

PARTIE II

«OBJECTIFS/RESULTATS»

LISTE DES INDICATEURS D'OBJECTIFS/RÉSULTATS ET DES PRODUCTEURS TECHNIQUES

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
1 - Assurer un égal accès aux soins	Inégalités territoriales			
	1-1 - Répartition territoriale de l'offre de soins de ville et hospitalière			
	1-1-1 - Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de généralistes est inférieure de 30% à la moyenne	Pas d'augmentation	CNAMTS	CNAMTS / DGOS
	1-1-2 - Indicateur sur les inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes	Réduction des écarts	DREES	
	1-1-3 - Part de la population ayant accès à des soins urgents en moins de 30 minutes	100%	DGOS	
	Inégalités financières			
	1-2 - Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages			
	1-2-1 - Part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques	Pas de diminution	DREES	CNAMTS / DSS
	1-2-2 - Taux d'effort des ménages pour leur dépense de santé après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires	Limitation		CNAMTS / DSS / Fonds CMU
	1-3 - Recours à une complémentaire santé pour les plus démunis			
1-3-1 - Nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire	Hausse	Fonds CMU/DREES	Fonds CMU	
1-3-2 - Nombre de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé	Hausse			
1-4 - Importance des dépassements tarifaires : répartition des médecins de secteur 2 et taux moyen de dépassement pratiqué	Diminution	CNAMTS	CNAMTS	
1-5 - Indicateur de renoncement aux soins au cours des douze derniers mois pour des raisons financières : écart entre les titulaires de la CMU complémentaire et les titulaires d'une couverture complémentaire privée	Réduction	DREES	Fonds CMU	

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
2 - Développer la prévention	Grands risques de santé publique			
	2-1 - Prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant	Stabilisation, voire réduction	DGS / DREES	DGS
	2-2 - Prévalence des pratiques addictives	24%	DGS / DREES/DSS	DGS
	2-2-1 - Prévalence du tabagisme quotidien des 15-75 ans			
	2-2-2 - Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus	11,7l en 2013	DGS / DREES	
	Politiques préventives			
	2-3 - Indicateurs sur le dépistage du cancer	53,5% en 2013	DGS / DREES	DGS
	2-3-1 - Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans			
	2-3-2 - Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal du cancer du col de l'utérus des femmes âgées de 25 à 65 ans			
	2-3-3 - Taux de participation de la population au dépistage organisé du cancer colo-rectal	50%		
2-4 - Taux de couverture vaccinale...	95%	DGS / DREES	DGS	
2-4-1 – couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois pour les vaccinations faisant l'objet d'une recommandation généralisée au calendrier vaccinal				
2-4-2 - vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées de 65 ans et plus et chez les autres groupes à risque	75%			
2-5 - Taux de diabétiques bénéficiant des recommandations de bonnes pratiques cliniques	80%	DGS / DREES	DGS	
3 - Améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins	Orientation, coordination et continuité dans le système de soins			
	3-1 - Proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant en moins de huit jours	80%	HAS	HAS
	3-2- Part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA)	Augmentation	DGOS	DGOS
	Démarches de qualité du système de soins			
3-3 – Indicateur relatif à la prévention des infections nosocomiales des établissements de santé		DGOS	DGOS	

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
3 - Améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins	3-3-1 - Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales	Objectifs selon les classes de performance	DGOS	DGOS
	3-3-2 - Indice triennal SARM du tableau de bord des infections nosocomiales	Augmentation des classes A et B		
	3-3-3 - Prévalence des infections nosocomiales dans les établissements de santé	Diminution		
	3-3-4 - Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB)	Objectifs selon les classes de performance		
	3-4 – proportion d'établissements certifiés au niveau 1 par la Haute Autorité des Santé	Augmentation	HAS	HAS
	3-5 - Taux de réalisation des médecins rémunérés selon les objectifs de santé publique	Objectifs selon les thèmes	CNAMTS	CNAMTS
4 - Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses	Niveau de consommation			
	4-1 - Taux de croissance des dépenses de médicament au cours des cinq dernières années	Ralentissement	DSS	CNAMTS
	4-2 - Indicateur de suivi de la consommation de médicaments	Objectifs conventionnels	DSS	CNAMTS
	4-2-1 - Taux de pénétration des génériques			
	4-2-2 - Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance	Réduction	DSS	
	4-3 - Nombre de doses définies journalières d'antibiotiques pour 1000 habitants par an (en ville)	Diminution	AFSSAPS	CNAMTS
	4-4 - Indicateur de suivi de la mise en œuvre des contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations et régulation des dépenses des produits facturés en sus des GHS	Augmentation	DGOS	DGOS
Maîtrise médicalisée				
4-5 – Suivi de l'évolution des dépenses de médicaments et des produits et prestations financés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS)	Objectif d'évolution des dépenses pour 2013	DGOS	DGOS	
4 - Renforcer l'efficacité du système de soins et	4-6 - Evolution du remboursement des indemnités journalières de la branche maladie	Evolution au rythme de la masse salariale - 0,5 points	DSS	CNAMTS

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
développer la maîtrise médicalisée des dépenses	4-7 - Taux d'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie fixés dans le cadre des projets de lois de financement de la Sécurité sociale	Cibles conventionnelles	CNAMTS	CNAMTS
	Efficiencia des producteurs de soins			
	4-8 - Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire	50% en 2016	DGOS	DGOS
	4-9 – Efficience des blocs opératoires : nombre d'indice de coût relatif (ICR) réalisé par salle d'intervention chirurgicale	Augmentation	DGOS	DGOS
	4-10 - Recentrage des lits hospitaliers sur les soins aigus : évolution de la durée moyenne de séjour pour les séjours en médecine et en chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile	Réduction	DGOS	DGOS
	4-11 – IP-DMS MCO : Indice de performance – durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique	Diminution	DGOS	DGOS
	4-12 - Situation financière des établissements de santé 4-12-1 - Résultat comptable de l'activité principale des établissements de santé, exprimé en pourcentage des produits 4-12-2 - Marge brute d'exploitation des établissements de santé, en pourcentage des produits	Supérieur ou égal à 0% Progression	DGOS	DGOS
5 - Garantir la viabilité financière de la branche maladie	Soutenabilité financière			
	5-1 - Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS maladie	Redressement	DSS	DSS
	5-2 - Niveaux et dépassements de l'ONDAM	Inférieur à 0,5% en 2013	DSS	DSS
	Limitation des débours indus			
	5-3 - Montants récupérés par la CNAMTS maladie dans le cadre des recours contre tiers	Augmentation	DSS	CNAMTS
5-4 - Économies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées	130 M€ en 2012	CNAMTS	CNAMTS	

Indicateur n°1-1 : Répartition territoriale de l'offre de soins de ville et hospitalière**Sous-indicateur n°1-1-1 : part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de généralistes est inférieure de 30% à la moyenne**

Finalité : l'intérêt du suivi d'un indicateur de densité de médecins généralistes libéraux est de permettre le suivi de l'évolution des zones fragiles, dans lesquelles l'accès aux médecins généralistes peut être plus difficile, soit en raison de l'éloignement géographique, soit en raison de délais d'attente plus longs. L'objectif est de ne pas augmenter la part de population vivant dans des bassins de vie dans lesquels la couverture en médecins est faible. L'indicateur doit rester stable ou évoluer à la baisse.

En matière de densité médicale, le nombre de médecins généralistes a fortement augmenté depuis 30 ans et l'effectif n'a jamais été aussi élevé : entre 1982 et 2012, l'effectif de médecins généraliste est passé de 42 390 à 52 318, soit une augmentation de plus de 23% et dans le même temps, la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants est passée de 78 à 83. Mais les inégalités régionales d'installation des professionnels de santé demeurent particulièrement importantes.

Garantir l'accès aux soins est effectivement une des priorités du gouvernement actuel à laquelle le Pacte territoire-santé, présenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé le 13 décembre 2012, apporte une réponse. Ce pacte a été élaboré à partir des constats suivants : tous les leviers d'une démarche incitative n'ont pas été totalement exploités.

Aussi, en complément des dispositifs incitatifs à l'installation des médecins libéraux dans les zones à faible densité médicale mis en place par les pouvoirs publics (État, collectivités locales assurance maladie via la convention médicale des médecins libéraux), le Pacte territoire-santé décline 12 engagements concrets qui constituent un plan global et cohérent. Le pacte est articulé autour de trois axes : le premier axe vise à changer la formation et à faciliter l'installation des jeunes médecins, le second axe cible la transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé, le troisième axe consiste à promouvoir des investissements spécifiques pour les territoires isolés.

Résultats : la part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure de 30% à la moyenne nationale est présentée ci-dessous :

	2009	2010	2011	2012	Objectif
Part de la population résidant dans un bassin de vie dont la densité est inférieure de 30% à la moyenne	5,7%	5,8%	5,8%	5,1%	Pas d'augmentation
Densité moyenne pour 100 000 habitants	86,4	85,5	84,3	83,3	
Seuil à partir duquel un bassin de vie est considéré comme fragile (valeur nationale – 30%)	60,4	59,8	59,0	58,4	

Source : CNAMTS, champ : France métropolitaine

En 2012, sur les 1 916 bassins de vie que compte la France métropolitaine, 265 ont une densité de médecins généralistes inférieure de 30% à la moyenne, c'est-à-dire inférieure à 58 généralistes libéraux pour 100 000 habitants, soit près de 14% des bassins de vie.

En 2012, l'indicateur diminue de 0,7 point par rapport à 2011, après plusieurs années de tendance à la hausse et on dénombre 30 bassins de vie fragiles de moins. Cela traduit une réduction de l'hétérogénéité entre territoires. De ce fait, l'indicateur établit une comparaison relativement à la moyenne nationale (et non à une valeur fixe) ; or, dans le même temps la densité nationale en médecins généralistes a diminué de 1 point et la densité de médecins généralistes au dessous de laquelle le bassin de vie est considéré comme fragile a diminué de 0,6 point en 2012.

Construction de l'indicateur : le découpage par bassin de vie a été réalisé par l'INSEE. Il permet l'observation de phénomènes socioéconomiques à un niveau géographique fin et homogène sur l'ensemble de la métropole. Dans chacun de ces bassins à l'autonomie plus ou moins marquée, les

habitants accèdent à l'essentiel des équipements et services (y compris ceux de santé), les actifs ont leur emploi et les élèves accèdent à leur établissement scolaire. Au total, on dénombre 1 916 bassins de vie. Parmi eux, 1 745 sont constitués d'un bourg ou d'une petite ville (c'est-à-dire d'une commune ou d'une unité urbaine de moins de 30 000 habitants).

Pour chacun des 1 916 bassins de vie, les densités de médecins généralistes libéraux (c'est-à-dire leur nombre pour 100 000 habitants) sont considérées comme faibles quand elles sont inférieures de 30% à la valeur moyenne.

Précisions méthodologiques : depuis l'édition du PQE annexé au PLFSS 2013, l'indicateur se base sur la moyenne (et non plus sur la médiane) et comprend uniquement les généralistes (et non à la fois les généralistes et les médecins à exercice particulier) pour être cohérent avec l'indicateur de densité médicale utilisé dans le CPOM État ARS. Cet indicateur a en effet servi de base pour la détermination de la part de population régionale vivant en zones fragiles (cf. arrêté zonage du 21 décembre 2011) et servant de référence pour l'attribution des aides à l'installation, notamment les aides conventionnelles aux médecins généralistes, même si ce découpage a fait l'objet de quelques aménagements. Afin de pouvoir réaliser un suivi, les données du nouvel indicateur sont renseignées pour 2009, 2010 et 2011.

Par ailleurs, l'indicateur a bénéficié d'une amélioration du découpage en bassins de vie. A partir de l'indicateur 2010, lorsqu'un bassin de vie est partagé sur plusieurs régions, la densité de généralistes du bassin de vie est affectée à chacune des régions au prorata de la population des communes qui se trouvent dans chaque région. Auparavant, les bassins de vie étaient affectés à la région de la commune la plus importante du bassin de vie.

Les données proviennent de la base SNIIR-AM de la CNAM-TS (Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie). Les effectifs ne concernent que les médecins généralistes, hors praticiens à mode d'exercice particulier, exerçant une activité libérale en France métropolitaine et actifs au 31 décembre 2012. Les données de population sont issues du fichier INSEE des populations municipales légales au 1^{er} janvier 2009 (dernière année disponible).

Une limite de l'indicateur provient du fait que le maillage territorial par bassin de vie ne permet pas d'obtenir une très bonne visibilité sur les phénomènes de faible densité médicale au sein d'une même agglomération. 1 745 zones constituées de bourgs et petites villes forment le référentiel rural et 171 bassins de vie qui sont formés par de grandes agglomérations, c'est-à-dire des unités urbaines de plus de 30 000 habitants. Or, le bassin de vie de Paris par exemple recoupe les départements parisiens et de la petite couronne et ne peut être fractionné. Cependant, ce maillage territorial a l'avantage d'être homogène et cohérent selon les régions et d'une année à l'autre, ce qui permet de suivre l'impact des mesures visant à l'amélioration de l'accès aux médecins généralistes dans la prise en charge de proximité.

Pour plus d'informations sur la répartition des médecins sur le territoire national, se reporter au dossier de la DREES « Localisation des professionnels de santé libéraux » publiée dans les « Comptes nationaux de la santé 2009 ».

Sous-indicateur n°1-1-2 : indicateur sur les inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes

- *densité moyenne de spécialistes dans les départements où la densité est inférieure à la densité départementale médiane*
- *densité moyenne de spécialistes dans les départements où la densité est supérieure à la densité départementale médiane*

Finalité : construire des indicateurs de densités moyennes en médecins spécialistes libéraux dans les départements de densités respectivement inférieures et supérieures à la densité départementale médiane permet de mesurer les inégalités d'offre de ces médecins sur le territoire et de suivre leurs évolutions. En effet, les écarts de répartition de médecins sont plus prononcés pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes selon l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS). La densité départementale moyenne de médecins spécialistes libéraux est au 1^{er} janvier 2013 de 93 médecins pour 100 000 habitants, avec des disparités départementales importantes allant de 6 pour Mayotte à 24 pour la Guyane, 36 pour l'Eure et la Haute-Saône et jusqu'à 170 pour les Alpes-Maritimes ou 268 pour Paris.

Réalisations de l'indicateur : la densité de médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants évolue de la manière suivante (au 1^{er} janvier de chaque année) :

	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Densité moyenne dans les départements de densité supérieure à la médiane	102,2	103,4	103,2	102,7	102,4	102,6	104,2	105,1	113,5	113,9	Réduction des écarts
Densité moyenne dans les départements de densité inférieure à la médiane	52	51,6	51,6	51,3	51,2	51	51,1	52,1	59,5	58,4	
Densité départementale médiane	64,6	64,6	63,8	64	63,4	63,9	63,7	64,6	73,5	72,5	
Densité moyenne France entière	85,2	85,7	85,6	85,7	85,6	85,7	85,9	87,0	93,0	93,0	

Source : 2002-2011 ADELI et 2012-2013 RPPS. Champ : France entière

Note 1 : il y a une rupture de série entre 2011 et 2012 en raison d'un changement de source.

Note 2 : le département du Nord a été retiré du calcul pour les années 2012 et 2013 (sauf pour la moyenne générale France entière) car c'est un département très peuplé (2,5 millions d'habitants) qui en changeant de groupe de département entre 2012 (densité 73 inférieure à la médiane) et 2013 (densité 77 supérieure à la médiane) faisait mécaniquement diminuer la densité moyenne des deux groupes en 2013 et perturbait l'analyse.

Lecture : au 1^{er} janvier 2013, il y a en moyenne en France (y compris DOM et Mayotte) 93 médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants.

Au 1^{er} janvier 2013, la densité de médecins spécialistes libéraux se stabilise (93 pour 100 000 habitants). La densité moyenne de la moitié des départements les mieux lotis s'élève à 113,9 spécialistes libéraux pour 100 000 habitants et continue d'augmenter. A l'inverse, la densité moyenne de la moitié des départements les moins bien dotés est de 58,4, en diminution.

En conséquence, selon cet indicateur de dispersion de l'offre de soins en médecine libérale spécialisée, les inégalités de répartition de médecins spécialistes libéraux sur le territoire semblent légèrement augmenter.

Ces évolutions sont toutefois d'ampleur suffisamment limitée pour ne pas modifier les caractéristiques globales de la répartition de l'offre de soins de médecins spécialistes libéraux en France. Celle-ci reste globalement deux fois plus élevée dans la moitié des départements les mieux dotés.

Construction de l'indicateur : la densité prise en compte est la densité départementale de médecins spécialistes libéraux. La densité départementale médiane est définie par la densité du département médian. Sur 101 départements (y compris les départements d'outre mer, compris Mayotte à partir de 2012) classés dans l'ordre décroissant de la densité de médecins spécialistes libéraux, la densité départementale médiane est donc la densité de spécialistes du 51^e département. L'indicateur de densité moyenne de spécialistes dans les départements où la densité est inférieure (resp. supérieure) à la densité départementale médiane est alors, pour les départements de densité inférieure (resp.

supérieure) à la médiane, le rapport du nombre total de médecins spécialistes libéraux de ces départements sur leur population totale.

Précisions méthodologiques : l'indicateur est calculé par la DREES. Les résultats sont obtenus à partir du répertoire administratif ADELI auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. Une part non négligeable ne le fait cependant pas, surtout en milieu hospitalier. La DREES a donc engagé une procédure de redressement des données ministérielles en confrontant plusieurs sources relatives à la démographie médicale. Cette procédure s'est faite dans le double cadre, statistique et administratif, d'un groupe de travail du Comité national de l'information statistique (CNIS) et d'un comité ministériel d'harmonisation des données relatives à la démographie médicale. Ces travaux se sont achevés en 2001.

À partir de 2012, cet indicateur est calculé à partir des données du RPPS de l'ASIP. Attention, ce changement de source conduit à une rupture de série et interdit d'interpréter l'évolution entre 2011 et 2012.

Le champ des médecins libéraux est constitué de tous ceux ayant une activité libérale, qu'il s'agisse de leur activité principale ou non, qu'ils soient remplaçants ou non. Les médecins ayant une activité mixte, libérale et salariée, sont donc classés parmi les libéraux.

Sous-indicateur n°1-1-3 : Part de la population ayant accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

Finalité : cet indicateur vise à mesurer si la réponse au besoin de soins urgents de la population est proposée sur tout le territoire dans un délai raisonnable.

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé a rappelé l'engagement du Gouvernement de permettre un accès aux soins urgents en moins de trente minutes. Cet engagement repose sur l'ensemble des effecteurs de médecine d'urgence (structure des urgences, SMUR, le cas échéant organisation d'un réseau de médecins correspondants du SAMU), l'objectif étant de rechercher toutes les solutions qui peuvent être déployées localement, dans le respect des exigences de qualité et de bonnes pratiques, pour répondre aux besoins de soins urgents de la population en moins de trente minutes.

L'indicateur présenté ne rend qu'imparfaitement compte de la situation dans la mesure où il ne prend en compte que les structures des urgences et les SMUR.

À ce stade, les agences régionales de santé sont en train de finaliser leurs plans d'actions : elles identifient pour chaque territoire identifié à plus de trente minutes, les actions ou dispositifs mis en place ou en projet pour améliorer l'accès aux soins urgents de la population. Ces plans d'actions seront complets au 1^{er} octobre 2013.

Les actions seront effectives dès 2014, ce qui permettra l'actualisation de l'indicateur proposé ci-dessous.

Résultats : la répartition 2011 de la population selon le temps d'accès aux soins urgents est présentée dans le tableau suivant :

	2011	objectif
Moins de 30 minutes	97,1%	100%* en tenant compte de toutes les organisations territoriales possibles au-delà des SMUR et services d'urgence
<i>dont moins de 15 min</i>	75,0%	
<i>dont de 15 à 30 min</i>	22,1%	
De 30 à 45 minutes	2,8%	
Plus de 45 min	0,1%	

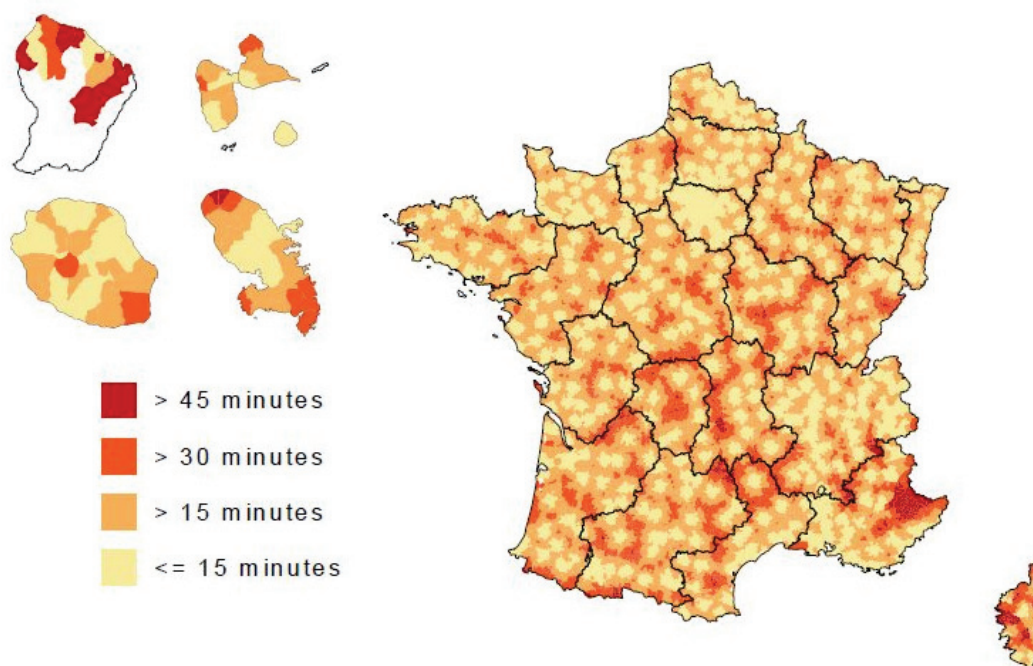
Source : DREES – SAE 2011

97,1% de la population accède, indifféremment, à une structure des urgences ou à un SMUR en moins de 30 minutes (source DREES - données SAE 2011 – temps d'accès moyen heures pleines/heures creuses).

Dans le détail, 96,8% de la population est située à moins de 30 minutes d'une structure des urgences et 95,7% de la population à moins de 30 minutes d'un SMUR.

La carte ci-après représente les temps d'accès de la population à un service de médecine d'urgence (structure des urgences ou SMUR) sur le territoire, hors autre éventuelle solution locale existante.

Temps moyen d'accès aux structures d'urgences générales ou au SMUR général le plus proche



Source : SAE 2011, carte DREES

Construction de l'indicateur : les données utilisées par la DREES pour calculer les temps d'accès à des soins urgents sont issues des données remplies dans le bordereau relatif à la médecine d'urgence (Q13) de la statistique annuelle des établissements (SAE). Ce dernier permet aux établissements de déclarer les autorisations de structure des urgences (générales et/ou pédiatriques) et des SMUR (généraux et/ou pédiatriques) dont ils disposent. La SAE nous renseigne également sur la commune d'implantation de chacun de ces établissements.

La DREES considère qu'une commune est « équipée » d'un service de médecine d'urgence si l'un des établissements qui y est implanté déclare une structure des urgences générales ou un SMUR général. Si la commune est équipée d'un de ces services, le temps d'accès est alors égal à 0. Pour les communes non-équipées, le temps théorique d'accès aux urgences est obtenu en calculant le temps de trajet à la commune équipée la plus proche, grâce au distancier de l'INSEE.

Le distancier de l'INSEE permet de calculer des temps de trajet par la route de chef-lieu à chef-lieu (généralement les mairies des communes). Le temps retenu pour l'indicateur est une moyenne entre le temps de trajet en heures creuses et le temps de trajet en heures pleines ce qui est tout particulièrement adapté aux soins en urgence, où la notion de temps réel d'accès est la plus pertinente. Cela permet en outre de rendre compte assez finement des particularités géographiques de certains territoires et de leurs difficultés d'accès, notamment dans les zones montagneuses, dans les îles et presqu'îles ou dans les zones contournant un fleuve.

Néanmoins, cette méthode connaît une limite, celle de « lisser » la notion de temps d'accès infra-communal, les établissements et les habitants d'une commune étant tous localisés au chef-lieu. Ainsi, les habitants d'une même commune auront tous le même temps d'accès, ce qui parfois ne traduit pas les difficultés d'accès dans les communes très étendues et/ou très peuplées.

Indicateur n°1-2 : Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages**Sous-indicateur n°1-2-1 : Part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques**

Finalité : les régimes obligatoires d'assurance maladie et, pour une contribution plus modeste, le budget de l'État, le fonds CMU et les collectivités locales, concourent de façon décisive à la prise en charge des dépenses de santé au moyen d'une mutualisation complète des risques individuels de maladie. L'évolution de leur contribution au financement de l'ensemble des dépenses de santé fournit donc un indicateur agrégé des conditions de l'accès aux soins de l'ensemble de la population, même s'il ne rend pas compte des inégalités qui peuvent exister entre individus selon les niveaux de revenu.

Résultats : la répartition du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) entre les régimes obligatoires, l'État et les ménages évolue de la manière suivante :

En %	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif 2013
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des administrations publiques (en %)	77,9	78,1	77,6	77,0	77,0	77,0	76,7	76,7	Pas de diminution
Régimes obligatoires d'assurance maladie	76,7	76,8	76,3	75,7	75,8	75,7	75,5	75,5	
État, le Fonds CMU, les collectivités locales	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des acteurs privés	22,1	21,9	22,4	23,0	23,0	23,0	23,3	23,3	
Opérateurs de couvertures maladie complémentaires	12,4	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5	13,7	13,7	
Ménages (reste à charge)	9,7	9,0	9,3	9,7	9,6	9,5	9,6	9,6	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Source : DREES, comptes nationaux de la santé

Les administrations publiques prennent en charge une part prépondérante (76,7% en 2012) de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ce sont les régimes obligatoires d'assurance maladie qui contribuent le plus à ce financement public (75,5% en 2012), la part des autres administrations publiques étant réduite (1,2%) et essentiellement limitée au financement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Le solde du financement de la CSBM est assuré d'une part par les opérateurs de couvertures maladie complémentaires (13,7% en 2012) et d'autre part par les dépenses qui restent à la charge des ménages (9,6% en 2012).

De 2000 à 2005, la part de la dépense financée par la Sécurité sociale était restée globalement stable, autour de 77%. Cette stabilité résultait de plusieurs évolutions de sens contraire : la structure de la CSBM se déformait en faveur des produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou biens médicaux faiblement remboursés comme l'optique) et comprenait une part croissante de dépassements d'honoraires (pris en charge de façon variable par les organismes complémentaires³), mais le nombre des assurés sociaux bénéficiant d'une

³ Depuis 1995, la part des dépassements d'honoraires s'est sensiblement accru dans le reste à charge des ménages car leur montant augmente beaucoup plus vite que la CSBM (doublement en 15 ans entre 1990 et 2005) – cf. le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2007 sur les dépassements d'honoraires médicaux.

exonération du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD) était en nette progression.

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'est en revanche réduite en raison de diverses mesures d'économie prises pour limiter le déficit de la branche maladie. Entre 2008 et 2010, la part de la Sécurité sociale s'est stabilisée à 75,7%. Elle a légèrement reculé en 2011 en raison du déremboursement ou de la moindre prise en charge de certains médicaments et dispositifs médicaux. Malgré la réalisation de nouvelles économies (baisses de tarifs ciblées sur certains médicaments à service médical rendu insuffisant et certains actes médicaux,...), elle reste stable en 2012 car ce sont les dépenses les mieux prises en charge par l'assurance maladie (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports, médicaments coûteux, en particulier rétrocession hospitalière) qui constituent les postes les plus dynamiques.

La prise en charge par les organismes complémentaires atteint 25,2 milliards d'euros en 2012, soit 13,7% de la CSBM, comme en 2011. Elle est tendanciellement orientée à la hausse.

En une douzaine d'année, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a effet augmenté de 1,3 point, passant de 12,4% en 2000 à 13,7% en 2012. Cette progression est le résultat de deux évolutions de sens contraire : une part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers, les soins de ville, au sens de la CSBM, et les biens médicaux, et une réduction continue de leur prise en charge des médicaments.

Entre 2005 et 2007, cette progression s'est expliquée notamment par les hausses du forfait journalier à l'hôpital, ainsi que par les hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. En 2008, s'est ajoutée la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds (de plus de 91 euros) et en 2010, la hausse du forfait journalier hospitalier, passé de 16 à 18 euros par jour.

À cette augmentation sur les soins hospitaliers, s'était ajoutée une augmentation lente mais continue de prise en charge des prestations de soins de ville (dépassements d'honoraires des médecins et soins prothétiques des dentistes) et une forte hausse des prestations des organismes complémentaires sur les autres biens médicaux (optique, orthèses, fauteuils roulants, lits médicalisés et autres produits de la LPP...). C'est le type de dépenses pour lequel la participation des organismes complémentaires a le plus progressé depuis douze ans : elle atteint 39% en 2012 alors qu'elle n'était que de 26% en 2000.

L'augmentation des postes « soins hospitaliers », « soins de ville » et « autres biens médicaux » dans les prestations des organismes complémentaires a de fait plus que compensé leur baisse de prise en charge des médicaments. Ces organismes occupent une part moins importante dans la prise en charge des dépenses de médicaments en raison principalement des mesures de déremboursement intervenues depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008. Ces mesures ont augmenté la part à la charge des ménages et donc diminué mécaniquement la part des autres financeurs. La part des organismes complémentaires sur les médicaments est ainsi passée de 18,7% en 2000 à 16,2% en 2008, puis à seulement 14,6% en 2012 avec la poursuite des déremboursements et le désengagement de nombreux organismes complémentaires du champ des médicaments remboursés à 15% par l'assurance maladie.

Si l'on ajoute leur contribution au financement du fonds CMU, la prise en charge des soins de santé par les organismes complémentaires ressort au global à 14,5% de la CSBM en 2012 (contre 13,7% sans prise en compte de cette taxe).

Le reste à charge des ménages atteint 17,6 milliards d'euros en 2012, soit 9,6% de la CSBM comme en 2011. Il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments, mais est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers (de l'ordre de 3%).

Le reste à charge des ménages a diminué de 1995 à 2004, sous l'effet d'un financement accru par les organismes complémentaires et, dans une moindre mesure, de la création de la CMU

complémentaire. De 2005 à 2008, son évolution est orientée à la hausse puisqu'il est passé de 9,0% en 2005 à 9,7% en 2008. Cette augmentation s'explique par les mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie, qui avaient plus que compensé les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages, notamment le dynamisme des dépenses prises en charge à 100% par les régimes de base (assurés en ALD). Le reste à charge a augmenté en 2006, essentiellement en raison du déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant (veinotoniques, sirops, anti-diarrhéiques,...) et de la mise en place du parcours de soins. Cette progression s'est accentuée en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux).

Sur la période 2009-2012, en l'absence de mesure tarifaire de grande ampleur affectant la participation des ménages, la part de la CSBM à leur charge reste stable. La hausse de la part des ménages dans la consommation de médicaments est compensée par un léger recul de leur part dans les autres types de soins. Cette stabilité résulte, en effet, de deux phénomènes qui jouent en sens opposés : le déremboursement de certains médicaments (et la non-prise en charge par certains organismes complémentaires des médicaments remboursés à 15% par la Sécurité sociale) qui tend à faire augmenter le reste à charge, tandis que la meilleure prise en charge par les organismes complémentaires des biens médicaux a l'effet inverse.

La France demeure l'un des pays développés où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante, et où le reste à charge des ménages est le plus limité. Seuls l'Autriche, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède) et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France. Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France.

Construction de l'indicateur : l'indicateur calcule la contribution de chaque acteur – Sécurité sociale, État, Fonds CMU et collectivités locales, organismes dispensateurs de couvertures maladie complémentaires, ménages – à l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux. Cet agrégat regroupe l'ensemble des dépenses correspondant à des soins fournis aux patients par un professionnel de santé à l'hôpital ou en ville (à l'exclusion des actes de prévention, des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail, et des dépenses de gestion, de formation et de recherche et d'éducation à la santé mises en œuvre par le système de santé).

Le Fonds CMU apparaît ici uniquement pour les prestations versées aux bénéficiaires affiliés aux régimes de base, les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux organismes complémentaires n'étant pas distinguées des autres prestations versées par ces dernières.

La contribution de chaque organisme correspond aux montants qu'il verse, sans prendre en compte la façon dont ces dépenses sont financées : en particulier, les dépenses des organismes complémentaires ne prennent pas en compte les taxes qu'ils paient au Fonds CMU ; de même, le déficit des hôpitaux publics n'est pas identifié en tant que tel, et est intégré dans la part financée par la Sécurité sociale.

Précisions méthodologiques : les données permettant de calculer l'indicateur sont élaborées annuellement par la DREES dans le cadre des comptes nationaux de la santé, qui constituent un compte satellite des comptes nationaux. Pour plus d'information, se référer à « Les Comptes nationaux de la santé en 2012 », DREES, *Études et Résultats* n°851, septembre 2013.

Sous-indicateur n°1-2-2 : Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires

Finalité : en complément du sous-indicateur précédent, cet indicateur mesure la part du revenu disponible moyen (diminué des primes de couverture maladie complémentaire) consacré par les ménages pour leurs dépenses de santé demeurant à leur charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires. Il se fonde sur une approche « ménage », ce qui permet de tenir compte de la mutualisation du risque, des ressources et des dépenses. Il donne une mesure de l'accessibilité financière aux soins.

Résultats : le reste à charge par ménage et le taux d'effort correspondant, par décile de niveau de vie, sur leurs dépenses de santé en 2008 s'établit à :

Niveau de vie	Reste-à-charge final	Taux d'effort	Objectif
1 ^{er} décile	178 €	1,6%	Limitation
2 ^e décile	266 €	1,5%	
3 ^e décile	243 €	1,2%	
4 ^e décile	275 €	1,2%	
5 ^e décile	292 €	1,1%	
6 ^e décile	336 €	1,1%	
7 ^e décile	331 €	0,9%	
8 ^e décile	362 €	0,9%	
9 ^e décile	378 €	0,8%	
10 ^e décile	576 €	0,7%	

Sources : INES-OMAR 2008.

Champ : Ménage ordinaire, France métropolitaine ; dépenses présentées au remboursement de l'Assurance Maladie.

Note de lecture : En 2008, en prenant en compte l'ensemble des remboursements (Assurance Maladie et couverture maladie complémentaire), un ménage appartenant au premier décile de niveau de vie devait s'acquitter de 180€ en moyenne pour le financement direct de ses dépenses de santé. Rapporté au revenu disponible, ce montant représente un taux d'effort de 1,6%.

Le reste-à-charge moyen après remboursements des organismes complémentaires est croissant en fonction du niveau de vie (de 180€ pour les ménages du premier décile à 570€ pour ceux du dernier). Cependant, la part du revenu disponible moyen qui y est consacrée diminue fortement : 1,6% du revenu disponible des ménages appartenant au premier décile de niveau de vie sont consacrés aux dépenses de santé effectives alors que seulement 0,7% du revenu disponible des 10% des ménages les plus aisés sont affectés au même poste.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est le rapport entre le reste-à-charge après AMO et AMC et le revenu disponible annuel des ménages auquel sont retranchées les primes versées au titre de l'AMC (hors aide à la complémentaire Santé, ACS) pour chaque décile de niveau de vie. Cet indicateur permet de mesurer les disparités existant entre différents niveaux de vie.

Précisions méthodologiques : le reste-à-charge des ménages par décile de niveau de vie après intervention des organismes complémentaires a été calculé à partir de l'appariement des deux outils de microsimulation INES-OMAR (Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes-à-charge).

Les valeurs présentées ici diffèrent de celles qui figuraient dans la dernière édition du PQE pour plusieurs raisons. D'abord, ces nouvelles valeurs s'appuient sur une formule de calcul de l'indicateur légèrement différente dans laquelle les primes d'assurance sont prises en compte au dénominateur. Ensuite, le calcul est mené sur une source légèrement différente : INES-OMAR (versus OMAR dans la première édition). Enfin, pour le calcul des valeurs présentées ici, plusieurs jeux de simulation ont

été réalisés pour lisser l'aléa de tirage au sort existant au moment de l'imputation des dépenses et des contrats, ce qui n'était pas le cas dans la première version.

