

PARTIE II OBJECTIFS / RÉSULTATS

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	DGOS/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	Réduction	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 2-2-1 - Prévalence du tabagisme quotidien des 18-75 ans 2-2-2 - Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus	21% en 2019 Diminution	DGS / DREES DGS / DREES	DGS
	Politiques préventives			
	2-3 - Indicateurs sur le dépistage du cancer 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	Augmentation Augmentation Augmentation	DGS / DREES	DGS
	2-4 - Taux de couverture vaccinale... 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	95% 75%	DGS / DREES	DGS
	2-5 - Taux de diabétiques bénéficiant des recommandations de bonnes pratiques cliniques	Augmentation	CNAMTS	CNAMTS / DGS
	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

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal	
Démarches de qualité du système de soins					
3 - Améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins	3-3 – Indicateur relatif à la prévention des infections nosocomiales des établissements de santé 3-3-1 - Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales 3-3-2 - Indice triennal SARM du tableau de bord des infections nosocomiales 3-3-3 - Prévalence des infections nosocomiales dans les établissements de santé 3-3-4 - Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB)	Selon les classes de performance Augmentation des classes A et B Diminution Selon les classes de performance	DGOS	DGOS	
	3-4 - Proportion d'établissements certifiés au niveau 1 par la Haute Autorité des Santé	Augmentation			HAS
	3-5 - Taux de réalisation des médecins rémunérés selon les objectifs de santé publique	Objectifs conventionnels	CNAMTS	CNAMTS	
	Niveau de consommation				
	4 - Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses	4-1 - Taux de croissance des dépenses de médicament au cours des cinq dernières années	Ralentissement	DSS/CNAMTS	CNAMTS
4-2 - Indicateur de suivi de la consommation de médicaments 4-2-1 - Taux de pénétration des génériques 4-2-2 - Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance		85% en 2013 Réduction	CNAMTS DSS	CNAMTS CNAMTS	
4-3 - Nombre de doses définies journalières d'antibiotiques pour 1000 habitants par an (en ville)		Diminution	ANSM	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	

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
4 - Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses	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)	Médicaments +1,5% DMI +6%	DGOS	DGOS
	4-6 – Évolution du remboursement des indemnités journalières de la branche maladie	Évolution au rythme de la masse salariale diminuée de 0,5 point	DSS	CNAMTS
	4-7 – Taux d'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie	Cibles conventionnelles	CNAMTS	CNAMTS
	Efficience des producteurs de soins			
	4-8 – Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire	50% en 2016	DGOS	DGOS
	4-9 – 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 de la durée moyenne de séjours de niveau 1	DGOS	DGOS
	4-10 – Indice de performance – durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique	Diminution	DGOS	DGOS
	4-11 – Indice de performance des établissements de santé dans la gestion des achats hospitaliers	380M€ en 2014	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	Supérieur à 0%	DGOS	DGOS
	4-12-2 – Marge brute d'exploitation des établissements de santé, en pourcentage des produits	Progression		
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%	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 2013	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 relatif à la 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 pour 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, il est passé de 42 390 à 52 318, soit une augmentation de plus de 23%. 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%	6%*	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	58,3*	

Source : CNAMTS, champ : France métropolitaine.

* Après consolidation des données 2012.

En 2012, sur les 1 916 bassins de vie que compte la France métropolitaine, 298 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 environ 15,5 % des bassins de vie.

Bien que l'indicateur augmente de 0,2 point par rapport à 2011, le nombre de bassins de vie considérés comme fragiles reste néanmoins stable, passant de 295 à 298 entre 2011 et 2012. 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 0,7 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 de ce bassin de vie.

Les données proviennent de la base SNIIR-AM (Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie) de la CNAMTS). 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 parisien 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

Finalité : construire des indicateurs de densités moyennes en médecins spécialistes 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. La densité départementale moyenne de médecins spécialistes est au 1^{er} janvier 2014 de 179 médecins pour 100 000 habitants, avec des disparités départementales importantes allant de 29 pour Mayotte à 77 pour la Guyane, 73 pour l'Eure et 76 la Haute-Loire et jusqu'à 263 pour les Alpes-Maritimes ou 557 pour Paris.

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

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Densité moyenne dans les départements de densité supérieure à la médiane	204,5	204,2	204,1	205,7	203,8	202,7	202,0	208,1	206,7	209,8	Réduction des écarts
Densité moyenne dans les départements de densité inférieure à la médiane	108,1	108,4	107,6	108,7	106,8	104,7	104,1	109,6	107,2	108,8	
Densité départementale médiane	131,8	132,4	131,8	134,3	133,9	126,1	126,6	132,9	133,3	134,3	
Densité moyenne France entière	171,8	173,7	171,5	173,0	172,4	169,9	171,3	177,2	177,9	179,0	

Source : 2005-2011 ADELI et 2012-2014 RPPS. Champ : France entière.

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

Lecture : au 1^{er} janvier 2014, il y a en moyenne en France (y compris DOM et Mayotte) 179 médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

Au 1^{er} janvier 2014, la densité de médecins spécialistes est en augmentation (179 pour 100 000 habitants). La densité moyenne de la moitié des départements les mieux lotis s'élève à 209,8 spécialistes pour 100 000 habitants et continue d'augmenter. La densité moyenne de la moitié des départements les moins bien dotés est de 108,8, également en augmentation.

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 pratiquement 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. 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, 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 de ces départements sur leur population totale.

Précisions méthodologiques : l'indicateur est calculé par la DREES. Le champ est constitué par l'ensemble des médecins spécialistes quelque soit leur mode d'exercice (libéral ou salarié). Les résultats sont obtenus jusqu'en 2011, sur la base du répertoire administratif ADELI auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. 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.

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.

A l'automne 2013 les agences régionales de santé ont identifié, pour chaque territoire qualifié comme 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 sont actuellement en cours de mise en œuvre. L'une des solutions préconisées dans ce cadre est le déploiement du dispositif des Médecins correspondant du SAMU (MCS). Ils ont été identifiés comme l'un des dispositifs permettant de sécuriser les prises en charge en urgence de patients et d'améliorer les temps d'accès. Le MCS est un médecin formé à l'urgence, qui agit sur demande de la régulation médicale des SAMU-Centre 15, pour prendre en charge des patients en situation d'urgence médicale, dans une zone préalablement identifiée, en priorité située à plus de trente minutes d'accès d'un effecteur de médecine d'urgence (structure des urgences ou SMUR).

L'intervention du MCS est déclenchée de manière systématique et simultanée à l'envoi d'un SMUR. Il prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR, en lien continu et permanent avec le SAMU, qui va adapter les moyens de transports aux besoins du patient identifiés par le MCS. Il est prévu de doubler leur nombre entre fin 2013 et fin 2014 ce qui améliorera l'accès aux soins urgents de près d'un million de personnes.

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

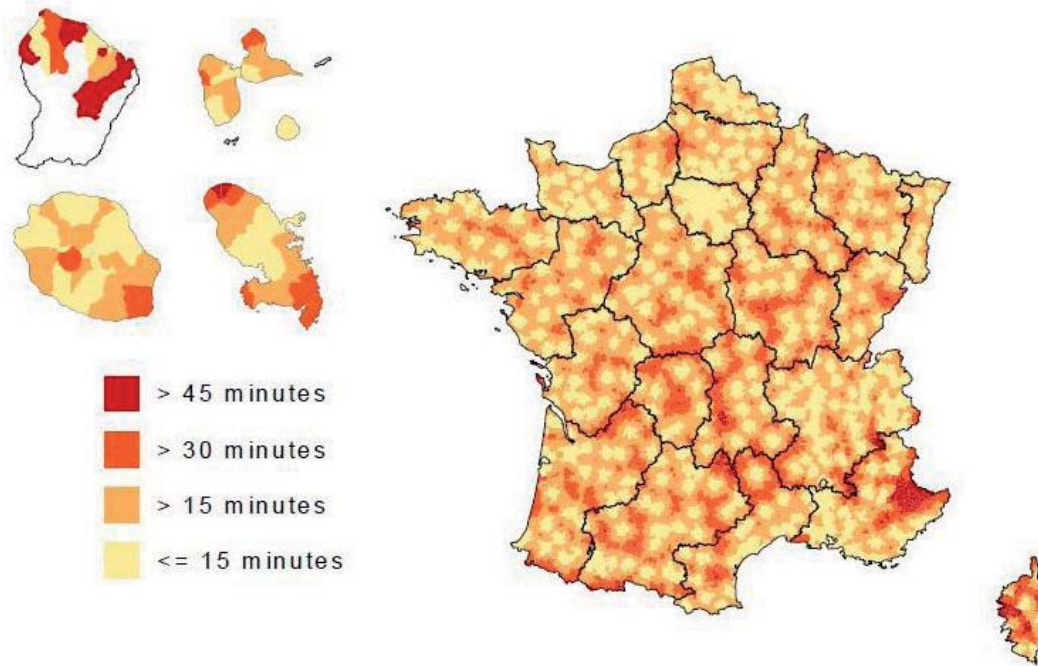
	2011	Objectif
Moins de 30 minutes	97,1%	100% en tenant compte de toutes les organisations territoriales possibles au-delà des SMUR et services d'urgence
dont moins de 15 min	75,0%	
dont de 15 à 30 min	22,1%	
De 30 à 45 minutes	2,8%	
Plus de 45 min	0,1%	

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 %	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif 2014
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des administrations publiques (en %)	78,2	77,9	77,3	77,4	77,3	77,1	77,2	77,4	Pas de diminution
Régimes obligatoires d'assurance maladie	76,8	76,6	76,0	76,1	76,0	75,7	75,9	76,0	
État, Fonds CMU, les collectivités locales	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	
Part de la consommation de soins et de biens médicaux financée par des acteurs privés	21,8	22,1	22,7	22,6	22,7	22,9	22,8	22,6	
Opérateurs de couvertures maladie complémentaires	13,0	13,1	13,4	13,4	13,6	13,7	13,8	13,8	
Ménages (reste à charge)	8,8	8,9	9,3	9,2	9,2	9,2	9,0	8,8	
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	

Source : DREES, comptes nationaux de la santé, base 2010

Les administrations publiques prennent en charge une part prépondérante (77,4% en 2013) 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 (76,0% en 2013), la part des autres administrations publiques étant réduite (1,4%) 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 (13,8%) et d'autre part par les dépenses qui restent à la charge des ménages (8,8%).

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'est 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'était stabilisée à 76 %. Elle a ensuite 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 (déremboursement de certains médicaments à service médical rendu insuffisant), elle augmente légèrement en 2012 puis en 2013 car ce sont les dépenses les mieux prises en charge par l'assurance maladie (soins hospitaliers, soins infirmiers, transports, médicaments coûteux, en particulier rétrocession hospitalière) qui constituent les postes les plus dynamiques.

Cette remontée tendancielle de la part de la Sécurité sociale s'explique aussi par la croissance constante des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée – ALD – et par l'absence de mesures d'économies affectant directement les assurés.

La prise en charge par les organismes complémentaires atteint 25,7 milliards d'euros en 2013, soit 13,8 % de la CSBM, comme en 2012. Elle est tendanciellement orientée à la hausse. En sept ans, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé a en effet augmenté de 0,8 point, passant de 13,0 % en 2006 à 13,8 % en 2013. Cette progression est le résultat de deux évolutions de sens contraire, mais qui ne se compensent pas : une part

accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux, et une réduction continue mais moindre de leur prise en charge des médicaments.

La progression de la part prise en charge par les organismes complémentaires dans les soins hospitaliers et les soins de ville est notamment à relier à la hausse des forfaits journaliers d'hospitalisation et des tarifs journaliers de prestations dans les hôpitaux publics, à la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds et au relèvement de 91 à 120 euros de son seuil d'application, ainsi qu'à l'augmentation lente de la prise en charge des dépassements (dépassements d'honoraires de médecins et des soins prothétiques des dentistes). Pour les biens médicaux, la progression est due au relèvement du ticket modérateur sur certains biens (le remboursement étant passé de 65 à 60 % en mai 2011) et à l'implication croissante des organismes complémentaires dans le remboursement de biens à l'évolution dynamique, comme 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 progresse le plus : elle atteint 39,3 % en 2013 alors qu'elle n'était que de 33,5 % en 2006.

A contrario, 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 17 % en 2006 à 16 % en 2008, puis à 14 % en 2013 avec la poursuite des déremboursements, l'augmentation du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur 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 s'élève à 14,6 % de la CSBM en 2013.

Le reste à charge des ménages est évalué à 16,5 milliards d'euros pour l'année 2013, soit 8,8 % de la CSBM, en baisse de 0,2 point par rapport à 2012.

Représentant 8,9 % de la CSBM en 2007, le reste à charge des ménages a augmenté de près de 0,4 point en 2008 avec les franchises instaurées sur les postes de dépenses les plus dynamiques (médicaments, transports de malades, auxiliaires médicaux). Il s'est stabilisé à 9,2 % de 2009 à 2011, les facteurs structurels de diminution du reste à charge des ménages compensant les nouvelles mesures d'économies visant à limiter le déficit de l'assurance maladie. Parmi ces facteurs structurels, on peut citer la hausse des prestations des organismes complémentaires, la progression des effectifs d'assurés en ALD, la croissance plus dynamique des postes de dépense les mieux remboursés tels que les soins infirmiers, les médicaments rétrocédés ou les transports de malades.

En 2012-2013, en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages, la part de la CSBM restant à leur charge reprend sa tendance à la baisse : elle passe de 9,2 % en 2011 à 9,0 % en 2012 puis à 8,8 % en 2013 (évaluation provisoire qui sera révisée l'an prochain). Ce recul est imputable pour partie aux facteurs structurels précédemment mentionnés, mais également à un ralentissement de la croissance des dépenses non remboursables en 2012 et 2013.

Ainsi, le rythme de croissance des dépassements d'honoraires de médecins ralentit pour la première fois en 2012, à +1,6 %, contre une hausse supérieure à 4 % par an en moyenne de 2006 à 2011. Cette tendance se poursuit en 2013 avec une hausse limitée à 2,8 %. Le nouveau « Contrat d'accès aux soins », mis en place fin 2013, et déjà signé par 10 000 praticiens en 2014, a pour objet de contribuer à limiter ces dépassements en contrepartie du paiement par la Sécurité sociale d'une partie de leurs cotisations sociales.

En 2013, vient également s'ajouter une baisse de 1,8 % de la consommation de médicaments non remboursables (par nature totalement à la charge des ménages), ce qui n'était pas arrivé depuis 2005. Enfin, les dépassements de tarif reculent depuis 2011 sur les produits de la LPP tels que les orthèses et prothèses, et reculent également sur l'optique en 2013.

Par rapport aux autres pays développés, la France est un de ceux 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. Les Pays-Bas, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède), la République tchèque 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, de maternité 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.

Les Comptes nationaux élaborés par l'Insee font l'objet d'un changement de base périodique, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. À l'occasion de la publication de la nouvelle base dite « base 2010 », le contour et l'évaluation des deux principaux agrégats des comptes de la santé ont été revus.

Pour plus de détails se reporter à la publication « Les Comptes nationaux de la santé en 2013 », DREES, Études et Résultats n°890, septembre 2014.

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
1er décile	178 €	1,6%	Limitation
2e décile	266 €	1,5%	
3e décile	243 €	1,2%	
4e décile	275 €	1,2%	
5e décile	292 €	1,1%	
6e décile	336 €	1,1%	
7e décile	331 €	0,9%	
8e décile	362 €	0,9%	
9e décile	378 €	0,8%	
10e 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 compléter les remboursements des régimes obligatoires. Ce dispositif offre, sous condition de ressources et de résidence stable et régulière, l'accès à une complémentaire santé gratuite pendant une année. Le droit est renouvelable.

Précisions sur le dispositif : la CMU-C est une prestation distincte de la CMU de base (affiliation au 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 9 534 euros par foyer pour la période du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014

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 socle 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 8 593 € au 1^{er} juillet 2013 pour une personne en métropole. En 2013, le relèvement du plafond a été de 8,3 % (7 % au titre de la revalorisation exceptionnelle qui a été décidée à l'issue de la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et de 1,3 % au titre de l'inflation).

