précoce conformément aux mêmes recommandations de la HAS.

Figure 17 - . Délai en jours du premier soin infirmier en sortie d'hospitalisation

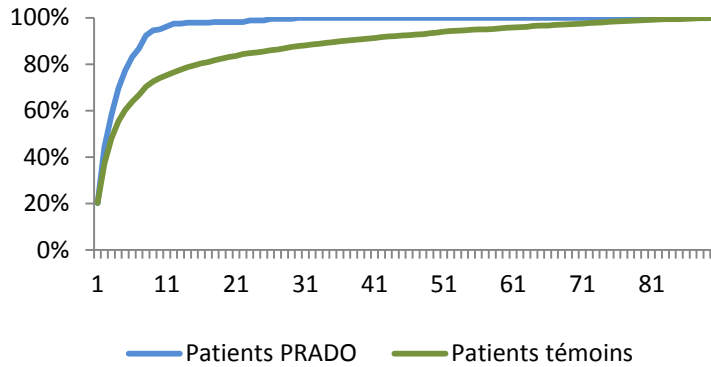
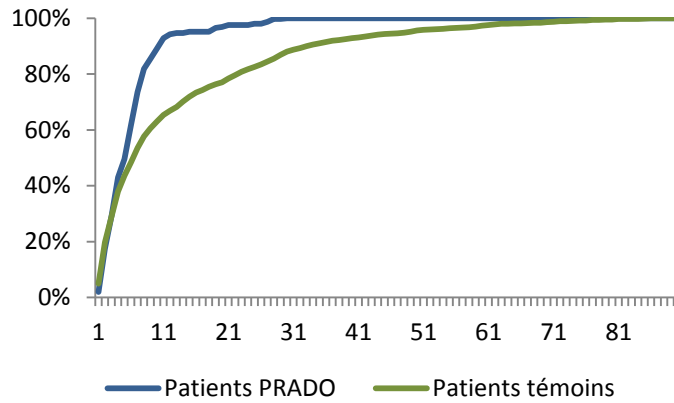
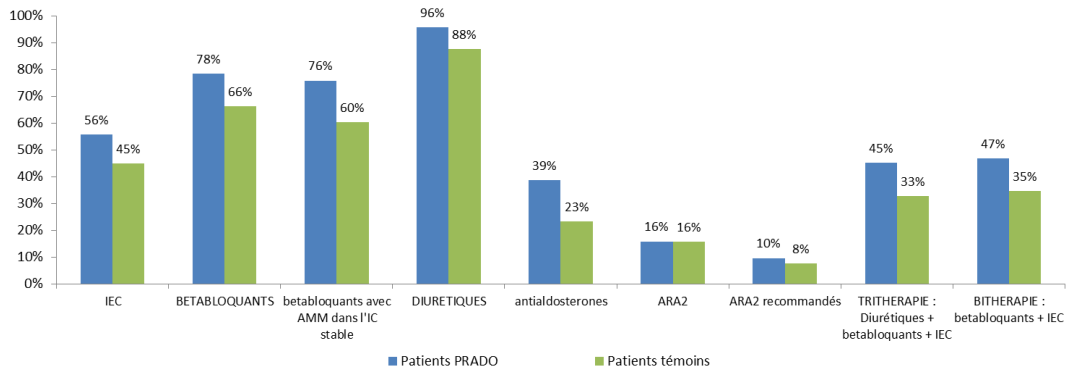


Figure 18 - Délai en jours de la première consultation de médecin en sortie d'hospitalisation