Avant toute chose, il convient de préciser que cet outil est pertinent pour l'étude des montants et de la structure des dépenses de santé pour une année donnée mais ne convient pas pour une analyse précise des évolutions de celles-ci. En effet, l'outil de microsimulation OMAR sur lequel s'appuie l'indicateur évolue tous les deux ans, à mesure de l'amélioration des sources d'informations sur lesquelles il s'appuie (enquête SPS de l'IRDES, enquête DREES sur les organismes complémentaires...). L'avantage est l'amélioration de la méthode et la fiabilité des résultats, l'inconvénient est la difficulté de comparer les évolutions temporelles.

OMAR est construit à partir de l'enquête SPS 2008 de l'IRDES qui interroge 8 000 ménages et 22 000 individus. L'appariement de cette enquête avec les données de la CNAMTS, du RSI et de la MSA (base EPAS) permet de connaître les dépenses pour 10 000 individus. Si l'EPAS donne le montant remboursé par la Sécurité sociale, il ne fournit pas le montant remboursé par les organismes complémentaires et les dépenses payées directement par les ménages. La simulation des remboursements complémentaires est obtenue par l'imputation des garanties de contrats modaux déclarées dans l'enquête DREES sur les contrats les plus souscrits.

INES est un outil de microsimulation géré conjointement par l'INSEE et la DREES. Il repose sur l'Enquête Emploi en Continu et l'Enquête sur les Revenus Fiscaux et Sociaux. Cet outil couvre un échantillon représentatif de la population métropolitaine de 161 000 individus, soit 70 000 ménages. INES fournit donc les valeurs des différents revenus des ménages et des cotisations sociales et CSG notamment.

La population INES étant plus nombreuse que la population OMAR, INES-OMAR est construit comme la greffe d'un module OMAR sur l'outil INES. Utilisant des méthodes de tirages aléatoires (*hot deck*), le rapprochement des deux sources se fait en trois temps :

- 1) imputation au niveau ménage d'une éventuelle couverture maladie complémentaire pour les ménages ne recourant pas à la CMU-C. Le recours à la CMU-C est déterminé suivant un calcul d'éligibilité et un tirage aléatoire ;
- 2) imputation des dépenses de santé (et variables connexes) au niveau individuel. Seules les dépenses disponibles directement dans l'appariement ESPS-EPAS sont utilisées (10 000 individus) ;
- 3) application des taux de remboursements complémentaires aux dépenses imputées.

In fine, INES-OMAR permet de connaître les revenus, cotisations sociales, CSG, primes AMC, dépenses de santé et remboursements AMO et AMC pour 70 000 ménages.

Le revenu disponible utilisé pour le calcul de cet indicateur provient de l'ERFS. Il comprend les revenus déclarés au fisc, les revenus financiers non déclarés imputés et les prestations sociales, nets des impôts directs. Ce revenu disponible est ainsi proche du concept de revenu disponible brut (RDB) au sens de la comptabilité nationale, mais son champ est un peu moins étendu.

Les dépenses de santé considérées dans cette fiche sont les dépenses de santé remboursables et présentées au remboursement, hors secteur médico-social.

Compte tenu de la périodicité des sources, cet indicateur ne peut être actualisé que tous les deux ans.

Indicateur n°1-3 : Recours à une complémentaire santé pour les plus démunis

Sous-indicateur n°1-3-1 : Nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire

Finalité : créée par la loi du 27 juillet 1999 et entrée en vigueur le 1er janvier 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) vient en complément des droits de base gérés par le régime obligatoire. Ce dispositif offre, sous condition de ressources et de résidence stable et régulière, l'accès à une complémentaire santé gratuite pendant une année renouvelable.

Précisions sur le dispositif : la CMU-C est une prestation distincte de la CMU de base (appelée aussi « régime général sur critère de résidence »). Cette dernière, créée par la même loi du 27 juillet 1999, permet d'affilier à titre subsidiaire et obligatoire toutes les personnes qui résident de manière stable et régulière sur le territoire et qui ne peuvent prétendre à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime obligatoire. Les personnes affiliées à la CMU de base sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond (fixé à 9 356€ pour la période du 1^{er} octobre 2012 au 30 septembre 2013). Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont exonérés de cette cotisation.

L'ouverture des droits à la CMU-C nécessite d'avoir des ressources inférieures à un certain seuil (à l'exception des bénéficiaires du RSA et des membres de leur foyer qui sont présumés satisfaire à cette condition de ressources). Le plafond de ressources de la CMU-C est déterminé en fonction de la composition du foyer du demandeur et varie selon le nombre de personnes à charge. Il a été fixé à 7 934 € au 1^{er} juillet 2012 pour une personne en métropole. Depuis, le plafond de ressources a été revalorisé de 8,3% au 1^{er} juillet 2013.

Les bénéficiaires de la CMU-C peuvent choisir de confier la gestion de cette couverture à leur caisse d'assurance maladie ou à un organisme complémentaire (OC) agréé : mutuelle, assurance ou institution de prévoyance. Fin 2012, la plupart des bénéficiaires (84,7%) confient la gestion de la CMU-C à leur régime obligatoire.

La CMU-C permet la prise en charge sans avance de frais du ticket modérateur pour les soins de ville et à l'hôpital, du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, des dépassements de tarifs dans certaines limites pour les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives ou encore certains dispositifs médicaux. Par ailleurs, le bénéficiaire de la CMU-C est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. Les professionnels de santé sont tenus de respecter ces tarifs, sauf en cas d'exigence particulière de l'assuré.

Résultats : l'évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C est présentée dans le tableau suivant (à fin décembre de chaque année) :

	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un régime obligatoire	3 622 561	3 573 742	3 673 401	3 730 956	3 846 291	
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un organisme complémentaire	564 305	605 574	653 080	689 942	692 396	
Ensemble des bénéficiaires de la CMU-C	4 186 865	4 179 316	4 326 481	4 420 898	4 538 687	Hausse

Source : Fonds CMU. Champ : France entière

Au mois de décembre 2012, le dispositif CMU-C compte 4,5 millions de bénéficiaires (dont 3,8 millions gérés par un régime obligatoire). L'effectif total est en progression de 2,7% par rapport à la même période de 2011. L'effectif à fin 2011 était en progression de 2,2% par rapport à fin 2010.

Les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS ont fait l'objet d'une nouvelle estimation à l'aide du modèle de micro-simulation INES développé conjointement par la DREES et l'INSEE, en

appliquant la législation relative à la CMU-C et à l'ACS à un échantillon de ménages représentatif de la population vivant en France dans un ménage ordinaire.

Le nombre de personnes éligibles à la CMU-C, sur la base d'une actualisation pour 2012 serait compris entre 5,0 et 5,9 millions de personnes pour la métropole. Le taux de recours à la CMU-C se situerait entre 66% et 79%. Celui-ci est stable entre 2011 et 2012, sous l'effet conjugué de deux phénomènes : une hausse du nombre de bénéficiaires de la CMU-C, et une hausse équivalente de la population éligible à ce dispositif, reflet de la conjoncture dégradée du marché du travail et de la hausse du nombre d'allocataires de minima sociaux.

Cette révision s'explique notamment par des améliorations méthodologiques apportées au programme de calcul de l'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS (réintégration des allocataires du RSA socle à la CMU-C et redéfinition du contour du « foyer CMU-C » et par la refonte générale du modèle INES en 2011.

Le financement de la CMU-C a connu de profondes modifications. Depuis 2009, le fonds CMU n'est plus financé que par la contribution versée par les OC qui est passée de 2,5% à 5,9% de leur chiffre d'affaires au 1er janvier 2009. La LFSS pour 2011 a transformé cette contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) à hauteur de 6,27% (pour les contrats à échéance principale à compter du 1^{er} janvier 2011) sans conséquence financière pour le Fonds CMU puisque l'assiette est le chiffre d'affaires hors taxes. Depuis 2004, le fonds reverse un montant forfaitaire annuel aux régimes de base et aux OC par bénéficiaire de la CMU-C dont ils gèrent le contrat. Ce forfait a augmenté de 304,52 € en 2005 à 340 € en 2006 puis à 370 € de 2009 à 2012. Les organismes complémentaires déduisent ce forfait du montant de leur contribution.

En 2012, le montant de la dépense totale pour la part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C atteint 1 684 M€ (versements aux régimes de base et déductions CMU-C des organismes complémentaires).

Les régimes de base voient cependant une partie des dépenses de CMU-C rester à leur charge, en particulier la CNAMTS dont le coût moyen par bénéficiaire est significativement supérieur (estimé à 445 € en 2012). Par ailleurs, il est à noter que le fonds CMU reverse tout ou partie de son excédent cumulé à la CNAMTS. L'arrêté du 2 août 2012 a fixé ce montant pour 2011 à la totalité de l'excédent du fonds de l'année 2011, soit 126 M€.

Construction de l'indicateur : les effectifs de la CMU-C sont transmis par les régimes obligatoires mensuellement pour le régime général, le régime des indépendants et le régime agricole et trimestriellement pour les autres régimes et les sections locales mutualistes.

Précisions méthodologiques : les effectifs de la CCMSA ont fait l'objet d'une réropolation sur les exercices courant de 2007 à 2009, suite à la mise en place d'un nouveau mode de décompte à partir du mois de janvier 2010. Les effectifs du RSI ont fait l'objet d'une réropolation sur les exercices courant de 2007 à 2010. Suite à un rapprochement avec les bases du RNIAM, il a été décidé d'appliquer un abattement de -6% à partir de janvier 2011 et sur les quatre exercices précédents. L'indicateur tient compte de ces évolutions.

Sous-indicateur n°1-3-2 : Nombre de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé

Finalité : l'aide au paiement d'une couverture complémentaire santé (ACS) a été instituée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Son objectif est de faciliter l'accès à l'assurance complémentaire des ménages modestes non éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) - cf. sous-indicateur précédent. Elle vient en déduction du montant de la prime ou de la cotisation annuelle sur le contrat de santé individuel nouvellement choisi ou déjà souscrit.

Précisions sur le dispositif : en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, l'aide concerne les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond augmenté de 35% depuis le 1er janvier 2012.

Concrètement, après instruction de la demande par la caisse de sécurité sociale, une attestation de droits (« chèque santé ») est délivrée au bénéficiaire. Ce document est ensuite remis à l'organisme complémentaire (OC) de son choix. Le contrat choisi doit respecter les règles des « contrats responsables ». L'attestation est valable six mois (délai pour l'utiliser auprès d'un OC) et le droit est attribué pour une année (une fois l'attestation utilisée auprès d'un OC). Pour cette raison, les données relatives aux bénéficiaires sont remises à zéro au début de chaque année.

Les bénéficiaires de l'ACS sont dispensés de faire l'avance des frais, sur la part obligatoire, pour les soins réalisés dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, et ce pour une durée de dix-huit mois à compter de la date de remise de l'attestation de droit par la caisse d'assurance maladie, et ce, même si l'intéressé n'a pas choisi de contrat de complémentaire santé. Par ailleurs, à compter du 1^{er} janvier 2013 et en application de l'avenant n°8 de la nouvelle convention médicale, les médecins y compris ceux exerçant en secteur 2, sont tenus de respecter les tarifs opposables à l'égard des bénéficiaires de l'ACS.

Le montant de l'ACS est différencié selon des tranches d'âges pré-déterminées : 100 euros pour les moins de 16 ans, 200 euros de 16 à 49 ans, 350 euros de 50 à 59 ans et 500 euros à partir de 60 ans.

Résultats : l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'ACS (à fin novembre de chaque année) est présentée dans le tableau suivant :

	Nov. 2007	Nov. 2008	Nov. 2009	Nov. 2010	Nov. 2011	Nov. 2012	Mai 2013	Objectif
Bénéficiaires de l'ACS	462 000	541 100	546 000	579 300	702 200	921 900	1 060 234(*)	
Bénéficiaires utilisant effectivement l'attestation	329 700	442 300	501 700	533 000	620 000	773 881	822 216	Hausse

Source : Fonds CMU, chiffres arrondis. Compteurs remis à zéro chaque année sauf (*) nombre de bénéficiaires sur douze mois glissants
Champ : France entière

Fin mai 2013, le nombre d'utilisateurs d'attestations s'établit à plus d'un million de personnes. Le cap du million de bénéficiaires d'attestations ACS avait été franchi dès la fin décembre 2012 : 1 005 161 personnes correspondant à une hausse sensible de +30,8% par rapport à l'année 2011 (+31,1% pour la CNAMTS, +29,6% pour le RSI et de +26,1% pour la CCMSA). Cette forte augmentation s'explique par les revalorisations du plafond de ressources de l'ACS en 2011 et 2012 (passé de 120% à 126% puis à 135% du plafond de ressources de la CMU).

Parmi ces bénéficiaires, plus de 822 000 personnes utilisaient leur attestation ACS fin mai, soit près de 80% des bénéficiaires. Ce taux est comparable à celui observé au long de l'année 2012. En période de forte montée en charge du dispositif, il fluctue selon les trimestres mais est toujours demeuré au dessus de 80% au cours de l'année 2012, ce qui est remarquable pour un dispositif fonctionnant sur le système d'un « bon d'achat ».

À fin novembre 2012, parmi les bénéficiaires, 71% ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 27% auprès d'une société d'assurance et 2% dans une institution de prévoyance.

Les effectifs CMU-C/ACS ont fait l'objet d'une nouvelle estimation à l'aide du modèle de micro-simulation INES développé conjointement par la DREES et l'INSEE, en appliquant la législation relative à la CMU-C et à l'ACS à un échantillon de ménages représentatif de la population vivant en France dans un ménage ordinaire. Le nombre de bénéficiaires de l'ACS reste faible par rapport à la population éligible : en 2012, le taux de recours à l'ACS serait compris entre 30 et 43% en métropole, par rapport au nombre d'attestations délivrées à fin décembre 2012.

Sur l'année 2012, le coût du dispositif s'est établi à 195 millions d'euros. Le montant moyen annuel de la déduction est stabilisé, tournant autour de 275 euros.

L'enquête annuelle 2012 du Fonds CMU sur le prix et le contenu des contrats ACS montre que la prise en charge du prix des contrats par l'ACS s'établit aujourd'hui à hauteur de 54% (56% dans l'enquête 2011). Le prix annuel moyen du contrat ressort à 884 € (par contrat couvrant en moyenne 1,66 personne, soit 533 € pour une personne), en évolution sensible de + 5,1% par rapport à l'enquête 2011. Le taux d'effort des ménages concernés pour acquérir leur complémentaire santé représente 4,1% de leur revenu annuel (3,9% en 2011). L'attribution d'aides extra-légales quasi généralisées dans les caisses d'assurance maladie peut toutefois permettre d'abaisser le taux de reste à charge des personnes concernées.

Néanmoins, il convient de souligner que le niveau de couverture procuré par les contrats ACS, apprécié à partir d'une classification actualisée par la DREES à l'occasion de son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits en 2010, est d'un niveau sensiblement inférieur aux autres contrats individuels. En plus du reste à charge sur le prix du contrat, il convient de garder à l'esprit que des restes à charge sur les prestations pèsent également sur le budget des ménages concernés et parfois dans des proportions plus importantes selon les profils de consommation.

Construction de l'indicateur : les données présentées concernent d'une part, le nombre de bénéficiaires de l'ACS, donnée fournie par les régimes obligatoires et qui correspond au nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées, et d'autre part, le nombre d'utilisateurs effectif de cette aide, donnée fournie par le Fonds de financement de la CMU à partir des données déclaratives transmises trimestriellement par les organismes complémentaires (OC).

Précisions méthodologiques sur l'enquête ACS : les résultats du rapport relatif au prix et au contenu des contrats pour 2012 sont issus de l'exploitation des réponses de 52 OC représentant 515 000 bénéficiaires, soit 66% des bénéficiaires de l'ACS, et des déclarations à la contribution CMUc auprès du fonds CMU du 4^e trimestre 2012.

Indicateur n°1-4 : Importance des dépassements tarifaires : répartition des médecins de secteur 2 et taux moyen de dépassement pratiqué

Finalité : l'intérêt de cet indicateur est de suivre dans le temps l'évolution des dépassements pratiqués par les médecins libéraux. L'évolution du taux de dépassement des médecins en secteur 2 permet de cerner le rythme de ces dépassements par rapport aux honoraires remboursables. La part de la population résidant dans des départements où la proportion de médecins en secteur 2 est importante permet d'avoir une approche du niveau et de l'évolution du risque relatif à d'éventuelles difficultés d'accès, dans des délais raisonnables, à des médecins de secteur 1.

Précisions sur le mode de conventionnement en secteurs 1 et 2 : plus de 99% des médecins libéraux sont conventionnés car ils ont passé un accord avec l'assurance maladie, ce qui permet aux assurés qui les consultent d'être remboursés sur la base des tarifs opposables. Un médecin en secteur 1 est un médecin qui applique les tarifs opposables. Il ne peut facturer de dépassements d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'une exigence particulière du patient ou en cas de soins non coordonnés. En contrepartie, une partie de ses cotisations sociales est prise en charge par l'assurance maladie. Un médecin en secteur 2 fixe lui-même ses tarifs (ces praticiens sont cependant tenus au respect des tarifs opposables pour leurs patients bénéficiaires de la CMU complémentaire et depuis le 1^{er} janvier 2013 les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé - cf. indicateur « objectifs/résultats » n°1-3). C'est avec « tact et mesure », et sous le contrôle des instances de l'ordre des médecins, que peuvent être pratiqués des dépassements d'honoraires par les médecins conventionnés qu'ils soient de secteur 1 ou 2. Face au nombre important de médecins ayant choisi le secteur 2, celui-ci a été fermé en 1990. Quelques exceptions sont apparues ensuite pour des médecins ayant exercé dans certaines conditions en hôpital comme chefs de clinique. Par conséquent, la part des médecins en secteur 1 a augmenté chaque année pendant les années 1990. Depuis le début des années 2000, la part des médecins de secteur 2 s'accroît de nouveau, notamment dans les spécialités chirurgicales.

En 2013, en application de l'avenant 8 à la convention médicale conclu en octobre 2012, les médecins pratiquant des honoraires libres et souscrivant à un contrat d'accès aux soins s'engagent à geler les dépassements d'honoraires et à maintenir *a minima* la part de l'activité réalisée à tarifs opposables. En contrepartie, l'assurance maladie prend notamment en charge partiellement leurs cotisations sociales et améliore le remboursement des frais de soins.

Résultats : la part de la population suivant la répartition des médecins, omnipraticiens et spécialistes, en secteur 2 est présentée ci-dessous :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Part de la population résidant dans les départements où : au moins 20% des omnipraticiens exercent en S2 au moins 50% des spécialistes exercent en S2	20,1%	17,9%	19,7%	18,0%	18,0%	15,3%	15,3%	12,0%	Réduction
	16,8%	16,8%	16,8%	18,9%	20,0%	17,0%	18,9%	18,7%	
Taux de dépassement des médecins en S2	44,1%	48,4%	49,9%	49,6%	51,1%	54,4%	53,2%	53,1%	Réduction
Taux de dépassement des actes avec dépassement (*)							81,5%	82,5%	
Part de l'activité réalisée au tarif opposable (*)							32,1%	32,9%	Pas de diminution

Source : CNAMTS, SNIR sauf (*) données DCIR. Champ : France métropolitaine, médecins actifs à part entière sauf (*) ensemble des médecins

En 2012, 12% de la population réside dans des départements où au moins 20% des omnipraticiens libéraux exercent en secteur 2. Cette part diminue depuis 2005 où elle concernait près d'une personne sur cinq. L'accès aux spécialistes libéraux est moins favorable : 18,7% de la population réside dans des départements où 50% des spécialistes pratiquent des honoraires libres. Cette proportion est en léger reflux par rapport à 2011 mais reste à un niveau supérieur à celui constaté en 2005 (16,8%). Ces évolutions reflètent pour partie à celles du nombre de médecins exerçant en secteur 2. Si la part des omnipraticiens conventionnés en secteur 2 continue de décroître en 2012

pour atteindre 10% (13% en 2003), la part des spécialistes conventionnés en secteur 2 augmente en revanche chaque année passant de 38% en 2003 à 42% en 2012.

La répartition des médecins de secteur 2 (omnipraticiens et spécialistes) est surtout concentrée dans les régions à forte densité urbaine : 37% des médecins du secteur 2 exercent en Ile-de-France, 12% en région PACA - Corse et 13% en région Rhône-Alpes.

Plus précisément, plus d'un omnipraticien sur cinq est conventionné en secteur 2 dans sept départements (Paris, Seine-et-Marne, Hauts-de-Seine, Yvelines, Alpes-Maritimes, Haute-Savoie, et en Essonne). Ces sept départements hébergent 14% de la population métropolitaine.

Cette proportion est plus élevée pour les médecins spécialistes : un spécialiste sur deux est conventionné en secteur 2 dans huit départements (Paris, Rhône, Hauts-de-Seine, Yvelines, Seine-et-Marne, Alpes-Maritimes, Val d'Oise et Val de Marne). Ces départements hébergent 19% de la population métropolitaine. En 2009, cette proportion était de 17% et sept départements comptaient plus de 50% de spécialistes.

Il faut toutefois noter qu'une proportion élevée de médecins omnipraticiens ou spécialistes en secteur 2 dans un territoire donné ne constitue pas en soi un indice de difficulté d'accès aux soins pour des raisons financières, si par ailleurs la densité totale de médecins est telle dans ce territoire qu'elle garantisse un nombre suffisant de praticiens exerçant en secteur 1 compte tenu de la population. Ainsi, si dans les Alpes Maritimes, la proportion de médecins omnipraticiens de secteur 2 est particulièrement élevée (22% des omnipraticiens actifs à part entière des Alpes Maritimes sont en secteur 2 en 2012), l'abondance globale de médecins omnipraticiens fait que le nombre de omnipraticiens exerçant en secteur 1 pour 100 000 habitants reste supérieur à la médiane nationale (96 dans les Alpes Maritimes contre 84 omnipraticiens de secteur 1 en France Métropolitaine).

Le taux moyen de dépassement des honoraires constaté en France métropolitaine pour les médecins en secteur 2 atteint 53,1% en 2011, un niveau comparable à 2011, mais en augmentation de 7 points par rapport à 2004. Il varie fortement selon les spécialités : inférieur ou proche de 30% pour les cardiologues et radiologues, il dépasse les 70% pour les gynécologues/obstétriciens.

Si l'on se limite aux uniquement aux actes tarifés avec dépassement, (en moyenne 33% de l'activité réalisée ne donne pas lieu à dépassement), le taux moyen de dépassement s'élève à plus de 82%.

Construction de l'indicateur : on observe dans chaque département de France métropolitaine la proportion de praticiens conventionnés en secteur 2 (et de secteur 1 avec droit à dépassement permanent) ainsi que la population résidente. Quand la part de médecins en secteur 2 est supérieure à 20% pour les omnipraticiens, ou à 50% pour les spécialistes, on prend en compte la population concernée. Le taux de dépassement moyen rapporte le montant des dépassements pratiqués par les médecins actifs à part entière en secteur 2 et secteur 1 avec droit à dépassement permanent à celui des honoraires sans dépassement (yc forfaits). Le taux de dépassement des actes avec dépassement rapporte les dépassements pratiqués aux honoraires sans dépassement des seuls actes tarifés avec dépassement (hors forfaits). La part de l'activité à tarifs opposable rapporte les honoraires sans dépassement des actes pratiqués sans dépassement à l'ensemble des honoraires sans dépassement perçus (hors forfaits).

Précisions méthodologiques : les données sont issues de la CNAMTS à partir de deux sources, le Système national inter régimes des professions de santé (SNIR-PS) et les données de consommation inter-régimes (DCIR). Les effectifs utilisés concernent d'une part, les omnipraticiens (généralistes et praticiens à mode d'exercice particulier) et d'autre part, les spécialistes, actifs au 31 décembre de chaque année, exerçant en France métropolitaine. Il s'agit de données tous régimes, calculées sur le champ France métropolitaine.

Les seuils de 20% et 50% sont conventionnels. Si on ne peut en tirer de conclusions directes, ils paraissent néanmoins adaptés à l'examen de la proportion relative d'omnipraticiens et de spécialistes en secteur 2. L'intérêt de l'indicateur réside surtout dans son évolution dans le temps.

Indicateur n°1-5 : Indicateur de renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières : écart entre les titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire et les titulaires d'une couverture complémentaire privée

Finalité : la mesure du renoncement aux soins pour raisons financières complète l'indicateur reposant sur l'observation de la consommation de soins, également mobilisé pour apprécier l'accessibilité financière des soins, à savoir : « Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages » (cf. indicateur « objectifs/résultats » n°1-2). En effet, par construction, ces deux indicateurs ne renseignent que sur la propension des assurés à consommer des soins financièrement accessibles, laissant de côté les soins non consommés en raison d'un obstacle financier.

Caractéristiques du renoncement aux soins : selon l'enquête SPS de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), en 2010, 16,2% de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Un cinquième des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres seraient reportés. Ces renoncements sont concentrés sur un nombre limité de soins : ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé. Les déclarations relevées lors de l'enquête montrent ainsi que 56% des renoncements concernent les soins dentaires, 12% l'optique et 9% les soins de spécialistes. À l'inverse, les soins d'omnipraticiens ne concernent qu'un peu moins de 5% des renoncements.

En population générale, le renoncement aux soins est notamment déterminé par l'âge et le sexe. Les femmes déclarent renoncer plus que les hommes, quels que soit les soins concernés et la tranche d'âge. Le renoncement aux soins pour raisons financières des femmes augmente jusqu'à 50 ans pour ensuite diminuer légèrement alors que celui des hommes, plus faible, augmente continuellement au cours de la vie.

Ce taux est également déterminé par l'état de santé : plus l'état de santé est dégradé, plus le renoncement aux soins est important. Rappelons également que des travaux récents menés par l'IRDES⁴ ont montré le lien fort existant entre précarité et renoncement aux soins, et ce de manière cumulative. Enfin, le fait d'être couvert ou non par une assurance maladie complémentaire a un impact sur le renoncement aux soins, comme le montrent les résultats ci-dessous.

Résultats : l'indicateur de renoncement aux soins est construit comme la différence entre le taux standardisé de renoncement des bénéficiaires de la CMU-C et celui des détenteurs d'une couverture complémentaire santé traditionnelle. Son évolution depuis 2000 est retracée dans le tableau ci-après pour les individus âgés de 18 à 64 ans :

Taux de renoncements aux soins	Sans le suréchantillon de CMU-Cistes				Avec le suréchantillon de CMU-Cistes			Objectif
	2000	2002	2004	2006	2006	2008	2010	
des bénéficiaires de la CMU-C (1)	29,2%	15%	20%	21,4%	19,1%	22,1%	20,4%	
des bénéficiaires d'une couverture traditionnelle (2)	14,6%	10,2%	13,2%	13,9%	13,9%	15,2%	14,7%	
des personnes non protégées par une AMC (3)	32,7%	26,8%	33,1%	33,2%	33,2%	35,1%	32,6%	
Écart de renoncement CMU/couverture privée (1)-(2)	14,6 pts	4,8 pts	6,8 pts	7,5 pts	5,2 pts	6,9 pts	5,7 pts	Réduction
Écart de renoncement sans couverture/couverture privée (3)-(2)	18,1 pts	16,6 pts	19,9 pts	19,3 pts	19,3 pts	19,9 pts	17,9 pts	

Source : ESPS 2010, calculs DREES.

Champ : population métropolitaine ; la structure démographique de la sous-population CMU-C est calée sur la structure démographique métropolitaine

Note de lecture : 14,7% des bénéficiaires d'une couverture traditionnelle déclarent renoncer à des soins pour raisons financières ; à structure démographique identique, les bénéficiaires de la CMU-C sont 20,4% à le déclarer

L'absence de couverture complémentaire est le principal paramètre qui paraît influencer le taux de renoncement pour raisons financières. Ainsi, 32,6% des individus non couverts déclarent avoir

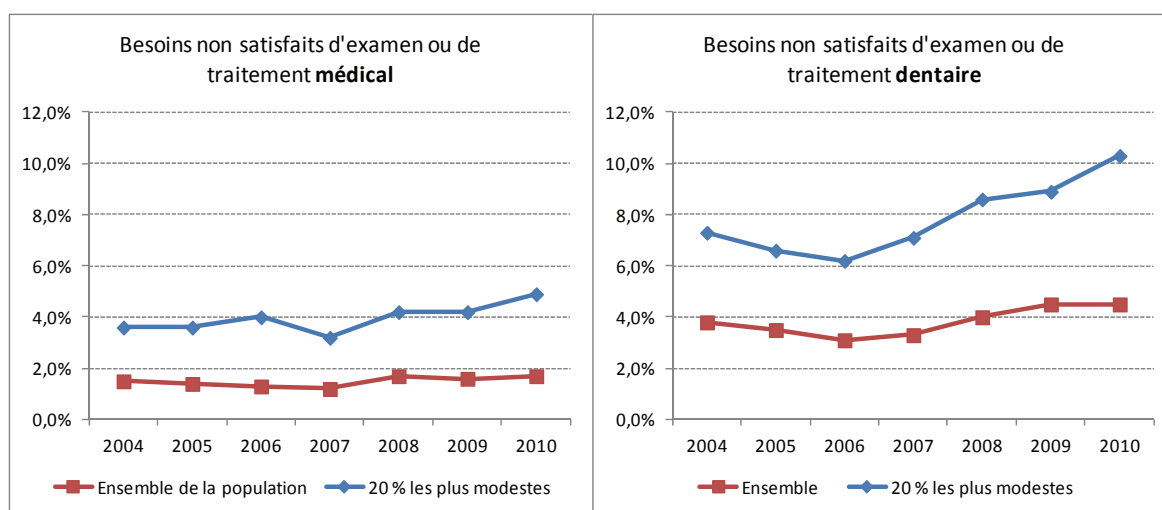
⁴ Cf. Questions d'économie de la santé n°170

renoncé à des soins en 2010. En supprimant les différences d'âge et de sexe, les bénéficiaires de la CMU-C sont 20,4% à renoncer, quand ceux protégés par une couverture privée sont 14,7%. La très forte baisse du taux de renoncement des bénéficiaires de la CMU-C observée en début de période s'explique par un phénomène de montée en charge de la CMU-C, à partir du 1^{er} janvier 2000.

L'écart des taux standardisés de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une couverture privée est de l'ordre de 5 à 7 points selon les années (5,7 points en 2010). S'il est impossible de tirer des conclusions robustes quant à l'évolution de cet écart depuis dix ans, il est revanche certain que la différence entre CMU-Cistes et autres assurés est importante. Toutefois, le taux de renoncement aux soins plus élevé des CMU-Cistes s'explique par la spécificité de leurs caractéristiques socio-économiques (non prises en compte dans la standardisation réalisée ici). Les travaux économétriques récents de la DREES et de l'IRDES en la matière montrent que l'effet propre (« toutes choses égales par ailleurs ») de la CMU-C sur le renoncement aux soins pour raisons financières est similaire à celui d'une bonne couverture complémentaire⁵. L'écart résulte donc des différences de revenus, du chômage plus fréquent, de la part importante d'ouvriers et employés et également de la surreprésentation des familles monoparentales. La CMU-C joue donc un rôle indéniable dans l'accessibilité financière des soins, tout comme une couverture complémentaire traditionnelle.

Les besoins de soins non satisfaits (approche EUROSTAT) : la problématique du renoncement aux soins est également abordée dans l'enquête SILC - SRCV (Survey on Income and Living Conditions - Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie). Cette enquête annuelle coordonnée par Eurostat concerne quasiment la totalité des pays membres de l'Union Européenne. Elle vise à collecter des données individuelles sur les revenus, l'exclusion sociale et les conditions de vie. Contrairement à l'ESPS, elle ne permet pas de différencier les taux de renoncement suivant le type de couverture complémentaire détenue.

Les résultats présentés ci-dessous viennent donc en complément de ceux issus de l'enquête SPS. Ils correspondent aux taux de déclarants ayant renoncé à des soins médicaux ou dentaires alors qu'ils en éprouvaient le besoin. Ces résultats font apparaître une augmentation continue des besoins de soins non satisfaits d'examen dentaire entre 2006 et 2010. Parallèlement, de la même manière que le taux de renoncement aux soins observé dans ESPS demeure stable sur la période, le taux de besoins de soins médicaux non satisfaits reste légèrement inférieur à 2% entre 2004 et 2010. Le graphique fait également apparaître l'effet amplifié de ce renoncement pour les individus les plus modestes : la croissance du renoncement aux soins dentaires notamment, est plus forte qu'en population générale.



Source : Silc- SRCV 2004 – 2010. Champ : France, population générale.

Note de lecture : en 2010, 1,7% des personnes interrogées déclaraient avoir dû renoncer à des soins médicaux, alors qu'elles en avaient besoin, pour des raisons financières. Au sein des 20% les plus modestes de la population, ce taux s'élève à 4,9%.

⁵ Cf. les actes du colloque « Renoncement aux soins » du 22 novembre 2011 publiés par la DREES.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est la différence entre le taux de renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois des bénéficiaires de la CMU-C et celui des bénéficiaires d'une couverture privée. Ces taux sont standardisés suivant la structure par âge et par sexe de la population métropolitaine. Une baisse de l'indicateur s'interprète ici, sous réserve de travaux complémentaires (cf. *précisions méthodologiques*) comme une diminution des inégalités sociales de renoncement aux soins.

Précisions méthodologiques : cet indicateur est calculé par la DREES à partir de l'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES. Cette enquête est réalisée tous les deux ans et interrogeait, en 2010, environ 8 000 ménages soit 22 000 individus. La population d'ESPS est représentative des ménages ordinaires dont au moins un membre est couvert par l'un des trois principaux régimes de sécurité sociale (CNAMTS, CCMSA, RSI). Elle est ainsi représentative de 96% de la population métropolitaine.

Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'enquête SPS est analysé à travers trois questions :

- au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? (Oui / Non)
- si oui, à quels soins avez-vous renoncé ? (l'enquêté peut énoncer trois soins)
- avez-vous renoncé définitivement à ce soin ou l'avez-vous reporté dans le temps ? (Renoncé / Reporté / NSP)

Ces questions sont posées à un peu plus de 6 000 individus.

Les bénéficiaires de la CMU-C se caractérisent par une structure par sexe et par âge plus féminine et plus jeune que celle des autres assurés. L'âge et le sexe étant des déterminants importants du renoncement aux soins, la comparaison des taux de renoncement est améliorée en considérant seulement les personnes âgées de 18 à 64 ans et en standardisant les taux de renoncement sur une structure par âge identique pour les deux sous-populations. La standardisation des données a été effectuée en pondérant chaque individu afin que la structure par âge et par sexe globale soit celle de la population métropolitaine (calage sur données INSEE).

Par ailleurs, les trois derniers millésimes de l'enquête SPS comportent un sur échantillon de bénéficiaires de la CMU-C, dont la prise en compte améliore la qualité des résultats relatifs à leur taux de renoncement. L'utilisation de ce sur échantillon conduit à une rupture en 2006 de la série des valeurs de l'indicateur (pour 2006, deux valeurs ont été calculées, avec ou sans sur échantillon afin de faire apparaître l'ampleur des modifications).

Indicateur n°2-1 : Prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant

Finalité : l'obésité expose les adultes à l'hypertension artérielle, au diabète de type II et à ses complications, ainsi qu'aux maladies cardiovasculaires et à divers types de cancers. Chez l'enfant, l'obésité sévère est associée à des troubles orthopédiques, métaboliques et endocriniens, à des conséquences psychiques liées aux phénomènes de stigmatisation, et à une probabilité élevée de persistance à l'âge adulte. Le programme national nutrition santé 2006 - 2010 (PNNS) avait comme objectif l'interruption de la croissance de l'obésité et du surpoids chez les enfants. Le PNNS de 2011-2015 retient comme objectif de diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Quant au plan obésité 2010-2013, il fixe parmi ses quatre axes prioritaires l'amélioration du dépistage de l'obésité chez l'enfant.