Les bénéficiaires de la CMU-C peuvent choisir de confier la gestion de cette couverture à l'État via leur caisse d'assurance maladie ou à un organisme complémentaire (OC) agréé : mutuelle, assurance ou institution de prévoyance. Fin 2013, la plupart des bénéficiaires (85,4%) 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.

En 2014, les modalités de prises en charge des soins pour les bénéficiaires de la CMU-C sont améliorées. Le panier de soins permet désormais : l'accès à un équipement auditif complet et de qualité grâce à une prise en charge qui passe du simple au double (de 643 € à 1 400 €) ; la prise en charge, en sus des tarifs de responsabilité, de l'amincissement des verres pour les plus fortes corrections ; ainsi que la prise en charge des bridges de trois dents.

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	2013	Objectif
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un régime obligatoire	3 622 561	3 573 742	3 673 401	3 730 956	3 846 597	4 174 260	
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un organisme complémentaire	564 305	605 574	653 080	689 942	692 392	715 234	
Ensemble des bénéficiaires de la CMU-C	4 186 865	4 179 316	4 326 481	4 420 898	4 538 989	4 889 494	Hausse

Source : Fonds CMU. Champ : France entière.

Au mois de décembre 2013, le dispositif CMU-C compte 4,9 millions de bénéficiaires (dont 4,2 millions gérés par un régime obligatoire). L'effectif total est en progression de 7,7% par rapport à la même période de 2012. L'effectif à fin 2012 était en progression de 2,7% par rapport à fin 2011. La forte progression entre fin 2012 et fin 2013 est liée à une évolution naturelle des effectifs, dans un contexte de crise économique qui perdure, mais également à la mesure de relèvement exceptionnel du plafond, effective au 1^{er} juillet 2013. Le Fonds CMU a mis en place un suivi de la mesure

avec 10 caisses locales du régime général, ainsi qu'avec le régime des indépendants et le régime agricole. Grâce à cette mesure, on estime que plus de 102 000 personnes ont pu accéder à la CMU-C entre juillet et décembre 2013.

Selon les dernières données disponibles, le cap des cinq millions de bénéficiaires a été franchi en 2014.

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 métropolitaine 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.

Selon de premières extrapolations, pour 2013, en prenant en compte uniquement la mesure de relèvement du plafond au 1^{er} juillet et non les évolutions des revenus entre 2012 et 2013, la population cible se situerait dans une fourchette allant de 5,3 à 6,3 millions, en métropole. Ces extrapolations doivent cependant être confirmées.

Le financement de la CMU-C a connu de profondes modifications. De 2009 à 2012, le Fonds CMU n'a été financé que par la contribution versée par les OC, qui est passée de 2,5% à 5,9% de leur chiffre d'affaires au 1^{er} 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 2013, le Fonds reçoit également une part du droit de consommation sur les tabacs (3,15 %).

De 2004 à 2012, le Fonds a reversé un montant forfaitaire annuel aux régimes de base et aux OC par bénéficiaire de la CMU-C dont ils gèrent le contrat. Les organismes complémentaires déduisent ce forfait du montant de leur contribution. Ce forfait a été de 304,52 € en 2005, de 340 € en 2006, puis de 370 € de 2009 à 2012. Depuis 2013, le Fonds CMU rembourse les organismes gestionnaires de la totalité de la dépense engagée, dans la limite d'une dépense moyenne par bénéficiaire fixée à 400 €, montant indexé sur la progression de l'inflation (article 22 de la loi n°2012-1404 de financement de la sécurité sociale pour 2013).

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 439 € en 2013). En ce sens, l'article 22 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement 2013 prévoit que : « *Le remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [...] est majoré, d'un versement du fonds permettant la prise en compte du niveau plus important des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 du fait des dispositions de l'article L. 861-6* ».

Le II de cet article ajoute : « *À titre exceptionnel en 2013, la majoration du remboursement effectué à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés [...] tient compte des sommes engagées par la caisse au titre des exercices 2013 et 2012 dans la limite du résultat comptable du fonds en 2013* ».

Ainsi, les excédents dégagés par le Fonds en 2013 permettraient de compléter le remboursement de la CNAMTS quasiment à hauteur de ses dépenses réellement engagées.

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.

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 : 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 1^{er} janvier 2012. Depuis le 1^{er} juillet 2013, à la suite de la conférence nationale de la lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, le plafond de ressources de la CMU-C a été revalorisé à hauteur de 8,3%, portant ainsi mécaniquement le plafond de l'ACS au niveau du seuil de pauvreté (60% du revenu médian).

Concrètement, après instruction de la demande par la caisse de sécurité sociale, une attestation de droits (« attestation-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 » déterminées à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale. L'attestation est valable six mois (délai pour l'utiliser auprès d'un OC) et le droit est attribué pour une année à compter de la présentation de l'attestation à l'OC ou de la date d'effet du contrat lorsqu'il s'agit d'un contrat nouvellement souscrit).

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, 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 (550 euros à partir du 1^{er} janvier 2014 pour cette dernière catégorie).

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

	Nov. 2008	Nov. 2009	Nov. 2010	Nov. 2011	Nov. 2012	Nov. 2013	Mai 2014 ^(*)	Objectif
Bénéficiaires de l'ACS	541 100	546 000	579 300	697 300	921 900	1 052 400	1 168 539	
Bénéficiaires utilisant effectivement l'attestation	442 300	501 700	532 900	621 400	774 000	885 312	920 613	Hausse

Source : Fonds CMU, chiffres arrondis. Compteurs remis à zéro chaque année pour les bénéficiaires de l'ACS, sauf (*) sur douze mois glissants pour le nombre de bénéficiaires.

Champ : France entière

Fin mai 2014, 1 169 000 personnes sont bénéficiaires d'une attestation ACS (chiffre estimé sur douze mois glissants). A fin décembre 2013, le nombre de bénéficiaires d'attestations ACS s'est établi à 1 157 000, en hausse de 15,1 % par rapport à l'année 2012, tous régimes confondus. L'évolution est de + 15,9 % pour la CNAMTS, + 11,3 % pour le RSI et + 1,3 % pour la CCMSA. Sur le 1^{er} semestre 2013, avant le relèvement du plafond de l'ACS, la hausse était de 11,7 % tous régimes confondus. Sur le 2^{ème} semestre, après relèvement du plafond, la hausse ressort à 18,6 % tous régimes confondus.

Le Fonds CMU a mis en place un suivi de la mesure avec 10 caisses locales du régime général, ainsi qu'avec le régime des indépendants et le régime agricole. Grâce à cette mesure, on estime que 80 000 personnes se sont vu délivrer une attestation de droits ACS grâce à cette mesure entre juillet et décembre 2013.

A fin mai 2014, le nombre d'utilisateurs d'attestations auprès d'un OC est de 920 600. Le taux d'utilisation demeure proche des 80%, mais il est observé depuis 2013 des variations à la baisse plus fréquentes par rapport aux années précédentes. En période de montée en charge du dispositif (relèvement du plafond de ressources au 1er juillet 2013), il

est cependant logique qu'il existe un décalage entre délivrance et utilisation, compte-tenu du délai qui peut être nécessaire pour utiliser son attestation auprès d'un OC.

Parmi les utilisateurs, 70% ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 28% auprès d'une société d'assurance et 2% dans une institution de prévoyance.

Le nombre de personnes éligibles à l'ACS sur la base d'une actualisation pour 2012 serait compris dans une fourchette allant de 2,7 à 3,9 millions de personnes, desquels il convient de retirer une proportion de 21 % pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire, soit une fourchette corrigée allant de 2,1 à 3,1 millions de personnes. En 2012, le taux de recours à l'ACS se situe entre 30 % et 43 %.

Selon de premières extrapolations, pour 2013, toujours en métropole, la population cible se situerait dans une fourchette allant de 3,4 à 4,9 millions de personnes pour l'ACS, desquels il convient de retirer une proportion de 21 % pour les personnes qui ne sont pas éligibles parce qu'elles disposent d'un contrat collectif obligatoire, soit une fourchette corrigée allant de 2,7 à 3,9 millions. Ces extrapolations, qui tiennent compte uniquement de la mesure de relèvement du plafond au 1^{er} juillet et non les évolutions des revenus entre 2012 et 2013, doivent cependant être confirmées.

Sur l'année 2013, le coût du dispositif s'est établi à 234 millions d'euros. Le montant moyen annuel de la déduction s'élève à 278 euros.

L'enquête annuelle 2013 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 53% (54% dans l'enquête 2012). Le prix annuel moyen du contrat ressort à 904 € (par contrat couvrant en moyenne 1,6 personne, soit 561 € pour une personne), en évolution de + 2,3% par rapport à l'enquête 2012 (mais + 5,3% sur le prix unitaire car le nombre moyen de personnes couvertes par contrat a baissé de 1,66 à 1,60 personne). Le taux d'effort des ménages concernés pour acquérir leur complémentaire santé représente 4,0% de leur revenu annuel (4,1% en 2012). 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.

Il convient néanmoins de souligner que le niveau de couverture procuré par les contrats ACS, apprécié à partir de la classification des contrats santé utilisée par la DREES à l'occasion de son enquête annuelle sur les contrats les plus souscrits, est d'un niveau sensiblement inférieur aux autres contrats individuels : 48 % des utilisateurs de l'ACS auprès d'un OC sont couverts par un contrat de classe E contre 16 % pour les personnes couvertes par un contrat individuel en général¹ ; à l'inverse, 18 % des utilisateurs de l'ACS auprès d'un OC sont couverts par un contrat de classe C contre 44 % des personnes couvertes par un contrat individuel. L'écart devrait être atténué par la mesure d'opposabilité des tarifs en direction des bénéficiaires de l'ACS. En plus du reste à charge sur le prix du contrat, on gardera 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 la nature des dépenses et les profils de consommation.

La prochaine enquête annuelle sur l'ACS devrait connaître d'importantes modifications en raison du nouveau contexte de mise en concurrence appliquée aux contrats ACS à compter du 1er juillet 2015.

la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a en effet introduit une procédure de mise en concurrence afin de sélectionner les contrats de complémentaire santé réservés aux bénéficiaires de l'ACS et offrant, au meilleur prix, des garanties au moins aussi favorables que celles requises dans le cadre d'un contrat responsable.

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. La première information sur le nombre de bénéficiaires de l'ACS est remise à 0 au début de chaque année.

Précisions méthodologiques sur l'enquête ACS : les résultats du rapport relatif au prix et au contenu des contrats pour 2013 sont issus de l'exploitation des réponses de 44 OC représentant 63% des utilisateurs de l'ACS déclarés par les OC auprès du Fonds CMU à fin novembre 2013.

¹ La classification DREES s'appuie sur une partition en 5 classes de contrats : A, B, C, D, E (de la meilleure à la moins bonne couverture)

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. Au 31 décembre 2013, 7 545 médecins de secteur 2 ont souscrit à un contrat d'accès aux soins, soit 26% des médecins de secteur 2.

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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Part de la population résidant dans les départements où :									
au moins 20% des omnipraticiens exercent en S2	17,9%	19,7%	18,0%	18,0%	15,3%	15,3%	12,0%	12,1%	Réduction
au moins 50% des spécialistes exercent en S2	16,8%	16,8%	18,9%	20,0%	17,0%	18,9%	18,7%	20,1%	
Taux de dépassement des médecins en S2	48,4%	49,9%	49,6%	51,1%	54,4%	53,2%	53,1%	52,4%	Réduction
Taux de dépassement des actes avec dépassement (*)						81,5%	82,5%	82,7%	
Part de l'activité réalisée au tarif opposable (*)						32,1%	32,9%	33,4%	Pas de diminution

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

En 2013, 12,1% 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. Elle reste stable par rapport à 2012. L'accès aux spécialistes libéraux est moins favorable : 20,1% de la population réside dans des départements où 50% des spécialistes pratiquent des honoraires libres. Ces évolutions reflètent pour partie celles du nombre de médecins exerçant en secteur 2. Si la part des omnipraticiens conventionnés en secteur 2 continue de décroître en 2013 pour atteindre 8% (13% en 2003), la part des spécialistes conventionnés en secteur 2 augmente en revanche chaque année passant de 38% en 2003 42,5% en 2013.

La répartition des médecins de secteur 2 (omnipraticiens et spécialistes) est surtout concentrée dans les régions à forte densité urbaine : 35,1% des médecins du secteur 2 exercent en Île-de-France, 12,3% en région PACA - Corse et 12,9% en région Rhône-Alpes.

Plus précisément, plus d'un omnipraticien sur cinq est conventionné en secteur 2 dans cinq départements (Paris, Seine-et-Marne, Yvelines, Alpes-Maritimes, et en Essonne). Ces cinq départements hébergent 12,1% de la population métropolitaine.

Cette proportion est plus élevée pour les médecins spécialistes : un spécialiste sur deux est conventionné en secteur 2 dans neuf départements (Paris, Rhône, Hauts-de-Seine, Yvelines, Seine-et-Marne, Alpes-Maritimes, Val d'Oise, Val de Marne et Haute-Savoie). Ces départements hébergent 20,1% 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 garantit 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 (un omnipraticien actif à part entière sur cinq en 2013), 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 (97 dans les Alpes Maritimes contre 83 omnipraticiens de secteur 1 en France Métropolitaine en 2013).

Le taux moyen de dépassement des honoraires constaté en France métropolitaine pour les médecins en secteur 2 atteint 52,4% en 2013, un niveau un peu inférieur à celui de 2012, mais en augmentation de près de 7 points par rapport à 2004. Il varie fortement selon les spécialités : inférieur à 35% pour les cardiologues (22%) et radiologues (35%), il dépasse les 70% pour les gynécologues/obstétriciens.

Si l'on se limite aux uniquement aux actes tarifés avec dépassement, (en moyenne, un peu plus de 33% de l'activité réalisée ne donne pas lieu à dépassement), le taux moyen de dépassement s'élève à près de 83%.

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 dépassements 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 observés 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 douze derniers mois pour raisons financières : écart entre bénéficiaires de la CMU complémentaire et bénéficiaires d'une couverture 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 Santé et Protection Sociale (SPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), en 2012, 26,7 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarent avoir renoncé pour des raisons financières à au moins un soin (en dentaire, en optique, à un médecin et/ou à un autre soin) au cours des douze derniers mois.

Avertissement : un changement de formulation des questions en 2012 a permis d'améliorer le recueil des déclarations de renoncement aux soins mais introduit une rupture de série ne permettant pas les comparaisons avec les années antérieures. La formulation plus précise des questions sur le renoncement aux soins dans la vague 2012 de l'enquête SPS s'est traduite, comme attendu (cf. précisions méthodologiques), par une augmentation du taux de renoncement. Mais cette rupture de série en niveau n'a pas modifié la structure du renoncement aux soins pour raisons financières. Les postes les plus concernés par le renoncement restent ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé. Parmi les individus ayant renoncé à au moins un soin pour des raisons financières en 2012, 68 % déclarent avoir renoncé à un soin dentaire (dans 7 cas sur 10 il s'agit d'un soin prothétique, i.e. une couronne, un bridge ou un implant dentaire) et 37 %¹ à une paire de lunettes ou des lentilles. À l'inverse, le renoncement à des consultations d'omnipraticiens n'est déclaré que par 13 % d'entre eux.

Les femmes déclarent toujours plus renoncer que les hommes, quels que soit les soins concernés et la tranche d'âge. Le renoncement aux soins pour raisons financières décroît globalement avec l'âge. Le nouveau questionnaire révèle des déclarations de renoncement plus fréquentes de la part des moins de 30 ans. Ce taux est également déterminé par l'état de santé : à âge égal, plus l'état de santé est dégradé, plus le renoncement aux soins est important. 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 privée, en se restreignant aux individus âgés de 18 à 64 ans. Son évolution depuis 2006 est retracée dans le tableau suivant.

Taux de renoncement aux soins	2006	2008	2010	2012* (refonte)	Objectif
... des bénéficiaires de la CMU-C (1)	19,1%	22,1%	20,4%	32,8%	
... des bénéficiaires d'une complémentaire privée (2)	13,9%	15,2%	14,7%	24,5%	
... des personnes sans complémentaire (3)	33,2%	35,1%	32,6%	54,8%	
Écart (1)-(2)	5,2 pts	6,9 pts	5,7 pts	8,3 pts	Réduction

*Avertissement : un changement de formulation des questions en 2012 a permis d'améliorer le recueil des déclarations de renoncement aux soins mais introduit une rupture de série ne permettant pas les comparaisons avec les années antérieures.