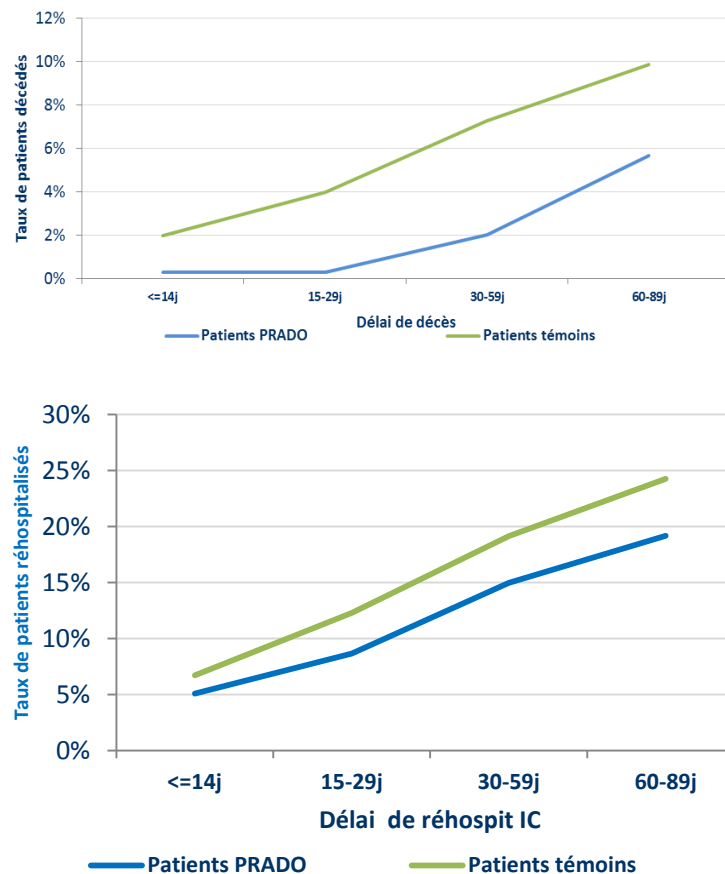
- une prise en charge globalement améliorée pour les patients PRADO, notamment concernant les taux de trithérapie et bithérapie.

Figure 19.- Proportion de patients avec un moins une consommation de traitements conseillés à 2 mois



- une baisse des taux de ré-hospitalisation et de décès chez les patients PRADO à 3 mois :
 - o -22 % de ré-hospitalisations toutes causes,
 - o -27 % pour les ré-hospitalisations pour décompensation cardiaque,
 - o -73 % pour les décès.

Figure 20 - Taux de décès et de ré-hospitalisations à 3 mois



Une articulation entre le service sophia PRADO a été mis en place en octobre 2015 permettant le suivi téléphonique des patients par les infirmiers conseils en santé après le suivi par l’infirmier libéral (soit 2 mois après leur hospitalisation pour les stades NYHA⁶ 1 et 2 et 6 mois pour les stades 3 et 4). Sept territoires sont actuellement en phase expérimentale. Le suivi téléphonique s’étale sur 6 mois à raison d’un appel par mois avec l’envoi de dépliant de rappel de messages éducatifs.

La mise à disposition pour les patients en stade NYHA 3 et 4, de « balances intelligentes » permettant de rappeler au patient la nécessité du suivi de son poids est effective depuis mai 2015 sur 4 sites (actuellement

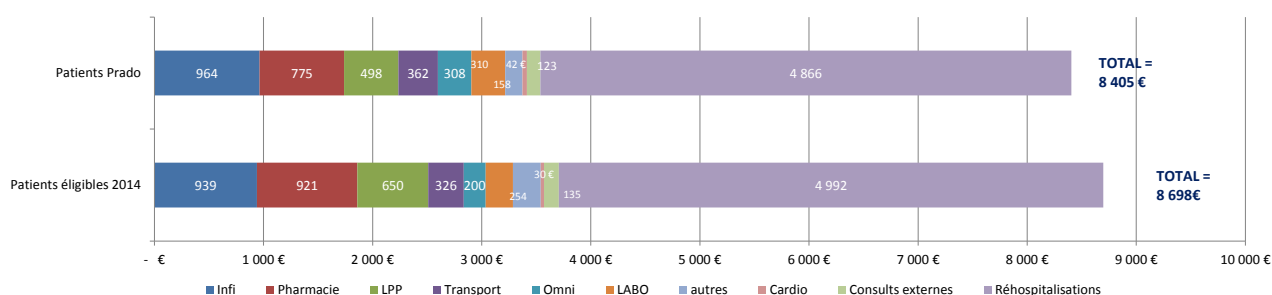
⁶ New York Heart Association : degré de sévérité de l’insuffisance cardiaque du plus léger 1 au plus sévère 4

environ 1 000 adhérents). L'expérimentation va s'ouvrir à de nouveaux territoires en 2016 et sera évalué fin 2017.