Le programme s'appuie entre autres sur des actions de communication menées par l'INPES, des actions de proximité notamment pour les publics précaires, et le développement de chartes d'engagement de progrès nutritionnels entre l'État et les acteurs économiques.

Résultats : la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les jeunes évolue comme suit :

	Année de l'enquête	Surcharge pondérale a+b	Surpoids a	Obésité b	Objectif
Enfants de grande section de maternelle	1999-2000	14,4	10,5	3,9	Stabilisation voire réduction
	2005-2006	12,2	9,1	3,1	
Elèves de CM2	2001-2002	20,3	16,1	4,2	
	2004-2005	20,1	16,4	3,7	
	2007-2008	18,9	14,9	4,0	
Elèves de 3ème	2000-2001	16,4	12,9	3,5	
	2003-2004	17,4	13	4,4	
	2008-2009	17,6	13,7	3,9	

Sources : DREES-DESCO-DGS-InVS, enquêtes en milieu scolaire
Champ : France entière, normes de l'International Obesity Task Force (IOTF)

Les enquêtes réalisées en milieu scolaire montrent que 17,6% des adolescents scolarisés en classe de troisième, 19% des enfants en CM2 et 12% des enfants en grande section de maternelle ont un excès pondéral. L'obésité à proprement parler (selon les normes internationales IOTF) est moins fréquente que chez les adultes (15% en 2012 d'après les données de l'enquête OBEPI 2012), et concerne 4% des adolescents et des élèves de CM2. En grande section de maternelle, l'excès pondéral est moins fréquent que chez les élèves de CM2 ou de troisième. L'enquête réalisée en 2005-2006 auprès des enfants de 5-6 ans montre que 3,1% des enfants sont obèses et 9,1% en surpoids. À cet âge, les filles sont plus fréquemment en surpoids (10,6%) que les garçons (7,6%) alors que les prévalences d'obésité sont proches (3,3% et 2,9% respectivement).

Si globalement, la prévalence du surpoids et de l'obésité s'est stabilisée, voire a légèrement reculé chez les plus jeunes, les évolutions diffèrent sensiblement selon la catégorie sociale. Ces disparités reflètent notamment des différences de modes de vie (sédentarité) et de consommation alimentaire selon le milieu social. Ainsi la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de CM2 dont l'un des parents est « cadre ou de profession intellectuelle supérieure » a diminué entre 2004 - 2005 (10,1% dont 1,1% d'obèses) et 2007 - 2008 (9,6%, dont 0,8% d'obèses). Chez les enfants dont le groupe socioprofessionnel des parents est « ouvrier », la prévalence de la surcharge pondérale est la plus élevée (26,7% en 2004 - 2005 et 24,5% en 2007 - 2008) et la prévalence de l'obésité est passée de 6,8% à 7% pour la même période. Pour les élèves en classe de troisième dont l'un parent est « cadre ou de profession intellectuelle supérieure », la prévalence de la surcharge pondérale a augmenté entre 2003-2004 (11% dont 1,9% d'obèse) et 2008-2009 (12,5% dont 2,3% d'obèse). La prévalence de la surcharge pondérale chez les élèves de troisième dont le groupe socioprofessionnel des parents est « ouvriers » reste la plus élevée parmi tous les groupes socioprofessionnels. En 2008-2009 elle s'élève à 22,2% dont 6,5% d'obésité (contre 21,4% dont 7,2% d'obésité en 2003-2004).

Surcharge pondérale et groupe socioprofessionnel des parents d'élèves en CM2 et en 3^e

Groupe socioprofessionnel des parents ⁽¹⁾	Surcharge pondérale		Obésité	
	CM2	3 ^e	CM2	3 ^e
	2007-2008	2008-2009	2007-2008	2008-2009
Cadres, professions intellectuelles supérieures	9,6	12,5	0,8	2,3
Professions intermédiaires	16,4	14,3	2,2	2,1
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	21,4	19,2	3,9	3,9
Employés	21,0	19,9	4,4	5,0
Ouvriers	24,5	22,2	7,0	6,5
Inconnu	20,3	17,2	7,9	3,4
Ensemble	18,9	17,6	4,0	3,9

⁽¹⁾le groupe socioprofessionnel des parents est défini comme le groupe social le plus élevé parmi les deux parents. Ce mode de calcul diffère des précédentes éditions et les résultats ne peuvent donc pas être comparés entre eux.

Construction de l'indicateur : pour trois classes d'âge - enfants de grande section de maternelle, élèves de CM2, et élèves de troisième - les indicateurs retenus sont la proportion d'enfants obèses et la proportion d'enfants en surpoids mais non obèses. Un troisième indicateur, la proportion d'enfants en surcharge pondérale, est la somme des enfants en surpoids et des enfants obèses.

Le poids et la taille des adolescents ont été mesurés le jour de l'examen. L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport entre le poids (en kg) et le carré de la taille (en mètres).

Contrairement aux adultes pour lesquels il existe une valeur seuil unique de l'IMC pour définir la surcharge pondérale ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) et une pour l'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), chez l'enfant les seuils évoluent avec l'âge et le sexe du fait des variations de la corpulence survenant au cours de la croissance. Les seuils retenus dans cette étude pour établir le surpoids et l'obésité sont ceux des tables de références établies pour les enfants par un groupe de travail réuni sous l'égide de l'OMS : l'*International Obesity Task Force* (IOTF). Ces seuils de référence internationaux ont été définis pour chaque sexe et à chaque âge entre 2 et 18 ans. Ils ont été élaborés récemment à des fins de comparabilité internationale et sont maintenant communément utilisés par les épidémiologistes. Ils ont été mis en correspondance avec les seuils utilisés pour les adultes, rejoignant à 18 ans les seuils internationaux d'IMC diagnostiquant le surpoids des adultes (IMC égal à 25 pour le surpoids, et à 30 pour l'obésité). L'IOTF définit ainsi pour chaque sexe et à chaque âge une valeur seuil de surpoids (centile IOTF C-25) et une pour l'obésité (centile IOTF C-30).

Selon les seuils IOTF, l'enfant est en excès pondéral ou « surpoids (obésité comprise) » lorsque sa valeur d'IMC est supérieure à la valeur seuil donnée par la table IOTF C-25 pour son sexe et à son âge, et il est « obèse » si son IMC est supérieur au seuil IOTF C-30. Les valeurs d'IMC comprises entre les seuils C-25 et C-30 correspondent au « surpoids » conformément à la nomenclature internationale.

Précisions méthodologiques : cet indicateur s'appuie sur des données issues du cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire organisé conjointement par la DREES et la DGS du Ministère chargé de la santé, la DESCO et la DEPP du Ministère chargé de l'éducation, et l'Institut de veille sanitaire (INVS). Ce cycle est constitué d'une série d'enquêtes menées par les médecins et infirmiers de l'Éducation nationale alternativement auprès des élèves de trois classes d'âges : les enfants scolarisés en grande section de maternelle, en CM2 ou en troisième (générale, technologique, insertion ou SEGPA). Compte tenu du fait que les enquêtes sont réalisées tous les trois ans pour une même catégorie d'âge, l'indicateur ne peut être mis à jour tous les ans.

Pour plus de détails sur les commentaires de cette fiche, se reporter aux publications Études et résultats n°155, n°250, n°283, n°313, n°573, n°632 et n°737 de la DREES et aux rapports de suivi des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : objectif n°12) 2006, 2007, 2008, 2009 - 2010 et 2011.

Indicateur n°2-2 : Prévalence des pratiques addictives**Sous-indicateur n°2-2-1 : Prévalence du tabagisme quotidien des 15-75 ans**

Finalité : le tabagisme, comme la consommation d'alcool, est une cause majeure de morbidité et de mortalité prématurée (cf. indicateur de cadrage n°4), en quasi-totalité évitables. La réduction de la prévalence du tabagisme a fait l'objet :

- d'un objectif de la mesure 10 du Plan cancer 2009 - 2013, intitulée : « poursuivre la lutte contre le tabac » ;

- de l'objectif 3 du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique de 2004 : « abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens de 33% à 25% chez les hommes et de 26% à 20% chez les femmes d'ici 2008 ».

La plupart des mesures prévues pour réduire l'attractivité du tabac ont été mises en œuvre : avertissement graphiques, interdiction de ventes de cigarettes aromatisées, interdiction de vente aux mineurs, Tabac info service, et triplement du forfait de prise en charge du sevrage tabagique pour les femmes enceintes. Malgré les mesures prises pour lutter contre le tabac, la consommation tabagique ne recule pas.

Le tabac tue 73 000 personnes par an et demeure une priorité absolue de santé publique. Dans son discours du 23 Septembre 2013 relatif à la présentation de la stratégie nationale de santé, la Ministre a fait de la lutte contre les addictions (dont le tabac), la deuxième des priorités de santé publique.

Résultats : les données concernant la prévalence du tabagisme quotidien sont présentées ci-après (en% de la population) :

	2005	2010	Objectif
Population générale 15-75 ans	27,1%	29,1%	24,0%
Femmes 15-75 ans	23,0%	26,0%	18,8%
Jeunes 15-19 ans	23,3%	23,6%	28,0%
Jeunes 20-25 ans	42,0%	40,9%	

Source : Baromètres Santé 2005 et 2010, INPES

En 2010, 26,0% des femmes et 32,4% des hommes de 15 - 75 ans déclarent fumer quotidiennement. Après une longue période de baisse depuis la fin des années 1970, la prévalence du tabagisme quotidien se révèle en légère hausse entre 2005 et 2010 (+2%) : selon les données de l'année 2005 du Baromètre santé, la prévalence des fumeurs quotidiens en France était de 27,1%, elle est passée à 29,1% en 2010. L'objectif de la loi de santé publique n'est toujours pas atteint.

La prévalence du tabagisme quotidien se révèle significative chez les femmes (de 23,0% à 26,0%). Les seules tranches d'âge pour lesquelles on observe une diminution de prévalence entre 2005 et 2010 sont les femmes de 15 - 19 ans (-2,1%), les hommes de 20 - 25 ans (-4,7%) et ceux de 65 - 75 ans (-0,7%). En revanche, c'est chez les femmes de 45 - 54 ans et de 55 - 64 ans que le tabagisme quotidien a augmenté le plus fortement (respectivement +7,4% et +6,4%). Il s'agit là des premières générations de femmes (nées entre 1945 et 1965) qui ont accompagnés la montée du tabagisme féminin, expliquant ainsi cet accroissement. Chez les plus jeunes la consommation est stable sur la période 2005 - 2010 mais la consommation chez les adolescents avait considérablement baissé depuis 2000 : la prévalence du tabagisme quotidien chez les filles de 17 ans est passé de 40,2% à 27,9% entre 2000 et 2008, celui des garçons de 41,2% à 29,9%. La hausse des prix participe d'autant plus à la diminution de la consommation de tabac que les capacités financières de la plupart des jeunes sont limitées.

En France métropolitaine, la consommation de tabac chez les femmes enceintes a fortement augmenté dans les années 70 et 80, elle était stable au milieu des années 1990 et a diminué par la suite. Plus récemment, 21% des femmes déclaraient fumer au troisième trimestre de la grossesse en 2003 contre 18% en 2010 (enquêtes nationales périnatales). En Guadeloupe, en Guyane et à la Réunion, la consommation de tabac au cours de la grossesse est relativement faible (9,7%).

Les chômeurs comptent toujours, en 2010, davantage de fumeurs quotidiens (51,3%) que les actifs occupés (33,4%) du même âge, cette caractéristique restant vraie quels que soient le sexe et l'âge. Entre 2005 et 2010, l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien est beaucoup plus importante chez les chômeurs (+7,2%) que chez les actifs occupés (+2,2%). Ce résultat est corroboré par les données d'autres enquêtes en population générale.

Au vu de ces résultats, les efforts pour infléchir la consommation de tabac doivent être poursuivis, en particulier en agissant sur le prix des cigarettes.

Depuis 2006, le prix du paquet de 20 cigarettes le plus bas commercialisé dans le réseau légal, qui s'établissait alors à 4,50 €, a augmenté de 1,20 € soit une hausse de près de 27%. Dans le même temps, l'indice des prix à la consommation hors tabac a lui progressé de moins de 10%. Conformément aux annonces faites par le Ministre délégué au Budget et en continuité avec les annonces antérieures, les pouvoirs publics souhaitent que les prix du tabac progressent de manière régulière et sensiblement plus rapidement que le niveau général des prix. L'objectif d'un prix d'accessibilité sur le marché au moins égal à 6,1 € le paquet de 20 cigarettes en 2012 sera atteint au moyen de la hausse annoncée à effet au 1^{er} octobre.

Evolution du prix le plus bas du paquet de 20 cigarettes

Au 31/12	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif 2012(p)	Niveau souhaitable 2013(p)
Prix en €	4,80	4,80	5,10	5,40	5,70	6,10	6,50

Source : arrêtés d'homologation des prix de vente au détail

Précisions méthodologiques : l'exercice prévision/réalisation est très largement dépendant de l'évolution de la réglementation relative à l'usage du tabac dans les lieux publics comme d'autres leviers tels que l'évolution de la taxation des tabacs et des cigarettes.

La disponibilité des données est soumise à la périodicité du baromètre santé, réalisé tous les cinq ans. Ce délai ne peut être ramené à une périodicité annuelle pour des raisons de coût. Cet indicateur sont cependant significatif des efforts réalisés sur cette thématique de santé. L'indicateur de prévalence du tabagisme quotidien étant donné par des enquêtes déclaratives en population générale, ses résultats sont soumis à un risque de sous-déclaration des personnes enquêtées.

Les données issues des arrêtés d'homologation des prix de vente reflètent le prix le moins cher pour un paquet de 20 cigarettes, constaté au 31 décembre de chaque année.

Sous-indicateur n°2-2-2 : Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus

Finalité : comme le tabac, l'alcool est un facteur de morbidité important. La consommation d'alcool des plus de 15 ans a fait l'objet d'un suivi dans la loi de santé publique de 2004. Les cibles ont été fixées sur la base de la diminution de la consommation observée sur la période 2007-2011.

Résultats : la consommation annuelle moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus est indiquée ci-dessous :

	2010	2011	2012 (p)	Objectif 2013	Objectif 2015
Litres d'alcool pur	12,0	12,0	11,85	11,7	11,25

Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies - INSEE

Le rythme de diminution de la consommation d'alcool sur le territoire français, assez rapide au début des années 2000 s'est ralenti depuis 2005 mais reste globalement orienté à la baisse. Toutefois, l'objectif reformulé de la loi de politique de santé publique du 9 août 2004 qui visait une consommation annuelle moyenne d'alcool pur de 11,5 litres par habitant âgé de 15 ans ou plus à partir de 2008, n'est pas atteint puisque la consommation est estimée à 11,85 litres en 2012.

Construction de l'indicateur : la consommation d'alcool pur moyenne par habitant de 15 ans et plus se déduit du nombre de litres d'alcool pur vendus en France rapporté au nombre d'habitant âgés de 15 ans et plus.

Précisions méthodologiques : cet indicateur estime les quantités d'alcool vendues ou autoconsommées en France. Il est construit à partir des statistiques fiscales, complétées par des estimations de l'autoconsommation déterminées dans le cadre d'un groupe de travail rassemblant des experts en collaboration avec l'INSEE. L'alcool étant soumis à des droits de consommation (droits d'accises) fondés sur les volumes, il est donc possible de reconstituer les quantités d'alcool consommées à partir des montants de recettes fiscales. Les quantités d'alcool exportées par la France ne sont pas soumises à ces droits (en France) et ne sont donc pas incluses dans ces chiffres. Le calcul repose également sur des évaluations du degré moyen d'alcool des différentes catégories de vins et de cidres. Toutefois, l'estimation des quantités d'alcool qui échappent à la taxation s'accompagne de marges d'incertitudes non négligeables (de l'ordre de 2% à 3% des quantités totales). De plus, la quantité d'alcool soumise à taxation constitue un indicateur de consommation moyenne de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire français, y compris les non-résidents (les touristes principalement). De même, les achats de ces personnes viennent gonfler les chiffres de consommation d'alcool des Français. La non-prise en compte des achats d'alcool des Français à l'étranger vient en partie réduire cette surestimation. Les touristes viennent en très grand nombre en France mais la plupart n'y séjournent que pour une courte durée. Des calculs effectués à partir de statistiques de nuitées d'hôtel des étrangers montrent, ainsi, que la contribution des touristes à la consommation sur le territoire français représente au plus 2% des quantités totales d'alcool.

Ce sous-indicateur est identique à l'indicateur de performance n 2-3 (consommation d'alcool) du projet annuel de performance « *Prévention sécurité sanitaire et offre de soins* » (programme n 204) annexé au projet de loi de finances pour 2013.

Pour plus de détails, se reporter aux fiches de définition des indicateurs correspondant aux objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : objectifs n°1, 2 et 3) et aux rapports de suivi de ces indicateurs pour 2006, 2007, 2008, 2009 - 2010 et 2011 : *L'état de santé de la population en France*.

Indicateur n°2-3 : Indicateurs sur le dépistage du cancer**Sous-indicateur n°2-3-1 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 74 ans**

Finalité : environ 42 000 nouveaux cas de cancers du sein sont survenus en France en 2000, près de 50 000 nouveaux cas en 2005 et plus de 53 000 en 2011 selon les données de projection de l'Institut de veille sanitaire (INVS). Le cancer du sein représente la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. Il est le plus fréquent des cancers dépistés et représente un tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez les femmes. Or, le pronostic du cancer du sein est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. L'objectif n°50 de la loi de santé publique est de réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage d'au moins 80% chez les femmes de 50 à 74 ans, tous modes de dépistage confondus (dépistage organisé ou dépistage individuel). Conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), le dépistage doit toucher les femmes de ces tranches d'âge et la dernière mammographie doit dater de moins de deux ans.

Suite à une saisine de la DGS, la Haute autorité de santé (HAS), a rendu un rapport fin 2011 sur la stratégie à adopter vis-à-vis du Dépistage individuel (DI) qui existe en parallèle du Dépistage organisé (DO) et qui représente plus de 20% dans certains départements urbanisés ayant une offre de soins importante. La HAS ne recommande pas la suppression du dépistage individuel mais l'orientation des femmes vers le dépistage organisé et propose plusieurs pistes d'actions :

- s'assurer du choix libre et éclairé des femmes de participer ou non au dépistage, quelle qu'en soit la modalité (DI ou DO),
- modifier la classification commune des actes médicaux (CCAM),
- orienter les femmes susceptibles de tirer avantage du dépistage du cancer du sein et qui souhaitent en bénéficier vers le programme organisé.

Toutefois, la poursuite et l'amélioration de la participation de la « population cible » aux programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal sont des objectifs du plan cancer II. La participation au programme de dépistage organisé de cancer du sein devrait augmenter au cours de la période couverte par le plan cancer, c'est-à-dire de 2009 à 2013. Ainsi, le plan cancer prévoit un taux de participation de 65% en 2013 pour le dépistage organisé du cancer du sein.

Cependant, eu égard à la tendance observée ces dernières années, cette cible de 65% pour le seul programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2013 ne pourra être atteinte. Ainsi, l'objectif 2012 (53%) a été estimé au regard des objectifs d'augmentation définis pour chaque région et des actions menées dans le cadre du Plan cancer II, qui a notamment pour objectif l'amélioration et l'efficacité des programmes de dépistage organisé des cancers. La cible fixée pour 2013 (53,5%) tient non seulement compte des objectifs du plan cancer, mais également des cibles fixées en la matière à chacune des 26 régions.

Précisions sur le dispositif : initié en 1994, le programme national de dépistage est généralisé à l'ensemble du territoire depuis 2004. Il concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, invitées par l'assurance maladie à se faire dépister tous les deux ans (mammographie avec double lecture et examen clinique des seins), sans avance de frais et répondant à des critères techniques exigeants.

Le financement des structures de gestion responsables de la coordination du programme de dépistage du cancer du sein, organisé localement, est pris en charge à parité par l'État et l'assurance maladie après déduction des éventuels financements des conseils généraux ou d'autres partenaires. Ce financement prend en charge les frais de fonctionnement des structures et représente une somme d'environ 80 millions d'euros (soit 40 M€ pour l'État et 40 M€ pour l'assurance maladie).

Résultats : le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans est présenté dans le tableau suivant :

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	objectif 2015
Taux de participation (%)	32,9	40,2	44,8	49,3	50,8	52,5	52,3	52,0	52,7	53,5	55

Source : InVS.

En 2011, le taux de participation en France entière s'élevait à 52,7%, soit 2 430 000 femmes dépistées au cours de l'année. Après une progression régulière de 2004 (40,2%) jusqu'en 2008 (52,5%), le taux de participation stagne depuis aux alentours de 52% même si le nombre de femmes dépistées augmente. Quelle que soit la période, la participation la plus élevée est toujours celle des femmes de 60 à 64 ans. Elle décroît ensuite régulièrement pour atteindre son niveau le plus bas pour la tranche d'âge des 70-74 ans. Avant 60 ans, la participation est meilleure pour les femmes de 50 à 54 ans que pour celles de 55 à 59 ans. Par ailleurs, le taux de participation au dépistage organisé est inégal selon les régions. Certaines régions présentent pour la période 2010-2011 des taux de participation supérieurs à 60% (Pays-de-la-Loire, Limousin, Bretagne, Centre) tandis que d'autres ont des taux inférieurs à 45% (Guyane, Corse, Ile-de-France).

Les résultats du baromètre cancer de l'INPES publié en juin 2012 montrent que si le taux de réalisation de mammographie déclarée dans les deux ans (87,5%) peut être considéré comme satisfaisant, il existe encore une hétérogénéité d'adhésion même si elle est modérée. Concernant les facteurs associés, et en particulier l'âge, on peut sans doute anticiper que la seule sous-population où existe une différence notable (les femmes de 70 à 74 ans) verra à l'avenir ce gradient âge s'estomper, voire disparaître sous l'impact d'un effet générationnel. Le taux de participation est plus élevé chez les femmes vivant en couple (oui : 90,9% vs non : 80,1%) et celles ayant un niveau d'études bac ou équivalent : 93,6% vs inférieure au bac : 86,3% et supérieure au bac : 87,3%. Les autres facteurs n'ont pas d'impact statistiquement significatif. Dans le *Baromètre cancer 2005*, il existait un gradient croissant de participation selon le niveau de diplôme ou de revenu.

Pour l'année 2008, plus de 15 000 cancers du sein ont été découverts par le dépistage organisé, soit un taux de 6,8 cancers pour 1 000 femmes dépistées. La deuxième lecture a permis de dépister 8% de ces cancers.

Le rôle du médecin traitant dans la participation des femmes au dépistage organisé est prépondérant, comme le confirme la convention médicale entre la CNAMTS et les médecins libéraux, signée le 26 juillet 2011, qui généralise le contrat des pratiques individuelles (CAPI, cf. indicateur 3.6). Cette convention met en place une rémunération à la performance en fonction d'atteintes d'objectifs mesurant notamment la qualité des pratiques médicales. Un indicateur porte sur le taux de couverture du dépistage du cancer du sein, tous modes de dépistage confondus, des patientes du médecin et fixe un objectif de 80%.

Le plan cancer prévoit un taux de participation de 65% en 2013 pour le dépistage organisé du cancer du sein. Cependant, eu égard à la tendance constatée ces dernières années, cette cible de 65% pour le seul programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2013 n'est pas un objectif réaliste. Ainsi, pour 2013, le taux de participation a été estimé au regard des objectifs d'augmentation définis pour chaque région et des actions menées dans le cadre du plan Cancer II, qui a notamment pour objectif l'amélioration et l'efficacité des programmes de dépistages organisés des cancers.

La prévision de participation au programme de dépistage a été fixée pour 2014 à 53,5% ; elle tient compte des tendances observées en l'absence de nouvelles cibles nationales (deuxième plan cancer, 2009-2013).

En outre, il convient de rappeler que le dépistage individuel existe en parallèle du dépistage organisé. Ce dernier représente plus de 20% dans certains des départements urbanisés ayant une offre de soins importante. Il convient donc de noter les limites de cet indicateur qui n'inclut pas les femmes dépistées en dehors du programme organisé (dépistage individuel). Le « taux de participation » est donc différent du « taux de couverture » qui additionne le taux de participation au programme national et la participation des femmes au dépistage individuel mais pour lequel il n'existe que des estimations.

Suite à la saisine de la DGS, la HAS (haute autorité de santé) a examiné les éléments permettant d'augmenter la participation des femmes de 50 à 74 ans au dépistage organisé et a étudié l'opportunité de conserver ou de supprimer la coexistence du dépistage organisé et du dépistage individuel pour les femmes de plus de 50 ans en France. Cette dernière recommande de s'assurer que les conditions soient réunies pour permettre un choix libre et éclairé des femmes concernant leur participation ou non au dépistage du cancer du sein, quelle qu'en soit la modalité individuelle ou organisée. Les femmes susceptibles de tirer avantage du dépistage et qui souhaitent en bénéficier, doivent être orientées vers le programme organisé par les professionnels de santé. De ce point de vue, la HAS recommande aux pouvoirs publics :

- de maintenir le cap du dépistage organisé, tout en le renforçant ;
- de créer les conditions permettant, chez les femmes ne présentant pas un haut risque de développer un cancer du sein, de limiter les pratiques de dépistage individuel dans la population cible (femmes de 50 à 74 ans).

Construction de l'indicateur : l'indicateur mesure la proportion de femmes ayant participé au dépistage organisé en rapportant le nombre femmes âgées de 50 à 74 ans dépistées dans l'année dans ce cadre aux effectifs de la population féminine correspondants. Pour le numérateur, les données sont produites par les structures de gestion en charge du programme. Les données du dénominateur sont de source INSEE. L'INVS réalise la synthèse et la validation des données.

Précisions méthodologiques : le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour l'année N n'est disponible qu'au deuxième trimestre de l'année N+1. Le dépistage suit les règles strictes d'un cahier des charges mises à jour et publiées par arrêté en septembre 2006 par la Direction générale de la santé (DGS) sur la base de critères de qualité et d'efficacité. L'objectif de 53% de la couverture du dépistage organisé en 2012 retenu ici est similaire à celui présenté dans le projet annuel de performance « Prévention sécurité sanitaire et offre de soins » (programme n°204) annexé au projet de loi de finances pour 2013

Pour plus de précisions sur le cancer du sein chez la femme, voir aussi (i) Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000 BEH 2004 ; 44:209-210 ; (ii) La santé des femmes en France, DREES 2009, (iii) Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides Réseau FRANCIN, HCL, INVS, INCA

2011 (iv) La situation du cancer en France en 2011- Institut national du cancer www.e-cancer.fr (v) Baromètre cancer 2010 INPES juin 2012 www.inpes.sante.fr

Pour plus de détails, il est possible également de se reporter, d'une part, aux fiches de définition des indicateurs correspondant aux objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : objectif n 50) et aux rapports de suivi de ces indicateurs pour 2006, 2007, 2008, 2009 - 2010 et 2011 et, d'autre part, à la publication de Lastier D., Salines E, Danzon A, Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2009, évolutions depuis 2005, Institut de veille sanitaire, 2012, 12 p.

Sous-indicateur n°2-3-2 : taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal du cancer du col de l'utérus des femmes âgées de 25 à 65 ans

Finalité : entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,9%, situant la France parmi les pays à faible incidence du cancer du col utérin. En projection, le nombre de nouveaux cas est estimé à 2 810 en 2011 par l'Institut de veille sanitaire (InVS). La baisse de l'incidence semble attribuable pour une grande partie au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin dont la pratique est largement répandue en France. En effet, le dépistage du cancer du col permet la découverte et le traitement de lésions précancéreuses avec un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer. Le dépistage par frottis cervico-utérin est actuellement recommandé tous les 3 ans en France pour les femmes âgées de 25 à 65 ans conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). La loi de santé publique se donnait pour objectif de poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, en portant notamment le taux de couverture du dépistage à 80% en 2010 pour les femmes de 25 à 69 ans (objectif n°48 du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004).

Le Plan cancer 2009-2013 ne prévoit pas d'objectif en termes de taux de couverture du dépistage par frottis. Mais il comprend une mesure ayant pour objet d'expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès à des femmes peu ou pas dépistées. Treize départements conduisent une telle expérimentation dont les résultats seront évalués en 2013 par l'INVS.

Le rôle du médecin traitant dans la participation au dépistage est prépondérant depuis la convention médicale signée en juillet 2011. Elle reprend, dans le cadre de la rémunération à la performance, un objectif de taux de couverture de 80%, tous modes de dépistage confondus, des patientes du médecin âgées de 25 à 65 ans.

Résultats : le taux de dépistage par frottis cervico-vaginal est connu pour les femmes de 20 à 69 ans jusqu'en 2000, puis pour les femmes de 25 à 65 ans sur une période plus récente :

Âges	1995-1997	1998-2000	Âges	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009	Objectif
20-29 ans	54,9%	59,7%						80%
30-39 ans	56,8%	61,0%	25-34 ans	56,3%	58,0%	58,4%	59,6%	
40-49 ans	56,9%	58,7%	35-44 ans	65,7%	65,3%	66,2%	67,1%	
50-59 ans	47,4%	48,0%	45-54 ans	58,5%	58,9%	59,0%	60,1%	
60-69 ans	25,8%	23,8%	55-65 ans	45,6%	46,0%	46,0%	46,4%	
Total	51,5%	53,6%		57,0%	57,4%	57,7%	58,5%	

Source : CNAMTS. Champ : régime général, France métropolitaine

Les facteurs influençant le recours au frottis cervico-utérin (FCU) sont liés à l'âge et au niveau socio-économique.

L'estimation du taux de couverture par FCU, définie comme un frottis en trois ans, est fondée sur l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie. Elle porte sur les femmes de 25 à 65 ans pour les périodes 2004 - 2006 à 2007 - 2009. Globalement, 58,5% de ces femmes étaient dépistées par FCU pour la période 2007 - 2009 contre 57,0% pour la période 2004 - 2006. La couverture du dépistage est de 59,6% chez les 25 - 34 ans, 67,1% chez les femmes de 35 à 44 ans et de 60,1% chez les 45 - 54 ans. Ce taux chute en-dessous de 50% après 55 ans. À titre de comparaison, des analyses sur l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAMTS établissaient que 51,5% des femmes de 20 à 69 ans étaient dépistées pour la période 1995 - 1997 et 53,6% pour 1998 - 2000. Sur ces deux périodes, la couverture était inférieure à 50% dès 50 ans. Les femmes actives, les femmes plus diplômées et plus particulièrement les femmes cadres ont plus souvent recours au FCU. Ce sont les femmes sans assurance complémentaire qui déclarent moins fréquemment avoir pratiqué un FCU dans les trois ans.

L'INVS a réalisé une évaluation épidémiologique des programmes « pilotes » de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) sur leurs activités des années 2003 à 2005. Les programmes semblent contribuer à améliorer le dépistage en métropole : la couverture du dépistage atteint 71% dans le Bas-Rhin (25 à 65 ans), 68,5% dans le Haut-Rhin (25 à 65 ans) et 59,4% en Isère (50 à 74 ans) et se maintient à un niveau élevé entre 50 et 65 ans (62,7% dans le Bas-Rhin, 58,7% dans le Haut-Rhin et 66,4% en Isère) ; en revanche, le taux de couverture du dépistage de la Martinique n'est que de 39,2%.

La recommandation de la vaccination contre le Papillomavirus devrait contribuer à réduire à terme l'incidence de ce cancer, en complément du dépistage par frottis cervico-utérin. Cette vaccination est recommandée chez les jeunes filles à partir de 14 ans et jusqu'à 23 ans chez les femmes n'ayant pas eu d'activité sexuelle ou n'en ayant que depuis moins d'un an. Les deux vaccins (Gardasil® et Cervarix®) sont inscrits au remboursement (vaccins contre les formes les plus fréquentes de lésions précancéreuses du col de l'utérus).

Construction de l'indicateur : l'indicateur retenu est le taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal entre 25 et 65 ans : il rapporte le nombre de femmes entre 25 et 65 ans ayant eu un frottis du col au cours des trois années précédentes à l'ensemble des femmes de ces classes d'âge assurées sociales à la CNAMTS.

L'échantillon permanent inter-régimes des bénéficiaires de la CNAMTS (EPIB) donne les actes par personne de sorte que, si l'on retient au moins un frottis par période de trois ans par femme, il s'agit bien de couverture de dépistage, un frottis de contrôle faisant toujours suite à un frottis de dépistage. Il n'est cependant pas possible de distinguer dans la base les deux types d'actes par leur cotation, l'indicateur ayant été construit à partir de données recensant l'ensemble des actes de frottis (dépistage et contrôle confondus).

Précisions méthodologiques : pour les périodes 1995 - 1997 et 1998 - 2000, les données concernent la France métropolitaine et les femmes âgées de 20 à 69 ans assurées sociales à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et appartenant à l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), échantillon représentatif de la population assurée sociale.

Pour la période 2004 - 2009, l'estimation du taux de couverture par FCU est fondée sur l'EPIB et porte sur les femmes de 25 à 65 ans. À ce stade, l'indicateur est centré sur le régime général, mais dans l'avenir, il pourra être élargi aux deux autres principaux régimes d'assurance maladie (notamment la Mutualité sociale agricole), au même rythme que l'EPIB.

Pour plus de précisions sur le cancer du col de l'utérus chez la femme, voir aussi (i) Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - État des connaissances - Actualisation 2008, Dr Nicolas Dupont. France, Mai 2008, InVS ; (ii) La santé des femmes en France, DREES 2009, (iii) Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011, Rapport technique, 2011. (iv) Baromètre cancer 2010 INPES juin 2012 ; (v) Synthèse d'avis de la commission de la Transparence Cervarix® Gardasil®, HAS février 2012.

Pour plus de détails, se reporter aux fiches de définition des indicateurs correspondant aux objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : objectif n 48) et aux rapports de suivi de ces indicateurs pour 2006, 2007, 2008, 2009 - 2010 et 2011.

Sous-indicateur n°2-3-3 : Taux de participation de la population au dépistage organisé du cancer colorectal

Finalité : en France, en 2011, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé à 40 520, 21 296 hommes et 19 224 femmes (estimations à partir des incidences observées jusqu'en 2008). Le cancer colorectal est ainsi le troisième cancer le plus fréquent après les cancers du sein et de la prostate. Il représente la deuxième cause de mortalité par cancer après celui du poumon, avec plus de 17 500 décès en 2011, dont 53% chez l'homme. La très grande majorité des cancers colorectaux survient chez des personnes de plus de 50 ans. Le pronostic de ce cancer est étroitement lié au stade de développement au moment du diagnostic. Les causes des cancers colorectaux ne sont que partiellement connues. Le dépistage du cancer colorectal est l'un des principaux moyens de détection précoce permettant ainsi de réduire la mortalité due à ce cancer. En France, un programme national de dépistage organisé du cancer colorectal a été mis en place en 2002 à titre expérimental dans une vingtaine de départements. L'année 2008 a marqué une étape décisive avec la généralisation effective du programme national de dépistage organisé à l'ensemble du territoire national, métropolitain et d'outre-mer. Ce programme de santé publique repose sur le test Hémocult® de détection du sang occulte dans les selles (test au gaïac gFOBT). Il est proposé tous les deux ans chez les personnes âgées de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de risque particulier pour ce cancer. Une coloscopie doit être pratiquée en cas de test positif. La place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal est à l'étude.

Le but du programme de dépistage organisé du cancer colorectal est de dépister le cancer à un stade plus précoce de la maladie pour réduire la mortalité. L'ablation lors de la coloscopie de certains polypes à risque mais non encore cancéreux, a pour effet de diminuer l'incidence des cancers colorectaux. Pour atteindre cet objectif, le taux de participation du dépistage recommandé dans la population cible (personnes des deux sexes de 50 à 74 ans) est de 50% à la fin du plan cancer 2009-2013.

Précisions sur le dispositif : le financement du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal est partagé entre l'assurance maladie (avec un impact via le Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire - FNPEIS) et l'État. L'assurance maladie finance seule, les dépenses liées à :

- la prise en charge à 100% des tests au gaïac avec un plafond de 2,87 euros par test ;
- la prise en charge à 100% de la lecture du test avec un plafond de 4,5 euros ;
- l'indemnisation des médecins généralistes pour la remise du test au gaïac à leurs patients.