Source : ESPS 2012, calculs Drees.

Champ : population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans ; la structure par âge et sexe des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires d'une complémentaire santé sont calées sur la structure démographique métropolitaine.

Note de lecture : en neutralisant les spécificités d'âge et de sexe de chaque catégorie, 24,5 % des bénéficiaires d'une couverture traditionnelle et 32,8 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent renoncer à des soins pour raisons financières.

En 2012, plus d'une personne sans couverture complémentaire sur deux déclare avoir renoncé à au moins un soin. En supprimant les spécificités d'âge et de sexe, un tiers des bénéficiaires de la CMU-C sur trois déclare un renoncement, contre un quart chez les individus protégés par une couverture complémentaire privée.

¹ Les enquêtés peuvent déclarer avoir renoncé à plusieurs postes de soins, donc la somme n'est pas égale à 100 %. En 2012, parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins pour raisons financières, plus d'un tiers a renoncé à au moins deux postes de soins.

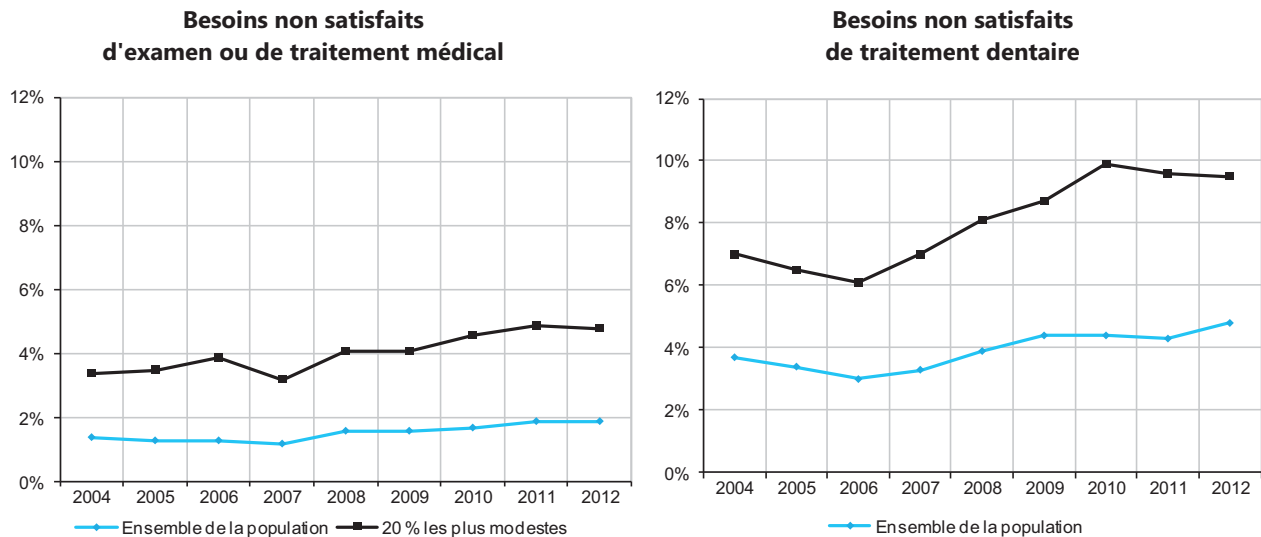
L'écart des taux standardisés sur l'âge et le sexe de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une couverture privée s'établit à 8,3 points en 2012.

Il est impossible de tirer des conclusions robustes quant à l'évolution de cet écart entre 2010 et 2012, en raison de la reformulation des questions sur le renoncement aux soins en 2012 qui a introduit une rupture de série.

Il est cependant certain que l'écart entre le renoncement des CMU-Cistes et celui des assurés couverts par une complémentaire privée est important. Une partie de cet écart s'explique par les caractéristiques socio-économiques spécifiques des CMU-Cistes (autres que le sexe et l'âge pris en compte dans la standardisation réalisée ici) : des différences de revenus, des situations de chômage plus fréquentes, une part plus importante d'ouvriers et employés et la surreprésentation des familles monoparentales. Des travaux économétriques récents menés par la Drees et l'Irdes¹ ont ainsi montré 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 complémentaire. La CMU-C joue donc un rôle important 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 la quasi-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. Toutefois, contrairement à l'enquête SPS, 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. Il s'agit des personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins médicaux ou dentaires alors qu'elles en éprouvaient le besoin (« besoins de soins non satisfaits », *unmet needs*) et parce qu'elles n'en avaient pas les moyens. Le questionnement étant différent, il s'agit uniquement en mobilisant cette source complémentaire ne comportant pas de rupture de série entre 2010 et 2012, de disposer d'informations sur l'évolution du renoncement entre 2010 et 2012.



Source : SILC- SRCV 2004 – 2012.

Champ : France, population générale.

Note de lecture : en 2012, 1,9 % 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 4,8 %.

Mesurés par SILC-SRCV, les besoins de soins médicaux non satisfaits sont stables entre 2012 et 2011 (cf. graphique 1a). En dentaire en revanche, les besoins de soins non satisfaits sur l'ensemble de la population progressent à nouveau nettement en 2012 après une stabilisation entre 2009 et 2011 (cf. graphique 1b). Ils continuent toutefois de baisser légèrement chez les 20 % des individus les plus modestes depuis le pic de 2010. Enfin, comme c'est le cas dans

¹ Cf. les actes du colloque « Renoncement aux soins » du 22 novembre 2011, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf

l'enquête SPS pour les personnes précaires¹, le taux de renoncement est plus élevé chez les individus les plus modestes, en particulier pour les soins dentaires.

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 complémentaire privée âgés de 18 à 64 ans. Ces deux taux sont standardisés suivant la structure par âge et par sexe de la population métropolitaine. 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 donc 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. Une baisse de l'indicateur s'interpréterait ici comme une diminution des inégalités sociales de renoncement aux soins. La rupture de série intervenue en 2012 ne permet toutefois pas d'interpréter la différence entre les chiffres 2010 et 2012 comme révélatrice d'une évolution réelle.

Précisions méthodologiques : cet indicateur est calculé par la Drees à partir de l'enquête SPS de l'Irdes. Cette enquête est réalisée tous les deux ans et a interrogé, en 2012, environ 8 400 ménages soit 23 000 individus. La population de l'enquête SPS est représentative des ménages ordinaires dont au moins un membre est couvert par l'un des trois principaux régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI). Elle est ainsi représentative d'environ 95 % de la population métropolitaine. La standardisation des données concernant le renoncement des bénéficiaires de la CMU-C et des détenteurs d'une couverture complémentaire privée 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 du recensement Insee).

L'amélioration du questionnement sur le renoncement aux soins dans la vague 2012 de l'enquête SPS introduit une rupture de série. L'indicateur n'est donc pas comparable aux points observés précédemment. Dans le questionnaire, le type de soin est désormais précisé d'emblée dans la question et les sous-postes de soins (en dentaire et pour les spécialités médicales) sont cités par l'enquêteur et non plus laissés en réponse libre à l'enquêté. L'enquête SPS 2012 comporte 11 questions sur le renoncement aux soins (*cf. infra*) : 7 questions concernant le renoncement pour raisons financières et 4 questions concernant le renoncement à cause du délai d'attente ou de la distance. La formulation plus précise, plus complète ainsi que la répétition des questions limitent les biais de mémoire et lèvent l'ambiguïté sur la notion de « soins ». Ainsi, alors que le taux de renoncement aux items « autres soins » est resté stable entre la vague 2010 et la vague 2012, les déclarations de renoncement à des soins optiques et à des soins dentaires ont sensiblement augmenté. Certains enquêtés pouvaient en effet ne pas penser aux lunettes et couronnes comme un soin ou un poste de renoncement ou ne pas les considérer comme telles. Il n'est évidemment pas possible à ce stade de distinguer la part de l'évolution due au changement de formulation et celle retraçant des évolutions « réelles » des situations. C'est la raison pour laquelle l'évolution de l'indicateur entre 2010 et 2012 ne peut être interprétée. Seule la déclinaison du taux de renoncement entre catégories de personnes et donc le niveau de l'indicateur constituent des résultats interprétables dès cette première année d'exploitation des données issues de la refonte du questionnaire.

Le renoncement aux soins pour raisons financières est désormais analysé à travers 11 questions (contre 3 précédemment):

- 1) « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à des **soins dentaires** pour raisons financières? »
- 2) Si oui, **à quels soins dentaires** avez-vous renoncé ? **4 items cités par l'enquêteur**, plusieurs réponses possibles
- 3) « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à des **lunettes, verres, montures, lentilles** pour raisons financières? »
- 4) « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à une **consultation de médecin** pour raisons financières? »
- 5) Si oui, à quelles consultations ?
 - 5.1 : « À des consultations, visites et soins de spécialistes ? » 13 items cités par l'enquêteur, plusieurs réponses possibles
 - 5.2 : « À des consultations, visites et soins de généralistes ? »
 - 5.3 : Autres
 - 5.4 : Ne sait pas
- 6) « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à d'autres soins ou à des examens pour raisons financières? »

¹ Cf. Questions d'économie de la santé n°170, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

7) Si oui à quels soins ?

8) « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins ou à des examens y compris dentaires ou optiques parce que **le délai pour un rendez-vous était trop long** ? »

9) Si oui à quels soins ?

10) « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à des soins ou à des examens y compris dentaires ou optiques parce que le cabinet était trop éloigné ou parce que vous aviez des difficultés de transport pour vous y rendre ? »

11) Si oui à quels soins ?

Ces questions sont posées à un peu plus de 8 000 individus.

Ancienne formulation (ESPS 2004¹ à 2010) :

1) « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières? »

2) Si oui : « À quels soins avez vous renoncé pour raisons financières? »

→3 réponses libres possibles

3) « (Pour chaque soin) Avez-vous renoncé définitivement à ce soin ou l'avez-vous reporté dans le temps ? »

¹ Avant 2004 la question sur le renoncement aux soins pour raisons financières ne mentionnait pas d'horizon temporel. Cette précision faisait l'objet d'une seconde question : « Était-ce au cours des 12 derniers mois ? ».

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 avec notamment une déclinaison au niveau régional (Programme Régional de Lutte contre l'Obésité Nord-Pas-de-Calais 2014-2018).

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	
Élèves 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	
Élèves 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	3e	CM2	3e
	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 18-75 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. Le tabac est la cause de 73 000 décès par an. Il est donc important de mener une politique active et efficace contre le tabagisme avec une stratégie d'action globale et inscrite dans la durée telle que définie dans l'orientation donnée par le plan Cancer 2014-2019.

La réduction de la prévalence du tabagisme a fait l'objet :

- de la mise en œuvre de la convention cadre internationale de lutte antitabac de l'OMS (CCLAT) que la France a ratifié en 2004 ;
- d'un objectif de la mesure 10 du Plan cancer 2014 - 2019, intitulée : « Lancer le Programme national de réduction du tabagisme ».

De nombreuses mesures pour réduire l'attractivité du tabac ont été mises en œuvre : avertissements 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.

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.

Le programme national de réduction du tabagisme, présenté le 25 septembre 2014 en Conseil des ministres, comprend des mesures articulées autour de trois axes d'intervention prioritaires et dix mesures phares :

Axe 1 – Pour protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme :

- adopter les paquets de cigarettes neutres pour les rendre moins attractifs ;
- interdire de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans ;
- rendre non fumeurs les espaces publics de jeux pour enfants ;
- encadrer la publicité pour les cigarettes électroniques et interdire le vapotage dans certains lieux publics.

Axe 2 – Pour aider les fumeurs à arrêter de fumer :

- diffuser massivement une campagne d'information choc ;
- impliquer davantage les médecins traitants dans la lutte contre le tabagisme ;
- améliorer le remboursement du sevrage tabagique.

Axe 3 – Pour agir sur l'économie du tabac :

- Créer un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme (prévention, sevrage, information) ;
- Renforcer la transparence sur les activités de lobbying de l'industrie du tabac ;
- Renforcer la lutte contre le commerce illicite de tabac.

Résultats : les données concernant la prévalence du tabagisme quotidien sont présentées en % de la population :

	2010	Objectif 2019
Population générale 18-75 ans	30%	21%
Femmes enceintes (3 ^e trimestre)	17,1%	12%
Adolescents de 17 ans*	31,5%	22%

Sources : Baromètre santé, enquête nationale périnatale, étude ESCPAD.

*Donnée 2011.

En 2010, 30% des personnes âgées entre 18 et 75 ans déclarent fumer quotidiennement.

Chez les personnes âgées entre 15 et 75 ans, cette proportion est plus élevée chez les hommes (32,4%) que chez les femmes (26%). 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.

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 17,1% 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.

Les recommandations de la CCLAT concernent entre autres les relations des pouvoirs publics avec l'industrie du tabac. La nouvelle directive 2014/40/UE du 3 avril 2014, sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac qui abroge la directive 2001/37/CE du 5 juin 2011 contient de nombreuses avancées du point de vue de la santé publique. Elle doit être transposée pour une entrée en vigueur en mai 2016 pour la plupart des mesures.

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.

Les données sont issues du baromètre santé (réalisé tous les cinq ans) pour la population générale, de l'enquête nationale périnatale pour les femmes enceintes, et de l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) pour les adolescents de 17 ans s (pour 2011).

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.

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 diminution de la consommation d'alcool des plus de 15 ans constitue une priorité de santé publique réaffirmée dans le projet de loi de santé publique ainsi qu'au travers des mesures « alcool » du futur plan gouvernemental « drogues/addiction » et du plan cancer 2014-2019.

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

	2010	2011	2012	2013	2014*	Objectif
Litres d'alcool pur	12,0	12,0	11,8	11,7	11,2	Diminution

Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), INSEE.

*Prévision 2014 actualisée dans le projet annuel de performance du P204 pour 2015.

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 de 11,8 litres en 2012.

La consommation d'alcool observée en 2013 est en diminution par rapport à 2012. Ceci est dû en grande partie à une diminution de la consommation de la bière (de 2,1 litres d'alcool pur en 2012 à 1,8 en 2013) qui pourraient être liée à l'augmentation des taxes sur les bières prévues par la LFSS 2013.

La forte baisse en 2013 a conduit à envisager une stabilité pour 2014, puis à une reprise de diminution de 0,2 litres par an, estimée à partir la consommation observée ces dernières années.

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'habitants âgés de 15 ans et plus. Cet indicateur est proposé dans la continuité de la loi de santé 2004, ainsi on maintient un objectif de diminution en attendant les nouvelles orientations du plan cancer 3 non fournies au moment de la rédaction de cet indicateur.

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 48 000 en 2012 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. Relayant la loi de santé 2004, le troisième plan cancer 2014-2019 met notamment l'accent sur le dépistage avec pour objectif de réduire la mortalité due aux cancers, notamment par l'augmentation du taux de participation du dépistage organisé du cancer du sein 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.

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	2013	2014(p)	Objectif
Taux de participation (%)	32,9	40,2	44,8	49,3	50,8	52,5	52,3	52,0	52,7	53,5	51,6	52,5	Augmentation

Source : INVS.

En 2013, le taux de participation en France entière s'élevait à 51,6%, soit près de 2 500 000 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. En effet, la prévision actualisée 2014 du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 74 ans est estimée à 52,5%. Afin de pouvoir répondre aux objectifs du plan cancer 3, l'accent sera mis sur le dépistage pour envisager un taux de 54% en cible 2017 comme présenté dans le projet annuel de performance « Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » (programme 204) annexé au projet de loi de finances pour 2015.

Depuis 2008, on observe une stabilité des taux de participation des classes d'âge les plus jeunes, soit les femmes de 50 à 64 ans. Pour celles de 65 à 69 ans et, dans une moindre mesure, celles de 70 à 74 ans, le taux de participation était en progression entre 2010-2011 et 2011-2012, mais semble fléchir sur la dernière période 2012-2013. Depuis 2011-2012, la participation des femmes de 65-69 ans dépasse désormais celle des femmes de 60-64 ans. Quelle que soit la période, la participation la plus faible reste celle des plus de 69 ans, alors que l'incidence du cancer du sein reste très élevée à cet âge.