Afin d'accompagner les professionnels de santé libéraux, une formation sur la prise en charge des patients insuffisant cardiaque en sortie d'hospitalisation a été organisée par la Société Française de Cardiologie sous forme de e-learning depuis mai 2013. Près de 2 100 infirmières ont été formées via ce dispositif.

Des mémos de bonnes pratiques ont été également élaborés avec la Société Française de Cardiologie et validés par la HAS en 2013⁷. Ils portent sur la thérapeutique (titration des bêtabloquants, traitement par IEC) et leur surveillance (conduite à tenir devant une hypokaliémie, une hypotension) ainsi que sur la conduite à tenir devant des signes d'aggravation. Ces mémos sont destinés aux professionnels de santé qui prennent en charge les patients (infirmiers, médecin traitant et cardiologue) et leurs sont remis lorsqu'un de leurs patients est concerné par le programme.

Figure 21 - Parcours médico-économique des patients 6 mois après leur sortie d'hospitalisation



L'analyse du parcours médico-économique montre qu'il existe un gain à 6 mois, pour les patients PRADO qui ont suivi le protocole d'environ 300 €.

Les dépenses de ville sont majorées par une augmentation du recours aux professionnels de santé (médecins et infirmiers) mais compensée par une baisse plus importante des coûts d'hospitalisation.

Avec le développement du programme, on estime que le gain moyen par adhérent pourrait atteindre 950 €. Sur cette base, depuis le lancement du programme, l'économie générée sera d'environ 7,5 M€ fin 2016 et pourrait permettre d'atteindre 70 M€ une fois le programme généralisé France entière.

Proposition 18 : Améliorer la qualité de prescription des traitements pour l'insuffisance cardiaque

Un indicateur concernant la qualité du traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque a été introduit dans la ROSP des cardiologues : « part des patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par bêtabloquants, diurétiques, et IEC ou sartans parmi les patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par diurétiques et IEC ou sartans ».

7 Disponible sur ameli.fr : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-de-bonne-pratique/suivi-en-ville-apres-decompensation-cardiaque.php>

Les taux atteints en décembre 2015 sont de 64,7 % (pour un objectif cible ≥ 80 %), en progression de 1,2 point depuis décembre 2014 et 4,7 points depuis décembre 2011.

En 2013, différentes mesures ont été prises : convergence des prix des médicaments antihypertenseurs génériques vers les prix des médicaments européens, baisse de tarifs forfaitaires de responsabilité, etc.

Elles ont eu pour conséquences de diminuer les prix de façon significative et d'entraîner une économie de 20 millions d'euros.

Les années suivantes, conformément à la lettre d'orientation ministérielle du 2 avril 2013, le Comité économique des produits de santé a mis en œuvre des baisses tarifaires pour aboutir à une convergence des prix vers les prix les plus bas dans les classes fortement génériques.

Les classes pharmacologiques d'antihypertenseurs suivantes ont été concernées par ces mesures en 2014, 2015 et 2016 :

Les IEC /sartans : Baisses tarifaires en février 2015 puis juillet 2015 des spécialités appartenant à un groupe générique afin de converger vers un prix cible pour les princeps et un second prix cible pour les génériques. Puis dans une étape suivante baisses de prix d'autres spécialités non génériques (notamment les associations d'antihypertenseurs).

Les antagonistes calciques se sont vu appliquer des baisses de prix allant jusqu'à 30 % en janvier 2016 avec un complément en septembre 2016 le cas échéant.

Les prix bêtabloquants auront une baisse en juillet 2016 de 20 % maximum puis un complément éventuel en octobre 2017.

L'impact des baisses de prix de médicaments antihypertenseurs a été de 157 M€ en 2015.