Par ailleurs, les coûts de fonctionnement des structures de gestion des dépistages organisés des cancers sont répartis équitablement entre l'État (50%) et l'assurance maladie (50%) après déduction des éventuels financements des conseils généraux ou d'autres partenaires.

Résultats : les premiers résultats du taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal sont présentés dans le tableau suivant :

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Objectif
Nombre de personnes de 50 à 74 ans invitées à se faire dépister	17 millions	17,6 millions	17,9 millions	50%
Nombre de personnes de 50 à 74 ans dépistées	5,14 millions	5,0 millions	5 millions	
Taux de participation national au programme	34%	32%	31,7%	
chez les femmes	36,5%	34%	33,7%	
chez les hommes	31,4%	30%	29,8%	

Source : InVS.

Entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer colorectal a augmenté d'en moyenne 0,5% par an chez les hommes et de 0,3% chez les femmes. En 25 ans, le taux de mortalité a diminué, de façon plus importante pour les femmes que pour les hommes.

Sur la période 2010-2011, plus de 17 millions de personnes de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister et 5,0 millions d'entre elles ont adhéré au programme. Le taux de participation national au dépistage organisé pour cette période est de 32% soit légèrement en baisse par rapport à 2009-2010. La participation demeure plus élevée chez les femmes (34%) que chez les hommes (30%). Chez les hommes, ce sont les personnes les plus âgées (plus de 70 ans) qui adhèrent le plus massivement au programme de dépistage. Chez les femmes, la catégorie d'âge pour laquelle la participation est la plus importante est, comme pour le dépistage du cancer du sein, celle des 60-64 ans.

Le Baromètre cancer de 2010 montre que plus d'une personne sur deux déclare avoir effectué un dépistage du cancer colorectal au cours de leur vie. Des facteurs qui étaient associés à une différence d'adhésion au dépistage en 2005, comme le niveau d'études ou de revenus, ne le sont plus en 2010, avec l'extension de ce programme proposé maintenant à l'ensemble de la population cible. D'autres facteurs encore, comme l'âge plus élevé (65-74 ans), la vie en couple ou le fait d'avoir des enfants influencent favorablement la participation à ce dépistage.

En France, une étude contrôlée en population générale menée en 2004, montre une réduction de 16% de la mortalité par cancer colorectal après 11 ans de suivi, sous certaines conditions d'organisation du dépistage (*Faivre et al 2004*).

Construction de l'indicateur : les données individuelles sont recueillies au niveau du département par la structure de gestion du dépistage et une extraction des données est transmise à l'INVS qui valide les fichiers et publie les indicateurs. Le taux de participation est le rapport du nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test de dépistage (test de recherche de sang occulte dans les selles) sur la population de la même tranche d'âge, auquel on soustrait le nombre de personnes exclues du dépistage par le médecin traitant pour un motif médical. Les personnes peuvent être exclues si elles présentent un risque de cancer colorectal supérieur à la moyenne (du fait d'antécédents familiaux ou personnels) ou nécessitant un recours systématique à la coloscopie ; ou encore, si elles ont réalisé une coloscopie datant de moins de 5 ans. Le taux de détection de cancers est le rapport du nombre de cancers diagnostiqués sur le nombre de personnes dépistées.

Précisions méthodologiques : les données sur la participation sont collectées annuellement par l'INVS.

Pour plus de précisions sur les données de projection du cancer colorectal et du dépistage, se reporter aux publications :

(i) Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides Réseau FRANCIM, HCL, INVS, INCA

(ii) Participation au programme de dépistage du cancer colorectal : site INVS invs.sante.fr

(iii) H. Goulard, D. Jezewski-Serra, N. Duport, E. Salines, A. Danzon et les médecins coordinateurs François Eisinger, François Beck, Christophe Léon, Anne Garnier, Jérôme Viguié « Les pratiques de dépistage des cancers en France - Baromètre cancer 2010 INPES juin 2012 ».

Pour plus de détails, se reporter à la fiche de définition de l'indicateur correspondant à l'objectif du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : objectif n° 53) et aux rapports de suivi de cet indicateur pour 2006, 2007, 2008, 2009 - 2010 et 2011.

Indicateur n°2-4 : Taux de couverture vaccinale...**Sous-indicateur n°2-4-1 : Couverture vaccinale des enfants âgés de 24 mois pour les vaccinations faisant l'objet d'une recommandation généralisée au calendrier vaccinal**

Finalité : dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, le calendrier vaccinal établit chaque année les recommandations des vaccinations chez l'enfant : type de vaccinations, nombre de doses et âges pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae b*, la rougeole, la rubéole, les oreillons et l'hépatite B. Les vaccins relatifs à ces pathologies font l'objet d'un remboursement de la part de l'assurance maladie.

La lutte contre ces maladies (ne sont pas concernées ici les méningites à pneumocoque et les infections à papillomavirus humains pour lesquelles les vaccins sont plus récents et plus coûteux que les vaccins précédents) s'inscrit dans l'objectif n°7 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en Europe, qui est de faire reculer les maladies transmissibles d'ici 2020.

Afin d'assurer une protection générale, de la population il est nécessaire d'atteindre un taux de couverture vaccinale d'environ 95%.

Résultats : les taux de couverture vaccinale pour les enfants de 24 mois sont donnés dans les tableaux suivants (en %) :

	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010		2011		Objectif
DT rappel	84,7	88,5	88	89,4	90,8	91,5	91,9	91,7	91,3		91,3		95%
Polio rappel	84,3	88,1	87,7	89,2	90,5	91,2	91,5	91,7	91,3		91,3		
Coqueluche rappel	82,4	87,3	87,2	89	90,3	91	91,1	91,4	90,8		90,5		
Hépatite B 3 doses			26	35,1	39,3	41,9	47	51	64,6		74,2		
Hib rappel				87,5	88,7	88,9	89,3	89,9	89,6		88,6		
Rougeole 1^{re} dose	67	82,6	84,1	87,2	89,4	90,1	89,1	*					
Oreillons	53,7		83,5	87	89,2	89,7	89	*					
Rubéole	63,7	81,5	83,8	87	89,1	89,5	88,9	*					
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)									1 dose	2 doses	1 dose	2 doses	
									89,2	60,9	89,4	67,3	

Source : DREES, Remontées des services de PMI -Certificat de santé du 24eme mois. Traitement INVS

*en raison de problèmes concernant la mise à jour des logiciels d'extraction suite aux modifications de format des certificats de santé du 24^e mois, il n'est pas possible de fournir des estimations de couverture vaccinale ROR au niveau national pour l'année 2009.

La France est l'un des pays européens ayant les meilleurs taux de couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (DTCP). Elle est toutefois moins performante pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) et l'hépatite B. La couverture « rougeole première dose » est stable depuis 2006 et la couverture contre l'hépatite virale B est en franche augmentation (74,2% en 2011).

La suspension de l'obligation vaccinale par le BCG est intervenue en juillet 2007. Cette vaccination reste cependant fortement recommandée dans un certain nombre de cas : enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ; enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ; enfant devant séjourner au moins un mois de suite dans l'un de ces pays ; enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ; enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane ; enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux, notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la couverture maladie universelle, de la couverture maladie universelle

complémentaire, de l'aide médicale d'État, etc.) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie. Les données épidémiologiques ne montrent actuellement pas d'impact des nouvelles modalités de vaccination mais l'évolution de l'épidémiologie de la tuberculose parmi les enfants et les niveaux de couverture vaccinale des enfants à risque doivent être suivis avec la plus grande attention.

D'une façon générale, par rapport à l'objectif de taux de couverture de plus de 95%, les taux atteints restent donc insuffisants, en particulier pour la vaccination contre la rougeole et contre l'hépatite B. Récemment des recommandations de vaccination généralisée ont été établies pour les infections à pneumocoques (2006) et pour les infections à papillomavirus (2007).

Construction de l'indicateur : l'indicateur est le rapport entre le nombre d'enfants de 2 ans à jour de leurs vaccinations (selon le calendrier vaccinal établi et publié par le Ministère chargé de la santé chaque année) et le nombre total d'enfants de cet âge.

Précisions méthodologiques : la mesure principale du taux de couverture vaccinale est effectuée sur la base des certificats de santé des enfants de 24 mois. Ces certificats sont remplis par les médecins des secteurs privés (médecins libéraux) et publics (Protection Maternelle et Infantile, PMI). Les données de chaque certificat sont ensuite saisies dans une fiche informatique individuelle et analysées par le Service départemental de PMI du Conseil Général dans chaque département. Le fichier départemental constitué est transmis à la Direction de la recherche, l'éducation, l'évaluation et les statistiques (DREES) du Ministère chargé de la santé. Les fichiers départementaux sont fusionnés dans un fichier national unique dont les données vaccinales (type d'antigène et nombre de doses) et sociodémographiques sont transmises à l'Unité des maladies à prévention vaccinale de l'INVS pour analyse. La validation nécessaire des données et le circuit de remontée de ces données expliquent que ne sont actuellement connus que les taux de couverture vaccinale de 2011.

Pour plus de détails sur la vaccination par le BCG, voir la publication de Figoni J., Antoine D, Guthmann J.-P., Lévy Bruhl D., Che D., 2007, Juin 2011 « Impact des modifications des modalités de vaccination par le BCG sur l'épidémiologie de la tuberculose en France en 2009. », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 22: 255-257.

Sous-indicateur n°2-4-2 : vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus et chez les autres groupes à risque

Finalité : la grippe se manifeste le plus souvent sous forme d'épidémies saisonnières (généralement entre novembre et avril). En France métropolitaine, en moyenne, 2,5 millions de personnes seraient concernées chaque année. La grippe peut entraîner des complications sévères chez les sujets à risque (personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente). La mortalité imputable à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés (plus de 90% des décès liés à la grippe surviennent chez des personnes de 65 ans et plus). Le grand nombre de malades atteint chaque année et les complications parfois mortelles de la maladie font de la grippe un problème de santé publique.

L'objectif, depuis la loi de santé publique de 2004, pour la vaccination antigrippale est d'atteindre un taux de couverture vaccinale de 75% dans les populations à risque c'est-à-dire :

- les personnes âgées de 65 ans ou plus ;
- les personnes atteintes par certaines pathologies susceptibles d'être décompensées par la grippe, les personnes avec un IMC supérieur à 40kg/m² et les femmes enceintes.

Le rôle du médecin traitant dans la participation au dépistage est prépondérant notamment depuis l'instauration d'objectifs sur la prévention de la grippe dans le CAPI et repris dans la convention médicale signée en juillet 2011. La convention, reprend, dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique, un objectif de taux de couverture de 70%, des patients an ALD du médecin âgés de plus de 65 ans.

Précisions sur la prise en charge : les patients âgés de moins de 65 ans porteurs d'une pathologie considérée à risque ne bénéficient pas tous d'une affection de longue durée (ALD), certaines maladies (comme l'asthme ou la bronchite chronique obstructive - BPCO -) ne sont pas incluses dans une ALD mais appartiennent à la liste des affections exonérantes (cf. *infra*).

Les vaccins contre la grippe saisonnière font l'objet d'un remboursement de la part de l'assurance maladie (65%). Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sur la santé (FNPEIS) prend en charge la partie restant à charge (35%) pour les populations cibles.

Résultats : le taux de couverture vaccinale contre la grippe, chez les personnes à risque, évolue de la manière suivante :

Taux de couverture vaccinale	2004 - 2005	2005 - 2006	2005 - 2006	2006 - 2007	2007 - 2008	2008 - 2009	2009 - 2010	2010 - 2011	2011 - 2012	Objectif
Personnes âgées de 65 ans ou plus	63,9%	63,1%	63,5%	63,4%	63,9%	64,8%	63,9%	56,2%	55,2%	
Ensemble des personnes de moins de 65 ans *					39,4%	47,2%	37,2%	39,5%	39,1%	
Ensemble des personnes à risque	62,5%	62,4%	61,4%	61,3%	62,1%	58,7%	60,2%	51,8%	51,7%	75%

Source : CNAMTS. Champ : régime général

* personnes avec ALD ou souffrant d'asthme ou de BPCO

Selon les données de la CNAMTS, les taux de couverture vaccinale contre la grippe observés restent insuffisants, malgré les campagnes annuelles en faveur de la vaccination. Globalement, ces taux sont en baisse depuis 2 ans chez les personnes âgées de 65 ans et plus (55,2% en 2011-2012 versus 63,9% en 2009-2010) et sont plus constants chez l'ensemble des personnes avec ALD ou souffrant d'asthme ou de BPCO. Les taux de vaccination chez les personnes âgées de 65 ans ou plus et ressortissantes du régime social des indépendants et ceux de la mutualité sociale agricole étaient respectivement de 55,0% et 64,0% en 2009 - 2010.

Ces données sont loin de l'objectif d'une couverture à 75% des populations à risque de forme grave de grippe.

Construction de l'indicateur : les indicateurs sont constitués par le rapport entre :

- le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin antigrippal pendant la campagne annuelle de vaccination sur le nombre d'assurés sociaux ou d'ayant droits âgés de 65 ans ou plus ;
- le nombre de personnes de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante (ou souffrant de bronchite chronique obstructive, BPCO) pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin antigrippal pendant la campagne annuelle de vaccination sur le nombre d'assurés sociaux ou d'ayant droits de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante (ou souffrant de BPCO). En 2006, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ont été rajoutés à la liste de ces neuf ALD.

Précisions méthodologiques : les données de l'indicateur sont fournies par la CNAMTS ; ils ne concernent donc que les personnes relevant du régime général des travailleurs salariés. Par ailleurs, le numérateur donne le nombre de vaccins délivrés à ces groupes à risque et non celui des vaccins réellement injectés.

Les taux de vaccination des personnes de plus de 65 ans relevant du régime social des indépendants et de la mutualité sociale agricole complètent, dans le corps du texte, les données du régime général.

La liste des ALD pour lesquelles l'Assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe est la suivante : (1) diabète de type 1 et diabète de type 2 ; (2) insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ; (3) insuffisance respiratoire chronique grave ; (4) accident vasculaire cérébral invalidant ; (5) forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ; (6) déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ; (7) néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ; (8) hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères ; (9) mucoviscidose. En 2006, l'asthme et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ont été rajoutés à la liste de ces neuf ALD.

Indicateur n°2-5 : Taux de diabétiques bénéficiant des recommandations de bonnes pratiques cliniques

Finalité : la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux et/ou insuline a été estimée par la CNAMTS, à 4,7% en 2011 parmi les bénéficiaires du régime général soit 2,8 millions de personnes⁶. La prévalence est plus élevée chez les hommes et augmente avec l'âge, atteignant un taux maximal chez les 80 ans et plus (20% chez les hommes et 15% chez les femmes). Sur les dix dernières années, les effectifs de patients traités ont augmenté selon un taux de croissance supérieur à 5% par an. Cette évolution soutenue des effectifs est essentiellement liée au vieillissement et à l'accroissement de la population française ainsi qu'à l'augmentation des facteurs de risque du diabète de type 2 (obésité notamment). Les complications potentielles du diabète étant nombreuses et pouvant être graves (infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur...), la loi de santé publique de 2004 a fixé un objectif d'amélioration de la surveillance médicale de l'ensemble des diabétiques traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline, afin de réduire la fréquence des complications du diabète.

Le diabète constitue en effet le deuxième flux le plus important d'admission au titre d'une affection de longue durée, après le cancer (environ 209 000 personnes admises au titre d'une ALD en 2012 (cf. indicateur de cadrage n°14). Ainsi, 80% des diabétiques devaient bénéficier à l'horizon de 2008 des recommandations de bonnes pratiques cliniques émises par l'ALFEDIAM/SFD (association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques / Société francophone du diabète), l'AFSSAPS/ANSM (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé devenue en 2012 l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et la HAS (haute autorité de santé).

Le suivi du diabète inclut le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins trois fois dans l'année, l'HbA1c permettant de contrôler la glycémie sur les quatre derniers mois. Il prévoit également la réalisation annuelle d'un bilan lipidique à jeun, ainsi que le dépistage précoce des complications du diabète, en particulier cardiaques (par un électrocardiogramme de repos) et rénales (par un dosage de la créatininémie et la recherche d'albumine dans les urines). La recherche de complications ophtalmologiques (par un examen du fond d'œil) est recommandée tous les 2 ans.

Les indicateurs de suivi de cet objectif sont donc des indicateurs de bonne pratique, construits à partir de recommandations en vigueur au moment de leur construction et estimés les années précédentes à partir notamment des données de l'étude ENTRED. Toutefois, en l'absence à ce jour d'actualisation de l'étude ENTRED dont les données les plus récentes datent de 2007, le suivi du respect de cet objectif, la définition et méthodologie des indicateurs de suivis de cet objectif ont été modifiés et se limitent à trois examens retenus dans la convention d'objectifs et de moyens entre l'État et l'assurance maladie pour la période 2010-2013 : le dosage d'HbA1c, le fond d'œil et la cholestérolémie.

Résultats : la proportion de personnes diabétiques traitées, ayant bénéficié dans l'année des différents examens complémentaires recommandés, évolue comme suit :

Part des patients diabétiques ayant effectué (en %) :	2009	2010	2011	2012	Objectif
au moins un dosage d'HbA1c par semestre	58,5	60,4	63	65,0	Augmentation
au moins un fond de l'œil	40,4	41,4	46	46,2	
au moins une cholestérolémie	71,3	72,7	73,3	72,1	
les trois examens	22,4	23,9	27,2	28,4	

Source : CNAMTS, DCIR, dates de soins. Champ : régime général, France entière.

Note de lecture : en 2012, 28,4 % des personnes diabétiques ont eu à la fois un dosage de l'HbA1c par semestre, un fond d'œil dans l'année et une cholestérolémie

Ces résultats montrent qu'entre 2009-2012 le suivi des personnes diabétiques pour les trois examens de surveillance considérés (cholestérolémie, fond d'œil et au moins un dosage de l'HbA1c par semestre), s'est amélioré mais de façon hétérogène pour les différents indicateurs pris

⁶ Rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014.

individuellement. La progression a surtout été marquée pour le dosage de l'HbA1c (au moins un dosage par semestre) et la réalisation de fond de l'œil. En effet, la part des diabétiques ayant eu au moins un dosage de l'HbA1c par semestre est passée de 59% en 2009 à 65% en 2012. Pour le fond de l'œil, cette part est passée respectivement de 40% à 46%, mais la recommandation a toutefois évolué vers un fond d'œil tous les 2 ans. De même, sur la période, le pourcentage de personnes ayant eu à la fois un dosage de l'HbA1c par semestre, un fond d'œil dans l'année et une cholestérolémie dans l'année a augmenté régulièrement. Cet indicateur est ainsi passé de 22,4% en 2009 à 28,4% en 2012.

Toutefois, plus d'un patient diabétique sur dix n'a effectué aucun de ces examens en 2012, une proportion en léger reflux par rapport à 2009.

Les données internationales disponibles, malgré les difficultés habituelles de comparaison, semblent montrer que le suivi médical du diabète est globalement moins fréquemment réalisé en France que dans d'autres pays. Ainsi une enquête du Commonwealth Fund réalisée en 2008 dans huit pays, auprès d'un échantillon de patients chroniques plaçait la France en dernière position pour la proportion de patients diabétiques ayant eu quatre examens de suivi (HbA1c dosée dans les 6 derniers mois, examen des yeux, des pieds et dosage du cholestérol dans les 12 derniers mois). Toutefois, les différentes études réalisées sont anciennes et, comme le montrent les données présentées ci-dessus, les indicateurs de suivi se sont améliorés en lien avec les différents dispositifs mis en place, visant à améliorer le suivi des patients diabétiques parmi lesquels :

- le renforcement du rôle du médecin traitant dans le cadre du CAPI puis de la rémunération à la performance introduite dans convention médicale depuis 2012. Celle-ci fixe 11 objectifs sur le suivi du diabète (dont un objectif de 65% des patients diabétiques bénéficiant de 3 à 4 dosages de HbA1c, cf. indicateur n°3-5) ;
- le programme Sophia, géré par l'assurance maladie qui propose à travers un réseau d'infirmiers et en lien avec le médecin traitant, un suivi personnalisé des patients diabétiques. Sa généralisation à l'ensemble la France entière est effective depuis novembre 2012. Le programme comptait en août 2013 plus de 400 000 adhérents.

Précisions méthodologiques : les données sont calculées sur le champ du régime général sur le champ France entière à partir des données de consommation inter-régimes (DCIR).

Les diabétiques ont été définis par la délivrance à au moins trois dates différentes d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (classe ATC A10) dans l'année pour les conditionnements normaux. Pour les personnes ayant eu au moins un grand conditionnement dans l'année, le nombre de délivrance est ramené à 2. Les différents examens sont enregistrés de la manière suivante :

- dosage HbA1c : au moins un dosage de l'HbA1c au premier semestre et au moins un dosage de l'HbA1c au second semestre (code biologie 1577) ;
- fond d'œil : au moins un acte CCAM codé BGQP002 ou BGQP007 ou bien une consultation d'ophtalmologie dans l'année ;
- cholestérolémie : au moins un acte dans l'année (codes biologie 580, 996 ou 2001).

Indicateur n°3-1 : Proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant en moins de huit jours

Finalité : le courrier de fin d'hospitalisation résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital - ville » ou « hôpital - structure de transfert ». Signé par le médecin de l'établissement, il est adressé au médecin de ville, à la structure de transfert, ou est remis au patient le jour de sa sortie. Réglementairement, ce courrier doit être envoyé dans un délai de 8 jours suivant la sortie du patient.

Le délai d'envoi du courrier (DEC) permet d'apprécier le lien entre la médecine hospitalière et ambulatoire (ou la structure de transfert), garantissant la continuité de la prise en charge du patient. Les éléments qualitatifs recherchés rendent compte notamment du suivi médical réalisé pendant le séjour, et du traitement de sortie (cf. *construction de l'indicateur*). L'objectif de performance, fixé à 80%, correspond à une exigence de qualité : il est attendu que 80% des courriers de fin d'hospitalisation respectent les critères de qualité de l'indicateur DEC (cf. *construction de l'indicateur*).

Cet indicateur est intégré dans le manuel de certification des établissements V2010, au niveau du critère 14a : « gestion du dossier du patient ». Il fait partie du recueil des indicateurs portant sur la qualité du dossier patient dans le secteur MCO, généralisé par la HAS depuis 2008 à l'ensemble des établissements de santé.

Résultats : la proportion de courriers, avec l'ensemble des informations requises et envoyées dans un délai inférieur ou égal à 8 jours est retracée dans le tableau suivant :

	2008	2009	2010	2011	Objectif
Nb d'établissements de santé	1116	1141	1 195	1 192	
Nb de dossiers	89 218	90 780	94 536	93 967	
Proportion de courriers envoyés en moins de 8 jours	26%	34%	40%	48%	80%

Source : HAS

En 2011, en moyenne au niveau national, 48% des courriers de fin d'hospitalisation ont été envoyés en moins de 8 jours. Cette proportion est en progression de 8 points par rapport à 2010, après une augmentation de 6 points par rapport à la campagne 2009.

Ces taux varient fortement selon les régions, de 33% en Réunion à 57% dans le Nord Pas de Calais. En 2011, seulement 20% des établissements de santé ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80%. Ceci est retrouvé au niveau de la variation du pourcentage d'établissements de santé en région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance, allant de 0% (Guyane) à 34% (Midi Pyrénées).

Des analyses complémentaires montrent qu'entre 2008 et 2011, la proportion de courriers répondant aux critères de l'indicateur a significativement augmenté en médecine (+ 20 points : passage de 34% à 54%), a doublé en obstétrique (+ 21 points : passage de 20% à 41%), et a presque triplé en chirurgie (+ 25 points : passage de 16% à 41%).

D'autre part, la proportion de courriers répondant aux critères augmente avec la durée de séjour. En 2011, elle est passée de 37% (séjour de 1 jour) à 57% (séjour de plus de 7 jours) en 2011.

Construction de l'indicateur : l'indicateur de délai d'envoi du courrier, présenté sous forme de taux, évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation (ou compte-rendu d'hospitalisation) est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, et dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.

Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver sont les suivants :

- l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert ;
- une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ;
- une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient) ;

- et une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments).

Précisions méthodologiques : l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours, commun à l'ensemble des indicateurs du thème « Dossier Patient » en MCO. Seuls les séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO sont inclus dans le calcul de l'indicateur.

Les séjours suivants sont exclus du calcul de l'indicateur : séances sélectionnées à partir des groupes homogènes de malades (GHM) relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; séjours avec un GHM erreur ; séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ; séjours de patients décédés ; séjours de patients mutés.

Suite à la décision en 2012 de passer à un recueil biennal des indicateurs relatifs au dossier patient, l'indicateur relatif au nombre de courriers de fin d'hospitalisation envoyés en moins de 8 jours ne peut être mis à jour pour cette édition.

Pour plus de détails, se reporter au rapport de la HAS, « Indicateurs de qualité généralisés en MCO, campagne 2011 », juin 2012.

Indicateur n°3-2 : Part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoire (PDSA)

Finalité : conçue comme la pierre angulaire du dispositif de PDSA, le rôle de la régulation est d'assurer l'orientation médicale de chaque appelant vers la juste prestation médicale que son état requiert (aide médicale d'urgence, médecin de permanence, simple conseil médical, etc.) et de rationaliser le recours aux soins en le limitant aux seules interventions jugées pertinentes par le médecin régulateur.

Précisions sur le dispositif : la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) est un dispositif qui doit permettre la prise en charge des demandes de soins non programmés par la médecine libérale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, soit :

- de 20 h à 8 h les jours ouvrés,
- les dimanches et les jours fériés,
- en fonction des besoins de la population, le samedi à partir de midi et les veilles ou lendemains de jours fériés lorsqu'ils précèdent ou suivent un week-end.

L'enjeu du dispositif est d'apporter une réponse aux demandes de soins non programmés sur ces horaires particuliers, de façon adaptée aux besoins sur tout le territoire, et sans diminution de la qualité des soins, tout en évitant d'accroître le recours aux services d'urgence des hôpitaux pour des soins relevant d'une prise en charge ambulatoire. Dans chaque région, l'organisation de la permanence des soins est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé au sein d'un cahier des charges. Chaque région est divisée en territoires de permanence sur lesquels sont organisées les gardes des médecins. Le nombre et les limites de ces territoires sont fixés par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction de données géographiques, démographiques, de l'offre de soins existante et des modalités de gardes retenues.

Le dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire repose sur une régulation médicale téléphonique préalable à l'accès au médecin de permanence. En pratique, cette régulation est assurée soit par les centres de régulation hospitaliers (SAMU-Centre 15), au sein desquels la participation des médecins libéraux peut être organisée, soit par des centres de régulation libérale extérieurs au SAMU et interconnectés avec celui-ci. Afin d'harmoniser les pratiques de régulation médicale des professionnels sur l'ensemble du territoire, la Haute autorité de santé (HAS) a récemment produit des recommandations de bonnes pratiques professionnelles destinées à constituer une référence en matière d'organisation et de fonctionnement des structures en charge de cette activité.

L'acte régulé réalisé par le médecin de permanence est valorisé par une rémunération supérieure d'environ 13% à un acte non sollicité par la régulation. En contrepartie, en ne sollicitant le médecin de garde que pour les cas le justifiant médicalement, la régulation doit générer une baisse de l'activité réalisée en période de PDSA.

La régulation garantit ainsi la qualité et l'efficacité du dispositif de permanence des soins.

Résultats : la part des actes régulés sur le total des actes réalisés aux heures de PDSA évolue de la manière suivante :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Part des actes régulés aux horaires de PDSA	7%	40%	48%	54%	58%	58%	60%	62%	Augmentation

Source : CNAMTS

La part des actes régulés dans l'activité réalisée aux horaires de permanence des soins a connu une nette progression depuis 2005 (passant de 7% en 2005 à 62% en 2012) avec une stagnation en 2010.

Cette dynamique de progression s'explique notamment par la montée en charge de l'installation des dispositifs de régulation libérale venus renforcer les équipes des centres 15 des SAMU dans la gestion des appels qui relèvent de la PDSA. La proportion de départements dans lesquels une participation des médecins libéraux à la régulation des appels est organisée est désormais de 96% (contre 74% en 2005). Cette montée en charge a permis que, depuis 2008, les actes régulés deviennent majoritaires dans l'activité aux heures de permanence et représentent en 2012 62% de l'activité réalisée pendant la permanence des soins. Si on constate néanmoins la persistance de disparités régionales sur cet indicateur qui varie, en France métropolitaine, de 42% à 83% d'actes régulés, la comparaison avec les données d'activité des années précédentes montre néanmoins une réduction de ces disparités qui s'explique par une nette progression de la part d'actes régulés dans les régions ayant un faible taux d'actes régulés (en 2011, l'indicateur variait de 30% à 80%).

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la persistance d'un taux relativement important (38%) d'actes non régulés aux horaires de PDSA :

- un recours direct à certaines maisons médicales de garde, identifiées par les patients comme points « permanents » d'accès au médecin de garde, et dont l'accès n'est pas toujours physiquement régulé ;
- le maintien d'une prise en charge de certains patients par leurs médecins traitants sur certaines plages horaires de PDSA.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est calculé comme le rapport du nombre d'actes régulés au nombre total d'actes de médecine de ville effectués sur la période de PDSA. Les actes régulés sont recensés à partir des facturations des actes par les médecins : chaque acte de PDSA préalablement régulé donne lieu à une majoration spécifique de l'honoraire du médecin de permanence, prévue par la convention médicale et identifiée pour l'assurance-maladie par une cotation particulière de la nomenclature générale des actes professionnels.

Les consultations et visites réalisées aux horaires de PDSA mais non déclenchées par la régulation médicale font quant à elles l'objet d'une cotation distincte, donnant lieu aux majorations habituelles des déplacements et consultations de week-ends et de nuits.

Précisions méthodologiques : les données nécessaires pour le calcul de l'indicateur sont extraites du SNIIRAM par la CNAMTS.

Dans la mesure où les cotations d'actes ne font pas l'objet de contrôles par croisement avec les données de la régulation, la fiabilité des données de cet indicateur dépend de la qualité et de la précision du codage des actes par le médecin.

Indicateur n°3-3 : Indicateur relatif à la prévention des infections nosocomiales des établissements de santé**Sous indicateur n°3-3-1: Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales**

Finalité : cet indicateur vise à présenter les résultats de l'activité de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé. Depuis 2006, le code de la santé publique prévoit que tous les établissements de santé, publics et privés, établissent annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales (IN), support du calcul de cet indicateur.

Les résultats permettent d'attribuer une note sur 100 aux établissements de santé en fonction de leur activité et de les regrouper en classes de performance, de A à F, la classe A comprenant les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée et la classe E, les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux. Les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés en F comme non-répondants.

Résultats : le score agrégé-activités 2011 par classe figure dans le tableau ci-dessous :

Classe / année	Activité2010 (année de référence)	2011 Réalisé	Objectif pour l'activité 2012
% en classe A	20%	45,2%	50%
% en classe B	20%	36%	40%
% en classe C	20%	15,7%	10%
% en classe D	20%	2,4%	0%
% en classe E	20%	0,7%	0%
% en classe F	0%	0%	0%

L'indicateur score agrégé-activité 2011 a été calculé à partir des données transmises en 2012 par les établissements de santé concernés dans le cadre du recueil de leur tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales activité 2011. L'année 2010 est l'année de référence pour calculer les limites des classes de performance pour le score agrégé-activité 2011.

Le mode de construction de l'indicateur répartit de façon homogène les établissements dans les différentes classes pour la première année de mesure (2010). Ces classes ont été définies à partir d'une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé : ainsi 20% des établissements de santé ayant le meilleur score agrégé-activités définissent la classe A, les 20% d'établissements suivants constituent la classe B et il en va de même pour les trois autres classes. Pour illustration de l'objectif à atteindre : un établissement de santé dont le score agrégé-activités 2011 correspond à la classe E devra faire évoluer ses pratiques pour lui permettre de faire augmenter son score et au fil des ans, d'atteindre les classes D puis C, puis B puis A.

Les résultats sont rendus sous forme de classe de performance par catégorie d'établissements de santé (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques de médecine et de chirurgie de plus ou moins de 100 lits, centres de lutte contre le cancer...) en fonction des missions, des activités et de la taille des établissements afin de les comparer entre eux.

Construction de l'indicateur : le score agrégé-activité 2011 est un indicateur qui permet de rendre lisible en une seule fois l'ensemble des indicateurs de processus et de moyens du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales. Il mesure le niveau des activités développées dans les établissements de santé pour prévenir les infections nosocomiales d'une façon plus globale que les indicateurs pris séparément.

Les indicateurs de processus et de moyens du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales sont :

- ICALIN.2 - indicateur composite d'activité de lutte contre les infections nosocomiales,
- ICATB - indicateur composite de bon usage des antibiotiques (cf. sous- indicateur n° 3-3-4)
- ICA-BMR – indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes,
- ICA-LISO – indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire,
- ICSHA.2 - indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques.

Il est présenté sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à F).

Le poids relatif de chaque indicateur dans le score agrégé est fixé ainsi : ICALIN.2 (35%), ICSHA.2 (20%), ICATB (20%), ICA-BMR (10%) et ICA-LISO (15%). Ainsi la formule du score agrégé-activité 2011 est la suivante :

$$(\text{ICALIN.2} * 0,35) + (\text{ICSHA.2} * 0,20) + (\text{ICATB} * 0,20) + (\text{ICA-BMR} * 0,10) + (\text{ICA-LISO} * 0,15)$$

Critère d'inclusion : tous les établissements de santé.

Pour les établissements qui ne sont pas concernés par tous les indicateurs, le score est calculé en redistribuant le poids de chaque indicateur en fonction des indicateurs présents. Par exemple, si un établissement de santé n'est pas concerné par l'indicateur ICA-LISO, la formule devient :

$$(\text{ICALIN.2} * 0,41) + (\text{ICSHA.2} * 0,235) + (\text{ICATB} * 0,235) + (\text{ICA-BMR} * 0,12)$$

Le score agrégé n'est pas applicable pour les établissements concerné que par un seul indicateur.

Pour plus de détails techniques, se référer aux documents suivants :

- Circulaire n°DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 ;
- Instruction n°DGOS/PF2/2013/103 du 15 mars 2013 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2012 ;

Sous-indicateur n°3-3-2 : indice triennal SARM du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales

Finalité : l'indice triennal du SARM permet de refléter l'écologie microbienne du *Staphylococcus aureus* (staphylocoques dorés) résistants à la méticilline (SARM) de l'établissement et sa capacité à la maîtriser par des mesures de prévention de la transmission de patient à patient et par une politique de maîtrise des prescriptions d'antibiotiques. Cette bactérie multi-résistante aux antibiotiques est fréquemment en cause dans les infections nosocomiales (IN).

La lutte contre les bactéries multi-résistantes (BMR) dans un établissement de santé, qui s'intègre dans une politique globale de prévention des infections nosocomiales et de maîtrise de la résistance aux antibiotiques, est une priorité nationale qui implique toute la communauté hospitalière. Le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) est la plus fréquente des bactéries multi-résistantes (environ 13% de l'ensemble des bactéries des infections nosocomiales). En raison de leur fréquence élevée, de leur potentiel pathogène, de leur risque de diffusion au sein de l'établissement, dans la communauté, et du risque potentiel d'impasse thérapeutique, la lutte contre la diffusion des SARM fait partie du programme national de prévention des infections nosocomiales.

Résultats : l'indice triennal SARM, premier indicateur de résultats du tableau de bord des IN, est rendu sous forme d'un taux triennal (nombre de prélèvements à visée diagnostique positifs à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2009-2011) et d'une classe de performance (A à F) permettant à l'établissement de se comparer aux établissements de même catégorie. Une évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2006 et 2011 (2005 était la première année de recueil de cette information) complète l'indice triennal et reflète les efforts menés par l'établissement pour maîtriser la diffusion de ces SARM.