La participation au dépistage organisé est variable selon les régions et selon les départements. Certaines régions présentent pour la période 2012-2013 des taux de participation supérieurs à 60% (Pays-de-la-Loire, Limousin, Bretagne, Centre) tandis que d'autres ont des taux inférieurs à 45% (Corse, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Pour la même période, seul le département d'Indre-et-Loire a atteint l'objectif du Plan cancer avec un taux de participation compris entre 65 et 70%. 19 départements se situent entre 60 et 65% de participation sur ces deux ans. Le département de Paris se caractérise par le taux de participation au dépistage organisé le plus faible (26,7%).

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. 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% (*cf.* indicateur n°3-5)

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.

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.

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 2012, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,5%, situant la France parmi les pays à faible incidence du cancer du col utérin. En projection, le nombre de nouveaux cas est estimé à 3 028 en 2012 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. La conduite de cette action est reprise dans le troisième plan Cancer 2014-2019 avec l'intervention de l'Institut national du cancer, opérateur de l'Etat, et en charge de la mise en œuvre du nouveau volet du plan cancer.

Le rôle du médecin traitant dans la participation au dépistage est prépondérant depuis la convention médicale signée en juillet 2011 (approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et publiée au Journal officiel du 25 septembre 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 : les estimations des taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus sur trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans selon l'âge pour les quatre périodes glissantes de 3 ans entre 2006 et 2011 sont présentées dans le tableau suivant.

	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	Objectif
25-29 ans	57,6%	59,8%	58,8%	57,9%	Augmentation
30-34 ans	59,4%	59,5%	59,0%	57,3%	
35-39 ans	58,8%	60,0%	59,7%	59,4%	
40-44 ans	58,0%	59,1%	59,6%	59,0%	
45-49 ans	55,6%	56,4%	56,6%	56,2%	
50-54 ans	50,0%	50,5%	51,0%	50,4%	
55-59 ans	44,8%	45,2%	44,6%	43,9%	
60-65 ans	38,3%	38,5%	39,3%	39,6%	
Ensemble 25-65 ans	53,4%	54,1%	53,9%	53,2%	

Source : CNAMTS, échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB).

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 2009 - 2011. Globalement, 53,2% de ces femmes étaient dépistées par FCU pour la période 2009 - 2011 contre 53,4% pour la période 2006 - 2008. La couverture du dépistage pour la dernière période de 3 ans est de 57,6% chez les 25 - 34 ans, 59,2% chez les femmes de 35 à 44 ans et de 53,4% chez les 45 - 54 ans. Ce taux chute à 41,7% 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 des 13 départements ayant expérimenté le dépistage organisé en incitant les femmes n'ayant pas réalisé spontanément un dépistage au cours des trois dernières années entre 2010 et 2012. Le taux standardisé (France 2010) de couverture de dépistage sur trois ans, après prise en compte des exclusions définitives du dépistage pour raison médicales (hystérectomie totale le plus souvent), était de 61,7% avec des disparités importantes entre départements et selon l'âge. L'évaluation a également permis de calculer le taux de couverture de dépistage

spontané (c'est-à-dire hors incitation) dans 11 départements (sans l'Alsace) : il était de 45,5% avec, là encore, d'importantes disparités allant de 27,3% dans le Cher à 57,5% en Isère.

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 constitue le rapport entre :

- le nombre de femmes de 25 à 65 ans ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin au cours de la période (i.e. repérées à partir de la liquidation des codes P55 et bio0013) ;
- et le nombre de femmes de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS (hors SLM) au cours de la même période (population de référence de l'EGB).

Il est calculé sur le champ de la France métropolitaine, en considérant les femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS (hors sections locales mutualistes) et appartenant à l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB). L'EGB est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie. Cet échantillon permet de réaliser des études et de reconstituer l'ensemble du parcours de soins des patients sur une longue période, en ville ou à l'hôpital. Il n'est représentatif qu'au niveau national et ne permet pas des études régionales ou départementales.

Précisions méthodologiques : l'indicateur comporte des limites d'interprétation. Sur la période 2006-2011, seules les femmes assurées sociales à la CNAMTS (hors SLM) ont pu être considérées car les deux autres principaux régimes d'assurance-maladie (MSA et RSI) l'ont rejoint à partir de 2011. De même seule la liquidation des actes a été prise en compte (et non le PMSI ou les consultations externes) car leur prise en compte ne pouvait s'effectuer qu'à partir de l'année 2009. Les estimations portent dans le document sur la CNAMTS hors SLM qui couvre environ 76% de la population générale.

Par ailleurs des biais sont connus : il n'est pas possible de distinguer les frottis de dépistage des frottis de contrôle (faisant suite à un frottis de dépistage positif) mais ce biais n'a que peu d'incidence sur le taux de couverture de dépistage d'autant que les calculs ont exclu les frottis du début de chaque période de trois ans pour lesquels un frottis antérieur datait de 5 mois ou moins. Les frottis réalisés à l'hôpital ne sont pas pris en compte dans ces estimations.

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 Duport. 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 2012, Rapport technique, 2012. (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 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé à 42 150, 23 226 hommes et 18 926 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 17 700 décès en 2012, dont 52,3% 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. 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. 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. A cette fin, le plan cancer 2009-2013 fixait pour objectif un taux de participation du dépistage dans la population cible (personnes des deux sexes de 50 à 74 ans) de 50%. Le plan cancer 3 pour la période 2014-2019, poursuit l'objectif d'accroître l'efficacité du dépistage organisé.

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	2012-2013	Objectif
Nombre de personnes de 50 à 74 ans invitées à se faire dépister (en millions)	17	17,6	17,9	18,1	Augmentation
Nombre de personnes de 50 à 74 ans dépistées (en millions)	5,1	5,0	5	4,9	
Taux de participation national au programme	34%	32%	31,7%	31,0%	
chez les femmes	36,5%	34%	33,7%	32,8%	
chez les hommes	31,4%	30%	29,8%	29,1%	

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 2012-2013, plus de 18 millions de personnes de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister et près de 5 millions d'entre elles ont adhéré au programme. Le taux de participation national au dépistage organisé pour cette période est de 31% soit en baisse par rapport à 2011-2012. La participation demeure plus élevée chez les femmes (33%) que chez les hommes (29%). 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 65-69 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 Viguier « 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 : Taux de 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 souhaitable 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 le tableau suivant (en %).

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	Objectif	
DT rappel	84,7	88,5	88	89,4	91,3	91,3	91,7	95%	
Polio rappel	84,3	88,1	87,7	89,2	91,3	91,3	92,7		
Coqueluche rappel	82,4	87,3	87,2	89	90,8	90,5	90,9		
Hépatite B 3 doses			26	35,1	64,6	74,2	78,1		
Hib rappel				87,5	89,6	88,6	89		
Rougeole 1re dose	67	82,6	84,1	87,2					
Oreillons	53,7		83,5	87					
Rubéole	63,7	81,5	83,8	87					
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 ainsi que le ROR 1^{ère} dose depuis 2010 tandis que la couverture de la « seconde dose » ROR augmente depuis 2010. La couverture contre l'hépatite virale B est, elle, en nette augmentation (78,1% en 2012).

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 Île-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 2012.

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.

Les objectifs vaccinaux établis dans une perspective quinquennale en annexe de la loi de santé publique du 9 août 2004 ont été définis de manière trop uniforme et leur degré de réalisation a été décevant dans le cadre national comme au regard des comparaisons internationales.

L'objectif 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 à la vaccination 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, l'objectif de taux de couverture de 75%, des patients en affection de longue durée (ALD) ciblés ou âgés de 65 ans et plus.

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	2005 -2006	2005 -2006	2006 -2007	2007 -2008	2008 -2009	2009 -2010	2010 -2011	2011 -2012	2012 -2013	2013 -2014	Objectif
Personnes âgées de 65 ans ou plus	63,1%	63,5%	63,4%	63,9%	64,8%	63,9%	56,2%	55,2%	53,1%	51,9%	
Ensemble des personnes de moins de 65 ans *					39,4%	47,2%	37,2%	39,5%	39,1%	38,3%	
Ensemble des personnes à risque	62,4%	61,4%	61,3%	62,1%	58,7%	60,2%	51,8%	51,7%	50,1%	48,9%	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 constante depuis 5 ans chez les personnes âgées de 65 ans et plus (51,9% en 2013-2014 versus 63,9% en 2009-2010) et sont plus constants mais très insuffisants chez l'ensemble des personnes avec ALD ou souffrant d'asthme ou de BPCO.

Ces données sont très éloignées de l'objectif conventionnel 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.

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 : le nombre de patients diabétiques traités par antidiabétiques oraux et/ou insuline a été estimée par la CNAMTS, dans son rapport « charges et produits pour 2015 », à 5,3% de la population en 2012, ce qui représente environ 3,4 millions de personnes. La prévalence est plus élevée chez les hommes et augmente avec l'âge, atteignant un taux maximal chez les 75 ans et plus (21% chez les hommes et 15% chez les femmes). Sur les dix dernières années, les effectifs de patients traités ont augmenté à un rythme soutenu (de l'ordre de 5% par an) qui devrait se poursuivre dans les prochaines années. Ainsi, selon les projections réalisées par la CNAMTS, le nombre de diabétiques pourrait atteindre en 2017 plus de 4,4 millions contre 3,4 millions en 2012 (tous régimes). Environ un quart de l'augmentation des effectifs serait lié à un effet démographique (vieillesse de la population) et les trois quarts restant découleraient de l'augmentation de la prévalence de la maladie induite notamment par l'augmentation des facteurs de risque du diabète de type 2 (obésité).

Les complications potentielles du diabète étant nombreuses et pouvant être graves (infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur...), le suivi des patients diabétiques constitue un enjeu de santé publique majeur. La loi de santé publique de 2004 avait 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. 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 des bonnes pratiques a été également réaffirmé dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion entre l'assurance maladie et l'État pour la période 2014-2017.

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.

Résultats : l'évolution de la proportion de personnes diabétiques traitées, ayant bénéficié dans l'année de certains des différents examens complémentaires recommandés, est présentée dans le tableau suivant :

Part des patients diabétiques (en %) ayant effectué :	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
au moins un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) par semestre	58,5	60,4	63,0	65,0	64,6	Augmentation
au moins un fond de l'œil	40,4	41,4	46,0	46,2	45,4	
au moins une cholestérolémie	71,3	72,7	73,3	72,1	71,2	
les trois examens	22,4	23,9	27,2	28,4	28,2	

Source : données CNAMTS (DCIR), en date de soins.

Champ : régime général, France entière.

Note de lecture : 28,2 % 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 en 2013.

Si globalement sur la période 2009-2013, le pourcentage de personnes diabétiques ayant bénéficié d'au moins un des 3 examens de surveillance recommandés (cholestérolémie, fond d'œil et au moins un dosage de l'HbA1c par semestre) s'est amélioré, on note toutefois en 2013, une stagnation, voire une légère baisse par rapport à 2012, et cela quel que soit l'indicateur considéré. Sur la période 2009-2013 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 (estimée par la réalisation d'une consultation d'ophtalmologie, donc sur estimé). En effet, la part des diabétiques ayant eu au moins un dosage de l'HbA1c par semestre a augmenté de 59% en 2009 à 65% en 2013. Pour le fond de l'œil, cette part reste faible, même si elle a augmenté respectivement de 40% à 45%. Toutefois, la recommandation a évolué vers un fond d'œil tous les 2 ans. Concernant la cholestérolémie, si la part des diabétiques ayant eu au moins un dosage dans l'année est élevée (71,2%), elle revient au niveau de 2009 après avoir légèrement augmenté entre 2009 et 2011 (passant de 71% à 73%).

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 4 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 globalement améliorés. Différents dispositifs ont été mis en place afin d'améliorer le suivi des patients diabétiques parmi lesquels :

- le renforcement du rôle du médecin traitant dans le cadre du CAPI puis de la rémunération sur objectifs de santé publique introduite dans la 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 HbA1, (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.

Pour autant, la stagnation, voire la diminution observée en 2013, doit inciter à poursuivre ou accroître les actions visant à améliorer l'application des recommandations.

Construction de l'indicateur : l'indicateur rapporte les patients diabétiques ayant effectué un examen dans l'année à l'ensemble des patients diabétiques.

Précisions méthodologiques : la prévalence de la population diabétique est estimée par la CNAMTS dans son rapport « charges et produits pour 2015 » à partir de la population assurée au régime général (y compris les sections locales mutualistes) standardisée sur l'âge, le sexe de la population issue des données de l'Insee. Elle est ensuite extrapolée à la population générale, ce qui conduit à une estimation de 3,4 millions de diabétiques en 2012.

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 renseignés de la manière suivante :

- dosage d'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 BGQP002 ou BGQP007 ou bien une consultation d'ophtalmologie dans l'année ;
- cholestérolémie : au moins une cholestérolémie 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 (taux bruts) :

Date de la campagne	2008	2009	2010	2011	2014	Objectif
Nombre d'établissements de santé	1 116	1 141	1 195	1 192	1 192	
Nombre de dossiers	89 218	90 780	94 536	93 967	9 2185	
Proportion de courriers envoyés en moins de 8 jours	26%	34%	40%	48%	54%	80%

Source : HAS

La moyenne nationale de l'indicateur a progressé de 28 points entre 2008 et 2014, passant de 26% à 54% (taux brut). Si l'on tient compte de la taille des établissements (approchée par leur activité cf. précisions méthodologiques), la moyenne nationale en 2014 s'établit à 51%. Seulement 30% des établissements de santé ont atteint ou dépassé l'objectif national de performance de 80%.

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 : historiquement, l'estimateur de la référence pour les indicateurs de type score ou proportion (dont DEC) était la moyenne arithmétique simple des scores moyens (ou proportions) par établissement de santé. Cela induisait un poids identique pour tous les établissements de santé quel que soit leur nombre de dossiers éligibles. Cela a donc été le cas de 2008 à 2011 pour l'indicateur DEC. Ce sont ces résultats qui étaient diffusés publiquement.

Depuis 2014, les résultats de l'indicateur DEC (et de tous les indicateurs du dossier patient) sont présentés sous la forme de moyennes nationales pondérées sur l'activité (nombre de séjours). Chaque établissement se voit ainsi attribuer un poids en fonction de son activité sur la période considérée : plus son activité est importante, plus son poids est important, et il participe donc d'autant plus au calcul de la moyenne. Ce sont ces moyennes pondérées qui feront l'objet d'une diffusion publique dans Scope Santé.

Pour l'indicateur DEC, il est à noter que seuls les établissements de santé ayant plus de 10 dossiers inclus pour le calcul de l'indicateur sont pris en compte pour le calcul de la moyenne nationale pondérée. L'objectif de ce nouveau mode de calcul est de permettre d'améliorer l'estimation de ces références.

En 2014, la moyenne nationale pondérée 2014 de l'indicateur DEC est de 51% (la moyenne brute étant égale à 54% - cf tableau ci-dessus).

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 est mis à jour tous les deux ans.

Pour plus de détails, se reporter à la rubrique « Résultats des campagnes », disponible dans « Résultats et impact », au lien suivant : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970821.

Perspectives : dans le cadre du Programme national de sécurité du patient (Action 9 : « Elaboration et expérimentation d'un document de sortie type synthèse du séjour du patient lisible par lui, possiblement implémenté dans le système d'information, remis systématiquement à tout patient lors de sa sortie dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge » et en lien avec le programme PAERPA...), il est prévu de développer un document type de sortie, et d'expérimenter un nouvel indicateur portant sur la qualité du document de sortie, reprenant le contenu de ce document type, et qui remplacera progressivement l'indicateur existant (DEC).

Le délai (remise au patient ou envoi au médecin destinataire) sera ramené à 0 jour, et le contenu sera revu en fonction des rubriques obligatoires qui ont été définies pour le document de sortie, dans le cadre d'un groupe de travail spécifique.

Cet indicateur est destiné à mesurer le taux de séjours analysés (sur un échantillon de 80 séjours en hospitalisation complète identique à l'indicateur DEC) pour lesquels un document est remis au patient le jour de la sortie (ou ET envoyé au médecin destinataire le jour de sa sortie), et répond à cinq critères de qualité reprenant les cinq rubriques obligatoires définies dans le document de sortie :

1. Motif de l'hospitalisation,
2. Synthèse médicale du séjour,
3. Actes cliniques, paracliniques et techniques (résultats normaux et anormaux pertinents),
4. Traitements médicamenteux,
5. Suite à donner.