Le tableau suivant donne la répartition des établissements selon les classes de performance (la classe A regroupant les établissements les plus performants), calculées sur la base du taux triennal de staphylocoque doré (*aureus*) résistant à la méticilline (SARM) pour 1 000 journées d'hospitalisation:

Classes	2007-2009		2008-2010		2009-2011		Objectif
	Nombre d'établissements*	%	Nombre d'établissements*	%	Nombre d'établissements*	%	
A	112	12%	132	14%	152	16%	Augmentation
B	222	23%	232	25%	247	27%	
C	388	41%	388	41%	361	39%	
D	169	18%	152	16%	132	14%	
E	57	6%	40	4%	36	4%	
Total	948	100%	944	100%	928	100%	

*nombre d'établissements concernés par l'indice SARM

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2011 établi par la DGOS

Le nombre d'établissements concernés par l'indice SARM reste stable entre 2010 et 2011. Le nombre d'établissement situés en classe A ou B augmente de 39% en 2010 à 43% en 2011.

Plus précisément, la répartition des établissements par classe du taux triennal 2009-2011 et par catégorie d'établissement est donnée dans le tableau suivant :

**Distribution nationale des classes par catégorie d'établissements des classes des taux triennal SARM
2009-2011**

Catégories d'établissements/classes	Classes					Effectif
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	28,2%	35,2%	29,6%	4,2%	2,8%	71
CH INF 300 LP	11,2%	30,8%	39,3%	13,6%	5,1%	214
CH SUP 300 LP	22,8%	22,8%	41,3%	10,7%	2,4%	206
EX HOPITAL LOCAL	7,7%	23,1%	34,6%	19,2%	15,4%	26
CL SUP 100 LP	8,2%	25,6%	45,6%	18,5%	2,1%	195
SSR-SLD	19,9%	24,5%	33,8%	17,1%	4,6%	216
Total général	152	247	361	132	36	928
%	16,4%	26,6%	38,9%	14,2%	3,9%	100%

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2011 établi par la DGOS

NB : les CLCC n'ont pas de classe de performance car sont trop peu nombreux pour que 5 classes aient une signification

L'évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2006 et 2011 met en évidence une diminution du taux de SARM au cours du temps. Une baisse significative a notamment été constatée entre 2006 et 2011 pour près de 65% des CHR-CHU.

Ces résultats, qui mettent en évidence que le taux de SARM diminue au cours du temps, sont cohérents avec ceux de l'évolution du taux de patients présentant une infection à SARM lors des enquêtes de prévalence des infections réalisées en 2006 et 2012 sous l'égide du Réseau d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des infections associées aux soins (RAISIN).

Construction de l'indicateur : cet indice dépend d'une part, du nombre de patients venant d'un autre hôpital colonisés ou infectés par cette bactérie multi-résistante (SARM dits importés) et d'autre part de la prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre (SARM dits acquis dans l'établissement) et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques. L'indice SARM est rendu sous forme d'un taux triennal (nombre de prélèvements à visée diagnostique positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2009-2011) afin d'obtenir des données significatives, ces événements étant peu fréquents. Un indice triennal SARM (ou taux triennal de SARM) à 0,6 par exemple, signifie, qu'en moyenne, au cours des années 2009 à 2011, 0,6 infections à SARM se sont produites toutes les 1000 journées d'hospitalisation. L'indice triennal SARM est complété par une tendance évolutive des taux annuels de SARM de l'établissement de 2006 à 2011 qui permet à l'établissement de se comparer à lui-même au cours des années.

Les classes de performance de l'indice triennal SARM reposent sur des classes de percentiles (10, 30, 70, 90) calculées à partir du taux triennal 2005-2006-2007 (correspondant à l'indice SARM 2007). Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classes d'établissements de santé d'une année sur l'autre. Pour les centres de lutte contre le cancer, les classes de performance ne sont pas possible à calculer (effectifs trop faibles).

Précisions méthodologiques : tous les établissements de santé sont concernés par la maîtrise des SARM. Cependant, cette mesure ne peut avoir de sens dans les établissements qui identifient très peu de SARM en raison de la nature et/ou du volume de leur activité. Cet indice triennal n'est donc pas calculé pour les établissements ayant réalisé moins de 30 000 journées d'hospitalisation complète par an et pour les catégories d'établissements suivantes : hospitalisation à domicile, établissements exclusivement ambulatoires, maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé, psychiatrie et hémodialyse. L'évolution de tendance des taux annuels de SARM n'est pas calculée pour les établissements moins de 180 000 journées en 6 ans et pour les catégories d'établissements non concernés par l'indice triennal.

Sous-indicateur n°3-3-3 : Prévalence des infections nosocomiales dans les établissements de santé

Finalité : le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 définit des objectifs quantifiés et opérationnels à atteindre pour 2012 tant au plan national qu'au niveau des établissements de santé. Il s'articule également autour de six grandes orientations dont l'une prévoit d'optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance pour prioriser les infections nosocomiales et évaluer les actions de prévention.

Dans ce contexte, l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales a été renouvelée en 2012. Elle permet de renforcer la sensibilisation et la formation des établissements de santé à la surveillance des infections nosocomiales et de produire des estimations régulières de la fréquence des infections nosocomiales (IN) dans les établissements de santé et d'en décrire les caractéristiques.

Résultats : la prévalence des patients infectés (PPI) et la prévalence des IN (PIN) ont été calculées pour 100 patients. Le risque d'IN associé aux caractéristiques des patients et à leur exposition aux dispositifs invasifs a été exprimé par des ratios de prévalence des patients infectés (PPI).

En 2006, 2337 établissements publics et privés français, représentant 94% des lits d'hospitalisation et 358 353 patients, ont été inclus. En 2012, 1938 établissements de santé, représentant 90.6% des lits d'hospitalisation et 300 330 patients, ont été inclus.

Les résultats de l'enquête nationale de prévalence 2012 ont été comparés, à périmètre constant, à ceux de la précédente enquête, menée en 2006, sur les 1 718 établissements de santé ayant participé aux deux enquêtes. Cette analyse montre une forte diminution de 21% dans les services de type soins de suite et de réadaptation (SSR), les unités de soins de longue durée (USLD) ou psychiatrie. Des évolutions plus contrastées sont observées selon le type d'établissement et de séjour, notamment en court séjour où la prévalence des patients infectés est restée stable entre 2006 et 2012.

Catégorie d'établissement de santé	2006*			2012			Évolution (%)	Objectif
	Patients	Infectés (toutes IN)		Patients	Infectés (toutes IN)			
		Effectif	Effectif		%	Effectif		
CHR/CHU	52 129	3 424	6,6	49 534	3 716	7,5	14,2	Diminution de la prévalence des patients infectés
CH/CHG	114 172	5 776	5,1	103 613	5 238	5,1	-0,1	
Établissements psychiatriques	24 430	489	2	26 209	315	1,2	-40	
Hôpitaux locaux	12 801	695	5,4	5 978	321	5,4	-1,1	
Cliniques (MCO)	48 351	1 834	3,8	48 121	1 982	4,1	8,6	
HIA	2 024	108	5,3	1 554	114	7,3	37,5	
Soins de suite et de réadaptation – soins de longue durée	25 668	1 556	6,1	29 732	1 511	5,1	- 16,2	
Centres de lutte contre le cancer	2 086	197	9,4	2 213	220	9,9	5,3	
Total	281 661	14 079	5,0	266 954	13 417	5,0	0,5	

Sources : INVS/Raisin, Enquêtes nationales de prévalence, France, 2006 et 2012

* Analyse à champ constant entre 2006 et 2012. Les pourcentages d'évolution correspondent à des évolutions relatives

Sur l'ensemble des établissements enquêtés en 2012, 15 180 patients présentaient une ou plusieurs IN actives le jour de l'enquête, soit une prévalence des patients infectés de 5,1%, c'est-à-dire un patient hospitalisé sur 20. Environ 3 infections sur 4 étaient acquises dans l'établissement réalisant l'enquête, une infection sur 4 étant importée d'un autre établissement. Les 3 micro-organismes les plus fréquemment responsables d'une IN étaient *Escherichia coli* (17,6% des souches résistantes aux céphalosporines de 3^e génération), *Staphylococcus aureus* (38,1% des souches résistantes à la méticilline) et *Pseudomonas aeruginosa*.

Enquête nationale de prévalence 2012

Catégorie d'établissements de santé	Patients		PPI %	PIN %	PIN	PIN
	Effectif	%			acquises %	importées %
CHR/CHU	56 506	18,8	7,5	8,1	6,6	1,2
CH/CHG	113 004	37,6	5,1	5,4	4	1,2
Établissements psychiatriques	30 960	10,3	1,3	1,3	1	0,2
Hôpitaux locaux	7 194	2,4	5,8	6	3,6	1,9
Cliniques (MCO)	53 180	17,7	4	4,2	3	0,9
HIA	1 572	0,5	7,3	7,8	5,9	1,4
Soins de suite et de réadaptation	34 838	11,6	5,3	5,5	2,5	2,5
Soins de longue durée	809	0,3	5,1	5,1	4,3	0,5
Centres de lutte contre le cancer	2 267	0,8	10	11	8,9	1,5
Total	300 330	100	5,1	5,3	3,9	1,2

Source : INVS .

PPI : prévalence des patients infectés ; PIN = prévalence des infections nosocomiales.

Note : l'origine de 793 infections était indéterminée (4.9%)

Construction de l'indicateur : dans le cadre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, l'Institut de veille sanitaire (INVS) a reconduit en 2012 une enquête nationale de prévalence. Cette enquête a été proposée entre mai et juin à tous les établissements de santé volontaires, privés ou publics, en suivant un protocole standardisé. Il s'agissait d'une enquête de prévalence réalisée à une date donnée, incluant tous les services d'hospitalisation complète et tous les patients hospitalisés depuis au moins 24 heures.

Pour chaque patient étaient recueillis les caractéristiques de l'établissement (type, statut et taille), la spécialité du service d'accueil, les caractéristiques du patient (âge, sexe, indice de Mac Cabe, statut immunitaire, affection maligne ...), les informations sur l'hospitalisation du patient et les facteurs de risques liés à sa prise en charge (intervention chirurgicale dans les 30 derniers jours, présence de dispositifs invasifs...). Pour chaque IN étaient documentés la localisation infectieuse, l'origine (acquise dans l'établissement ou importée d'un autre établissement), la date de diagnostic, le(s) micro-organisme(s) identifié(s) et certaines caractéristiques de résistance aux antibiotiques ; trois IN au maximum pouvaient être décrites pour chaque patient.

Le taux de prévalence est le nombre de patients infectés ou le nombre d'IN rapporté au nombre de patients en hospitalisation complète présents un jour donné dans les établissements enquêtés.

Précisions méthodologiques : l'enquête nationale de prévalence 2012 a documenté les caractéristiques de 300 330 patients dans 1938 établissements de santé. Avec une couverture globale représentant 90,6% des lits d'hospitalisation en France, elle est proche de l'exhaustivité et aucun intervalle de confiance n'a été calculé. Cette forte participation autorise une description précise des caractéristiques un jour donné des patients hospitalisés, des dispositifs invasifs auxquels ils sont exposés, et de leurs éventuelles IN. Elle constitue une référence utile pour identifier les infections les plus fréquentes et les groupes de patients les plus exposés au risque nosocomial, et prioriser les mesures de prévention tant au niveau local que national.

L'ensemble des résultats est consultable sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Surveillance-en-prevalence/ENP-2012>

Sous-indicateur n°3-3-4 : Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB)

L'objectif défini par le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 est que 100% des établissements de santé disposent d'un suivi de la consommation des antibiotiques. Dans ce cadre, un indicateur composite, mesurant la politique de bon usage des antibiotiques dans l'établissement de santé a été mis en place. Les établissements sont regroupés dans des classes de performance, de A à F, qui reflètent le niveau d'avancement de la structure au regard de l'indicateur, la classe A regroupant les établissements les plus performants.

Finalité : L'indicateur ambitionne d'objectiver le niveau d'engagement d'un établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques, en analysant les moyens mobilisés et les actions qu'il a mis en œuvre.

Réalisation de l'indicateur : Les évolutions calculées figurent dans le tableau ci-dessous :

Etablissement / Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Objectif
% en classe A	12,89%	28,0%	42,3%	54,2%	65,1%	68,8%	80%
% en classe B	19,3%	25,6%	27,9%	26,1%	22%	20,5%	15 %
% en classe C	38,7%	34,3%	23,6%	16,4%	10,9%	8,9%	4%
% en classe D	19,3%	9,3%	4,8%	2,2%	1,4%	1,2%	1%
% en classe E	9,0%	2,4%	1,3%	0,9%	0,6%	0,7%	0%
% en classe F	0,8%	0,4%	0,1%	0,1%	0%	0%	0%

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2011 établi par la DGOS

Les objectifs sont définis à partir de l'évolution constatée au cours des dernières années.

Publié pour la sixième année en 2012, 89,3% des établissements de santé sont classés en A ou en B pour le bilan des activités 2011 de lutte contre les infections nosocomiales. Cependant, des améliorations sont encore attendues pour 10,8% des établissements se situant en classe C, D ou E. Pour ces établissements, les pré-requis nécessaires au bon usage des antibiotiques sont notamment à mettre en place (commission des antibiotiques, référent en antibiothérapie, protocole sur l'antibiothérapie et liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée).

De 2006 à 2011, la majorité des établissements a mis en place non seulement les pré-requis nécessaires au bon usage des antibiotiques mais également des actions de prévention, surveillance et d'évaluation de la prescription d'antibiotiques. Les gains d'une année sur l'autre sont désormais faibles entre 2010 et 2011, y compris pour la répartition entre la classe A et B. Pour le recueil d'activités 2012, un indicateur de 2^e génération (ICATB.2) en lien avec les objectifs du plan d'alerte sur les antibiotiques, plus exigeants sur les actions et les résultats, sera testé pour une diffusion publique en 2014 (activités 2013).

Distribution nationale des classes par catégorie

Catégories d'établissements/classes	ICATB 2011					Effectif
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	76,1%	5,6%	16,9%	1,4%	0,0%	71
CH INF 300 LP	63,3%	24,2%	9,4%	2,1%	0,9%	330
CH SUP 300 LP	71,2%	22,6%	5,3%	1,0%	0,0%	208
ETAB. PSY	63,4%	16,4%	15,8%	2,4%	2,1%	292
EX HOPITAL LOCAL	72,0%	19,0%	8,0%	1,0%	0,0%	300
CL INF 100 LP	69,8%	24,7%	5,6%	0,0%	0,0%	215
CL SUP 100 LP	72,0%	18,5%	7,4%	1,8%	0,3%	336
SSR-SLD	68,7%	21,9%	7,8%	0,6%	1,0%	703
CLCC-CANCER	78,9%	5,3%	15,8%	0,0%	0,0%	19
Total général	1702	506	219	30	17	2474
%	68,8%	20,5%	8,9%	1,2%	0,7%	100,0%

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2011 établi par la DGOS

Construction de l'indicateur : L'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) mesure le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques. L'ICATB a été construit à partir du bilan standardisé annuel d'activités de lutte contre les infections nosocomiales, que remplissent les établissements de santé, en sélectionnant les items qui permettent de répondre à ces trois questions : quelle est l'organisation à mettre en place, quels sont les moyens à mobiliser, quelles sont les actions à mettre en œuvre pour promouvoir le bon usage des antibiotiques ? ICATB est ainsi composé de 3 sous-indices, Organisation (O), Moyens (M) et Actions (A), pondérés de façon identique pour un total de 20 :

Les résultats sont rendus par catégories d'établissements de santé (CHU, CLCC, clinique MCO de plus ou moins 100 lits et places etc.), sous forme de classe de performance de A à F.

- la classe A comprend les établissements les plus en avance et ayant l'organisation de la prévention du risque infectieux la plus élaborée ;
- la classe E les structures les plus en retard pour la prise en compte par l'établissement de la prévention du risque infectieux ;
- les établissements n'envoyant pas leur bilan sont classés comme non-répondants, en classe F.

Certaines catégories d'établissements sont considérées comme « non concernées » par cet indicateur, soit en raison d'un mode de prescription à usage externe, soit quand l'essentiel des soins comporte peu de prescriptions d'antibiotiques. Il s'agit des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), des maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisées (MECSS), des établissements d'hémodialyse et des établissements ambulatoires.

Précisions méthodologiques : Les bornes des classes de A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissements de santé (centile 10 – 30 – 70 - 90) à partir des données des bilans 2006 (réalisé sur 2290 établissements). Ces bornes de classes ne changent pas au fil des années, afin de visualiser les changements de classe des établissements d'une année sur l'autre, qu'il s'agisse d'une progression ou d'une régression. Par exemple, la construction des classes pour les centres hospitaliers de moins de 300 lits (réalisé sur 327 établissements en 2006) est la suivante : les centiles 10, 30, 70 et 90 de la base nationale 2006 sont définis à partir des scores d'ICATB :

- les 10% d'établissements les moins bons ont un score inférieur ou égal à 3,52 sur 20 ;
- les 30% d'établissements moyens ont un score inférieur ou égal à 7,062 sur 20 ;
- les 70% d'établissements assez bons ont un score inférieur ou égal à 12,25 sur 20 ;
- les 90% d'établissements les meilleurs ont un score inférieur ou égal à 15,25 sur 20.

La définition de l'indicateur est identique depuis 2006.

Indicateur n°3-4 : Proportion d'établissements certifiés de niveau 1 par la Haute Autorité de Santé

Finalité : cet indicateur vise à s'assurer que les établissements de santé se sont pleinement engagés dans une démarche d'amélioration et d'évaluation de la qualité de leurs prestations.

Précisions sur la certification : plusieurs procédures de certification ont d'ores et déjà été conduites par la Haute autorité de santé. La version 1 de la certification était fondée sur les notions d'une part d'incitation à la mise en œuvre de démarches qualité, et d'autre part de développement d'une culture de l'évaluation dans les établissements de santé. La 2^e version, compte tenu de la maturité progressivement acquise par les établissements, était marquée par le souhait de progresser dans l'évaluation des pratiques professionnelles et la définition pour chaque critère, de plusieurs éléments d'appréciation, permettant de produire en regard une cotation correspondant à une mesure du niveau de qualité atteint par les établissements. La 3^e version (V2010) a été pensée et développée pour permettre une certification plus continue et efficiente. Cette version intègre la notion de pratiques exigibles prioritaires et tient compte du résultat des indicateurs généralisés par la HAS. Son objectif est d'apporter une réponse pertinente et équilibrée aux attentes des usagers, des professionnels de santé et des pouvoirs publics. A l'heure actuelle, aucun établissement de santé ne s'engage plus dans la certification *via* les versions V1 et V2, aussi l'objectif d'augmentation de la proportion d'établissements certifiés associé à cet indicateur porte-t-il seulement sur la nouvelle version V2010.

Comme entre les versions 1 et 2 de la certification, les niveaux de décisions quant à la décision de certification ont été modifiés pour la version 3 (V2010). Les barèmes sont présentés dans les tableaux suivants.

Barème des niveaux de certification de la deuxième procédure de certification (V2)

Appréciations	Modalités de suivi
Certification (simple ou avec recommandations) de niveau 1	L'établissement est certifié. La HAS l'encourage à poursuivre la dynamique engagée ou lui signale les points encore à améliorer en vue de la prochaine procédure.
Certification avec suivi de niveau 2	L'établissement est certifié mais doit produire un rapport de suivi ou faire l'objet d'une « visite de suivi » sur certains sujets dans un délai fixé par la HAS, sans attendre la prochaine itération de la procédure.
Certification conditionnelle de niveau 3	L'établissement n'est pas certifié. Il ne le sera que s'il met en œuvre les améliorations attendues sur les sujets mis en exergue par la HAS.
Non certification	Il ne s'agit pas d'une décision de première intention. La HAS prononce une décision de non certification dans le cas où un établissement de santé, certifié conditionnellement, n'aurait pas mis en œuvre les améliorations attendues à l'échéance fixée.

Barème des niveaux de certification de la troisième procédure de certification (V2010)

Appréciations	Modalités de suivi
Certification simple (niveau 1)	L'établissement est certifié. La HAS l'encourage à poursuivre la dynamique engagée.
Certification avec recommandations	L'établissement est certifié. La HAS a formulé des recommandations que l'établissement a la possibilité de lever en produisant un rapport de suivi.
Certification avec réserves	L'établissement est certifié mais doit produire un rapport de suivi sur certains sujets dans un délai fixé par la HAS.
Sursis à Certification	L'établissement n'est pas certifié. Il ne le sera que s'il met en œuvre les améliorations attendues sur les sujets mis en exergue par la HAS.
Non certification	La HAS prononce une décision de non certification dans le cas où un établissement de santé présente des manquements graves en termes de qualité et de sécurité.

Résultats : le nombre et la proportion d'établissements certifiés sous les deux dernières procédures de certification évoluent de la façon suivante :

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Procédure V2	Nombre d'établissements certifiés avec ou sans recommandation(s) de niveau 1*	11	97	329	698	1 018	1 344	-	-	Augmentation
	Nombre total d'établissements engagés dans une procédure de certification	17	215	709	1 408	2 086	2 745	-	-	
	Proportion d'établissements certifiés avec ou sans recommandation(s) de niveau 1	64%	45%	46%	50%	49%	49%	-	-	
Procédure V3 (V2010)	Nombre d'établissements ayant obtenu une certification simple*	-	-	-	-	-	79**	105	225	
	Nombre total d'établissements engagés dans une procédure de certification	-	-	-	-	-	422**	652	1296	
	Proportion d'établissements ayant obtenu une certification simple	-	-	-	-	-	19%	16%	17%	

Source : HAS

* Cf. les tableaux des barèmes des niveaux de certification des deuxième et troisième procédures de certification (ci-dessus).

** Données de la certification V2010 au 1^{er} aout 2011

Répartition par niveau de certification des établissements certifiés selon la procédure V2010

Niveaux de certification	2010	2011	2012
Certification	79	105	225
Certification avec recommandation	154	242	473
Certification avec réserves	147	245	464
Sursis à la décision de certification	41	57	130
Non certification	1	3	4
TOTAL	422	652	1296

Source : HAS

Les critères de certification deviennent de plus en plus exigeants entre les différentes versions des procédures de certification. Après une phase de montée en charge de la procédure V2010 durant les années 2010 et 2011, 225 établissements ont obtenu une certification simple à fin 2012, soit 17% des établissements ayant reçu une visite initiale depuis la mise en place de la procédure.

Construction de l'indicateur : l'indicateur suit annuellement la proportion cumulée des établissements certifiés avec ou sans recommandation de niveau 1 pour la procédure V2 et ayant obtenu une certification simple pour la procédure V2010 au regard du nombre total d'établissements engagés dans une procédure de certification. Cet indicateur est calculé de façon distincte pour les établissements qui ont suivi la version 2 et la version 3 (V2010) de la procédure de certification.

Précisions méthodologiques : tous les établissements de santé publics et privés sont soumis obligatoirement à la procédure de certification. Dans la grande majorité des cas, une visite correspond à une entité juridique, donc à un établissement. Dans quelques cas (AP-HP, Hospices civils de Lyon, ...), les établissements peuvent préférer, compte tenu de leur taille et de la diversité de leurs activités, entrer dans la procédure par site géographique ou par groupements. De même, quand des fusions entre établissements sont envisagées à court terme entre deux établissements, ils peuvent faire le choix d'entrer ensemble dans la procédure et de bénéficier d'une visite commune. Dans ces deux cas, il n'y a aucun double compte.

Indicateur n°3-5 : Taux de réalisation des médecins rémunérés selon les objectifs de santé publique

Finalité : mise en place depuis le 1^{er} janvier 2012, la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui figure au rang des axes majeurs de la convention Médecins - Assurance Maladie signée en juillet 2011 pour 5 ans, concerne aujourd'hui tous les médecins libéraux. La ROSP s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des thèmes sur lesquels l'ensemble des médecins s'est mobilisé avec l'assurance maladie.

Ce dispositif vise à améliorer la prévention de certaines pathologies, le suivi des maladies chroniques (en particulier le diabète), à optimiser les prescriptions de médicaments et à encourager l'informatisation des cabinets, en vue d'une meilleure qualité de la prise en charge des patients. En particulier, il incite à la prescription dans le répertoire des génériques de médicaments parmi les classes les plus prescrites, tels les antibiotiques et les antihypertenseurs. L'assurance maladie verse une prime conditionnée à l'atteinte de ces objectifs.

Précisions sur le dispositif du ROSP : ce dispositif s'adresse à l'ensemble des médecins. Dans un premier temps, les indicateurs portant sur la pratique médicale sont réservés au médecin traitant ainsi que le volet annuel de synthèse du dossier médical dans les indicateurs d'organisation du cabinet. Ces indicateurs ont vocation à être étendus à d'autres spécialités médicales.

Les objectifs d'organisation du cabinet concernent d'ores et déjà l'ensemble des médecins.

La convention fixe un objectif cible pour chaque indicateur.

Les indicateurs et les objectifs sont déterminés en cohérence avec les objectifs de la loi de santé publique de 2004 et tiennent compte des avis, référentiels et recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) ainsi que des recommandations internationales.

La nouvelle convention fixe pour les médecins traitants une rémunération sur objectifs de santé publique, qui repose sur le suivi de 29 indicateurs couvrant deux grandes dimensions de la pratique médicale :

1. l'organisation du cabinet : 5 indicateurs, dont le volet annuel de synthèse du dossier médical réservé au médecin traitant,
2. la qualité de la pratique médicale :
 - 9 indicateurs de suivi des pathologies chroniques,
 - 8 indicateurs de prévention,
 - 7 indicateurs d'efficience.

Pour tous les indicateurs aujourd'hui réservés au médecin traitant, la rémunération est modulée selon le volume de la patientèle et tient compte de la progression et de l'atteinte des objectifs.

Chaque indicateur est indépendant. Les médecins perçoivent une rémunération correspondant à leur progression vers l'objectif cible. Il n'est pas nécessaire d'atteindre 100% de l'objectif pour percevoir une rémunération.

La rémunération de l'ensemble des indicateurs du socle « organisation du cabinet et qualité de service » est déclenchée selon deux conditions :

1. disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale,
2. atteindre un taux de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins.

Résultats : 80% des médecins omnipraticiens sont éligibles à une rémunération sur ce volet (73% pour l'ensemble des médecins).

Chez ces médecins validant les pré-requis :

73% des omnipraticiens (62% tous médecins) ont mis à disposition un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle.

La mise en place de la ROSP a permis de favoriser le fort développement des logiciels d'aide à la prescription médicalisée. 64% des omnipraticiens (48% tous médecins) ont mis à disposition un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié. Alors qu'il n'y avait que 2 logiciels certifiés par la HAS début 2012, leur nombre est passé à 26 en fin d'année.

67% des omnipraticiens (48% tous médecins) ont mis à disposition un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices.

87% des omnipraticiens (75% tous médecins) ont quant à eux affiché leurs horaires de consultations et leurs modalités d'organisation dans leur cabinet afin de favoriser l'accès à leur patientèle. Parmi eux, plus de 30 000 (dont 22 500 généralistes) ont déjà renseigné ces horaires sur ameli-direct alors qu'il s'agit d'un indicateur de l'année 2013.

Enfin, 72% des omnipraticiens ont élaboré, à partir du dossier médical informatisé, et mis à disposition, une synthèse annuelle.

Moyenne pondérée (par la patientèle ou le nb de boîtes) pour les médecins éligibles, actifs et conventionnés

Suivi des pathologies chroniques	Indicateurs	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Objectifs intermédiaires	Objectifs cibles
HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	45,9%	48,7%	54 %	>= 65 %
Suivi ophtalmologique	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	61,3%	61,5%	68 %	>= 80 %
Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine	58,3%	59,9%	65 %	>= 75 %
Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine faible dose	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant	51,6%	53,5%	52 %	>= 65%

Sur ce volet, les médecins traitants ont réalisé des progrès significatifs, avec la quasi-totalité des indicateurs en hausse sur cet axe, ce qui laisse espérer l'atteinte des objectifs cibles dans des délais raisonnables.

Prévention	Indicateurs	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Objectifs intermédiaires	Objectifs cibles
grippe 65 ans et +	Part des patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	57,8%	56,4%	62 %	>= 75 %
grippe 16-64 ans hors ALD	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne et vaccinés contre la grippe saisonnière	35,4%	35,0%	62 %	>= 75 %
cancer du sein	Part des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	64,9%	64,8%	70 %	>= 80 %
cancer du col de l'utérus	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	58,7%	57,5%	65 %	>= 80 %
Vasodilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année	10,6%	7,1%	7 %	<= 5%
benzodiazépines à demi-vie longue	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	13,7%	12,1%	11 %	<= 5%
durée de traitement par benzodiazépines	Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	15,0%	15,9%	13 %	<= 12%
antibiothérapie	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	45,7	44,3	40	<= 37

(*) Rappel : indicateurs à objectifs décroissants

Sur ce volet, les évolutions sont contrastées. Les améliorations les plus importantes concernent la prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse, qui ont un coût humain et économique élevé, responsables de nombreuses hospitalisations chaque année.

Ces risques de iatrogénie médicamenteuse ont diminué sur la période, tout particulièrement du côté des vasodilatateurs dont le taux de prescription a baissé de 3,5 points en un an (sous l'effet conjugué d'une diminution de leur prescription et du déremboursement de la majorité des vasodilatateurs en raison d'un SMR jugé insuffisant). On compte aujourd'hui 7% seulement de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs, soit la quasi-atteinte de l'objectif cible fixé à 5%.

Le nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD a quant à lui baissé de 3% sur l'année 2012 (pour atteindre un ratio de 44 prescriptions pour 100 patients). Il s'agit d'un chiffre significatif et très encourageant, notamment pour la lutte contre la résistance aux antibiotiques sur laquelle l'Assurance Maladie est fortement engagée depuis plusieurs années par le biais de plusieurs campagnes de communication et la mise à disposition des médecins de Tests de Diagnostic Rapide. L'effort doit donc se poursuivre en direction de l'objectif cible de moins de 37 prescriptions pour 100 patients.

La baisse est par ailleurs très significative, de l'ordre de 11%, pour les benzodiazépines à demi-vie longue qui sont désormais administrées à 12% des patients de plus de 65 ans contre 14% en décembre 2011. Même si l'objectif cible (5%) reste encore éloigné et suppose que les progrès se poursuivent à un rythme au moins aussi soutenu qu'actuellement, on peut se réjouir de ce que les demi-vies courtes sont ainsi désormais préférées aux demi-vies longues lorsqu'un traitement par benzodiazépines est envisagé.

En revanche, la part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines a évolué négativement au cours de la première année de

ROSP. Elle est désormais de 16%, ce qui représente une hausse de 0,9 points sur l'année, contraire aux recommandations de la Haute autorité de santé selon lesquelles la durée de prescription doit être limitée à 4 à 12 semaines au regard de l'indication. Une inversion de tendance permettrait de se rapprocher de l'objectif cible, de 12%. L'usage prolongé des benzodiazépines quelle que soit leur demi-vie, est associé à des somnolences, des troubles de la mémoire, des confusions, des chutes, surtout chez les personnes âgées. Lorsqu'un traitement est nécessaire, leur utilisation doit être la plus courte possible.

Par ailleurs, plusieurs indicateurs relevant du champ de la prévention se stabilisent ou évoluent à la baisse.

C'est notamment le cas pour le dépistage du cancer du sein - la part de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années est restée stable au cours de cette première année de ROSP - et du dépistage du cancer du col de l'utérus - le recours des patientes de 25 à 65 ans au frottis cervico-vaginaux au cours des trois dernières années a diminué de 1,2 points.

La dégradation des résultats obtenus sur ces deux indicateurs peut s'analyser au regard du contexte actuel de questionnement vis-à-vis de certains actes de prévention.

Les indicateurs relatifs à la vaccination antigrippale évoluent, pour leur part aussi, légèrement à la baisse. La part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière baisse de 1,4 points au cours de l'année 2012, alors que celle des patients adultes de 16 à 64 ans en ALD diminue de 0,5 points. La vaccination est la mesure préventive de référence contre la grippe. Les efforts devront porter sur l'ensemble des personnes à risque de complication et tout particulièrement sur la part des patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés contre la grippe, qui doit passer de 35% aujourd'hui à 75% demain.

Optimisation des prescriptions	Indicateurs	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Objectifs intermédiaires	Objectifs cibles
antibiotiques	Part de prescriptions d'antibiotiques réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	78,6%	80,9%	85%	>= 90%
IPP	Part de prescriptions d'IPP réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	71,3%	83,1%	68%	>= 85%
statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	38,2%	53,8%	46%	>= 70%
antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	64,1%	72,6%	64%	>= 65%
antidépresseurs	Part de prescriptions d'antidépresseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	66,0%	66,5%	75%	>= 80%
IEC-sartans	Part des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boîtes)	39,4%	39,6%	45%	>= 65%
AAP	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires	82,0%	83,3%	84%	>= 85%

Les résultats obtenus dans ce domaine par les médecins concernés sont plutôt satisfaisants. Le respect des recommandations de la Haute autorité de santé a ainsi progressé.

La prescription d'aspirine à faible dosage parmi les patients traités par anti-agrégants plaquettaires a augmenté de 1,3 points, atteignant un taux de 83,3%, qui approche l'objectif cible de 85%.

A l'inverse, le recours aux IEC plutôt qu'aux sartans demeure à un taux presque inchangé de 39,6%.

On note par ailleurs que, de manière globale, les médecins concernés ont augmenté ou stabilisé leurs prescriptions dans le répertoire des médicaments génériques. Ce phénomène est en partie lié aux entrées dans le répertoire d'IPP, de statines et d'anti-hypertenseurs en 2012, mais ne se résume pas à ces facteurs.

L'ensemble des médecins rémunérés au titre de cette première année de rémunération sur objectifs de santé publique (75 444 médecins) perçoivent en moyenne chacun une somme annuelle de 3 746 euros, calculée en fonction de leur taux de réalisation. Parmi eux, les médecins généralistes (hors MEP, soit 50 584 médecins) sont rémunérés à hauteur de 4 982 euros en moyenne.

Pour les 46 358 médecins généralistes hors MEP disposant de plus de 200 patients les ayant choisis comme médecin traitant, le montant moyen de la rémunération est de 5 365 euros.

Construction des indicateurs : Ces indicateurs sont calculés à partir des résultats des médecins traitants. Les résultats sont remontés via le système national d'information inter-régime (SNIIRAM) géré par la CNAMTS. Seuls les résultats des indicateurs cliniques calculés à partir du SNIRAM sont présentés ici. Les indicateurs déclaratifs relatifs à la pratique clinique renseignés par le médecin ne sont, quant à eux, pas présentés. Les indicateurs du champ « prévention et suivi des pathologies chroniques » sont calculés à partir de la patientèle ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (patients MT). La définition des indicateurs est indiquée ci-dessous.

Dosage hémoglobine glyquée HbA1c : Nombre de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages d'HbA1c dans l'année, rapporté au nombre de patients diabétiques

Suivi ophtalmologique : Nombre de patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil au cours des 2 dernières années, rapporté au nombre de patients diabétiques

Diabétiques sous HTA et statines : Nombre de patients diabétiques (hommes âgés de plus de 50 ans et femmes âgées de plus de 60 ans) traités par anti-hypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine, rapporté au nombre de patients diabétiques (hommes âgés de plus de 50 ans et femmes âgées de plus de 60 ans) traités par anti-hypertenseurs

Diabétiques sous HTA, statines et aspirine faible dose (AFD) : Nombre de patients diabétiques (hommes âgés de plus de 50 ans et femmes âgées de plus de 60 ans) traités par anti-hypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté au nombre de patients diabétiques (hommes âgés de plus de 50 ans et femmes âgées de plus de 60 ans) traités par anti-hypertenseurs et statines

Grippe 65 ans et plus : Nombre de patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière, rapporté Nombre de patients 65 ans et plus

Grippe 16-64 ans hors ALD : Nombre de patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne et vaccinés contre la grippe saisonnière, rapporté au nombre de patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne

Cancer du sein : Nombre de patientes âgées de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des 2 dernières années rapporté au nombre de patientes âgées de 50 à 74 ans

Cancer du col de l'utérus : Nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années rapporté au nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans

Vasodilatateurs : Nombre de patients âgés de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs, rapporté au nombre de patients âgés de plus de 65 ans

Benzodiazépines à 1/2 vie longue : Nombre de patients âgés de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue, rapporté au nombre de patients âgés de plus de 65 ans

Durée de traitement par benzodiazépines : Nombre de patients ayant débuté un traitement par benzodiazépine et dont la durée est supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients ayant débuté un traitement par benzodiazépine

Antibiothérapie : Nombre de prescriptions d'antibiotiques pour les patients de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année, rapporté au nombre de patients de 16 à 65 ans sans ALD

Antibiotiques : Nombre de boîtes d'antibiotiques prescrites dans le répertoire de générique, rapporté au nombre total de boîtes d'antibiotiques prescrites

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP, antiulcéreux) : Nombre de boîtes d'IPP prescrites dans le répertoire de générique, rapporté au nombre total de boîtes d'IPP prescrites

Statines : Nombre de boîtes de statines prescrites dans le répertoire de générique, rapporté au nombre total de boîtes de statines prescrites

Antihypertenseurs : Nombre de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire de générique, rapporté au nombre total de boîtes d'antihypertenseurs prescrites

Antidépresseurs : Nombre de boîtes d'antidépresseurs prescrites dans le répertoire de générique, rapporté au nombre total de boîtes d'antidépresseurs prescrites

IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion) vs sartans : Nombre de boîtes d'IEC prescrites, rapporté au nombre de boîtes d'IEC+Sartans prescrites

Aspirine à faible dose (AFD) : Nombre de patients sous AAP traités par aspirine faible dosage, rapporté au nombre de patients sous AAP

Indicateur n°4-1 : Taux de croissance des dépenses de médicaments au cours des cinq dernières années

Finalité : les dépenses de médicaments remboursées en ville représentent plus de 13% des dépenses totales de l'assurance maladie entrant dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et un peu plus de 29% des dépenses de soins de ville. Après avoir connu une évolution dynamique, les dépenses de médicaments ont considérablement ralenti ces dernières années. En effet, les politiques menées en matière de baisses de prix et de développement des génériques ainsi que la maîtrise médicalisée ont conduit à modérer les dépenses de ce poste.

Résultats : les taux de croissance des dépenses de médicaments en ville sont retracés dans le tableau ci-dessous :

	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Effet prix	-1,9%	-2,2%	-2,2%	-2,2%	-3,5%	
Effet génériques	-1,1%	-0,9%	-1,4%	-0,7%	-1,8%	
Effet boîtes	-3,3%	2,2%	-0,1%	-0,6%	-1,3%	
Effet structure	9,0%	3,0%	6,2%	3,5%	5,3%	
Taux de croissance global	2,8%	2,0%	2,5%	0,0%	-1,1%	Ralentissement
<i>Part des prescriptions hospitalières</i>	<i>19,8%</i>	<i>20,6%</i>	<i>22,2%</i>	<i>23,4%</i>	<i>25,2%</i>	

Source : données CNAMTS : dépenses remboursées par l'Assurance maladie, en date de remboursement, données brutes, régime général, France métropolitaine y.c sections locales mutualistes

L'année 2012 est caractérisée par un infléchissement de la dépense du régime général (-1,1%), hors permanence pharmaceutique, participation forfaitaire et rétrocession, confirmant ainsi la tendance déjà observée en 2011 (+0%) par rapport aux années précédentes.

Si les effets prix, génériques et boîtes demeurent négatifs depuis 2010, ces trois effets ont atteint des niveaux record en 2012. Le niveau des baisses de prix en 2012 été plus important que les années précédentes ; il s'élève à -3,5% en 2012. Grâce à la généralisation de la mesure « Tiers payant contre génériques » (conditionné à l'acceptation par l'assuré de la délivrance de génériques) à compter de mai 2012, couplée à d'importantes tombées de brevets, le développement des génériques a contribué pour 1,8 point à la diminution de la dépense du régime général. Le nombre de boîtes, mesuré sur le régime général, en France métropolitaine mais hors les sections locales mutualistes a diminué de -1,3% en 2012.

L'effet de structure, résultant d'une part de la déformation de la consommation de médicaments vers des produits innovants et donc coûteux et d'autre part de l'augmentation de la prise en charge par l'assurance maladie au titre notamment des affections de longue durée, demeure important en 2012 (+5,3%).

En outre, il convient de noter que la part des prescriptions hospitalières exécutées en ville est en constante augmentation depuis 5 ans (elles représentent plus du quart de la dépense en 2012). Structurellement, les prescriptions hospitalières de pharmacie connaissent des croissances plus dynamiques que celles de la ville (taux de croissance annuel moyen de 9,7% sur la période) car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (cancer, sclérose en plaques, polyarthrite...) dont les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes. Par ailleurs, les baisses de prix et l'effet génériques particulièrement élevés ces dernières années pour les médicaments remboursés en ville entraînent mécaniquement que la part des remboursements consacrée aux prescriptions hospitalières augmente.

En 2011, la France est restée à la 6^e place dans le classement des pays de l'OCDE en termes de dépense de produits pharmaceutiques par habitant. D'un montant légèrement supérieur à 2010, le niveau des dépenses de médicament en France en 2011 (641 \$ en parité de pouvoir d'achat) la place

toujours loin des Etats-Unis (995 \$) et du Canada (751 \$). Au niveau européen, la France est 3^e derrière la Grèce (673 \$) et l'Irlande (648 \$). Contrairement à 2010, la dépense française est redevenue plus élevée qu'en Allemagne (633 \$). Elle reste en outre supérieure à celle de la Belgique (631 \$) et de l'Espagne (536 \$).

Enfin, il convient de noter que la dépense pharmaceutique moyenne des pays de l'OCDE a très légèrement diminué (495 \$ en contre 498 \$ en 2010 et 496 \$ en 2009), et l'écart de la France à la dépense moyenne dans les pays de l'OCDE s'est de fait légèrement creusé entre 2010 et 2011 (29,5% contre 27% en 2010).

Construction de l'indicateur : le taux de croissance global des dépenses de médicaments entre deux années N-1 et N se décompose en 4 effets et se calcule de la manière suivante :

$$(1 + \text{taux de croissance global}) = (1 + \text{effet prix}) * (1 + \text{effet génériques}) * (1 + \text{effet boîtes}) * (1 + \text{effet structure}) - 1$$

L'effet prix correspond à l'évolution des prix unitaires entre N-1 et N des spécialités vendues en N.

L'effet génériques correspond à la diminution de la dépense d'une année sur l'autre liée à la substitution d'un princeps par son générique (moins cher).

L'effet boîtes est défini comme le rapport entre le nombre de boîtes vendues en N et le nombre de boîtes vendues en N-1.

Enfin, l'effet de structure rend compte de l'évolution des parts de marché entre N-1 et N : lorsqu'il est positif (respectivement négatif), cet effet correspond d'une part à la déformation des ventes vers les présentations onéreuses (respectivement les moins coûteuses), et d'autre part à la déformation de la consommation vers des médicaments mieux remboursés du fait notamment de l'augmentation de la prise en charge à 100% pour les affections longue durée.

Les effets boîtes et structure sont les deux composantes de l'effet volume.

Précisions méthodologiques : les calculs relatifs à cet indicateur sont effectués par la DSS à partir des éléments fournis par la CNAMTS. Les données proviennent des statistiques mensuelles du régime général en date de remboursement, France métropolitaine y compris les sections locales mutualistes - SLM (à l'exception du nombre de boîtes qui ne les inclut pas). Les évolutions sont celles du régime général, qui représentait sur le poste « médicament » 85% de la dépense en ville en 2012, et donne une approximation du dynamisme des dépenses totales de l'assurance maladie sur le poste médicaments. Les résultats obtenus sont bruts des effets calendaires.

La dépense remboursée de médicaments issue de prescriptions hospitalières est calculée en rapportant les dépenses de pharmacie prescrites par les établissements publics et les hôpitaux privés sans but lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) et délivrées en ville aux dépenses remboursées de pharmacie totales délivrée en ville. Ces données sont extraites du SNIIR-AM (DCIR, « profils des établissements PHMEV »).

Il convient de noter que les données considérées ici diffèrent des années précédentes où la dépense - remboursable - était approchée par le chiffre d'affaire hors taxes en ville sur la base des données du GERS de ventes aux officines. Elles ne tenaient donc notamment pas compte du ticket modérateur.

Les chiffres se rapportent au régime général y.c. SLM pour la France métropolitaine, tous risques, en dépense remboursée de pharmacie hors franchises.

Indicateur n°4-2 : Indicateur de suivi de la consommation de médicaments**Sous-indicateur n°4-2-1 : Taux de pénétration des génériques**

Finalité : combinée à un recours accru au répertoire, l'utilisation de génériques constitue un gisement d'économies important pour l'assurance maladie. La France a longtemps affiché, en matière de génériques, un retard prononcé qu'une politique volontariste, amorcée en 1999, a permis de réduire. Les génériques représentent désormais une boîte vendue sur quatre contre une boîte sur vingt en 2000.

Précisions sur le dispositif : après le droit de substitution accordé aux pharmaciens en 1999, l'accord relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, signé le 6 janvier 2006 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officines, a constitué un puissant catalyseur du développement des génériques. La nouvelle convention pharmaceutique conclue le 4 avril 2012 et rentrée en vigueur le 7 mai 2012 a notamment mis en place une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour les pharmaciens. Le champ « Efficacité de la pratique » de la ROSP porte sur le taux de substitution générique, dans le but de favoriser et de valoriser l'effort des pharmaciens dans ce domaine. Conjointement a été décidée avec les parties signataires la généralisation et le renforcement du dispositif dit « tiers payant contre génériques » subordonnant le bénéfice de la dispense d'avance des frais à l'acceptation des médicaments génériques par les assurés sociaux.

En lien avec la mise en place de ces deux leviers, le taux de pénétration des génériques a ainsi augmenté de plus de 12 points depuis avril 2012, atteignant le taux historique de 83,4% au 31 décembre 2012 sur la base du répertoire de référence au 30 juin 2011 hors tarif forfaitaire de responsabilité (TFR).

Actualisation des dispositifs pour 2013 : le 21 mai 2012, ont été signés par les syndicats des pharmaciens et l'UNCAM :

- l'avenant n°2 à la convention nationale du 4 avril 2012 qui actualise les paramètres du dispositif pour l'année 2013 ;
- l'avenant n°7 à l'accord relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, fixant quant à lui les objectifs annuels pour décembre 2013 dans la continuité de ceux des années précédentes et avec un objectif national fixé à 85% de taux de génériques au 31 décembre 2013.

Résultats : les taux de pénétration des génériques en nombre de boîtes sont retracés dans le tableau ci-dessous :

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Répertoire en vigueur à fin...	juin 2007	juin 2008	juin 2009	juin 2009	juin 2010	juin 2011
Date d'observation de l'objectif	au 31 déc.	au 31 déc.	au 31 déc.	au 31 déc.	au 31 déc.	au 31 déc.
Objectif de substitution conventionnel	80,0%*	82,9%	82,0%	80,0%	80,0%	85,0%
Part des génériques dans le répertoire	81,7%	82,0%	77,2%	78,9%	76,3%	83,4%
Part du répertoire dans le marché global	22,4%	22,0%	22,6%	23,9%	23,9%	26,5%
Part des génériques dans le marché global	17,1%	18,0%	17,8%	18,7%	18,2%	20,1%

Source : CNAMTS. Champ : régime général, France métropolitaine, hors sections locales mutualistes.

* objectif initialement fixé à 75% et révisé en cours d'année à 80%.

Lecture : En décembre 2012, les ventes de génériques ont représenté 83,4% du nombre de boîtes vendues dans les groupes non soumis à TFR du répertoire en vigueur au 30 juin 2011. En moyenne sur l'année 2012, la part du répertoire (hors TFR) en vigueur au 30 juin 2011 dans le marché total s'est établie à 26,5% tandis que les génériques inscrits à ce répertoire ont représenté 20,1% du nombre de boîtes remboursées.

Après un ralentissement en 2011, le taux de génériques a très fortement augmenté en 2012. Ainsi, au 31 décembre 2012, les génériques ont représenté 83,4% des boîtes remboursées par le régime

général dans les groupes non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) du répertoire en vigueur au 30 juin 2011, conformément aux engagements de la convention.

Dans le marché total, la part des génériques non soumis à TFR a presque doublé entre 2005 et 2010, passant de 10,2% à 18,7%, sous le double effet de la pénétration des génériques au sein du répertoire et de la diffusion du répertoire dans le marché. En 2012, la proportion des génériques non soumis à TFR est de 20,1% soit une hausse de près de 2 points par rapport à 2011. Cette augmentation s'explique par l'extension du répertoire (intégration de principes actifs représentant des volumes importants, comme la levothyroxine et l'esoméprazole) et par l'augmentation du taux de génériques au sein de ce répertoire.

Construction de l'indicateur : le taux de pénétration des génériques présenté dans cet indicateur est la part des génériques dans le répertoire. Il est calculé rapportant les ventes de médicaments génériques en volume (nombre de boîtes) aux ventes du répertoire.

Le répertoire liste, pour chaque médicament de référence (ou princeps), les spécialités génériques qui lui sont associées. Il est tenu par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Le répertoire évolue en fonction de l'arrivée à échéance des brevets ; c'est pourquoi il est important de dater le répertoire auquel il est fait référence. L'indicateur permet donc de rendre compte de la place des génériques dans leur marché potentiel puisque les génériques n'ont lieu d'être que si le brevet de la molécule a expiré.

Il est également courant d'apprécier le taux de pénétration des génériques dans le marché global, en rapportant les ventes de médicaments génériques aux ventes totales du marché, pour estimer l'importance des génériques dans le marché total (*cf.* dernière ligne du tableau).

Précisions méthodologiques : les calculs relatifs à ces indicateurs sont réalisés par la CNAMTS sur des données du régime général, de France métropolitaine, hors sections locales mutualistes.

Les groupes sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ne sont pas considérés dans les calculs tout comme ceux dans lesquels l'offre générique est nulle ou a été jugée insuffisante. Ces conventions correspondent à celles retenues dans les accords conclus entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officines. Pour information, si l'on inclut les groupes génériques soumis au TFR, la part des médicaments génériques dans le marché est de 26,0% et la part du répertoire dans le marché à 34,9% en 2012.

Sous-indicateur n°4-2-2 : Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance

Finalité : la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, c'est-à-dire des effets indésirables liés à la prise de médicaments ou des interactions dangereuses entre médicaments, constitue un des enjeux majeurs de santé publique. Selon la dernière enquête réalisée en 2007 par les centres de pharmacovigilance pour l'AFSSAPS, on estime que 144 000 hospitalisations seraient liées aux effets indésirables des médicaments et que près de 50% de ces hospitalisations pourraient être évitées (source : Etude EMIR – Effets indésirables des médicaments : incidence et risque, AFSSAPS). Le coût des journées d'hospitalisation en lien avec ce phénomène avait été estimé à environ 320 millions d'euros en 2001.

Résultats : le nombre moyen et la répartition des produits prescrits par ordonnance (toutes prescriptions confondues) pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Nombre moyen et répartition des produits prescrits par ordonnance

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Nombre moyen de produits prescrits	2,86	2,82	2,82	2,87	2,68	2,18	Réduction de la prescription
Part des ordonnances sans produit	10%					25%	
Part des ordonnances avec plus de 4 produits	25%			10%			
Part des ordonnances avec plus de 6 produits	10%			5%			

Source : Base de données IMS - EPPM. Note : les données sont des cumuls mobiles annuels de mars à février.

En premier lieu, il convient de noter que le « nombre d'ordonnances » représente la totalité des prescriptions, à la fois les prescriptions de médicaments, mais aussi celles de dispositifs médicaux et d'analyse de biologies par exemple. En outre, le panel d'IMS Health a beaucoup évolué entre 2012 et 2013 (cf. « *précisions méthodologiques* »), contribuant ainsi fortement à la rupture de tendance observée sur le début d'année 2013. Néanmoins, l'analyse du nombre de médicaments prescrits par ordonnance en 2013 marque un infléchissement amorcé en 2012, atteignant 2,18 médicaments par ordonnance. Il ne cessait de diminuer depuis 2007 puis avait légèrement augmenté en 2011.

La répartition des ordonnances selon le nombre de produits prescrits continue également son inflexion. L'enquête révèle que, désormais, 25% des ordonnances ne donnent pas lieu à prescription de médicaments, contre 10% sur les cinq dernières années. En revanche concernant les ordonnances avec médicaments, 2013 s'inscrit dans le droit fil de 2012 : alors qu'en 2011, 25% des ordonnances contenaient plus de 4 produits, depuis 2012 cette proportion est passée à seulement 10%. De même, les ordonnances contenant plus de 6 produits ne représentent plus que 5% du total, contre 10% avant 2012. Ces éléments, à interpréter avec prudence, peuvent être révélateurs de l'amorce d'une modification des pratiques, atténuant le rapport systématique « consultation-prescription » qui était jusqu'alors très marqué en France par rapport aux autres pays européens selon une étude de la CNAMTS publiée en 2005. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) estimait par ailleurs dans son rapport de juillet 2007 que ces comportements de prescription ne conduisent pas au meilleur compromis entre coût et qualité des soins, et qu'ils pourraient entraîner des nuisances pour la santé des patients.

Construction de l'indicateur : l'indicateur se définit comme le rapport entre le nombre annuel de produits (ou molécules) prescrits et le nombre annuel d'ordonnances établies par des médecins généralistes ou spécialistes (quelle que soit leur spécialité) lors de consultations ou de visites, qu'elles donnent lieu à prescription de médicaments, de dispositifs médicaux, d'analyses médicales ou autres...

Précisions méthodologiques : les données proviennent d'IMS Health. Le nombre de produits correspond au nombre de noms de marque ou de molécules en dénomination commune internationale (DCI) figurant sur l'ordonnance. Il n'est pas exclu que deux produits différents (de

marque différente) avec la même molécule soient prescrits dans une même ordonnance, mais en pratique ce cas doit être suffisamment rare pour pouvoir le considérer comme négligeable et retenir le nombre moyen de produits prescrits comme une bonne approximation du nombre moyen de molécules prescrites par ordonnance.

Pour plus de détails sur les données, se reporter à l'enquête « Etude permanente de la prescription médicale en ville -EPPM » d'IMS Health qui permet un suivi des prescriptions de médicaments en ville. Depuis début 2012, la méthodologie de l'échantillon a été modifiée : aujourd'hui c'est un panel de 1 190 médecins qui se compose de 400 médecins généralistes et 790 médecins spécialistes relevant de 15 spécialités définies en fonction de leur poids dans la population française (neuropsychiatres, gynécologues...). L'enquête porte sur les médecins ayant une activité libérale d'au moins 50%. Elle se concentre sur les médecins âgés de plus de 30 ans, exerçant en France métropolitaine et en Corse. Le panel est renouvelé d'un tiers tous les trimestres.

Les données proviennent du recueil des ordonnances pendant une semaine par trimestre (en jours ouvrables) avec une durée de participation à l'enquête limitée à 3 ans. Les consultations sont effectuées au cabinet ou au domicile du patient et peuvent ne pas systématiquement donner lieu à prescription ou bien seulement à un renouvellement de prescription.

Auparavant, le panel portait sur 835 médecins de France métropolitaine, hors Corse (400 généralistes et 435 spécialistes), relevant de 12 spécialités (absence des neurologues, psychiatres et urologues), ces professionnels étaient âgés de 30 à 65 ans et exerçaient pour au moins 75% en activité libérale.

Indicateur n°4-3 : Nombre de doses définies journalières d'antibiotiques pour 1000 habitants par an (en ville)

Finalité : la forte consommation d'antibiotiques se traduit par une diminution de l'efficacité de ces médicaments, en raison du développement de résistances. C'est pourquoi la maîtrise de la consommation d'antibiotiques est une priorité de santé publique, tout autant qu'un enjeu de la régulation des dépenses de santé.

Résultats : l'évolution de la consommation d'antibiotiques en ville, est exprimée en doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 personnes et par jour :

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Allemagne	12,7	13,9	13	14,6	13,9	14,5	14,5	14,9	14,5			Diminution
Belgique	23,8	23,8	22,7	24,3	24,2	25,4	27,7	27,5	28,4			
Danemark	13,2	13,5	14,1	14,6	15,2	16,1	16	16	16,5			
Espagne	18	18,9	18,5	19,3	18,7	19,9	19,7	19,7	20,3			
France	32	28,9	27,1	28,9	27,9	28,6	28	29,6	28,2	28,7	29,4	
Grèce	32,8	33,6	33	34,7	41,1	43,2	45,2	38,6	39,4			
Italie	24,3	25,6	24,8	26,2	26,7	27,6	28,5	28,7	27,4			
Norvège	15,7	15,6	15,7	16,8	14,8	15,5	15,5	15,2	15,8			
Pays-Bas	9,8	9,8	9,7	10,5	10,8	11	11,2	11,4	11,2			
Royaume-Uni	14,8	15,1	15	15,4	15,3	16,5	16,9	17,3	18,6			
Suède	15,2	14,7	14,5	14,9	15,3	15,5	14,6	13,9	14,2			

Source : ECDC (Surveillance of antimicrobial consumption in Europe) et ANSM (pour les données françaises)

L'Europe peut être schématiquement divisée en trois blocs : les pays du Nord, faibles consommateurs d'antibiotiques, les pays de l'Est, consommateurs modérés et les pays du bassin méditerranéen, forts consommateurs. Sur un autre plan, même si la consommation française demeure importante, les écarts tendent plutôt à se réduire. Il sera également noté que, parmi les pays de l'Europe du Sud, la consommation de l'Espagne est supérieure à celle qui ressort des données du suivi européen des consommations. En effet, les statistiques de consommation espagnole sont établies à partir des remboursements de l'assurance maladie, alors que certains antibiotiques continuent à être vendus sans prescription médicale (bien que celle-ci soit obligatoire) et ne sont pas remboursés. Leur consommation n'est donc pas prise en compte.

En France, l'exposition aux antibiotiques en médecine de ville a diminué. La consommation est passée, entre 2002 et 2012 de 32,0 à 29,4. DDJ pour 1000 personnes et par jour. Néanmoins que ce mouvement a été beaucoup plus accentué en début de période. Depuis 2005, les évolutions s'inscrivent dans une légère tendance à la hausse, que confirment les résultats de 2012. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer que ces variations aient été de plus grande ampleur durant les premières années de la décennie. Tout d'abord, au niveau européen, le Conseil de l'Union européenne s'est préoccupé du problème de la résistance aux antibiotiques en adoptant une résolution (1999) puis une recommandation (2001). Ces documents invitaient les états membres à définir des stratégies pour enrayer le développement de la résistance aux antibiotiques et à renforcer la collecte d'informations sur leur prescription et sur leur utilisation. De surcroît, deux programmes européens, spécifiquement dédiés au suivi de la résistance aux antimicrobiens (EARSS) et au suivi des consommations (ESAC), ont été lancés et ont bénéficié d'un financement communautaire. Ces deux projets font désormais partie des programmes de surveillance pilotés par l'ECDC.

En France, un Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques a été mis en place dès novembre 2001. De nombreuses actions ont été ensuite engagées, notamment par l'assurance maladie dont les premières campagnes auprès du public ont significativement contribué à la baisse du niveau des consommations en ville. Les évolutions de ces dernières années conduisent néanmoins à se demander si cette dynamique ne s'est pas essouffée. Il convient cependant de ne pas sous-estimer les résultats obtenus, même s'ils sont encore insuffisants.

**Évolution de la consommation d'antibiotiques en France par classe d'antibiotiques en DDJ
pour 1000 personnes et par jour (en %)**

	2002	2004	2006	2008	2010	2012	structure 2002	structure 2012	Evolution 2002-2012
Tétracyclines	3,4	3,5	3,3	3,4	3,2	3,3	10,7%	11,2%	-2,9%
Bêtalactamines, Pénicillines	16,3	12,8	14,6	14,7	15,6	17,4	0,5%	59,2%	6,7%
<i>dont pénicillines à large spectre</i>	9,1	7	8	8,2	8,5	9,7	28,4%	33,0%	6,6%
<i>dont association de pénicillines</i>	6,4	5,2	6,1	6	6,6	7,3	20,0%	24,8%	14,1%
Autres bêtalactamines	3,7	3,1	2,8	2,5	2,7	2,4	11,6%	8,1%	-35,1%
<i>Céphalosporines de 1^e génération</i>	0,6	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	1,9%	0,2%	-83,3%
<i>Céphalosporines de 2^e génération</i>	1,4	1,3	1	0,8	0,8	0,7	4,4%	2,2%	-50,0%
<i>Céphalosporines de 3^e génération</i>	1,7	1,5	1,6	1,7	1,8	1,7	5,3%	5,7%	0,0%
Sulfamides et triméthoprim	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	1,5%	1,5%	-20,0%
Macrolides	5,2	4,3	3,9	4,1	3,8	3,7	16,2%	12,6%	-28,8%
Aminosides	0	0,1	0,1	0,1	0	0	0,0%	0,1%	
Quinolones	2,1	2,1	2,2	2,1	2	1,9	6,5%	6,4%	-9,5%
Associations et autres antibactériens	0,8	0,9	0,6	0,5	0,6	0,2	2,6%	0,8%	-75,0%
Total	32	27,1	27,9	28	28,2	29,4	100,0%	100,0%	-8,1%

Source : ANSM

En effet, malgré le nombre parfois très élevé des syndromes grippaux (comme en 2009), la consommation d'antibiotiques s'est néanmoins établie au cours de ces dernières années à un niveau nettement inférieur à celui du début des années 2000. Un troisième plan pluriannuel a été mis en place pour la période 2011-2016 et a notamment pour objectif de faire diminuer la consommation de 25%. La part des pénicillines (J01C), qui a régulièrement augmenté, représentait en 2012 plus de 59% de la consommation d'antibiotiques en ville. Au sein de cette classe, les pénicillines à large spectre (essentiellement l'amoxicilline) constituaient à elles seules près du tiers des consommations. Dans tous les pays européens, quel que soit leur niveau de consommation, les pénicillines constituent la classe d'antibiotiques la plus utilisée. Par ailleurs, même si la part des céphalosporines de troisième génération dans la consommation a progressé, l'usage global des céphalosporines a diminué, que ce soit en valeur absolue ou en valeur relative. Il est très probable qu'une partie des prescriptions se soit reportée sur les pénicillines. Une évolution analogue caractérise les macrolides, dont l'usage a également diminué, que l'on raisonne en nombre de DDJ/1000 habitants ou en part de consommation. En ce qui concerne la dépense engendrée par la consommation d'antibiotiques, il sera noté que la part des génériques est prépondérante. En 2012, les génériques représentaient près de 80% de la consommation totale exprimée en nombre de DDJ.

Précisions méthodologiques : Initiée par les pays scandinaves, puis reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé, la « Dose Définie Journalière », a pour objectif de favoriser les comparaisons internationales en éliminant les difficultés de mesure liées à l'hétérogénéité des tailles de conditionnement et aux différences de dosage d'un pays à l'autre. Le calcul des DDJ repose sur la détermination préalable d'une dose quotidienne de référence pour un adulte de soixante-dix kilos dans l'indication principale de chaque substance active. Cette dose moyenne - établie par des experts internationaux, sous l'égide du « Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology » de l'OMS installé à Oslo - ne reflète pas nécessairement la posologie recommandée par l'AMM ni la posologie effective : elle constitue avant tout un étalon de mesure. Chaque présentation d'un médicament peut ainsi être convertie en nombre de DDJ. Dès lors, si le nombre total de boîtes vendues au cours d'une année est connu, la consommation exprimée en nombre de DDJ peut être calculée pour chaque substance active. Il est possible de procéder ensuite aux regroupements jugés pertinents : les pénicillines à large spectre (J01CA), par exemple, puis l'ensemble des pénicillines (J01C), enfin tous les antibiotiques à usage systémique (J01). Pour tenir compte des différences de population d'un pays à l'autre, le nombre de DDJ est divisé par le nombre total d'habitants (enfants compris) et, par convention, les résultats sont présentés pour mille habitants et par jour. Les résultats présentés ici ont été calculés à partir des données de ventes adressées chaque année à l'ANSM par les exploitants de spécialités pharmaceutiques. Elles ont été rapportées à la population française (départements d'outre-mer inclus) en milieu d'année. Ce sont ces données annuelles, exprimées en nombre de DDJ, qui sont transmises à l'ECDC (dont les activités englobent désormais la surveillance de la consommation des antibiotiques en Europe, auparavant assurée par le réseau ESAC).

Indicateur n°4-4 : Indicateur de suivi de la mise en œuvre des contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations et régulation des dépenses des produits facturés en sus des GHS

Finalité : cet indicateur permet de disposer d'un retour d'information sur les mesures prises en matière de fixation des taux de remboursement et des motifs principaux des sanctions appliquées aux établissements par les directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre des contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations ainsi que sur le suivi de la mise en œuvre des dispositifs locaux de contrôle des établissements de santé sur les dépenses des produits facturés en sus des GHS.

Précisions sur le dispositif : depuis le 1^{er} janvier 2006 et conformément au décret du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la Sécurité sociale et modifié par le décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008, chaque établissement de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO) doit conclure, avec l'agence régionale de santé (ARS) et l'assurance maladie, un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, pour une durée de 3 à 5 ans.

Dans le cadre des contrats de bon usage, les établissements doivent souscrire à :

- des engagements généraux (sécurisation du circuit du médicament et des produits et prestations, développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseaux ...) ;
- des engagements spécifiques aux médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation (conformité aux référentiels de bon usage, gestion de ces produits par les pharmacies hospitalières ...).

En contrepartie du respect de ces engagements contractuels, évalué chaque fin d'année par l'ARS au vu notamment d'un rapport d'étape transmis par l'établissement, le directeur de l'ARS garantit à celui-ci le remboursement intégral l'année suivante de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les spécialités pharmaceutiques et les dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation. En revanche, en cas de non-respect par l'établissement de santé des engagements souscrits, l'ARS peut retenir pour l'année suivante un taux de remboursement des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation inférieur à 100% (un taux minimum de remboursement est fixé à 70%, s'appliquant aux établissements qui n'ont pas signé de contrat).

L'ARS s'appuie notamment sur l'expertise de l'Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT), constitué auprès d'elle pour apprécier le respect des engagements des établissements. L'OMEDIT regroupe notamment des représentants des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles des établissements de santé de la région ayant conclu un contrat de bon usage. Il assure un suivi et une analyse des pratiques de prescription observées au niveau régional. Il organise, sur la base de ces travaux, des échanges réguliers sur les pratiques relatives à l'usage des médicaments et des produits et prestations. Toutes les régions disposent d'un OMEDIT.

Seuls les établissements ayant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de dialyse sont signataires du contrat de bon usage. La signature de ce contrat n'est pas obligatoire, néanmoins, en cas de non signature le taux de remboursement des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations inscrits sur la « liste en sus », est fixé, après mise en demeure de l'établissement, à 70% de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

La maîtrise des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé - spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, constitue une priorité ministérielle. Un plan d'actions a été mis en œuvre à cet effet en 2009, comportant une forte dimension locale à travers la conduite d'actions de contrôle des contrats de bon usage et la régulation des dépenses. Les actions suivantes seront ainsi, déclinées au niveau local :

- contrôle du respect des engagements du contrat de bon usage / prescriptions dans le cadre des référentiels de bon usage ;

- mise en œuvre du dispositif de régulation de la liste en sus. Les ARS doivent réaliser un suivi préventif des établissements concernés de leur région. Dès lors qu'un établissement affiche une progression des dépenses afférentes aux listes en sus supérieure au taux de référence (10% en 2009, 8% en 2010, 3% en 2011, 2% pour les médicaments et 1,5% pour les DMI en 2012, 2% pour les médicaments et 2,5% pour les DMI en 2013), l'établissement fait l'objet d'un suivi particulier par l'ARS. Lorsque l'ARS, après concertation avec l'assurance maladie, considère que le dépassement du taux prévisionnel n'est pas justifié au regard des pratiques de prescription, elle conclut un plan d'action d'un an, assorti d'indicateurs d'évaluation des résultats.

Résultats : le nombre de contrats signés par catégorie d'établissements est indiqué dans le tableau suivant :

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Etablissement ex-DG (hors HAD et dialyse)	625	628	621	579	600	575	Augmentation
Etablissement ex-OQN (hors HAD et dialyse)	623	575	572	592	565	541	
Structure HAD	56	57	85	69	102	97	
Structure de dialyse	81	89	95	89	95	93	
Total	1385	1349	1373	1329	1362	1306	

Source : DGOS, Source : DGOS, Enquête menée auprès des OMEDIT.

En 2012, sur 26 ARS interrogées, 24 ont répondu à cette enquête. Sur ces 25 ARS concernées, 1306 établissements de santé ont signé un contrat de bon usage avec leur ARS. Parmi ces établissements, 1213 ont bénéficié d'un remboursement intégral de la prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7, soit 93% des établissements de santé ayant signé un CBU avec les ARS. La baisse du nombre de contrats entre 2011 et 2012 est liée à la fermeture, fusion ou restructuration d'établissements.

Les taux de remboursement arrêtés par les directeurs d'ARS sont variables d'une région à l'autre. En effet, chaque ARS a sa propre méthode de cotation (*scoring*) pour évaluer la réalisation des objectifs fixés dans le cadre des contrats de bon usage. Le taux a été réduit pour toutes les spécialités pharmaceutiques et tous les produits et prestations inscrits sur la liste visée à l'article L.162-22-7. En 2012, 15 ARS ont été amenées à appliquer une réduction du taux de remboursement des produits de la liste en sus.

Nombre d'établissements dont le taux de remboursement a été réduit :

Taux de remboursement	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
> 99%	29	25	34	16	32	32	0
90% - 98,90%	45	45	52	51	55	64	
70% - 86%	5	4	6	3	11	2	

Source : DGOS, Enquête menée auprès des OMEDIT

Au total, la réduction du taux de remboursement de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7, pour l'ensemble des établissements sanctionnés représente une perte financière de 2,9 M€ en 2012 contre 2,3 M€ en 2011 et 2,8 M€ en 2010.

Le suivi de la mise en œuvre des dispositifs locaux de contrôles des établissements de santé est présenté dans le tableau suivant :

	2009	2010	2011	2012	Objectif 2013
Etablissements ayant signé un CBU	1373	1329	1362	1306	Progression
Etablissements contrôlés par l'assurance maladie	60	38	136	142	
Etablissements faisant l'objet d'un ciblage		264	284	170	
Nombre de plans d'action envisagés	5	10	*	*	Diminution
Nombre de plans d'action signés	0	2	22	24	Diminution

*Données non disponibles à la date de réalisation de la fiche.

En 2012, le nombre d'établissements faisant l'objet d'un ciblage a diminué par rapport à 2011. Ainsi, 170 établissements de santé ont fait l'objet d'un suivi préventif par les ARS en raison d'une progression des dépenses relatives aux produits de la liste en sus supérieure au taux de référence en 2011, contre 284 en 2011. En cas de non-respect du plan d'actions par l'établissement, l'ARS peut retenir pour l'année suivante un taux de remboursement des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation inférieur à 100%.

Construction de l'indicateur : l'indicateur suit :

- le nombre d'établissements dont le taux de remboursement des produits (médicaments et dispositifs médicaux implantables) de la liste en sus est inférieur à 100%, selon divers clauses de pénalités ;
- le nombre d'établissements contrôlés par l'assurance maladie au titre du contrat de bon usage ;
- le nombre d'établissements faisant l'objet d'un suivi préventif par l'ARS ;
- le nombre de plan d'action signés.

Il est renseigné à partir d'enquêtes annuelles réalisées par la DGOS, auprès des ARS et des observatoires des médicaments et des dispositifs médicaux implantables (OMEDIT).

Indicateur n°4-5 : Suivi de l'évolution des dépenses des médicaments et des produits et prestations financés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS)

Finalité : Les dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé - spécialités pharmaceutiques, produits et prestations - financés en sus des prestations d'hospitalisation, (principalement des anti-cancéreux), représentent 4,1 milliards d'euros en 2012. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a instauré un dispositif de maîtrise médicalisée de ces dépenses, du fait de leur croissance soutenue, par l'amélioration de la qualité des soins, adapté au contexte sanitaire local et reposant sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Cette disposition vient renforcer les engagements existants relatifs à la maîtrise médicalisée souscrits dans les contrats de bon usage signés entre l'établissement de santé, l'agence régionale de santé et l'assurance maladie.