Son contenu sera validé d'ici fin 2014, et il sera expérimenté au 1er semestre 2015.

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 la permanence des soins (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 lendemain 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 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	2013	Objectif
Part des actes régulés aux horaires de PDSA	7%	40%	48%	54%	58%	58%	60%	62%	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 2013) avec une stagnation temporaire en 2010, de nouveau constatée en 2013 à un niveau élevé. 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 depuis 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 44 % à 85% 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 2012, l'indicateur variait de 42% à 83%).

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, souvent par méconnaissance du dispositif de régulation, 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. Un biais méthodologique pourrait donc résider dans d'éventuelles cotations d'actes non régulés indûment facturés comme des actes régulés, ou inversement.

Indicateur n°3-3 : Indicateur relatif à la prévention des infections nosocomiales**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 issu de l'activité 2011 et 2012 par classe figure dans le tableau ci-dessous :

Classe / année	2010 (année de référence)	2011	2012	Objectif 2012
% en classe A	20%	45,2%	63,8%	50%
% en classe B	20%	36,0%	27,2%	40%
% en classe C	20%	15,7%	6,7%	10%
% en classe D	20%	2,4%	1,3%	0%
% en classe E	20%	0,7%	0,6%	0%
% en classe F	0%	0%	0%	0%

Source : DGOS, tableau de bord des infections nosocomiales

Les bornes des classes de performance ont été définies à partir des résultats de l'année 2010 qui constitue l'année de référence. Les établissements ont été répartis de façon homogène dans les différentes classes pour la première année de mesure. 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.

Les résultats du score agrégé 2012 ont montré que 91 % des établissements de santé étaient classés en A ou B (81% en 2011). Compte tenu de l'atteinte des objectifs le suivi du score agrégé ne sera pas reconduit (cf. construction de l'indicateur).

Les résultats sont également 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 pouvoir les comparer.

Construction de l'indicateur : le score agrégé-activité est un indicateur qui rend 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 globale.

Les indicateurs de processus et de moyens du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales qui compose le score agrégé 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 2012 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 concernés que par un seul indicateur.

L'indicateur score agrégé de l'activité 2012 a été calculé à partir des données transmises en 2013 par les établissements de santé concernés dans le cadre du recueil de leur tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales activité 2012.

L'exercice 2012 constitue la dernière année de suivi du score agrégé. S'il offrait aux usagers une lecture simplifiée en une seule fois d'un ensemble d'indicateurs pour la lutte contre les infections nosocomiales, il ne leur permettrait pas d'obtenir une information claire et transparente sur les thèmes que recouvre chaque indicateur. Enfin, le recueil en alternance de certains des indicateurs le composant constituait une limite quant à l'interprétation du score agrégé, il sera supprimé du tableau de bord des infections nosocomiales en 2014 (recueil des données d'activités 2013)

Pour plus de détails techniques, se référer aux documents suivants : 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 2010-2012) 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 2007 et 2012 (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		2010-2012		Objectif
	Nombre d'étab.*	%	Nombre d'étab.*	%	Nombre d'étab.*	%	Nombre d'étab.*	%	
A	112	12%	132	14%	152	16%	164	18%	Augmentation
B	222	23%	232	25%	247	27%	263	29%	
C	388	41%	388	41%	361	39%	348	38%	
D	169	18%	152	16%	132	14%	106	12%	
E	57	6%	40	4%	36	4%	28	3%	
Total	948	100%	944	100%	928	100%	909	100%	

*nombre d'établissements concernés par l'indice SARM

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2012 publié par la DGOS

Le nombre d'établissements concernés a sensiblement diminué depuis 2007, passant de 948 à 909 en 2012. La part des établissements situés en classe A ou B progresse peu : de 43% en 2011 à 47% en 2012. Cette proportion varie fortement selon les catégories d'établissement : la répartition des établissements par classe du taux triennal 2012 est donnée dans le tableau suivant :

Distribution nationale des classes par catégorie d'établissements des classes des taux triennal SARM 2012

Catégories d'établissements/classes	Classes					Effectif
	A	B	C	D	E	
CHR-CHU	31,0%	43,7%	19,7%	2,8%	2,8%	71
CH INF 300 LP*	11,0%	33,8%	38,1%	12,9%	4,3%	210
CH SUP 300 LP*	28,1%	23,6%	40,2%	6,5%	1,5%	199
EX HOPITAL LOCAL	10,5%	26,3%	21,1%	21,1%	21,1%	19
CL SUP 100 LP*	9,3%	25,9%	47,2%	15,5%	2,1%	193
SSR-SLD	19,8%	27,2%	36,4%	13,8%	2,8%	217
Total	164	263	348	106	28	909
En %	18,0%	28,9%	38,3%	11,7%	3,1%	100%

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2012 publié par la DGOS. *LP : Lits et places.

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

Ces résultats montrent que le nombre d'établissements situé en classes A et B continue de progresser : de 40,6 % en 2010 à 46,9% en 2012. Cette progression reflète l'engagement des établissements pour maîtriser leur écologie microbienne en particulier la diffusion des SARM.

Par ailleurs, l'évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2007 et 2012 met en évidence une diminution du taux de SARM au cours du temps. Une baisse significative a notamment été constatée entre 2006 et 2012 pour près de 68 % des CHR-CHU.

Ces résultats mettent en évidence que le taux de SARM diminue au cours du temps et 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 prélèvement à visée diagnostique positif à staphylocoque résistant à la méticilline pour 1000 journées d'hospitalisation, sur la période 2010-2012) 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 2010 à 2012, 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 2007 à 2012 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.

L'indice SARM sera remplacé par un nouvel indicateur « Bactériémies nosocomiales à SARM » (BN-SARM) en simulation sur deux années consécutives (2014 et 2015). Ce nouvel indicateur incitera tous les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multi résistantes, et de gestion du risque associé à ces bactéries. Il sera centré sur les rares infections nosocomiales invasives (bactériémies), dont il est attendu qu'elles tendent vers zéro compte tenu de leur évitabilité potentielle. La survenue d'un tel évènement devra faire l'objet d'une analyse approfondie des causes, suivant une méthodologie reconnue et des actions d'amélioration sont attendues.

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 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	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 liées 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)

Finalité : 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 et la F les établissements non répondants.

L'indicateur objective 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.

Résultats : les évolutions calculées figurent dans le tableau ci-dessous.

Établissements / Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Réalisé	Objectif
% en classe A	12,89%	28,0%	42,3%	54,2%	65,1%	68,8%	75,7%	80%
% en classe B	19,3%	25,6%	27,9%	26,1%	22,0%	20,5%	16,8%	15%
% en classe C	38,7%	34,3%	23,6%	16,4%	10,9%	8,9%	6,1%	4%
% en classe D	19,3%	9,3%	4,8%	2,2%	1,4%	1,2%	1,0%	1%
% en classe E	9,0%	2,4%	1,3%	0,9%	0,6%	0,7%	0,4%	0%
% en classe F	0,8%	0,4%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0%

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2012 publié par la DGOS

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

Publié pour la septième année en 2013, 92,4 % des établissements de santé sont classés en A ou en B pour le bilan des activités 2012 de lutte contre les infections nosocomiales. La progression de cet indicateur est constante mais les marges d'amélioration d'une année sur l'autre sont désormais faibles entre 2011 et 2012 (89,2% vs 92,4%) et l'objectif quasiment atteint.

Cette année, le recueil de l'indicateur en 2^{ème} génération (ICATB.2) en lien avec les objectifs du plan d'alerte sur les antibiotiques, a été testé par les établissements de santé afin de leur permettre de préparer et conduire les actions nécessaires pour répondre aux objectifs plus exigeants. En 2014, ICATB.2 sera diffusé publiquement sur les données d'activités 2013.

Distribution nationale des classes par catégorie

Catégories d'établissements/classes	ICATB 2012					
	A	B	C	D	E	Effectif
CHR-CHU	79,2%	6,9%	8,3%	5,6%	0,0%	72
CH INF 300 LP*	72,5%	17,3%	8,6%	1,5%	0,0%	324
CH SUP 300 LP*	72,8%	22,8%	2,9%	0,5%	1,0%	206
ETAB. PSY	71,7%	12,8%	12,4%	1,4%	1,7%	290
EX HOPITAL LOCAL	76,6%	19,9%	2,7%	0,7%	0,0%	291
CL INF 100 LP*	75,3%	15,8%	7,9%	0,9%	0,0%	215
CL SUP 100 LP*	79,7%	14,5%	4,8%	0,6%	0,3%	330
SSR-SLD	76,6%	17,6%	4,8%	0,6%	0,4%	709
CLCC-CANCER	89,5%	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%	19
Total général	1858	412	151	24	11	2456
%	75,7%	16,8%	6,1%	1,0%	0,4%	100,0%

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2012 publié par la DGOS

*LP : Lits et Places

Les résultats montrent une progression homogène de toutes les catégories d'établissement dans les classes A et B. Cette progression traduit l'investissement des établissements pour le bon usage des antibiotiques qui associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et collectif (limitation de l'émergence de bactéries multi-résistantes)

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 respectivement à 20-40 et 40 points pour un total de 100 points. 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 E :

- 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.

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 2e 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 3e 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 :

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Procédure V2	Nombre d'établissements certifiés avec ou sans recommandation(s) de niveau 1*	329	698	1 018	1 344	-	-		Augmentation
	Nombre total d'établissements engagés dans une procédure de certification	709	1 408	2 086	2 745	-	-		
	Proportion d'établissements certifiés avec ou sans recommandation(s) de niveau 1	46%	50%	49%	49%	-	-		
Procédure V3 (V2010)	Nombre d'établissements ayant obtenu une certification simple*	-	-	-	79**	105	225	342	
	Nombre total d'établissements engagés dans une procédure de certification	-	-	-	422**	652	1 296	1 965	
	Proportion d'établissements ayant obtenu une certification simple	-	-	-	19%	16%	17%	17,4%	

Source : HAS

* Cf. les tableaux des barèmes des niveaux de certification des deuxième et troisième procédures de certification.

** Données de la certification V2010 au 1er août 2011.

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

Niveaux de certification	2010	2011	2012	2013
Certification	79	105	225	342
Certification avec recommandation	154	242	473	684
Certification avec réserves	147	245	464	705
Sursis à la décision de certification	41	57	130	226
Non certification	1	3	4	8
TOTAL	422	652	1 296	1 965

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. En 2013, ce sont 342 établissements qui ont reçu une certification simple, soit 50% de plus qu'en 2012. Rapporté à l'ensemble des établissements ayant reçu une visite, la part de ces établissements demeure stable autour de 17%.

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 sans 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 1er janvier 2012, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui figure au rang des axes majeurs de la convention entre les médecins et l'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 autres 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
2. la qualité de la pratique médicale : 9 indicateurs de suivi des pathologies chroniques, 8 indicateurs de prévention, 7 indicateurs d'efficience.

Pour tous ces indicateurs, la rémunération est modulée selon le volume de la patientèle et tient compte à la fois 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» requiert le respect de 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 feuilles de soins électroniques (FSE) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins.

Résultats : sur le volet de l'organisation du cabinet, 86% des médecins omnipraticiens sont éligibles à une rémunération (80% pour l'ensemble des médecins). Chez ces médecins validant les pré-requis, il ressort que :

- 80% des omnipraticiens (69% 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. 72% des omnipraticiens (54% 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 fin 2011, ils sont désormais au nombre de 37 ;
- 71% des omnipraticiens (49% tous médecins) ont utilisé les téléservices ;
- 92% des omnipraticiens (82% tous médecins) ont quant à eux affiché leurs horaires de consultations et leurs modalités d'organisation dans leur cabinet et sur le site ameli-direct afin de favoriser l'accès à leur patientèle ;
- enfin, 78% des omnipraticiens ont élaboré, à partir du dossier médical informatisé, et mis à disposition, une synthèse annuelle.

Concernant le volet de la qualité de la pratique médicale, les résultats sont présentés dans les tableaux suivants.

Sur le champ du suivi des pathologies chroniques, les progressions sur ce volet observées en 2012 se poursuivent en 2013. Les indicateurs pour les dosages d'hémoglobine glyquée ont progressé de 6 points en deux ans. Le suivi des diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine faible dosage a progressé de + 4,5 points sur la même période.

Les deux autres indicateurs relatifs au suivi des patients diabétiques sont restés stables sur 2013.

Suivi des pathologies chroniques	Indicateurs	2011	2012	2013	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%	51,9%	54 %	>= 65 %
Suivi ophtalmologique	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'oeil dans les deux dernières années	61,3%	61,5%	61,4%	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%	60,0%	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 à faible dosage ou anticoagulant	51,6%	53,5%	56,1%	52 %	>= 65%

Champ : médecins éligibles, actifs et conventionnés. Résultats à fin décembre de chaque année.

Note : moyennes pondérées par la patientèle ou le nombre de boîtes.

Concernant les indicateurs relatifs à la prévention Tous les indicateurs concernant le dépistage et la vaccination contre la grippe n'évoluent pas favorablement.

L'exemple le plus significatif est celui concernant la vaccination antigrippale. La part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière a baissé de 2,8 points au cours des deux dernières années. Celle des patients adultes de 16 à 64 ans en ALD a, quant à elle, diminué de 1,4 points. Or, la vaccination contre la grippe saisonnière est une priorité de santé publique. C'est pourquoi l'assurance maladie a mis en œuvre au cours du dernier trimestre 2013 une campagne destinée à inciter notamment les populations à risque (soit quelques 10 millions de personnes, personnes âgées de plus de 65 ans ou atteintes de maladies chroniques) à se protéger. Cette campagne s'inscrit dans un contexte de baisse préoccupante et continue de la vaccination en France : il est donc crucial de relancer le réflexe de la vaccination antigrippale, les résultats obtenus étant encore loin de l'objectif cible, soit une couverture vaccinale égale ou supérieure à 75%.

Les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus connaissent également un recul. La part de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années a diminué en 2013. La tendance sur deux ans est la même concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus : le nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans qui ont effectué un frottis cervico-vaginal, a reculé de 1,2 points sur la période observée.

Certains actes de prévention semblent pâtir aujourd'hui du climat de défiance et ou d'interrogations dans l'opinion publique.

On observe au contraire une amélioration sur certains indicateurs destinés à lutter contre la iatrogénie chez les personnes de plus de 65 ans, responsable chaque année d'un nombre élevé d'hospitalisations.

Sur ces indicateurs, la progression se traduit favorablement par une baisse de la consommation. Cette baisse est ainsi notable sur l'item relatif aux benzodiazépines à demi-vie longue. Ils sont aujourd'hui prescrits à 11,3% des patients de plus de 65 ans contre 12,1% en décembre 2012 et 13,7 % en décembre 2011. La baisse de 2,4 points du pourcentage des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue constitue donc un progrès.

En ce qui concerne enfin le nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 64 ans sans ALD, il a ainsi baissé de 2,2 points pour atteindre un ratio de 43 prescriptions pour 100 patients.

Prévention	Indicateurs	2011	2012	2013	Objectifs intermédiaires	Objectifs cibles
Grippe 65 ans et +	Part des patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	57,8%	56,4%	55,0%	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%	34,0%	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%	63,9%	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%	57,5%	65 %	>= 80 %
Vasodilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année (*)	10,6%	7,1%	1,3%	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%	11,3%	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%	14,8%	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	43,5	40	<= 37

Champ : médecins éligibles, actifs et conventionnés. Résultats à fin décembre de chaque année.

Note : moyennes pondérées par la patientèle ou le nombre de boîtes.

(*) Rappel : indicateurs à objectifs décroissants

En matière d'optimisation des prescriptions, les taux progressent. La prescription d'aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires a augmenté de 2,4 points pour atteindre un taux de 84,4%, très proche de l'objectif cible de 85%. Le recours aux IEC plutôt qu'aux sartans reste, quant à lui, relativement stable, avec un taux de 40,4% qui était de 39,6% en 2012.

Le recours aux génériques, quant à lui, progresse de façon nette, au service de l'efficacité globale du système de soins. En 2013, l'ensemble des résultats concernant le recours aux génériques sur les 5 classes de médicaments progresse, plus ou moins fortement, et tend à se rapprocher des objectifs cibles. Les prescriptions des génériques des médicaments antiulcéreux (IPP) et de statines ont beaucoup augmenté, de respectivement 25,0 points et 27,1 points, dépassant même l'objectif cible fixé à 85% pour les IPP.