Précisions sur la tarification des produits de santé facturés en sus des GHS :

Les activités hospitalières de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) sont, depuis 2008, intégralement financées par la tarification à l'activité (T2A). Le volume et la nature de ces activités déterminent les ressources des établissements de santé. Les séjours hospitaliers sont classés, selon des critères d'homogénéité médico-économique, en groupes homogènes de malades (GHM). Les GHS sont les tarifs « tout compris » correspondant aux GHM. Les molécules et dispositifs médicaux implantables (DMI) innovants et particulièrement coûteux sont financés en sus des GHS, car leur coût élevé introduirait une hétérogénéité des coûts de certaines prises en charge dans la classification médico-économique des séjours, et risquerait de limiter l'accès des patients aux innovations médicales. La liste des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations financés en sus des GHS est actualisée régulièrement, certains médicaments et DM pouvant être intégrés dans les GHS tandis que de nouveaux produits ou prestations sont inscrits sur la liste. Cette liste est principalement composée de médicaments anticancéreux et de dispositifs médicaux implantables de cardiologie et d'orthopédie. La liste en sus est la même pour les établissements des secteurs public et privé.

En 2009, devant la nécessité d'infléchir l'évolution des dépenses des spécialités pharmaceutiques et prestations financées en sus des GHS, un plan d'action a été élaboré afin de promouvoir l'amélioration de la qualité des pratiques et la recherche de l'efficacité des soins fondées sur des référentiels médicaux. Dans ce cadre, l'État arrête, depuis 2009, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie des listes en sus. Depuis 2012, les objectifs sont définis pour les médicaments d'une part, et les dispositifs médicaux d'autre part.

L'objectif de cet indicateur est de suivre l'évolution des dépenses des produits facturés en sus des GHS, de vérifier le respect du taux prévisionnel d'évolution pour l'année fixé par arrêté, et de mesurer l'impact des actions locales visant à maîtriser les dépenses des produits de santé des listes en sus.

Les cibles sont fixées en fonction d'un tendancier prenant en compte l'évolution naturelle des dépenses de produits de santé de la liste en sus (nouveaux patients, nouveaux diagnostics... etc.), de l'arrivée sur le marché français de nouvelles AMM, ainsi que la réintégration de produits dans les tarifs de GHS.

Résultats : les évolutions des dépenses de la liste en sus figurent dans le tableau ci-dessous :

	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif 2013
Secteur public (ex-DG)	13,0%	9,0%	4,6%	-0,2%	+3,5 %	-
<i>dont médicaments</i>	16,9%	7,8%	5,1%	2,1%	+2,4 %	-
<i>dont DMI</i>	3,4%	12,3%	3,2%	-6,3%	+6,9%	
Secteur privé	8,2%	-1,3%	-0,5%	-4,4%	-2,3%	
<i>dont médicaments</i>	12,5%	-1,3%	-1,8%	-8,7%	-9,5%	
<i>dont DMI</i>	4,6%	-1,3%	0,7%	-0,8%	+3,4%	
TOTAL	11,1%	5,1%	2,8%	-1,6%	+1,6% Med : -0,3% DMi : +5,1%	
Objectif	-	10%	8%	3%	Méd : 2% DMi : 1,5 %	Méd : 2% DMi : 2.5%

Source : DGOS, ATIH. Champ : tous régimes, France entière

L'année 2009 a marqué une inflexion notable dans les dépenses de la liste en sus, liée en particulier à une baisse importante dans le secteur privé. Cette inflexion s'est poursuivie en 2010 et s'est étendue au secteur public. Les objectifs fixés ont été tenus grâce notamment à la mise en place d'un plan d'action visant à réguler la dépense (actions sur le périmètre, sur les tarifs de responsabilité et mise à la disposition des ARS de leviers pour réguler la dépense). Le fort ralentissement observé en 2010 et qui s'est poursuivi en 2011 avec une baisse des dépenses résulte principalement de la réintégration dans les tarifs de GHS de certaines molécules anticancéreuses (antineoplasiques) opérée lors des campagnes tarifaire de mars 2010 et de mars 2011. Ces radiations de la liste en sus ont été essentiellement motivées par des baisses de prix importantes consécutives à la « générique » de ces médicaments. La poursuite de cette politique de réintégration a eu moins d'effets sur la dépense en 2012, néanmoins les premières estimations pour 2012 restent cohérentes avec les objectifs fixés. En ce qui concerne les DMI, la diminution des dépenses en 2011 résulte notamment de la réintégration dans les tarifs des GHS des défibrillateurs cardiaques.

Construction de l'indicateur : L'indicateur retrace l'évolution constatée des dépenses d'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations financés en sus des groupes homogènes de soins (GHS). Les données sont issues du PMSI et traitées par l'ATIH.

Indicateur n°4-6 : Evolution du remboursement des indemnités journalières de la branche maladie

Finalité : avec un montant de près de 6,2 Md€ en 2012 pour le seul régime général, les dépenses d'indemnités journalières maladie (IJ) représentent plus de 10% de l'ensemble des dépenses de soins de ville constitutives de l'ONDAM. Ce poste a connu pendant trois années consécutives, jusqu'en 2006, une évolution négative, en grande partie liée à l'impact de la politique de contrôle des arrêts de travail mise en place par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Pour autant, les dépenses afférentes à ce poste sont fortement reparties à la hausse depuis 2007 avant de connaître un net infléchissement en 2010 qui se poursuit et s'accroît en 2011 et 2012. Dans un contexte de recherche d'une plus grande maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie, la limitation de la dynamique des IJ constitue donc un enjeu important.

Résultats : les montants en valeur et taux d'évolution des dépenses d'indemnité journalière (IJ) pour cause de maladie sont présentés ci-dessous :

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
IJ maladie, montants (en M€)	5 383	5 677	5 959	6 181	6 281	6 224	Sur l'ensemble de la période 2007-2012, croissance annuelle moyenne égale à celle de la masse salariale du secteur privée diminuée de 0,5%
dont IJ de courte durée	3 190	3 388	3 519	3 650	3 746	3 691	
dont IJ de longue durée	2 194	2 289	2 440	2 531	2 534	2 533	
IJ maladie, taux d'évolution	2,9%	5,4%	5,0%	3,7%	1,6%	-0,9%	
dont IJ de courte durée	4,9%	6,2%	3,9%	3,7%	2,6%	-1,4%	
dont IJ de longue durée	0,1%	4,3%	6,6%	3,7%	0,2%	-0,1%	
Masse salariale plafonnée du secteur privé	4,9%	3,8%	-0,3%	1,3%	3,3%	2,6%	

Source : CNAMTS, ACOSS ; calculs DSS. Champ : régime général, périmètre ONDAM

Après un net infléchissement entre la mi-2003 et le début de l'année 2006, les remboursements d'indemnités journalières pour cause de maladie sont repartis à la hausse vers la mi-2006. Leur croissance a ainsi été de 2,9% en 2007, contre -1,5% en moyenne annuelle les trois années précédentes. Cette reprise a sensiblement accéléré en 2008 (+5,4%). La dynamique de la dépense est demeurée soutenue en 2009 (+5,0%) alors que l'exercice 2010 est marqué par une évolution en repli (+3,7%) qui se poursuit et s'accroît en 2011 (+1,6%). En 2012, le retournement des années précédentes se confirme, les dépenses baissant même de -0,9%. Cette diminution est entièrement imputable aux indemnités journalières de moins de trois mois (-1,4%) tandis que les indemnités journalières de plus de trois mois restent stables (-0,1%).

La diminution du taux de croissance constatée en 2012 tient à la conjonction de plusieurs facteurs :

- La baisse du volume d'IJ a été importante en 2012 (-1,8% contre +0,6% en 2011). Cette évolution tient d'une part à la réduction de l'emploi de -0,2% en moyenne annuelle (source ACOSS), et d'autre part, à un effet de structure favorable comme en attestent les bons résultats obtenus en matière de maîtrise médicalisée avec une réalisation supérieure à l'objectif (cf. indicateur « objectifs-résultats » n°4-7);

- L'impact des hausses de salaires de +2,1% en 2012 après 2,2% en 2011 (source : INSEE) est atténué en 2012 par la baisse du plafond servant au calcul de l'indemnité journalière maximum à 1,8 Smic et en 2011, par la mesure modifiant le calcul de l'indemnité journalière (le salaire annuel étant désormais pris en compte sur 365 jours au lieu de 360 auparavant) mise en place au 1^{er} décembre 2010. Ainsi l'effet prix, incluant l'impact des évolutions de salaires et les mesures, décélère à +0,6% en 2012 contre 1,3% en 2011.

D'une façon générale, l'évolution des indemnités journalières résulte de plusieurs facteurs. De nombreuses études économétriques ont mis en évidence la sensibilité des arrêts courts à la conjoncture de l'emploi. En outre, la démographie de la population active a, par le passé, souvent joué un rôle important dans la dynamique des arrêts de longue durée. Le renforcement des actions de contrôle des caisses d'assurance maladie a pu également diminuer la croissance des dépenses ; les

plus importantes ont notamment été menées depuis le milieu de l'année 2003. Enfin, les conventions médicales signées en 2005 et en 2011 engagent les médecins libéraux à réduire le volume des prescriptions dans le cadre des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses.

L'objectif pour l'ensemble de la période 2007-2012 serait que les dépenses d'indemnités journalières croissent à un rythme annuel moyen inférieur de 0,5 point à celui de la masse salariale du secteur privé, ce qui traduirait un effort constant de maîtrise de cette catégorie de dépenses. Sur la période 2007-2012, le taux de croissance annuel moyen des IJ maladie s'élève à 2,9% tandis que la croissance moyenne de la masse salariale plafonnée du secteur privé s'élève à 2,1%. L'objectif n'est donc pas atteint sur cette période malgré l'inflexion importante des dépenses d'IJ depuis 2010, mais il l'est sur les trois dernières années, toutefois les facteurs sous-jacents cette inflexion restent à analyser.

Construction de l'indicateur : les montants présentés ci-dessus retracent les dépenses du régime général au titre des indemnités journalières pour cause de maladie dans le champ de l'ONDAM ; elles excluent donc les prestations en espèces versées au titre des congés maternité et paternité ainsi que les pensions d'invalidité. Les arrêts relevant des accidents du travail et des maladies professionnelles ne sont pas présentées.

Les données distinguent les IJ maladie de courte durée de moins de trois mois et les IJ de longue durée de plus de trois mois. Les IJ maladie de courte durée incluent les IJ normales et les IJ majorées pour enfant à charge. L'IJ maladie normale est égale à 50% du gain journalier de base. Ce gain journalier est déterminé à partir de la moyenne des 3 derniers mois de salaires sous plafond, dont le montant sert de base au calcul des cotisations maladie, maternité, invalidité et décès. Lorsque le salarié en arrêt de travail a au moins trois enfants à charge, le taux de liquidation de l'IJ est porté aux 2/3 du gain journalier de base, et cela à partir du 31^e jour d'arrêt continu.

Précisions méthodologiques : les données relatives au IJ sont de source CNAMTS ; il s'agit de données brutes remboursées en date de soins à fin mai 2013 (régime général, métropole). Les taux d'évolution de la masse salariale plafonnée du secteur privé sont issus de l'ACOSS.

Indicateur n°4-7 : Taux d'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie fixés dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Finalité : le taux d'atteinte des objectifs fixés par le Parlement mesure le respect des engagements réciproques des professionnels de santé et de l'assurance maladie repris dans le cadre des accords conventionnels.

Chaque année, l'annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comporte un objectif d'économies à réaliser par rapport à l'évolution tendancielle estimée de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dans le cadre des accords conventionnels portant sur la maîtrise médicalisée des dépenses. Pour 2012, cet objectif a été fixé à 550 millions d'euros. Cet objectif global inclut les produits de santé et les prescriptions hors produits de santé. Concernant les prescriptions hors produits de santé, la maîtrise médicalisée porte sur les arrêts de travail, les actes techniques, les transports, les soins paramédicaux, dans le prolongement des actions menées en 2011. En ce qui concerne les produits de santé, les actions de maîtrise médicalisée s'appuient sur les recommandations médico-économiques de la Haute autorité de santé.

Processus de mise en œuvre : dans le cadre de l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, le corps médical s'est réengagé dans un effort collectif pluriannuel visant au bon usage des soins et au respect des règles de la prise en charge collective. Des objectifs quantifiés, se rapportant à un certain nombre de thèmes, sont ainsi définis chaque année - la plupart des thèmes étant reconduits d'année en année. Ce processus vise à infléchir le taux d'évolution de certains postes de dépenses de l'assurance maladie, notamment de certaines catégories de médicaments, de dispositifs médicaux, d'actes techniques, des arrêts de travail, des transports et des masseurs-kinésithérapeutes.

Les actions mises en œuvre afin d'atteindre les différents objectifs par thèmes peuvent être révisées en cours d'année en fonction du contexte économique, sanitaire et social, par abandon de certaines d'entre elles, ajustements des objectifs ou création de nouvelles actions, l'objectif ultime restant d'atteindre l'objectif global d'économies liées à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'annexe 9 du PLFSS pour l'année considérée. Par ailleurs, la maîtrise médicalisée peut s'étendre à des enjeux hospitaliers, tels que les prescriptions d'arrêts de travail, de médicaments ou de transports pour autant que les dépenses associées soient prise en charge sur l'enveloppe « soins de ville » de l'ONDAM.

Résultats : les économies réalisées depuis 2005 dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie sont données dans le tableau suivant.

Au total, pour l'année 2012, les résultats sont au-dessus des objectifs et très proches de ceux de l'année précédente. L'ensemble des économies réalisées s'élève à 592 M€, soit un taux de réalisation de 108% par rapport à l'objectif fixé de 550 M€. Les économies obtenues sur les médicaments sont à peu près conformes aux objectifs : le taux d'atteinte est proche de 90% (220 M€ d'économies obtenues contre 254 M€ attendues). Sur les antiagrégants plaquettaires, l'objectif a été largement dépassé. Par contre, sur les antibiotiques, les économies restent en deçà des objectifs (24 M€ contre 38 M€ attendues). Les résultats sont largement supérieurs aux objectifs fixés pour les indemnités journalières et les transports. Pour les indemnités journalières, à l'impact des actions d'accompagnement des professionnels de santé pour améliorer la pertinence de la prescription (fiches repères, visite des praticiens par les DAM, montée en charge des arrêts de travail en ligne...) sont venus s'ajouter les effets de la baisse de l'emploi et de la hausse du chômage.

Globalement, les économies prévues par la LFSS ont été réalisées.

Economies réalisées (en M€)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Convention avec les médecins libéraux	721	581	383	333	398	396	500	468
Antibiotiques	35	46	27	56	-	12	12	24
Statines	122	135	131	55	78	68	65	38
IPP	-	13	27	71	20	67	32	18
Psychotropes	11	20	8	5	1	3	7	3
Arrêts de travail (IJ)	432	262	-	-	-	-	140	180
Transport	-	-	24	57	46	42	12	27
ALD - bizonne	88	80	73	44	42	10	16	-
Prescription de génériques dans le répertoire	33	25	-	-	-	-	-	-
AcBUS – Anti agrégants plaquettaires	-	-	24	15	80	35	36	62
IEC-sartans (antihypertenseurs)	-	-	62	25	70	89	57	-
HTA	-	-	-	-	-	-	-	43
Anti ostéoporotiques	-	-	-	-	21	21	47	-
Anti dépresseurs	-	-	-	-	33	50	20	25
Anti diabétiques	-	-	-	-	8	-	21	-
Antalgiques	-	-	-	-	-	-	7	-
EPO	-	-	-	-	-	-	15	8
Anti-TNF alpha	-	-	-	-	-	-	14	-
Dispositifs médicaux	-	-	7	-	-	-	-	32
Autres	-	-	-	5	-	-	-	9
Masseurs-kinésithérapeutes	-	-	-	-	55	53	47	31
Prescriptions hospitalières de transports et d'arrêts de travail (IJ)	-	-	-	48	23	52	65	93
Accord avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	33	25	107	101	47	-	-	-
Total des économies réalisées	754	606	490	482	523	501	612	592
Objectif	-	816	683	635	660	590	550	550
Taux d'atteinte de l'objectif	-	74%	72%	76%	79%	85%	111%	108%

Source : CNAMTS

Construction de l'indicateur : l'évaluation des économies est réalisée à partir des données de remboursement du régime général, extrapolées tous régimes. L'économie réalisée une année donnée est calculée pour chaque thème par différence entre deux montants :

- le montant tendanciel (montant qui aurait été réalisé sans intervention de l'assurance maladie, c'est-à-dire selon les tendances d'évolution estimées sur le passé en France, sur la base de comparaisons internationales et en fonction des nouvelles molécules mises sur le marché en 2012) ;
- le montant observé des dépenses d'assurance maladie.

Les objectifs et les résultats des économies de maîtrise médicalisée sont calculés en référence à l'évolution des volumes. Ainsi, pour les médicaments, ni les baisses de prix ni l'effet des génériques ne sont pris en compte dans le calcul des économies. Les effets prix sont également neutralisés pour les autres postes (transports, IJ).

Indicateur n°4-8 : Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire

Finalité : le développement de la chirurgie ambulatoire est une source d'amélioration des prises en charge des patients et d'optimisation des ressources humaines et financières. C'est pourquoi le développement d'une chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie à temps complet est une priorité pour les établissements de santé, comme il l'est pour le ministère de la santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Des actions ont été menées entre 2006 et 2012 portant sur les domaines de la régulation, de la politique tarifaire, des organisations dont la mise sous accord préalable des établissements de santé en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Les résultats sont encourageants mais encore insuffisants et présentent des inégalités sectorielles et territoriales importantes. Par conséquent, le gouvernement poursuit une politique volontariste de développement de la chirurgie ambulatoire au travers de leviers pluriels.

La chirurgie ambulatoire a été définie comme un des 10 programmes prioritaires de la gestion du risque pour les années 2010 et suivantes (partagés Ministère de la santé et Assurance maladie) et comme un enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins par le SROS-PRS pour les années 2012 à 2016. Les incitations tarifaires ont été amplifiées. En 2013, 47 séjours chirurgicaux sont à tarif identique entre la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation complète de 1^{er} niveau de sévérité. Le programme d'actions pluriannuel commun entre la Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance se développe avec la publication à l'attention des établissements de santé d'outils diagnostic interne et externe, de recommandations organisationnelles (gestion des flux, gestion des risques), l'outil OPEERA d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire, l'accompagnement personnalisé d'établissements de santé et d'ARS. Des travaux sont menés par le ministère sur des indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques. Des plans d'actions régionaux, élaborés en 2012, sont en cours de mise en œuvre. Ils comportent notamment la contractualisation avec les établissements de santé par les ARS sur des objectifs de développement, d'organisation et de qualité des prises en charge. La mise sous accord préalable des établissements de santé étendue à 38 gestes marqueurs a concerné 196 établissements en 2012. Depuis août 2013, une action expérimentale est lancée sur 6 territoires régionaux par la Mutualité sociale agricole avec la DGOS afin d'améliorer le recours à la chirurgie ambulatoire de populations rurales.

L'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée avec deux indicateurs retenus dans le cadre du suivi de la chirurgie ambulatoire :

1/ Une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée à partir de l'étude d'une sélection de gestes marqueurs retenus pour les actions de mise sous accord préalable : 17 gestes étendus à 38 en 2012.

2/ Une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée en prenant en compte l'ensemble de l'activité de chirurgie.

Résultats : l'indicateur réalise un suivi de la pratique de la chirurgie ambulatoire, par secteur d'hospitalisation (en %) :

Année	2009				2010				2011				2012				Objectif
	public	lucratif	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	lucratif	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	lucratif	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble		
Ensemble des 17 gestes	69,4	74,2	76,8	74,6	72,8	79,2	80,6	78,3	75,4	82,4	83,2	81	77	84	85	83	85% en 2013
Ensemble des 38 gestes	-	-	-	-	62,9	69,2	73,9	70,3	65	71,8	76,3	72,6	67	74	76,3	78	-
Taux global de chirurgie ambulatoire	24	31	44,1	36,2	25,2	33	46	37,8	26,8	35,1	47,8	39,5	28,5	35,2	49,1	40,8	50% en 2016

Source : CNAMTS, ATIH, PMSI-MCO, 2008-2012. Champ : France métropolitaine

Ces données montrent que la réalisation en chirurgie ambulatoire sur les actes relevant de la mise sous accord préalable connaît une forte progression entre 2009 et 2012 sur l'ensemble des 17 gestes, mais également sur la quasi-totalité des gestes marqueurs présentés. L'objectif est que chaque région atteigne en 2013 un taux de pratique de la chirurgie ambulatoire de 85% pour l'ensemble des 17 gestes marqueurs.

La pratique de la chirurgie ambulatoire progresse également dans l'ensemble de la pratique chirurgicale mais dans une moindre proportion montrant des marges de progression dans les années à venir. Le taux cible 2016 de chirurgie ambulatoire sur l'ensemble de l'activité de chirurgie a été concerté avec l'ensemble des acteurs au niveau national en novembre 2011 : la perspective d'une chirurgie ambulatoire majoritaire à l'horizon de fin 2016 a été jugée à la fois possible et raisonnable.

Ces objectifs font l'objet d'une contractualisation entre l'État et les agences régionales de santé et entre ces dernières et les établissements de santé.

Construction des indicateurs : l'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée au travers de deux indicateurs.

1/ Une liste de 17 puis de 38 gestes a été élaborée, validée avec les sociétés savantes dans le cadre du déploiement de la mise sous accord préalable des prestations portant sur la chirurgie ambulatoire des établissements de santé (indicateur 1). Cette liste est actualisée en lien avec l'évolution des techniques et les travaux avec les sociétés savantes.

Le taux de chirurgie ambulatoire de l'indicateur 1 est déterminé à partir de l'analyse des bases PMSI :

- en sélectionnant les séjours chirurgicaux au cours desquels ont été pratiqués un des actes CCAM correspondant à l'un des 17/38 gestes
- en rapportant le nombre de séjours réalisés en ambulatoire à l'ensemble des séjours.

Cette méthodologie permet de ne cibler que les actes réalisables en ambulatoire selon les sociétés savantes.

2/Une analyse de l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée en prenant en compte l'ensemble de l'activité de chirurgie (indicateur 2), recouvrant toutes les spécialités ainsi que les prises en charge innovantes.

Le taux de chirurgie ambulatoire de cet indicateur est déterminé à partir de l'analyse des bases PMSI au travers du ratio : nombre de GHM en C sans nuitée rapporté à l'ensemble des GHM en C (GHM V11 B - hors CMD 14 et 15 recouvrant les activités d'obstétrique et de néonatalogie).

Indicateur n°4-9 : Efficience des blocs opératoires : nombre d'indice de coût relatif (ICR) réalisé par salle d'intervention chirurgicale

Finalité : les différents travaux de l'agence nationale de l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) montrent que l'efficience des établissements de santé peut en partie s'analyser au travers de l'efficience de leurs blocs opératoires. Les blocs opératoires constituent en effet un élément essentiel du plateau technique, en termes de gestion des risques, de maîtrise financière (tant au niveau des dépenses que des recettes) et sur le plan organisationnel (haute technicité de l'activité pratiquée, nombre d'acteurs à coordonner, interfaces avec différents services, variété des actes pris en charge...).

L'objectif est d'évaluer, chaque année et pour chaque catégorie d'établissements, la productivité des blocs opératoires. L'indicateur présenté est le nombre de points d'ICR (indice de coût relatif) réalisés par salle de bloc. L'ICR est l'unité d'œuvre des actes médico-techniques, indiquant leur degré de mobilisation de ressources humaines et matérielles. Il est retenu comme indicateur de performance dans l'outil Hospidiag élaboré à l'initiative de la DGOS par l'ANAP et l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). Plus il est élevé, plus l'utilisation du bloc est efficiente. Il fait également partie des indicateurs contractualisés entre les agences régionales de santé (ARS) et le niveau national dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Résultats : l'évolution du nombre d'indice du coût relatif (ICR) par salle d'intervention chirurgicale sur la période 2007-2011 est présentée dans le tableau suivant :

Catégorie d'établissement	Nombre d'ES 2011	ICR Moyen / salle d'intervention chirurgicale 2011	2007/ 2006	2008/ 2007	2009/ 2008	2010/ 2009	2011/ 2010	Objectif
CHR/U	31	259 925	5,7%	6,3%	4,1%	3,1%	3,3%	Augmentation
CH	329	196 272	0,2%	4,1%	3,5%	3,4%	3,0%	
CLCC	20	197 246	11,9%	0,5%	4,8%	0,5%	-2,2%	
ESPIC	55	253 134	0,6%	14,6%	-0,7%	5,0%	-2,3%	
Hôpitaux d'instruction des armées	9	156 139	n.d.	n.d.	n.d.	2,7%	26,5%	
Cliniques privées à but lucratif	483	292 964	12,5%	-1,5%	3,1%	1,6%	3,9%	
Ensemble des établissements	927	256 724	7,4%	2,4%	3,9%	2,6%	3,3%	

Source : ATIH

Légende : CHR/U : centres hospitaliers régionaux/universitaires ; CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; CLCC : centres de lutte contre le cancer ; ESPIC : établissements de santé privés d'intérêt collectif.

L'efficience des blocs opératoires s'accroît globalement depuis 2007, avec un nombre moyen d'ICR par salle de blocs opératoires passé d'environ 229 000 en 2007 à 256 724 en 2011 (soit une augmentation totale de 12,1% entre 2007 et 2011). Des disparités selon les catégories d'établissements demeurent toutefois : avec 292 964 ICR par salle, les cliniques privées affichent l'efficience la plus élevée, devant les CHR/U (260 000 ICR par salle). Parallèlement, les CHR/U présentent la plus forte progression du nombre moyen d'ICR depuis 2007 avec des taux d'évolution annuels élevés et ininterrompus (de +5,7% en 2007 à +3,3% en 2011) résultant à la fois d'une augmentation de la production d'ICR et d'un nombre de salles en baisse.

Ce gain d'efficience permet aux CHR/U de réduire sensiblement leur écart avec les cliniques privées à but lucratif. Cette moindre performance des CHR/U par rapport aux cliniques peut en partie s'expliquer par l'obligation de maintenir des salles dédiées aux urgences, disponibles jour et nuit.

Avec un nombre moyen d'ICR de 196 272, les centres hospitaliers se tiennent très en retrait par rapport à l'ensemble des autres types d'établissements (hors CLCC et HIA), malgré une progression

importante de leur efficacité. Ils affichent en effet des taux d'évolution annuels soutenus et constants depuis 2008 (de 4,1% en 2008 à 3% en 2011).

Ce résultat recouvre néanmoins des situations très disparates d'un centre hospitalier à l'autre, nombre d'entre eux disposant de petits blocs, en moyenne moins efficaces.

Les CLCC qui avaient augmenté également l'efficacité de leurs blocs sur la période 2007-2010 avec un nombre de salles stable connaissent un infléchissement avec un taux d'évolution négatif en 2011 (-2,2%). Les autres établissements privés à but non lucratif se situent dans la moyenne de l'ensemble des établissements de santé.

Construction des ratios : le champ des actes retenus pour l'appréciation de l'indicateur est défini par l'ensemble des actes opératoires classants, qui recouvrent les actes retenus pour l'affectation d'un séjour hospitalier à un groupe homogène de séjour chirurgical.

Le nombre d'ICR par établissement est issu de la valorisation par leur ICR de l'ensemble des actes opératoires classants réalisés par l'établissement.

Le nombre d'ICR par salle de bloc est calculé comme le nombre total d'ICR rapporté au nombre de salles d'intervention chirurgicale issu de l'enquête SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) de la DREES

Précisions méthodologiques : les résultats présentés ci-dessus sont ceux des établissements publics et privés ayant une activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) qui ont déclaré un bloc opératoire dans la SAE. L'activité interventionnelle est exclue.

Afin d'obtenir des niveaux d'ICR comparables, le référentiel d'ICR par acte du secteur public a été utilisé pour l'ensemble des établissements publics et privés. La comparaison doit néanmoins être faite avec prudence, car les secteurs sont positionnés sur des activités chirurgicales différentes.

Indicateur n°4-10 : Recentrage des lits hospitaliers sur les soins aigus : évolution de la durée moyenne de séjour pour les séjours en médecine et en chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile

Finalité : l'indicateur vise à évaluer l'adéquation de l'utilisation des lits hospitaliers. En effet, l'hospitalisation dans un service de soins aigus de médecine ou de chirurgie doit être justifiée par la nature des actes effectués et/ou par l'état du patient. Dans les autres cas, et si une prise en charge hospitalière est nécessaire, d'autres modalités de prise en charge adaptées à la situation du patient doivent être recherchées, soit en alternative à l'hospitalisation en service de soins aigus, soit lors de l'organisation de la sortie du patient, après un séjour en soins aigus : hospitalisation à domicile (HAD), prise en charge dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR).

L'objectif de l'indicateur est de suivre l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) en médecine et en chirurgie pour les séjours suivis d'un séjour en SSR ou en HAD. La DMS peut être expliquée médicalement par l'état de santé du patient et la lourdeur de la charge en soins. Elle est généralement plus importante pour les patients nécessitant une poursuite de soins hospitaliers en SSR ou HAD. La DMS dépend également de l'organisation de l'aval des activités de soins de médecine et de chirurgie.

Les années 2009 et 2010 ont été caractérisées par la mise en œuvre des décrets du 17 avril 2008 relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation : élaboration des volets du SROS en 2009 et délivrance des nouvelles autorisations de mai à décembre 2010. Par conséquent, cette période a été peu propice au développement de nouvelles organisations territoriales. L'année 2011 a été caractérisée par la mise en conformité des structures avec une mise à niveau des plateaux techniques et des équipes de soins. L'année 2012 a été consacrée à l'élaboration et la publication des SROS PRS qui déterminent la stratégie nationale d'implantation des structures de SSR au regard d'une évaluation des besoins de soins sur les territoires de santé.

Résultats : l'évolution annuelle de la DMS en médecine et en chirurgie pour les patients transférés en SSR ou en HAD est donnée dans le tableau suivant (en nombre de jours) :

Discipline	Secteur	DMS 2009	DMS 2010	DMS 2011	DMS 2012	Evolution de la DMS			Objectif
						2009/10	2010/2011	2011/2012	
Médecine	Ex-DG	13,4	13,5	13,3	13,3	1,30%	-1,30%	0%	Réduction
	Ex-OQN	10,2	10,4	10,4	10,5	2,70%	-0,60%	0,90%	
	Tous	12,9	13,1	13	12,8	1,50%	-1,20%	-0,9%	
Chirurgie	Ex-DG	15,1	15	14,7	14,7	-0,60%	-1,60%	0%	
	Ex-OQN	10,8	10,6	10,4	10,3	-1,40%	-1,90%	-0,9%	
	Tous	13,2	13,1	12,8	12,9	-0,70%	-1,90%	-0,9%	

Source ATIH, PMSI. Note de lecture : « ex-DG » signifie secteur antérieurement financé par dotation globale et « ex-OQN », secteur antérieurement financé par l'objectif quantifié national.

(*) La ligne « Tous » correspond à l'ensemble des établissements (ex-DG et ex-OQN) et tient compte des effets volume en termes de journées et de séjours réalisées par chacun des secteurs hospitaliers.

Une analyse tenant compte des niveaux de sévérité des séjours permet les constats suivants :

- en médecine : Il est constaté depuis 2009 une tendance à la stagnation de la DMS pour les patients transférés en SSR ou en HAD. Il est toutefois confirmé la tendance à la diminution de la DMS des séjours hospitaliers de niveau de sévérité 1 de ces patients même si la part de ces séjours diminue et est faible (11,4% pour les ES ex-DG et 22,5% pour les ES ex-OQN en 2012). Il est constaté une quasi-stagnation de la DMS générale en médecine pour les patients transférés en SSR, tout niveau de sévérité confondu.
- en chirurgie : Le ralentissement de la tendance à la réduction de la DMS pour les patients transférés en SSR ou en HAD est constaté quel que soit le niveau de sévérité des séjours et

quel que soit le statut de l'établissement. Il est à noter que la part des séjours en chirurgie de niveau 1 pour les patient transférés en SSR ou en HAD s'établit à 26,6% pour les ES ex-DG et à 39,3% pour les ES ex-OQN en 2012.

Pour les deux secteurs, la part des patients de niveau de sévérité 1 parmi ceux transférés en SSR ou HAD diminue.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est construit à partir du recensement (via le PMSI) des séjours d'hospitalisation en médecine ou chirurgie qui ont été suivis d'un transfert vers un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou vers une hospitalisation à domicile (HAD). L'évolution de la DMS a été calculée pour ces séjours, selon la discipline, médecine ou chirurgie, et le type d'établissement (public ou privé). Les codes PMSI des destinations de sortie retenus sont les suivants : 2 - sortie vers une unité de soins de suite et de réadaptation - et 6 - sortie avec hospitalisation à domicile.

Au regard du manque de fiabilité des données du PMSI relatives aux situations de patients en attente de placement en SSR ou HAD ou pour lesquels une autre orientation/modalité de sortie a finalement été décidée - (retour à domicile, orientation vers le secteur médico-social...) -, l'indicateur présenté n'aborde pas l'intégralité de la problématique des inadéquations hospitalières. Cette problématique a pu être davantage objectivée par une étude nationale sur les inadéquations hospitalières lancée en 2009 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Cette étude met en évidence qu'en France métropolitaine, sur un jour donné au sein des établissements de santé, 10,3% des lits de médecine/chirurgie seraient occupés de manière inadéquate : 5% dans les services de chirurgie et 17,5% dans ceux de médecine. Ces inadéquations ont des causes variées : 3,8% des hospitalisations seraient inadéquates au moment de l'admission des patients et 12,5% des hospitalisations seraient adéquates mais comporteraient au moins une journée inadéquate. Ces journées non adaptées s'expliqueraient notamment par des problèmes d'aval : 41% des patients auraient du être pris en charge en SSR, 37% à domicile et 20% dans les structures de soins de longue durée.

Afin de donner un sens à l'indicateur national et transversal, des indicateurs complémentaires sont suivis et colligés :

- l'évolution annuelle du nombre de journées en SSR et en HAD ;
- l'évolution annuelle du pourcentage des transferts vers d'autres prises en charge (SSR, USLD, HAD, médico-social).

Evolution annuelle du nombre de journées en SSR et en HAD

Secteur	Soins de suite et réadaptation				Hospitalisation à domicile			
	Nb de journées en 2012	Évolution			Nb de journées en 2012	Evolution		
		2009/2010	2010/2011	2011/2012		2009/2010	2010/2011	2011/2012
ex-DG	23 533 386	1,20%	1%	1,3%	2 171 786	6,10%	5,0%	8,7%
ex-OQN	12 441 887	1,10%	3,60%	3,6%	2 035 391	14,80%	10,20%	7%
Tous	35 975 273	1,10%	1,90%	2,1%	4 207 177	10,10%	7,50%	7,8%

Source : ATIH, PMSI

Evolution annuelle des sorties vers les autres services hospitaliers ou médico-sociaux des patients hospitalisés soins aigus

		2009	2010	2011	2012	Evol. 2010/2009	Evol. 2011/2010	Evol 2012/2011
Secteur ex-DG	Sortie vers SSR	423 812	441 007	447 377	459 041	4%	1%	3%
	Sortie vers SLD	41 466	39 462	37 815	39 308	-5%	-4%	4%
	Sortie vers HAD	9 141	10 964	12 249	13 595	20%	12%	11%
	Sortie vers médico social	51 648	58 949	66 810	76 297	14%	13%	14%
	Total	526 067	550 382	564 251	588 241	5%	3%	4%
Secteur ex- OQN	Sortie vers SSR	162 169	165 074	168 872	166 995	2%	2%	-1%
	Sortie vers SLD	2 727	2 850	2 540	2 814	5%	-11%	11%
	Sortie vers HAD	1 234	1 592	1 843	2 012	29%	16%	9%
	Sortie vers médico social	984	1 276	1 215	1 662	30%	-5%	37%
	Total	167 114	170 792	174 470	173 483	2%	2%	-1%

Source : PMSI-traitement ATIH

Note de lecture : « SSR » signifie soins de suite et réadaptation, « USLD » unités de soins de longue durée,
« HAD » hospitalisation à domicile, et « MS », structure d'hébergement médicosociale

Il s'agit de mettre en perspective la diversité des modes de prise en charge pouvant faire suite à une hospitalisation en médecine ou chirurgie.