La part de prescriptions de statines réalisées par le biais de molécules disposant d'un générique se situe à 65,3% fin 2013, en ligne avec l'objectif défini (supérieur ou égal à 70%). Les prescriptions relatives aux antihypertenseurs évoluent également favorablement (+15,8 points) puisque, pour la deuxième année, l'objectif cible (65%) est à nouveau dépassé, atteignant 79,9%. Comme en 2012, ce phénomène est en partie dû aux entrées dans le répertoire d'IPP, de statines et d'antihypertenseurs en 2012.

Optimisation des prescriptions	Indicateurs	2011	2012	2013	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%	81,5%	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%	96,3%	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%	65,3%	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%	79,9%	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%	68,2%	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%	40,4%	45 %	>= 65 %
AAP	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires	82,0%	83,3%	84,4%	84 %	>= 85 %

Champ : médecins éligibles, actifs et conventionnés. Résultats à fin décembre de chaque année.

Note : moyennes pondérées par la patientèle ou le nombre de boîtes.

L'ensemble des médecins rémunérés au titre de cette première année de rémunération sur objectifs de santé publique (85 187 médecins) perçoivent en moyenne chacun une somme annuelle de 4 003 euros, calculée en fonction de leur taux de réalisation. Parmi eux, les médecins généralistes (hors MEP, soit 50 979 médecins) sont rémunérés à hauteur de 5 774 euros en moyenne.

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 (SNIRAM) 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 directement 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 12% 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 28% 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 suivant.

	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Effet prix	-2,2%	-2,2%	-2,2%	-3,5%	-3,9%	
Effet génériques	-0,9%	-1,4%	-0,7%	-1,8%	-2,2%	
Effet boîtes	2,2%	-0,1%	-0,6%	-1,3%	1,3%	
Effet ticket modérateur	0,2%	0,9%	0,4%	1,0%	0,9%	
Effet structure	2,9%	5,4%	3,4%	4,5%	4,0%	
Taux de croissance global	2,0%	2,4%	0,2%	-1,3%	-0,2%	
Part des prescriptions hospitalières	20,6%	22,2%	23,4%	25,2%	26,7%	

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

L'année 2013 confirme le retournement de tendance intervenu depuis 2011. Les taux d'évolution des dépenses du régime général progressaient entre 1 et 4 % sur la période 2006-2010. En 2011, les dépenses se sont stabilisées et on observe, depuis 2012, une baisse des dépenses de médicaments, même si celle intervenue en 2013 est moindre que celle observée en 2012 (- 1,3 % en 2012 et - 0,2 % en 2013).

Si les effets prix et génériques demeurent négatifs depuis 2010, ces deux effets sont encore plus notables en 2013. Le niveau des baisses de prix en 2013 a été plus important que les années précédentes ; il s'élève à - 3,9 % en 2013. Dans un contexte de tombées de brevets très nombreuses en 2012 et en 2013 conjugué 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, et grâce à la mise en place de la rémunération sur objectifs des pharmaciens, le développement des génériques a contribué pour 2,2 points à la diminution de la dépense du régime général.

Le nombre de boîtes, mesuré sur le régime général, en France métropolitaine mais hors sections locales mutualistes, a augmenté de 1,3 % en 2013. Cependant, cette hausse apparaît en partie comme un phénomène conjoncturel, l'hiver 2013 ayant été marqué par des épidémies (grippe saisonnière, gastroentérite,...) touchant plus de personnes.

Le taux de prise en charge des dépenses de médicaments en ville a progressé de 0,9 % en 2013. Cette hausse tendancielle du taux de remboursement effectif résulte principalement des dépenses de médicaments pris en charge à 100 %, en lien avec l'augmentation de la prévalence des ALD.

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 toujours positif. Il contribue à accroître de + 4,7 % le poids des dépenses en 2013.

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 2013). 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 2012, la France est à la 7^{ème} place dans le classement des pays de l'OCDE en termes de dépense de produits pharmaceutiques par habitant. D'un montant supérieur à 2011, le niveau des dépenses de médicament en France en

2012 (651 \$ en parité de pouvoir d'achat) la place toujours loin des États-Unis (1 010 \$) et du Canada (771 \$). Au niveau européen, la France est 4^{ème} derrière la Belgique (736 \$), l'Allemagne (668 \$) et l'Irlande (666 \$). Elle reste en outre supérieure à celle de l'Espagne (523 \$) et de l'Italie (514 \$).

Enfin, il convient de noter que la dépense pharmaceutique moyenne des pays de l'OCDE a légèrement augmenté (498 \$ en contre 495 \$ en 2011 et 498 \$ en 2010), et l'écart de la France à la dépense moyenne dans les pays de l'OCDE s'est légèrement creusé entre 2012 et 2011 (30,7 % contre 29,5 % en 2011).

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 :

$$(1 + \text{taux de croissance global}) =$$

$$(1 + \text{effet prix}) * (1 + \text{effet génériques}) * (1 + \text{effet boîtes}) * (1 + \text{effet TM}) * (1 + \text{effet structure}) - 1$$

Avec TM = ticket modérateur

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 ticket modérateur correspond à l'évolution de la part du reste à charge de l'assuré, une fois le remboursement par l'assurance maladie effectué.

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 2013, 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 délivrées 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 compris SLM pour la France métropolitaine, tous risques, en dépense remboursée de pharmacie hors franchises.

Les données OCDE sont des données de dépenses pharmaceutiques par tête à prix courants et en parité de pouvoir d'achat. Elles font partie des tableaux-clés de l'OCDE.

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 près d'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'offices, a constitué un puissant catalyseur du développement des génériques. La nouvelle convention pharmaceutique conclue le 4 avril 2012 et entrée 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, ont été décidés avec les parties signataires, la généralisation et le renforcement du dispositif dit « tiers payant contre génériques » subordonnant le bénéfice de la dispense d'avance de frais à l'acceptation des médicaments génériques par les assurés sociaux.

Actualisation des dispositifs pour 2014 : le 21 mai 2014, ont été signés par les syndicats des pharmaciens et l'UNCAM :

- l'avenant n°3 à la convention nationale du 4 avril 2012 qui actualise les paramètres du dispositif pour l'année 2014 ;
- l'avenant n°8 à l'accord relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, fixant quant à lui les objectifs annuels pour décembre 2014 dans la continuité de ceux des années précédentes et avec un objectif national fixé à 85% de taux de génériques au 31 décembre 2014.

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Répertoire en vigueur à fin...	juin-08	juin-09	juin-09	juin-10	juin-11	juin-12
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	82,9%	82,0%	80,0%	80,0%	85,0%	85,0%
Part des génériques dans le répertoire	82,0%	77,2%	78,9%	76,3%	83,4%	81,8%
Part du répertoire dans le marché global	22,0%	22,6%	23,9%	23,9%	26,5%	28,9%
Part des génériques dans le marché global	18,0%	17,8%	18,7%	18,2%	20,1%	23,5%

Source : CNAMTS.

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

Lecture : en décembre 2013, les ventes de génériques ont représenté 81,8 % du nombre de boîtes vendues dans les groupes non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) du répertoire en vigueur au 30 juin 2012. En moyenne sur l'année 2013, la part du répertoire (hors TFR) en vigueur au 30 juin 2012 dans le marché total s'est établie à 28,9 % tandis que les génériques inscrits à ce répertoire ont représenté 23,5 % du nombre de boîtes remboursées.

En lien avec la mise en place de la ROSP et du renforcement du « tiers payant contre génériques », le taux de pénétration des génériques a 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). Le taux de pénétration s'est ensuite stabilisé sur l'année 2013, pour atteindre 81,8% au 31 décembre 2013 sur la base du répertoire de référence au 30 juin 2012 hors TFR. Le changement de répertoire entre deux années conduit mécaniquement à une diminution du taux de substitution, le temps que les génériques des spécialités nouvellement inscrites au répertoire gagnent en parts de marché."

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 2013, la proportion des génériques non soumis à TFR est de 23,5 % soit une hausse supérieure de 5

points par rapport à 2011. Cette augmentation s'explique par l'extension du répertoire 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 en 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 30,0 % et la part du répertoire dans le marché à 37,5% en 2013.

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Nombre moyen de produits prescrits	2,82	2,82	2,87	2,68	2,18	2,16	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. La rupture de tendance observée sur le début de l'année 2013, due à une forte évolution du panel d'IMS Health entre 2012 et 2013 (cf. « *précisions méthodologiques* »), se poursuit en 2014, qui montre peu d'évolution par rapport à 2013. L'analyse du nombre de médicaments prescrits par ordonnance en 2014 conforte l'infléchissement amorcé en 2012, atteignant 2,16 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, tout comme en 2013, 25% des ordonnances ne donnent pas lieu à prescription de médicaments, contre 10% jusqu'en 2012. En revanche concernant les ordonnances avec médicaments, 2014 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	2013	Objectif
Allemagne	12,7	13,9	13,0	14,6	13,6	14,5	14,5	14,9	14,9	14,5			Diminution
Belgique	23,8	23,8	22,7	24,3	24,2	25,4	27,7	27,5	28,4	29,0			
Bulgarie	17,3	15,5	16,4	18,0	18,1	19,8	20,6	18,6	18,2	19,5			
Espagne	18,0	18,9	18,5	19,3	18,7	19,9	19,7	19,7	20,3	20,9			
France	32,0	28,9	27,1	28,9	27,9	28,6	28,0	29,6	28,2	28,7	29,7	30,1	
Grèce	32,8	33,6	33,0	34,7	41,1	43,2	45,2	38,6	39,4	35,1			
Italie	24,3	25,6	24,8	26,2	26,7	27,6	28,5	28,7	27,4	27,6			
Pays-Bas	9,8	9,8	9,7	10,5	10,8	11,0	11,2	11,4	11,2	11,4			
Pologne	21,4	n.d.	19,1	19,6	n.d.	22,2	20,7	23,6	21,0	21,9			
République tchèque	13,9	16,7	15,8	17,3	15,9	16,8	17,4	18,4	17,9	18,5			
Royaume Uni	14,8	15,1	15,0	15,4	15,3	16,5	17,0	17,3	18,6	18,8			
Suède	15,2	14,7	14,5	14,9	15,3	15,5	14,6	13,9	14,2	14,3			

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

Le problème majeur de santé publique posé par le développement des résistances aux antibiotiques n'est pas récent. Dès 1999, le Conseil de l'Union européenne a adopté une résolution puis, deux ans plus tard, une recommandation portant sur le problème de la résistance aux antibiotiques. Ces initiatives ont notamment conduit à ce que deux programmes européens, spécifiquement dédiés au suivi de la résistance aux antimicrobiens (EARSS) et au suivi des consommations (ESAC), soient lancés et bénéficient d'un financement communautaire. Ces deux projets font désormais partie des programmes de surveillance pilotés par l'ECDC.

En termes de consommation, 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 depuis 2000. Toutefois, si l'on restreint l'analyse aux dix dernières années (cf. second tableau de cette fiche), la consommation s'inscrit dans une tendance à la hausse, que confirment les résultats 2013. En effet, la consommation est passée, entre 2003 et 2013 de 28,9 à 30,1 DDJ pour 1000 personnes et par jour. Plusieurs facteurs permettent d'expliquer que ces variations aient été de plus grande ampleur durant les premières années. Tout d'abord, la mise en place d'un premier Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques, en novembre 2001, a été suivie par de nombreuses actions. Les campagnes initiées par l'assurance maladie à destination des patients ont significativement contribué à la baisse du niveau des consommations en ville. Toutefois les évolutions observées au cours de ces dernières années conduisent à se demander si cette dynamique ne s'est pas essouffée. C'est dans ce contexte qu'un troisième plan pluriannuel a été mis en place pour la période 2011-2016 et qui a notamment pour objectif de faire diminuer la consommation de 25%.

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

Classe ATC	2003	2005	2007	2009	2011	2013	structure 2003	structure 2013	Évolution 2003-2013
Tétracyclines	3,3	3,4	3,3	3,4	3,1	3,4	11,6%	11,1%	0,5%
Bêta-lactamines, Pénicillines	14,0	14,4	15,0	16,1	16,5	18,4	48,4%	61,1%	31,9%
dont pénicillines à large spectre	7,9	7,7	8,1	9,0	9,2	10,7	27,4%	35,4%	34,9%
dont association de pénicillines	5,4	6,1	6,3	6,5	6,9	7,3	18,9%	24,3%	34,8%
Autres bêtalactamines	3,3	3,2	3,0	3,0	2,6	2,2	11,6%	7,5%	-32,7%
dont céphalosporines de 3ème et 4ème générations	1,6	1,7	1,9	1,9	1,9	1,6	5,5%	5,2%	-1,3%
Sulfamides et triméthoprim	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	1,6%	0,9%	-38,9%
Macrolides	4,8	4,5	4,1	4,1	3,8	3,5	16,8%	11,6%	-27,7%
Quinolones	2,0	2,2	2,2	2,0	1,8	1,8	7,1%	6,1%	-9,9%
Autres antibactériens	0,9	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5	3,1%	1,7%	-43,9%
Total (nombre DDJ/1000H/J)	28,9	28,9	28,5	29,6	28,7	30,1	100,0%	100,0%	4,4%

Source : ANSM.

La part des Bêta-lactamines, pénicillines a régulièrement augmenté et représentait en 2013 plus de 61% 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, la consommation 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. Même l'usage des céphalosporines de 3^{ème} génération, dont la consommation avait régulièrement progressé, paraît aujourd'hui stabilisé. 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 2013, les génériques représentaient plus de 82% 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	
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	
Taux d'établissements ayant signé un CBUM	NC	NC	91,2%	88,8%	91,7%	89,1%	Augmentation

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

En 2012, sur 26 ARS interrogées, 24 ont répondu à cette enquête. Sur ces 24 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
Établissements ayant signé un CBU	1373	1329	1362	1306	Progression
Établissements contrôlés par l'assurance maladie	60	38	136	142	
Établissements 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).

Pour l'année 2013, les indicateurs n'ont pas pu être récoltés à ce jour, suite à la mise en place du nouveau décret.

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 4,4 milliards d'euros en 2013. 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'Etat 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. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a supprimé ces taux d'évolution et modifié les deux dispositifs qui encadraient jusqu'alors les produits de la liste, à savoir, le contrat de bon usage (CBU) des médicaments et des produits et prestations et la régulation de la liste en sus, afin de proposer aux ARS un outil de gestion contractuelle unique plus simple et plus souple à utiliser.

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	2013	Objectif 2014
Secteur public (ex-DG)	13,0%	9,0%	4,6%	-0,2%	+3,5 %	+8,9 %	-
dont médicaments	16,9%	7,8%	5,1%	2,1%	+2,4 %	+8,7 %	-
dont DMI	3,4%	12,3%	3,2%	-6,3%	+6,9%	+9,6 %	
Secteur privé	8,2%	-1,3%	-0,5%	-4,4%	-2,3%	+3%	
dont médicaments	12,5%	-1,3%	-1,8%	-8,7%	-9,5%	+1,9%	
dont DMI	4,6%	-1,3%	0,7%	-0,8%	+3,4%	+3,8%	
TOTAL					+1,6%	+7%	
dont médicaments	11,1%	5,1%	2,8%	-1,6%	-0,3%	+7,3%	1,5%
dont DMI					+5,1%	+6,6%	6%
Objectif fixé	-	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 (antinéoplasiques) 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 « génération » de ces médicaments. La poursuite de cette politique de réintégration a eu moins d'effets sur la dépense en 2012, toutefois, l'évolution de la dépense est conforme aux 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.

En 2013, les dépenses de la liste en sus ont augmenté de façon significative notamment dans les établissements ex-DG sur les dépenses relatives aux médicaments. Cette augmentation résulte de nombreuses extensions d'indications de médicaments déjà inscrits et de nouvelles inscriptions de médicaments très onéreux.

L'article 51 de la LFSS pour 2014 permettant l'inscription par indication des médicaments sur la liste en sus permettra d'une part de revoir l'intégralité des indications des médicaments inscrits au regard de la recommandation du conseil de l'hospitalisation pouvant le cas échéant les proposer à la radiation, et d'autre part d'analyser toutes les nouvelles indications de ces médicaments.

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 : Évolution du remboursement des indemnités journalières de la branche maladie

Finalité : avec un montant de plus de 6,2 Md€ en 2013 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. En 2013, la dépense reste stable par rapport à 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.

L'objectif pour l'ensemble de la période 2013-2018 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. En effet, sur longue période, l'évolution des IJ principalement liée à l'emploi et au salaire, doit être proche de celle de la masse salariale privée. Tout effort de maîtrise des volumes notamment *via* la maîtrise médicalisée devrait se traduire par une évolution des IJ inférieure à celle de la masse salariale.

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
IJ maladie, montants (en M€)	5 677	5 959	6 181	6 281	6 224	6 237	Sur la période 2013-2018, croissance annuelle moyenne égale à celle de la masse salariale du secteur privé diminuée de 0,5%
dont IJ de courte durée	3 388	3 519	3 650	3 746	3 691	3 734	
dont IJ de longue durée	2 289	2 440	2 531	2 531	2 533	2 503	
IJ maladie, taux d'évolution	5,4%	5,0%	3,7%	1,6%	-0,9%	0,3%	
dont IJ de courte durée	6,2%	3,9%	3,7%	2,6%	-1,4%	1,2%	
dont IJ de longue durée	4,3%	6,6%	3,7%	0,2%	-0,1%	-1,1%	
Masse salariale plafonnée du secteur privé	3,8%	-0,3%	1,3%	3,4%	2,5%	1,2%	

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 1er 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.

En 2013, la faible croissance de 0,3% s'explique également par la baisse de l'emploi salarié de 0,6% d'après l'ACOSS et par une évolution modérée des salaires de 1,8%.

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.

En 2012 et 2013, l'objectif est atteint, en effet sur ces deux années, l'évolution des IJ maladie est de -0,9% et 0,3% alors que la masse salariale plafonnée du secteur privée a évolué de 2,5% et 1,2%.

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 2014 (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

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 2013, 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 2012. 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. En 2013, une nouvelle action sur les nouveaux anticoagulants oraux (NACO) a été lancée en vue de promouvoir le bon usage de ces produits coûteux.

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 thème 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 2013, les résultats sont au-dessus des objectifs et très proches de ceux de l'année dernière. L'ensemble des économies réalisées s'élève à 602 millions d'euros, soit un montant supérieur à l'objectif fixé de 550 millions d'euros.

Les économies obtenues sur les médicaments sont légèrement au-dessus des objectifs : le taux d'atteinte est de 106% (264 millions d'économies obtenues contre 250 millions attendues). L'action menée toute l'année pour sensibiliser les professionnels de santé au problème de résistances de certaines bactéries aux antibiotiques aurait produit des économies importantes. Pour ce qui concerne les statines et les antidépresseurs les économies sont très importantes et témoigneraient de l'efficacité des actions récurrentes menées sur ces thèmes. Concernant les NACO, l'action a débuté en juillet, et l'infléchissement du montant observé sur les derniers mois de 2013 laisse plutôt penser que l'action produit des résultats positifs. Néanmoins, le montant de ce poste se situait en fin d'année au-dessus du montant tendanciel.

Sur les indemnités journalières (IJ), les transports et les masseurs-kinésithérapeutes, les économies sont importantes. En ce qui concerne les arrêts de travail, les économies sont en ligne avec l'objectif de 100 millions d'euros.

Les actions récurrentes de maîtrise médicalisée dans le domaine du transport auraient généré des économies significatives conduisant à un niveau d'atteinte nettement supérieur à l'objectif. En outre, les contrats signés avec les établissements (CAQOS) pour modérer les dépenses des transports ont pu amplifier l'infléchissement lié aux seules actions des Délégués de l'Assurance Maladie. Sur ce dernier poste comme sur celui des masseurs-kinésithérapeutes, de fortes revalorisations ont eu lieu mi-2012 et début 2013. Il est possible qu'elles aient pu conduire certains de ces professionnels de santé à diminuer leur activité. Néanmoins, pour les masseurs-kinésithérapeutes, la baisse de l'activité des professionnels déjà installés serait compensée par la hausse de la démographie de cette profession en 2013.

Économies réalisées (en millions d'euros)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Convention avec les médecins libéraux	721	581	383	334	398	396	500	468	419
Antibiotiques	35	46	27	56	0	12	12	24	42
Statines	122	135	131	55	78	68	65	38	82
IPP	-	13	27	71	20	67	32	18	-
Psychotropes	11	20	8	5	1	3	7	3	3
Arrêts de travail (IJ)	432	262	-	-	-	-	140	180	78
Transport	-	-	24	57	46	42	12	27	40
ALD	88	80	73	44	42	10	16	-	-
Prescription de génériques dans le répertoire	33	25	-	-	-	-	-	-	-
AcBUS Antiagrégants plaquettaires	-	-	24	15	80	35	36	62	39
IEC-Sartans (antihypertenseurs)	-	-	62	25	70	89	57	-	-
HTA	-	-	-	-	-	-	-	43	28
Anti ostéoporotiques	-	-	-	-	21	21	47	-	-
Anti dépresseurs	-	-	-	-	33	50	20	25	31
Anti diabétiques	-	-	-	-	8	-	21	-	-
Antalgiques	-	-	-	-	-	-	7	-	-
EPO	-	-	-	-	-	-	15	8	36
Anti-TNF	-	-	-	-	-	-	14	-	3
Autres actes	-	-	-	5	-	-	-	9	7
Dispositifs médicaux	-	-	7	-	-	-	-	32	30
Masseurs kinésithérapeutes	-	-	-	-	55	53	47	31	49
Accords avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	33	25	107	101	47	-	-	-	-
Prescriptions hospitalières de transports	-	-	-	48	23	52	65	73	112
Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail (IJ)	-	-	-	-	-	-	-	20	22
Total	754	606	490	482	523	501	612	592	602
Objectif	-	816	683	635	660	590	550	550	550
Taux d'atteinte de l'objectif	-	74%	69%	76%	79%	85%	111%	108%	109%

Source : CNAMTS

Construction de l'indicateur : 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 2013 (pour ce qui concerne le médicament) ;
- le montant observé des dépenses d'assurance maladie ;

L'évaluation des économies est réalisée à partir des données de remboursement du régime général, extrapolées tous régimes.

Le taux d'atteinte des objectifs rapporte le montant d'économies ainsi évalué à l'objectif fixé à l'annexe 9 du PLFSS.

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

Finalité : 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. L'objectif est d'atteindre d'ici 2016 un taux global de chirurgie ambulatoire de 50% en 2016.

Des actions ont été menées ces dernières années portant sur les domaines de la régulation, de la réglementation, de la politique tarifaire, des organisations et de la mise sous accord préalable des établissements de santé. 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 à venir (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 2012-2016. Les incitations tarifaires ont été amplifiées avec la mise en place progressive de tarifs identiques entre la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation complète pour les groupes homogènes de séjours de faible niveau de sévérité (niveau 1) : 18 GHM à tarif unique en 2009, 39 en 2012, 47 en 2013 et 111 en 2014 soit la totalité des GHM de chirurgie ambulatoire de niveau 1. La campagne 2014 étend l'application du tarif des GHM de chirurgie de niveau 1 de sévérité pour les séjours de faible durée (suppression des bornes basses) afin de favoriser la prise en charge innovante en chirurgie ambulatoire.

Un programme de travail commun pluriannuel mené par la Haute Autorité de Santé et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, s'adressant à la fois aux professionnels de santé, aux gestionnaires et aux régulateurs, est en cours. Des travaux sont également 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 a été étendue de 17 à 38 gestes marqueurs en 2012 et 43 gestes en 2013. Depuis août 2013, une action expérimentale est lancée sur 6 territoires régionaux par la Mutualité sociale agricole avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) afin d'améliorer le recours à la chirurgie ambulatoire de populations rurales.

En 2014, la DGOS a proposé un programme d'actions rénové de la chirurgie ambulatoire pour la période 2014-2016, concerté avec les acteurs, afin de mettre en œuvre une nouvelle étape de développement sur trois objectifs :

- promouvoir la qualité et la sécurité des soins et l'innovation pour une chirurgie ambulatoire étendue ;
- promouvoir le parcours patient, accompagner et communiquer ;
- amplifier les incitations tarifaires et simplifier le modèle de financement ;

Le Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (CIMAP), placé sous l'autorité du Premier Ministre et rattaché au Secrétaire général du gouvernement, a dressé une liste de douze politiques publiques soumises à évaluation en 2014 dont la chirurgie ambulatoire, avec pour objectifs « *d'augmenter le taux de recours à la chirurgie ambulatoire pour améliorer le confort des patients, l'utilisation des ressources des plateaux techniques de chirurgie et les conditions de travail des personnels* ».

Cette mission d'évaluation de la politique publique de promotion du développement de la chirurgie ambulatoire a été confiée par le Secrétariat général du gouvernement, sur la base d'une note de cadrage, à l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Elle vise à l'élaboration de recommandations opérationnelles en vue de l'atteinte d'objectifs à l'« *ambition accentuée* » sur la base d'un diagnostic préalable des conditions de réussite du développement dans quelques régions. La mission est également invitée à évaluer les délais dans lesquels les établissements peuvent faire les ajustements nécessaires et à fournir une estimation de l'ampleur et du rythme d'économies susceptibles d'être dégagées au fur et à mesure du développement de la chirurgie ambulatoire.

Le rapport intermédiaire, élaboré par la Mission, a fait l'objet d'une concertation le 5 juin 2014 dans le cadre du Comité national de pilotage de la chirurgie ambulatoire réunissant l'ensemble des acteurs concernés.

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

	2009				2011				2012				2013				Objectif
	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	public	privé à but non lucratif	privé à but lucratif	Ensemble	
17 gestes	69,4	74,2	76,8	74,6	75,4	82,4	83,2	81	77	84	85	83	80	87	87	85	86% en 2014
38 gestes	-	-	-	-	65	71,8	76,3	72,6	67	74	76,3	78	69	77	81	77	-
Taux global de chirurgie ambulatoire	24	31	44,1	36,2	26,8	35,1	47,8	39,5	28,5	35,2	49,1	40,8	30,2	38	51,2	42,7	50% en 2016

Sources : CNAMTS, ATIH, PMSI-MCO, 2009-2011-2012 et 2013.

Champ : France métropolitaine

Ces données montrent que la réalisation en chirurgie ambulatoire sur les actes relevant de la mise sous accord préalable connaît une progression de 2 points entre 2012 et 2013 sur les 17 gestes, mais également sur les 38 gestes marqueurs. Pour 2014, un objectif spécifique de pratique de la chirurgie ambulatoire sur l'ensemble des 17 gestes a été fixé pour chaque région en fonction de son niveau 2012. Ces objectifs régionaux visent à atteindre un taux national de 86 %.

On note une progression du taux global de presque 2 points entre 2012 et 2013, plus importante que les années précédentes. 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'Etat 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 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 et 43 en 2013;

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. Cette liste est actualisée en lien avec l'évolution des techniques et les travaux avec les sociétés savantes.

Le taux de chirurgie ambulatoire de cet indicateur 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.

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 (hors CMD 14 et 15 recouvrant les activités d'obstétrique et de néonatalogie). Cet indicateur est amené à évoluer pour refléter davantage l'ensemble de l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales.

Indicateur n°4-9 : 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, au travers de la durée moyenne de séjour en médecine et en chirurgie (MC) avant transfert en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en hospitalisation à domicile (HAD) vise à évaluer *l'adéquation de l'utilisation des lits hospitaliers MC*¹. 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 en alternative à l'hospitalisation en service de soins aigus, notamment par le recours à l'ambulatoire ou à l'HAD. Si une hospitalisation complète en MC est nécessaire, l'organisation de la sortie doit permettre d'assurer la continuité des soins ce qui peut imposer, dans certains cas, la poursuite de soins de nature hospitalière hors d'une structure de soins aigus : HAD, prise en charge en SSR.

L'indicateur permet de suivre l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) en médecine et en chirurgie pour les séjours suivis d'un transfert vers un service de SSR ou d'HAD : une diminution de cette DMS est attendue en cas de recentrage des lits MC sur les soins aigus. Vu que la DMS du séjour MC peut être expliquée médicalement par l'état de santé du patient et la lourdeur de la charge en soins (niveau 4), l'analyse porte sur les séjours de niveau de sévérité le plus faible (niveau 1). Elle est généralement plus importante pour les patients nécessitant une poursuite de soins hospitaliers en SSR ou en HAD. En effet, la DMS dépend également de l'organisation de l'aval des activités de soins de médecine et de chirurgie.

Des leviers ont été mobilisés pour atteindre l'objectif de diminution de la DMS des patients hospitalisés en médecine et en chirurgie, notamment :

- la mise en œuvre des SROS-PRS par les ARS ;
- l'utilisation par les établissements de l'outil TRAJECTOIRE ou d'autres logiciels d'orientation des patients visant aussi à fluidifier les parcours de soins des patients hospitalisés en MC et à mieux structurer l'offre d'aval (SSR et HAD en particulier) ;
- la diffusion par la HAS d'outils d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation (juillet 2013), en HAD (prévu en 2015).
- Le transfert en SSR constitue le mode de sortie le plus fréquent : 96% en ex OQN et 77% en ex-DG des sorties hors domicile en 2013. L'HAD constitue un mode de sortie moins fréquent en proportion (2,5% en ex DG et 1% en ex-OQN). On peut noter que les sorties vers le médico-social sont particulièrement représentées dans le secteur ex-DG (12,6% des sorties hors domicile versus 1% en ex-OQN). Cette observation est à rapprocher de la structure des classes d'âge des patients hospitalisés en MC en fonction des secteurs montrant une plus forte représentation des patients de 80 ans et plus dans le secteur ex-DG que dans le secteur ex-OQN.

Résultats : l'évolution annuelle entre 2009 et 2013 de la durée moyenne des séjours en médecine et en chirurgie de niveau 1 pour les patients transférés en SSR ou en HAD (en nombre de jours) est présentée dans le tableau suivant.

Discipline	Secteur	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Médecine	Ex-DG	9,6	9,3	9	8,7	8,6	Réduction
	Ex-OQN	7,8	7,7	7,5	7,4	7,3	
	Tous	8,7	8,5	8,2	8,0	7,9	
Chirurgie	Ex-DG	8,4	7,9	7,5	7	6,7	
	Ex-OQN	6,2	6,2	5,8	5,7	5,4	
	Tous*	8	7,6	7,1	6,7	6,4	

Source ATIH, DGOS.

¹ Selon la HAS, les inadéquations hospitalières correspondent aux lits occupés de manière non pertinente et non justifiée.

L'analyse tenant compte des niveaux de sévérité des séjours MC permet les constats suivants :

- en médecine : pour les séjours médicaux sans sévérité significative (niveau de sévérité 1)¹, il est observé une baisse de la DMS alors que tous niveaux de sévérité confondus, on observe depuis 2009 une tendance à la stagnation de la DMS des séjours médicaux pour les patients transférés en SSR ou en HAD (13 jours en moyenne avant transfert).
- en chirurgie : la DMS des séjours de niveau de sévérité 1 a diminué au cours de la période 2009-2013. Tous niveaux de sévérité confondus, on observe également depuis 2009 une tendance à la diminution de la DMS des séjours chirurgicaux (12,9 jours en moyenne avant transfert en HAD ou SRR) même si depuis 2011, cette tendance se ralentit. Il est à noter que la part des séjours de niveau 1 en chirurgie pour les patients transférés en SSR ou en HAD s'établit à 30 % pour les ES ex-DG et à 42 % pour les ES ex-OQN en 2013.

La fragilité du recueil des variables du PMSI relatives aux mouvements du patient à sa sortie du MC (mode de sortie et destination : mutation, transfert, retour à domicile, orientation vers le secteur médico-social, ...), explique que l'indicateur n'aborde pas à ce stade 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 (DGOS²). Cette étude a mis en évidence qu'en France métropolitaine, sur un jour donné au sein des établissements de santé sondés entre mars et mai 2010, 10,3% des lits de médecine/chirurgie étaient occupés de manière inadéquate : 5% dans les services de chirurgie et 17,5% dans ceux de médecine, l'étude montrant aussi que les séjours totalement adéquats représentent 93% de l'ensemble de ces séjours et les prolongations de séjour médicalement injustifiées n'étaient que de 3,9%.