Pour ces indicateurs, les codes PMSI des destinations de sortie retenus intègrent également les codes complémentaires suivants : 3 - sortie vers une unité de soins de longue durée - et 7 - sortie vers une structure d'hébergement médico-sociale.

Indicateur n°4-11 : IP-DMS MCO : indice de performance – durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique

Finalité : l'indice de performance –durée moyenne de séjour (IP-DMS) basé sur la durée de moyenne des séjours permet d'approcher l'efficacité des établissements de santé en comparant leur durées moyennes de séjours Il traduit les dysfonctionnements organisationnels (poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des admissions et des sorties, délai de remise en état d'un lit après une sortie, organisation bloc-service etc.). L'IP-DMS MCO rapporte le nombre de journées de court séjour (M, C et O) réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux.

Résultats : le tableau ci-dessous donne la part des établissements ayant un IP-DMS supérieur à la valeur du 8^{ème} décile de l'IP-DMS MCO national de 2011 (à savoir : 1,091).

Type d'établissement	2009	2010	2011	Objectif
CHR/U	21%	18%	18%	Diminution
CH	32%	34%	31%	
S/total Public	31%	32%	29%	
Centres de lutte contre le cancer	0%	0%	0%	
Autres EBNL	28%	31%	33%	
S/total Privé non lucratif	24%	27%	28%	
Cliniques privées	7%	8%	9%	
Ensemble des établissements	21%	21%	20%	

Source : DGOS –ATI. Champ : établissements publics et privés.

Légende : CHR/U : centre hospitalier régional/universitaire ; CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; EBNL : établissements de santé privés sans but lucratif.

En 2011, 20 % des établissements de santé ont un IP-DMS MCO supérieur à 1,091. Selon le secteur, cette proportion d'établissements varie. Les cliniques privées ont de loin la proportion la plus faible (9%). Le secteur privé non lucratif et le secteur public ont des proportions comparables, respectivement 28 % et 29 %. Au sein de ces secteurs, les proportions par catégorie d'établissements sont également très hétérogènes. Au regard de ce critère, les CHU ressortent comme plus efficaces que les centres hospitaliers et les CLCC que les autres EBNL. Au-delà de la performance de l'organisation, des facteurs sur lesquels les hôpitaux n'ont que des marges de manœuvre limitées, affectent cet indicateur : les caractéristiques des patients hospitalisés (patients âgés, situation sociale défavorisée, ...) et les modalités de prise en charge conduisent à augmenter la durée moyenne de séjour. Ainsi, pour certains GHM, la distribution des durées de séjour est très étendue.

Sur la période 2009-2011, la proportion des établissements de santé ayant un IP-DMS MCO supérieur à 1,091 a très peu évolué. Elle est passée de 21 à 20 % entre 2009 et 2011. Entre secteurs, les évolutions sont hétérogènes. Le secteur privé lucratif et non lucratif augmente leur proportion alors que le secteur public la réduit.

Toutefois, l'indicateur étant calculé pour l'ensemble des courts séjours, il lisse les éventuelles inégalités de performance entre activités. De plus, il est à noter qu'il s'agit là d'un indicateur utilisé dans les études individuelles de performance d'un établissement, en le croisant à d'autres critères notamment ceux de taux d'occupation, plutôt que dans un cadre général. Aussi doit-on rester prudents dans l'analyse de cet indicateur par catégorie d'établissements.

Construction de l'indicateur : l'IP-DMS MCO rapporte le nombre de journées de court séjour (M, C et O) réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques. Le nombre de journées théoriques correspond au case-mix (nombre de GHM produits) de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM. Sont pris en compte les séjours de plus d'une nuit.

Le 8^{ème} décile a été retenu comme seuil significatif. Au-delà, on peut considérer que l'établissement présente des durées moyennes de séjour anormalement longues.

Précisions méthodologiques : pour l'ensemble des établissements, les données sont issues du PMSI .Les données sont transmises par établissement géographique et non par entité juridique ; pour un même CHR/U, on a donc plusieurs IP-DMS, un par site.

Indicateur n°4-12 : Situation financière des établissements de santé**Sous-indicateur n°4-12-1 : Résultat comptable de l'activité principale des établissements de santé, exprimé en pourcentage des produits**

Finalité : Une des composantes de l'efficacité du système de santé est sa performance économique. Le résultat comptable est un des indicateurs principaux de la santé financière des établissements de santé. De nombreux établissements sont depuis plusieurs années confrontés à des déficits importants et leur réduction constitue un enjeu majeur pour la pérennité de l'offre de soins. L'objectif est de suivre chaque année l'évolution du résultat comptable sur le compte de résultat principal (CRP) des établissements de santé publics et privés. Le résultat est présenté en pourcentage des produits du CRP.

Résultats : Le niveau du résultat comptable observé sur le compte de résultat principal, en pourcentage des produits, des établissements publics de santé (hors SIH et USLD) et des établissements privés non lucratif et lucratifs pour la période 2008-2011 :

Type d'établissement	2008	2009	2010	2011	Objectif
Établissements publics et privés non lucratifs (ex-DG)	-0,85%	-0,70%	-0,76%	-0,80%	0%
dont publics	-0,96%	-0,77%	-0,78%	-0,87%	
CHR/U	-1,77%	-1,75%	-1,38%	-1,33%	
CH	-0,50%	-0,22%	-0,44%	-0,62%	
Ex-Hôpitaux-locaux	2,00%	2,16%	1,45%	0,91%	
dont privés non lucratif	-0,15%	-0,20%	-0,70%	-0,40%	
Centres de lutte contre le cancer	0,15%	0,00%	-0,32%	-0,27%	
Autre EBNL	-0,21%	-0,25%	-0,79%	-0,43%	
Cliniques privées	2,10%	2,10%	2,00%	2,60%	

Source : DGOS – ATIH-DREES. Champ : établissements publics et privés à but lucratif et sans but lucratif.
Légende : CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; EBNL : établissements de santé privés à but non lucratif

En 2011, le résultat du budget principal des établissements de santé publics et privés sans but lucratif est déficitaire et enregistre une légère dégradation, passant de -537 M€ à -581 M€ entre 2010 et 2011. Rapporté aux produits, le déficit représente 0,80% en 2011 contre 0,76% l'année précédente.

La dégradation du résultat est entièrement imputable aux établissements publics qui accusent une hausse de leur déficit de plus de 70 M€ sur leur compte principal, celui-ci passant de 470 à 542 M€.

Au sein même du secteur public, des disparités persistent, malgré de fortes évolutions en 2011. Les CHR/U réduisent sensiblement leur déficit. Les centres hospitaliers, au contraire, creusent fortement leur déficit, pour la deuxième année consécutive, dégradant ainsi leur indicateur de performance. Le groupe des ex-hôpitaux locaux maintient son excédent mais à un niveau moindre relativement aux produits.

Le déficit des établissements publics de santé (-542 M€) est la somme d'un déficit cumulé d'environ -708 M€ et d'un excédent cumulé de 166 M€. Le déficit cumulé est concentré puisque la moitié est imputable à seulement 12 établissements. Au total, 38% des établissements publics enregistrent un déficit sur leur compte principal en 2011.

Les établissements de santé privés à but non lucratif, après une année 2010 difficile car marquée par une forte dégradation de leur résultat, enregistrent un net redressement. Leur déficit passe de 68 à 39 M€ entre 2010 et 2011. Ce redressement est partagé entre les CLCC et les autres EBNL.

Le déficit des EBNL est la somme d'un déficit cumulé de 116 M€ et d'un excédent cumulé de 77 M€. Le déficit cumulé, comme pour le secteur public, est très concentré, puisque la moitié est imputable à

seulement 10 établissements. Par ailleurs, environ un tiers des établissements privés sont déficitaires en 2011.

Selon la DREES, les établissements privés à but lucratif restent dans l'ensemble excédentaires sur la période 2008 à 2011. Leur résultat net rapporté au chiffre d'affaires, ou « rentabilité économique », s'établirait à 2,6% en 2011 contre 2,0% en 2010 et 2,1% en 2008 et 2009. La situation financière des cliniques privées, globalement satisfaisante, reste marquée par une forte hétérogénéité : plus d'un quart des cliniques déclare des pertes, alors qu'une sur dix affiche une rentabilité économique supérieure à 11,8%. Par ailleurs, le secteur de la psychiatrie demeure le plus rentable avec une rentabilité de 5,8% en 2011 suivi de celui du SSR avec 2,9% puis du secteur MCO avec 2,4% (contre 1,5% en 2010).

Construction de l'indicateur : Pour les établissements publics de santé et les EBNL, le résultat comptable est calculé sur l'activité du compte de résultat principal (CRP). Le ratio s'établit selon la formule suivante : (total des produits du CRP – total des charges du CRP) / total des produits du CRP. Le CRP couvre uniquement les activités de soins des établissements sanitaires. Sont exclus de ce compte, les comptes relatifs aux unités de soins de longue durée, aux instituts de formation en soins des infirmiers, au patrimoine immobilier, etc. qui sont retracés dans des comptes annexes.

Les cliniques privées ne sont pas soumises aux règles comptables applicables aux établissements de santé du secteur antérieurement sous dotation globale. Dans le champ privé, le ratio qui s'approche du résultat comptable rapporté au total des produits pour le champ public, est la rentabilité économique. Il est calculé en rapportant le résultat net sur le chiffre d'affaires.

Précisions méthodologiques : les sources de données diffèrent selon le secteur :

- pour les établissements publics de santé, les données sont issues des comptes financiers 2008 à 2011 centralisés par la DGFIP ;
- pour les EBNL, les données sont issues des comptes financiers 2008 à 2011 déposés par les établissements auprès de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) ;
- pour les établissements privés à but lucratif, les données ont été communiquées par la DREES.

Concernant les cliniques privées à but lucratif, les entités étudiées sont celles figurant dans la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) en 2011 et pratiquant des activités hospitalières selon la nomenclature des activités françaises. Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment d'une société d'exploitation et d'une société civile immobilière (SCI). La présente étude ne traite que les comptes des sociétés d'exploitation, car aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles, y compris les éventuelles SCI qui y sont rattachées. Le fait de ne pas pouvoir traiter les comptes des SCI limite l'analyse économique et financière des cliniques. Par ailleurs, la DREES indique que « les cliniques privées à but lucratif doivent déposer leurs comptes auprès des tribunaux de commerce. Toutefois, 15 à 25% d'entre elles ne l'ont pas encore fait selon les années au moment de l'étude. En 2011, cette proportion est particulièrement élevée (28%). La DREES redresse donc en tenant compte de la non-réponse afin de garantir la qualité des résultats.

Sous-indicateur n°4-12-2 : Marge brute d'exploitation des établissements de santé, en pourcentage des produits

Finalité : la marge brute permet de mesurer l'excédent dégagé par l'exploitation courante pour financer prioritairement la charge de la dette (intérêts des emprunts et amortissement du capital) et l'investissement courant. Cet indicateur met en évidence le caractère excédentaire de l'activité de l'établissement et sa capacité à investir. Il est donc particulièrement important pour apprécier la santé financière d'un établissement et sa capacité à porter ou non des investissements majeurs, au-delà de l'investissement courant. La marge brute ainsi que le taux de marge brute (marge brute rapporté aux produits courants) sont analysés lors de la construction du plan global de financement pluriannuel (PGFP) révisé chaque année par les établissements. Le taux de marge brute fait également partie des indicateurs contractualisés entre les agences régionales de santé (ARS) et le niveau national dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Résultats : le tableau ci-dessous donne l'évolution de la marge brute d'exploitation, en pourcentage des produits courants, des établissements publics de santé (hors SIH et USLD), des établissements privés sans but lucratif et des cliniques privées (approché par le taux d'excédent brut d'exploitation) pour la période 2008-2011 :

Type d'établissement	2008	2009	2010	2011	Objectif
Etablissements publics et privés non lucratifs (ex-DG)	6,27%	6,83%	6,74%	7,09%	Progression
dont publics	6,39%	7,05%	7,03%	7,40%	
CHR/U	5,20%	5,81%	6,18%	7,18%	
CH	6,88%	7,58%	7,29%	7,35%	
Ex-Hôpitaux locaux	9,85%	10,30%	10,43%	9,62%	
dont privés non lucratifs	5,40%	5,29%	4,76%	4,99%	
Centres de lutte contre le cancer	7,43%	7,12%	6,80%	7,24%	
Autres EBNL	4,95%	4,89%	4,31%	4,47%	
Cliniques privées	5,90%	6,10%	6,10%	5,70%	

Source : DGOS –ATI. Champ : établissements publics et privés à but non lucratif. DREES pour les cliniques privées

Légende : CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; EBNL : établissements de santé privés sans but lucratif

En 2011, le taux de marge brute de l'ensemble des établissements de santé se redresse sensiblement pour atteindre 7,09% contre 6,74% l'année précédente. La progression de cet indicateur de gestion est attribuable pour majeure partie aux CHR/U et, dans une moindre mesure, aux établissements privés sans but lucratif.

Ce taux global recouvre de fortes disparités entre secteurs. En particulier, les établissements publics affichent un taux de marge brute supérieur aux EBNL, 7,40% contre 4,99% en 2011.

Au sein du secteur public, la hiérarchie des taux demeure inchangée. Les ex-HL restent encore loin devant (9,62%) malgré un léger recul, suivis des CH (7,35%) et des CHRU (7,18%). Les taux de marge brute des EPS sont modérément dispersés autour de la moyenne et une part très faible des EPS enregistrent un taux négatif (moins de 2%).

Au sein des EBNL, les CLCC enregistrent un taux de marge brute très supérieur à celui des autres EBNL, 7,24% contre 4,47%. Les taux de marge brute des EBNL sont très dispersés autour de la moyenne, de nombreux établissements ayant un taux négatif (13% des établissements) et d'autres un taux supérieur à 6% (47%).

Sur la période 2008-2011, le taux de marge brute de l'ensemble des établissements de santé progresse régulièrement, passant de 6,27% à 7,09%. Mais les rythmes de progression diffèrent d'un secteur à l'autre, et d'une catégorie d'établissements à l'autre au sein d'un même secteur.

En particulier, l'écart entre les établissements de santé publics et privés non lucratifs se creuse sur la période, passant de 1% à 2,4%, les EBNL enregistrant une dégradation (-0,4%) alors que les EPS gagnent presque 1%.

Au sein du secteur public, les CHR/U tirent la moyenne vers le haut, leur taux de marge brute affichant la hausse la plus remarquable (+ 2%).

Les taux de marge brute des établissements publics de santé diffèrent aussi d'une région à l'autre variant de 2,7% à 10%.

Selon la DREES, sur le champ des cliniques privées, un solde voisin de la marge brute peut être calculé : l'excédent brut d'exploitation (EBE). Le taux d'EBE des cliniques privées, qui rapporte l'EBE au chiffre d'affaires, observe une trajectoire non régulière sur la période 2008-2011. Partant d'un niveau de 5,9% en 2008, le taux d'EBE remonte à 6,1% en 2009 et 2010 puis recule de nouveau en 2011 à 5,7%. La baisse en 2011 est principalement imputable à la hausse du poste autres achats et charges externes.

Construction de l'indicateur :

- Pour les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL), sont prises en compte les valeurs inscrites dans les comptes 70 à 75 sauf le 7087 « remboursements de frais par les comptes de résultats annexes (CRPA) » auxquelles sont retranchées les valeurs inscrites aux débits des comptes 60 à 65 (hors remboursements des CRPA), le tout étant rapporté aux crédits des comptes 70 à 75 sauf 7 087 « remboursements de frais par les CRPA ».
- Pour les établissements privés à but lucratif, les résultats sont directement transmis par la DREES. Le taux d'EBE rapporte l'excédent brut d'exploitation au chiffre d'affaires.

Précisions méthodologiques : les sources de données diffèrent selon le secteur :

- pour les EPS, les données sont issues des balances générales centralisées par la DGFP, de 2008 à 2011 ;
- pour les EBNL, les données sont issues des comptes financiers 2008 à 2011 déposés par les établissements auprès de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) ;
- pour les établissements privés à but lucratif, les résultats sont directement issus de l'étude de la DREES suscitée et le champ des établissements est à périmètre constant.

Indicateur n°5-1 : Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la Cnamts maladie

Finalité : l'indicateur de taux d'adéquation des dépenses et des recettes retenu est similaire à celui présenté pour chacune des branches de la protection sociale examinées dans les différents programmes de qualité et d'efficience. Il vise à apprécier l'équilibre financier du régime général de la branche maladie.

Résultats : l'équilibre réalisé et projeté pour la CNAMTS maladie est le suivant :

	2010	2011	2012	2013 (p)	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	Objectif
Recettes (Mds€)	141,8	148,0	154,9	157,5	163,7	168,8	174,6	180,5	
Dépenses (Mds€)	153,4	156,6	160,8	165,2	169,9	174,2	178,6	183,1	
Solde (Mds€)	-11,6	-8,6	-5,9	-7,7	-6,2	-5,4	-4,0	-2,6	
Recettes / dépenses	92,4%	94,5%	96,4%	95,3%	96,4%	96,9%	97,7%	98,6%	Redressement

Source : PLFSS pour 2013.

Sous l'effet de la crise économique réduisant le rendement des recettes, le déficit de la branche maladie du régime général s'est aggravé de façon importante en 2009, et la dégradation s'est poursuivie en 2010, malgré le respect de l'ONDAM, pour la première fois depuis 1997 (cf. indicateur n°5-2). A cette date, les recettes de la CNAMTS ne couvraient que 92,4% des dépenses, conduisant à un déficit de 11,6 Md€. Le redressement amorcé en 2011 s'est poursuivi en 2012, sous l'effet d'une progression contenue des dépenses et d'une progression plus dynamique des recettes accompagnée d'importantes mesures de recettes prises dans les lois de finances initiale et rectificatives et dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. La situation devrait à nouveau se dégrader en 2013 avec une prévision de déficit de 7,7 Md€ en raison d'un fort ralentissement des recettes de la branche et malgré des prévisions de dépenses inférieures à l'ONDAM pour la troisième année consécutive. Le taux d'adéquation des dépenses avec les recettes s'établirait à 95,3%.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014 prévoit une progression de 2,4% de l'ONDAM, dans le prolongement des efforts de maîtrise de la dépense d'assurance maladie engagés depuis quelques années. Il se propose également d'allouer à la CNAM des recettes nouvelles de TVA, afin d'anticiper le retour à l'équilibre de la branche. En 2014, le déficit de la branche maladie du régime général s'établirait à 6,2 Md€, soit une couverture des dépenses par les recettes à hauteur de 96,4%, en amélioration de 1,1 point par rapport à 2013. Les années suivantes, la branche maladie poursuivrait son redressement sous l'effet de la poursuite de la maîtrise des dépenses et d'une progression plus rapide de ses recettes.

Construction de l'indicateur : fondé sur les comptes de la branche maladie du régime général, pour les exercices clos jusqu'en 2011 puis prévisionnels pour 2012 à 2017, l'indicateur rapproche, année après année, le total des charges supportées par la CNAMTS maladie (hors branche accidents du travail / maladies professionnelles) du total de ses produits et apprécie l'écart éventuel entre ces deux grandeurs. L'équilibre de base de la branche est apprécié à l'aide du scénario macroéconomique sous-jacent aux projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et de finances initiale (LFI) pour 2013. Ce scénario inclut les mesures nouvelles et peut de ce fait différer des prévisions publiées dans le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Précisions méthodologiques : les données sont établies sur le champ CNAMTS maladie, en milliards d'euros courants. Les charges et produits présentés ici sont cohérents avec la définition retenue pour la LFSS : il s'agit de grandeurs nettes. Ainsi les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations et autres charges techniques, et n'intègrent pas les dotations aux provisions et admissions en non valeur (ANV) sur actifs circulants. Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations et autres charges techniques, et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Sont également neutralisées les écritures symétriques de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA et celles relatives à l'apurement de la dette de l'État en 2007. Cette définition a fait l'objet d'un changement pour la LFSS 2011, qui est pris en compte dans les chiffres présentés.

Indicateur n°5-2 : Niveaux et dépassements de l'ONDAM

Finalité : la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 22 juillet 1996 a mis en place un cadrage financier des dépenses d'assurance maladie par la création de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a renforcé le caractère contraignant joué par l'ONDAM en instaurant un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Ce comité est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution incompatible des dépenses avec le respect de l'ONDAM. Le risque de dépassement était jusqu'en 2010 considéré comme sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à un seuil de 0,75%, fixé par décret. En 2012, ce seuil a été abaissé à 0,6% (après 0,7% en 2011) et a été ramené à 0,5% en 2013, conformément au décret n°2011-432 du 19 avril 2011 qui a repris les conclusions du rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie remis en avril 2010.

Résultats : l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie et des écarts à l'objectif sont présentés dans le tableau suivant :

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)	Objectif
ONDAM initial arrêté (Md€ courants)	134,9	140,7	144,8	152	157,6	162,4	167,1	171,1	175,4	
Dépenses réalisées (Md€ courants)	135,1	142,1	147,6	152,9	158,1	161,9	166,3	170,1	174,9	
Ecart à l'objectif (Md€)	0,2	1,4	2,8	0,9	0,6	-0,5	-0,8	-1,0	-0,5	
Ecart à l'objectif, en %	0,1%	1,0%	1,9%	0,6%	0,3%	-0,4%	-0,5%	-0,6%	-0,3%	inférieur à 0,6%

Source : DSS/CCSS.

Entre 2005 et 2013, les dépenses dans le champ de l'ONDAM sont passées de près de 135 Md€ à 175 Md€. Cette évolution reflète le dynamisme des dépenses qui composent le champ de l'ONDAM, même si elle intègre aussi plus marginalement l'effet des élargissements de périmètre intervenus au cours de cette période.

Après une année de dépassement modéré en 2005, l'écart entre la réalisation et l'objectif voté a été supérieur à 1 Md€ en 2006 et 2007. En particulier, l'année 2007 a vu la première mise en œuvre de la procédure d'alerte : le comité d'alerte a rendu son avis le 29 mai 2007 et des mesures d'économies ont été mises en œuvre dans la deuxième partie de l'année, portant notamment sur le respect du parcours de soins, l'élévation du plafond journalier de la participation forfaitaire des assurés ou les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux. Si l'année s'est conclue par un dépassement de 1,9% de l'objectif voté à l'automne 2006, l'impact de ces mesures d'économies sur la seule année 2007 a pu être évalué à 250 M€ par rapport à la tendance.

Les années 2008 et 2009 reviennent à des dépassements plus limités (0,9 Md€ puis 0,5 Md€), avant que l'ONDAM ne soit effectivement sous-consommé en 2010 pour la première fois depuis 1997. Les dépenses dans le champ de l'ONDAM se sont en effet élevées à 161,9 Md€ en 2010, soit une sous-exécution d'environ 550 M€ de l'objectif voté. Ce résultat est le fruit du renforcement du pilotage de l'ONDAM en application des recommandations du rapport de la commission présidée par M. Briet. En particulier, des crédits de nature budgétaire ont été mis en réserve pour un montant de 525 M€. Le niveau contenu de la dépense tient aussi au caractère atypique de la fin de l'année 2010, marquée par un ralentissement particulièrement prononcé du niveau global de progression de la consommation de soins, se reportant sur le début de l'année 2011

L'écart de 0,8 Md€ observé en 2011 découle de la moindre exécution de l'ONDAM 2010 ainsi que par un rendement meilleur qu'anticipé de certaines mesures retenues en construction 2011. Des crédits ont par ailleurs été mis en réserve, le montant non délégué final s'élevant à 340 M€.

En 2012, la sous-exécution atteint 1,0 Md€ : l'ONDAM 2012 avait été construit sur l'hypothèse d'un strict respect en niveau de l'ONDAM 2011, qui s'est révélé être inférieur de 0,8Md€ à l'objectif dont 0,6 Md€ sur le sous-objectif des soins de ville. De plus, l'année 2012 est marquée par un ralentissement sensible de la dynamique de certains postes. En particulier, les indemnités journalières et les médicaments ont baissé de façon importante (respectivement -1,0% et -0,2%).

L'ONDAM 2013 reposait sur une prévision relative à 2012 qui n'intégrait qu'une sous-exécution prévisionnelle de 350 M€. Ainsi, la dynamique des dépenses étant proche des prévisions réalisées lors de la construction, la majeure partie de la sous-consommation 2013 provient des moindres réalisations observées in fine en 2012.

Pour plus de détails sur les niveaux prévisionnels de la dépense, ainsi que sur la nature et la répartition des crédits mis en réserve, se rapporter aux fiches relatives à l'ONDAM 2012 et à l'ONDAM 2013 des rapports de la Commission des comptes de juin et septembre 2013.

Construction de l'indicateur : l'ONDAM couvre l'ensemble des régimes d'assurance maladie et porte sur les risques maladie et accidents du travail. Il comprend principalement les dépenses remboursées par l'assurance maladie et exclut certaines prestations du fait de leur nature (prestations en espèces maternité et paternité, prestations d'assurances décès, rentes et capitaux servis par la branche AT-MP, etc.). Dans la loi de financement de la Sécurité sociale, l'ONDAM est fixé en montant, lequel est mesuré en « droits constatés » depuis 2002.

Précisions méthodologiques : ONDAM tous régimes, données 2012 provisoires et 2013 prévisionnelles. Les données de l'année N-2 sont définitivement connues au printemps de l'année N ; elles sont communiquées par le biais des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) de l'ensemble des caisses d'assurance maladie transmis au mois de mars de l'année N.

Les montants successifs de l'ONDAM année après année intègrent des changements de périmètre qui tendent à en élargir le champ. Les principaux changements de périmètre se sont produits en 2006 avec notamment l'intégration dans le champ de l'ONDAM de la prise en charge des cotisations sociales des médecins et du ticket modérateur au titre des ALD 31 et 32, ce qui a accru le périmètre de l'ONDAM de 2,5 Md€. Les changements de périmètre sont désormais décrits chaque année dans l'annexe 7 du PLFSS.

Une prévision en cours d'année dépassant l'objectif mais moins élevée que le seuil fixé par décret traduit le fait que l'ONDAM est un objectif de dépenses, dont le montant est par nature évaluatif. Son respect exact année après année est donc irréaliste compte tenu des événements aléatoires, tels que les épidémies, qui peuvent affecter les dépenses d'assurance maladie. Le seuil de 0,5% en 2013 correspond au déclenchement de la procédure d'alerte (voir ci-dessus), qui se traduit par la mise en œuvre d'une procédure contraignante pour le Gouvernement et l'assurance maladie. Il ne signifie en aucun cas qu'un dépassement de 0,5% puisse être considéré en toutes circonstances comme acceptable.

Indicateur n°5-3 : Montants récupérés par la CNAMTS maladie dans le cadre des recours contre tiers

Finalité : l'indicateur vise à présenter les montants que l'assurance maladie parvient à récupérer en matière de frais de soins engagés, dans le cas où la responsabilité de tiers est impliquée. À ce titre, les enjeux financiers pour la seule assurance maladie se montent à plusieurs centaines de millions d'euros par an, une politique active visant à aboutir à une optimisation du taux de récupération de ces sommes.

L'objectif pertinent en matière de recours contre tiers serait une hausse des récupérations en part des créances. Les données actuellement disponibles ne permettent pas de mesurer ce taux, faute d'une vision globale des créances. L'objectif retenu est donc une augmentation des montants récupérés.

Résultats : l'évolution des montants récupérés au titre des recours contre tiers est la suivante (en millions d'euros) :

Produits en M€ courants	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Part 2012 de chacun des régimes	Evolution annuelle 2007/2012	Objectif
CNAMTS	832,0	881,0	742,4	643,4	508,8	466,2	84,6%	-10,9%	Augmentation
MSA - salariés	13,2	16,7	17,4	17,3	12,3	17,8	3,2%	6,1%	
MSA - exploitants	11,9	12,5	10,2	10,3	8,3	11,8	2,1%	-0,3%	
CNMSS	9,7	12,1	12,0	10,4	9,0	9,7	1,8%	0,0%	
CANSSM	2,1	1,7	1,5	3,1	2,0	1,4	0,3%	-7,0%	
SNCF	8,5	9,4	-2,9	5,1	5,1	5,5	1,0%	-8,5%	
Banque de France, CRPCEN, CAVIMAC, RATP	1,3	0,4	1,9	0,8	0,8	1,4	0,3%	1,0%	
RSI (ex-CANAM)	34,5	32,7	31,2	35,9	30,3	37,0	6,7%	1,4%	
Tous régimes de base	913,2	966,6	813,8	726,5	576,5	551,0	100,0%	-9,6%	

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2013.

En 2012, les montants récupérés par la CNAMTS (branche maladie) au titre de la procédure de recours contre tiers nets ont représenté près de 85% des montants récupérés par l'ensemble des régimes de base d'assurance maladie. La baisse entamée en 2009 s'est poursuivie en 2012, les montants récupérés ont diminué de 8% pour atteindre 466 M€. Sur la période 2007-2012, ces montants récupérés ont baissé de 11% en moyenne par an.

Cette diminution reflète, d'une part, le retour à la normale dans l'enregistrement des dossiers des recours contre tiers suite à l'accélération du traitement des dossiers, en 2007 et 2008, demandée aux caisses locales et, d'autre part, l'impact de la réforme du 21 décembre 2006 qui limite les possibilités de récupération aux assiettes poste de préjudice par poste de préjudice alors qu'auparavant la Sécurité sociale récupérait sa créance sur le montant du préjudice total quels que soient les postes qu'elle indemnise. En 2011 et 2012, s'ajoutent les effets d'opérations exceptionnelles d'apurement de créances anciennes qui se sont traduites une forte hausse du provisionnement les deux années.

Construction de l'indicateur : il se fonde sur les montants inscrits dans les comptes des régimes de base d'assurance maladie. Pour les montants récupérés par la branche « accidents du travail / maladies professionnelles » de la CNAMTS, se reporter au programme correspondant.

Précisions méthodologiques : le champ de cet indicateur recouvre tous régimes de base d'assurance maladie. Cette année, les montants indiqués sont nets des provisions et des admissions en non valeur, et par conséquent inférieurs aux montants présentés dans les éditions précédentes.

Indicateur n°5-4 : Économies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées

Finalité : un plan de lutte contre les fraudes, les activités fautives et abusives, est mis en place annuellement par l'Assurance Maladie afin de dissuader l'ensemble des acteurs de frauder, fauter ou abuser. Depuis 2011, à la demande de la Direction de la sécurité sociale et de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, ce plan distingue d'une part, les fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées et, d'autre part, les activités abusives. Le sous-indicateur proposé vise à connaître l'efficacité des actions contentieuses en termes d'économies engendrées liées aux fraudes et aux activités fautives.

Résultats : les économies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées (en millions d'euros) évoluent de la manière suivante :

Economies liées aux fraudes et aux activités fautives et abusives détectées et stoppées								Economies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées			
2007		2008		2009		2010		2011		2012	
Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat	Objectif	Résultat
90	125,5	110	131,7	120	137,6	125	185,6	130	150,0	130	141,0

Source : CNAMTS/DCCRF.

Construction de l'indicateur : compte tenu de la distinction entre les fraudes et les activités fautives d'une part, et, d'autre part, les activités abusives, l'indicateur ne prend en compte, depuis 2011, que les fraudes et les activités fautives, excluant ainsi les activités abusives. Ainsi, le tableau ci-dessous précise le montant des fraudes et des activités fautives détectées et stoppées et celui des économies réalisées au 31 décembre 2012 pour chacun des thèmes retenus, ainsi que les objectifs respectifs. Les économies constatées s'élèvent à 141,0 M€ en 2012 versus 150,0 M€ en 2011. Elles correspondent aux demandes de réparation du préjudice subi, aux prononcés de pénalités et de sanctions financières de 15 160 dossiers de fraudes ou d'activités fautives traitées.

Le redressement des résultats financiers 2012 constatés est principalement la conséquence de la reprise progressive de l'activité de contrôle de la tarification à l'activité des établissements au cours de 2012 qui avait été suspendue, sur instruction ministérielle, au cours de 2011.

Thèmes	Fraudes détectées		Economies réalisées	
	Objectif	Résultats	Objectif	Résultats
Obtention de droits		3,8		96,4
Prestations en espèces (arrêts de travail, rentes AT, invalidité, ...)		12,7		
Prestations en nature / Soins de ville		75,4		
Etablissements (T2A MCO, HAD, EHPAD)		57,5		44,6
TOTAL 2012	150,0	149,4	130,0	141,0

Source : CNAMTS/DCCRF

Pour l'ensemble des programmes de contrôle d'initiative nationale et des actions locales, la CNAMTS fixe :

- un objectif financier correspondant aux montants à détecter exprimé en terme de préjudice subi par l'assurance maladie (cf. précisions méthodologiques). Cet objectif est fixé en prenant en compte les montants des fraudes et des activités fautives détectées et stoppées correspondant à ceux qui ont été estimés en tant que préjudice financier subi par l'Assurance maladie à l'origine des contentieux qu'elle engage.
- un objectif financier reposant sur la sommation des différentes sources d'économies possibles (notifications, transactions, etc.).

Concernant les contrôles externes de la Tarification à l'activité (T2A), faisant partie des programmes menés dans les établissements, 206 établissements ont été contrôlés au titre de la campagne 2011, une sanction financière a été notifiée par les Directeurs généraux des Agences régionales de santé pour 10 d'entre eux pour un montant financier total de 714 909 euros (situation au 28/02/2013). En pratique, le contrôle est réalisé par champ de contrôle. Un champ de contrôle correspond à une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes. Le contrôle de la tarification à l'activité porte sur les séjours produits l'année civile antérieure au contrôle. En 2012, le taux de séjours contrôlés atteint 0,60% (nombre de séjours MCO contrôlés au programme de l'année N rapporté au nombre de séjours MCO produits par l'ensemble des établissements, l'année N-1).

Précisions méthodologiques : les contrôles portent sur les données du régime général sauf ceux relatifs au thème se rapportant à la tarification à l'activité des hôpitaux pour lequel les paiements de tous les régimes sont contrôlés.

Rappel des définitions des concepts sous-jacents à l'indicateur :

Fraude : sont qualifiés de fraude les faits illicites au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou de la caisse d'assurance retraite et santé au travail ou encore de l'État s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, du bénéfice de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'État.

Activités abusives : sont qualifiées d'activités abusives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques.

Activités fautives : Sont qualifiées d'activités fautives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives.

Indus notifiés : Montants réclamés par un organisme dans des dossiers mettant en évidence des fraudes, des activités fautives ou abusives ouvrant des voies de recours adaptés aux cas d'espèces et hors transactions.

Pénalités financières : l'article 23 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie donne compétence au directeur d'un organisme local d'assurance maladie pour notifier, après avis d'une commission ad hoc, une pénalité financière à un assuré, un employeur, un professionnel de santé ou un établissement de santé en cas d'inobservation de règles du code de la Sécurité sociale (CSS) exhaustivement listées par décret. L'article 120 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 harmonise, quant à lui, la jurisprudence des organismes locaux d'assurance maladie concernant le prononcé des pénalités financières et des mises sous accord préalable. Celles-ci sont notifiées après avis conforme du Directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. L'avis était réputé conforme à compter du 1er juillet 2011.

Sanctions financières : le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 a introduit le principe d'une sanction financière. Selon l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale "les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée".

Préjudice subi : montant des prestations versées à tort tel que l'évalue la caisse après investigations et décision d'entreprendre une ou plusieurs actions.

Préjudice évité : dans le cas où la fraude a été découverte avant paiement et où le préjudice subi est donc nul, le préjudice évité est égal au montant des prestations que la caisse aurait versé à tort si la fraude n'avait pas été détectée. Dans le cas où la fraude a été découverte après paiement, un

préjudice a été subi et le préjudice évité est égal au montant des prestations que l'assurance maladie aurait continué à régler si la fraude n'avait pas été découverte et le paiement arrêté.