Ces inadéquations avaient des causes variées : 3,8% des hospitalisations étaient inadéquates au moment de l'admission des patients et 12,5% des hospitalisations étaient adéquates mais comportaient au moins une journée inadéquate. Ces journées non adaptées s'expliquaient notamment par des problèmes d'aval : 41% des patients auraient dû être pris en charge en SSR, 37% à domicile et 20% dans les structures de soins de longue durée.

Des indicateurs complémentaires permettent d'approfondir la question des inadéquations hospitalières :

- l'évolution annuelle du nombre de journées d'hospitalisation en SSR et en HAD (cf. indicateur de cadrage n°12) : l'augmentation de la capacité d'accueil de ces secteurs favorisent la prise en charge des patients traités en médecine ou en chirurgie.
- l'évolution annuelle du pourcentage des transferts de séjours MC vers d'autres prises en charge (SSR, USLD, HAD, médico-social) (cf. tableau ci-après).

Il s'agit là, de mettre en perspective la diversité des prises en charge pouvant faire suite à une hospitalisation en MC. Pour ces deux indicateurs complémentaires, les codes de la variable PMSI permettent de décrire les destinations de sortie à la fin du séjour MCO.

¹ Toutefois, la part des séjours de niveau 1 est proportionnellement plus faible que pour les autres niveaux de sévérité (11 % pour les ES ex-DG et 21 % pour les ES ex-OQN en 2013),

² <http://www.sante.gouv.fr/inadequations-hospitalieres.10230.html>

**Évolution entre 2009 et 2013 des sorties vers les autres services hospitaliers
ou médico-sociaux des patients hospitalisés soins aigus**

	Sortie vers :	2009	2010	2011	2012	2013	Evol. 2010/ 2009	Evol. 2011/ 2010	Evol. 2012/ 2011	Evol. 2013/ 2012
Secteur ex-DG	SSR	423 812	441 007	447 377	459 026	466 443	4%	1%	3%	2%
	SLD	41 466	39 462	37 815	39 306	39 661	-5%	-4%	4%	1%
	HAD	9 141	10 964	12 249	13 595	15 162	20%	12%	11%	12%
	médico social	51 648	58 949	66 810	76 297	82 243	14%	13%	14%	8%
	Total	526 067	550 382	564 251	588 224	603 509	5%	3%	4%	3%
Secteur ex-OQN	SSR	162 169	165 074	168 872	166 995	166 929	2%	2%	-1%	0%
	SLD	2 727	2 850	2 540	2 814	3 036	5%	-11%	11%	8%
	HAD	1 234	1 592	1 843	2 012	2 087	29%	16%	9%	4%
	médico social	984	1 276	1 215	1 662	1 703	30%	-5%	37%	2%
	Total	167 114	170 792	174 470	173 483	173 755	2%	2%	-1%	0%

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

En ce qui concerne l'HAD et le SSR, on note une croissance de l'activité en nombre de journées depuis 2010. En 2012/2013, le taux de croissance du nombre de journées de ces deux activités est moins important que dans les années précédentes. Ces tendances peuvent être en partie expliquées par un effort d'adéquation des séjours hospitaliers en SSR et en HAD en regard de l'offre en médecine de ville. Elles peuvent aussi traduire des difficultés d'accès aux structures de soins d'aval pour les patients hospitalisés en médecine et en chirurgie et nécessitant une orientation plus fluide en SSR ou en HAD. Ces éléments sont à mettre en perspective avec l'augmentation de 2% de la DMS en médecine pour les patients transférés en SSR ou en HAD (tout niveau de sévérité) constatée pour cette même période.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est construit à partir du recensement (via le PMSI) des séjours d'hospitalisation en médecine ou en chirurgie de niveau 1 qui ont été suivis d'un transfert vers un service de SSR ou vers une 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 modalités de la variable PMSI décrivant les destinations de sortie à la fin du séjour hospitalier retenues sont les suivantes : 2 - sortie vers une unité de soins de suite et de réadaptation - et 6 - sortie avec hospitalisation à domicile.

Indicateur n°4-10 : Indice de performance – durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (IP-DMS MCO)

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. Une durée moyenne particulièrement élevée peut traduire des 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'indicateur suit la part des établissements, par catégorie, ayant un IP-DMS supérieure à un seuil. Ce seuil est fixé à partir de la distribution des établissements selon leur IP-DMS : il correspond à la valeur du 8ème décile de l'IP-DMS MCO national en 2012. Au-delà, on peut considérer que les établissements présentent des durées moyennes de séjour anormalement longues.

Résultats : le tableau ci-dessous donne la part des établissements ayant un IP-DMS supérieur au seuil fixé en 2012.

Type d'établissement	2010	2011	2012	Objectif
CHR/U	22%	21%	24%	Diminution
CH	38%	34%	30%	
S/total Public	36%	32%	29%	
Centres de lutte contre le cancer	0%	0%	0%	
Autres EBNL	35%	33%	35%	
S/total Privé non lucratif	30%	29%	30%	
Cliniques privées	12%	10%	10%	
Ensemble des établissements	24%	22%	20%	

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

Légende : CHR : centre hospitalier régional ; CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; EBNL : établissements de santé privés à but non lucratif.

En 2012, 20 % des établissements de santé ont un IP-DMS MCO supérieur à 1,081. 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 CHR 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 : caractéristique des patients hospitalisés (âge, niveau social etc.) et modalités de prise en charge. Ainsi, pour certains groupes homogènes de séjours (GHM), la distribution des durées de séjour est très étendue.

Sur la période 2010-2012, les évolutions sont hétérogènes entre secteurs. Les cliniques privées comme les établissements publics ont réduit leur part alors que les EBNL l'ont stabilisé autour de 30 %.

Toutefois, l'indicateur étant calculé pour l'ensemble des courts séjours, il lisse les éventuelles inégalités de performance entre activités. De plus, il convient de garder à l'esprit 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 prudent 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.

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°4-11 : Indice de performance des établissements de santé dans la gestion des achats hospitaliers

Finalité : les achats hospitaliers constituent le deuxième poste de dépenses des établissements de santé (18 Md€) après la masse salariale. Le programme baptisé « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE) a été lancé en 2011 avec définition d'objectifs de gains annuels à partir de 2012. Son objectif est de dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire. Tout cela, en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients.

Concrètement, il s'agit d'activer l'ensemble des leviers d'un achat « réussi » :

- la négociation des prix des produits achetés, en vue d'obtenir des prix raisonnables et justifiés ;
- la standardisation des produits achetés, qui évite généralement les surcoûts liés à des produits trop spécifiques ou trop pointus ;
- le raisonnement en coût complet, favorisant l'anticipation sur le cycle de vie des produits achetés, sur leurs conditions précises d'utilisation ou d'installation et sur leur maintenance ;
- l'activation du marché fournisseurs, qui nécessite une bonne connaissance des produits disponibles sur le marché et permet de faire jouer la concurrence entre fournisseurs, de détecter les innovations...

L'indice de performance des achats hospitaliers « Gains Achat », présenté ici, rapporte les gains d'achats réalisés au niveau national par les établissements publics de santé ou relevant du privé non lucratif, au périmètre traitable.

Le périmètre traitable est défini comme l'ensemble des achats (tous domaines confondus, en exploitation comme en investissement: achats, travaux, systèmes d'information, achats pharmaceutiques et médicaux, ...) sur lesquels l'acheteur peut agir dans le sens d'une démarche de progrès et de performance. Le périmètre traitable est à distinguer du périmètre traité qui recouvre les segments d'achat pour lesquels l'acheteur a effectivement activé des leviers de gains achat, une année donnée, dans une optique de performance. Les gains achat peuvent être réalisés directement par les établissements de santé ou via des groupements territoriaux ou nationaux.

La valeur cible théorique de l'indice de performance « Gains Achat » est de 3%. Il s'agit de la valeur communément admise dans la profession comme étant celle pouvant, en théorie, être atteinte par les organisations achat les plus performantes et matures. Elle reste une valeur cible théorique, atteinte dans le cas où toutes les organisations achat auraient un tel degré de maturité

L'indicateur de performance « Gains Achat » traduit bien l'état de maturité de la fonction achat des établissements de santé et permet de mesurer, année après année, l'évolution de la performance de la fonction achat hospitalière. Il a vocation à être compris entre 2 et 3 % de façon pérenne, ce qui suppose une professionnalisation de la fonction achat et une organisation mature de la part de l'ensemble des acteurs. Cela signifie alors que, annuellement, 2 à 3% de gains achat sont générés par rapport à l'ensemble du périmètre traitable.

Cet indicateur ne permet toutefois pas de savoir, dans le cas d'une organisation achat encore assez peu mature (valeur de l'indicateur inférieure à la valeur cible), si peu de gains sont réalisés par les établissements et groupements engagés dans la démarche par manque de performance (gains insuffisants par segment traité ou périmètre traité très restreint) ou si la démarche est insuffisamment développée (faible nombre d'établissements / groupements portant à eux seuls les gains réalisés).

Résultats : le tableau ci-dessous donne la valeur de l'indicateur en 2012 et 2013, ainsi que la valeur prévisionnelle de celui-ci, de 2014 à 2017, eu égard aux objectifs de gains achat fixés dans le cadre du programme PHARE. Les gains d'achat sont mesurés annuellement et de façon non cumulative. Ils mesurent ainsi la performance achat annuelle des établissements de santé.

	2012	2013	Objectif 2014	Objectif 2015	Objectif 2016	Objectif 2017
Objectifs annuels gains achat (en M€)	210	320	380	420	480	540
Gains achat annuels réalisés (en M€)	172	290				
Valeur-objectif de l'indicateur « Gains Achat »	0,9%	1,3%	1,5 %	1,8%	2 %	2,3%
Valeur réalisée de l'indicateur « Gains Achat »	0,7%	1,2 %				

Source : DGOS.

L'indicateur augmente progressivement depuis 2012, traduisant le déploiement de la démarche dans la quasi-totalité des régions (mise en place de plans d'action achat dans les établissements; développement de la mutualisation, avec la montée en charge de groupements nationaux et territoriaux). Dès 2012, première année de mise en œuvre du programme, 172 millions d'euros de gains ont été recensés, valorisant ainsi, pour la première fois, la performance achat des acteurs. Cette somme se décomposait en 54 millions d'euros générés par les plans d'action achat de 64 établissements, 58 millions procurés par 28 groupements régionaux à leurs adhérents et 67 millions engrangés par les 3 opérateurs nationaux (UniHA, Ugap, la fédération des centres de lutte contre le cancer Unicancer).

En 2013, 173 établissements (141 millions d'euros dont 50 millions extrapolés), 45 groupements régionaux (42 millions d'euros) et 3 opérateurs nationaux (107 millions d'euros) ont remonté des gains achat pour un montant de 290 millions d'euros.

Construction de l'indicateur : cet indicateur rapporte les gains Achat estimés annuellement, à l'échelle nationale, via la campagne de remontée de gains pilotée par la DGOS en lien avec les ARS, au périmètre traitable des dépenses achat de l'année.

Précisions méthodologiques :

- les données sont issues des objectifs fixés annuellement dans le cadre du programme PHARE (DGOS) ainsi que des campagnes de remontée de gains réalisées annuellement par le programme PHARE.
- les données mesurent un degré de maturité de l'organisation achat, à un niveau national, sur la base de données recensées régionalement.

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 syndicats interhospitaliers et groupements de coopération sanitaires,) et des établissements privés à but non lucratif et à but lucratif pour la période 2008-2012 :

Type d'établissement	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Établissements publics et privés non lucratifs (ex-DG)	-0,9%	-0,7%	-0,8%	-0,8%	-0,2%	> 0%
dont publics	-1,0%	-0,8%	-0,8%	-0,9%	-0,2%	
CHR/U	-1,8%	-1,8%	-1,4%	-1,3%	-0,5%	
CH	-0,5%	-0,2%	-0,4%	-0,6%	-0,1%	
Ex-Hôpitaux-locaux (HL)	2,0%	2,2%	1,5%	0,9%	1,1%	
dont privés non lucratif	-0,2%	-0,2%	-0,7%	-0,4%	0,0%	
Centres de lutte contre le cancer	0,2%	0,0%	-0,3%	-0,3%	-0,5%	
Autres EBNL	-0,2%	-0,3%	-0,8%	-0,4%	0,1%	
Cliniques privées	2,1%	2,1%	2,0%	2,6%	1,9%	

Source : DGOS – ATIH-DREES. Champ : établissements publics et privés à but lucratif et à but non lucratif.

Légende : CHR/U : centres hospitaliers régionaux/universitaires ; CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; EBNL : établissements de santé privés à but non lucratif.

En 2012, le résultat du budget principal des établissements de santé publics et privés financés antérieurement par dotation globale (ex-DG) est légèrement déficitaire et enregistre une nette amélioration, passant de -581 M€ à -140 M€ entre 2011 et 2012. Rapporté aux produits, le déficit représente 0,2 % en 2012 contre 0,8 % l'année précédente.

L'amélioration du résultat des établissements de santé ex-DG est imputable à la fois aux établissements publics qui enregistrent un recul de leur déficit de près de 400 M€ sur leur compte principal, celui-ci passant de 542 à 140 M€, et aux EBNL qui retournent à l'équilibre, leur résultat passant de -39 à 1 M€.

Au sein même du secteur public, les trois catégories d'établissements (CHR, CH et CH ex-HL) dégagent un résultat en forte progression. Les CHR replient leur déficit de près des deux tiers et les CH de plus de 80 %. Les ex-HL enregistrent un excédent en hausse. Au total, les établissements publics améliorent sensiblement leur indicateur de performance en 2012.

Le déficit des établissements publics de santé (-140 M€) est la somme d'un déficit cumulé d'environ -432 M€ et d'un excédent cumulé de 292 M€. Le déficit cumulé reste concentré puisque la moitié est imputable à seulement 23 établissements. Au total, 41 % des établissements publics enregistrent un déficit sur leur compte principal en 2012.

Le redressement du résultat des établissements publics de santé en 2012 est imputable en premier lieu aux efforts structurels de gestion et dans une moindre mesure, à l'évolution des règles comptables dans le cadre du processus de fiabilisation des comptes hospitaliers.

Les établissements de santé privés, après un exercice 2010 difficile car marqué par une forte dégradation de leur résultat, enregistrent un net redressement deux années de suite. En 2012, ils retournent à l'équilibre, leur résultat passant de -39 M€ à 1 M€. Toutefois, au sein des EBNL, le redressement des comptes est imputable uniquement aux établissements autres que le sous-ensemble des CLCC, ce dernier doublant quasiment son déficit entre 2011 et 2012.

Selon la DREES, les établissements de santé privés à but lucratif restent dans l'ensemble excédentaires sur la période 2008 à 2012. Leur résultat net rapporté au chiffre d'affaires, ou « rentabilité économique », s'établirait à 1,9 % en 2012 contre 2,6 % en 2011 et 2,0 % en 2010. La dégradation entre 2011 et 2012 s'explique par des opérations de cessions immobilières exceptionnelles en 2011 de cliniques MCO, qui ont transitoirement augmenté leur résultat de cette année. En 2012, la rentabilité nette du secteur est voisine de celle observée lors de la période 2008-2010. La situation financière des cliniques privées, globalement satisfaisante, reste marquée par une forte hétérogénéité : près de 30 % des cliniques déclarent des pertes. Par ailleurs, le secteur de la psychiatrie demeure le plus rentable avec une rentabilité de 6 % en 2012 (+0,2 point par rapport à 2011), devant celui du SSR avec 3,3 % (+0,4 point) puis du secteur MCO avec 1,3 % (en baisse de 1,1 point).

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 : $(\text{total des produits du CRP} - \text{total des charges du CRP}) / \text{total des produits du CRP}$.

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 2012 centralisés par la DGFIP ;
- pour les EBNL ex-DG, les données sont issues des comptes financiers 2008 à 2012 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 (voir la publication Etudes et résultats n°878, La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012, mars 2014).

Concernant les cliniques privées à but lucratif, les entités étudiées sont celles figurant dans la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) en 2012 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). L'étude mentionnée 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 2012, cette proportion est particulièrement élevée (25 %). La DREES redresse donc les données 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 au 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 syndicats interhospitaliers et groupements de coopération sanitaires), des établissements privés à but non lucratif, et des cliniques privées (approché par le taux d'excédent brut d'exploitation) pour la période 2008-2012, des établissements privés à but non lucratif, et des cliniques privées (approché par le taux d'excédent brut d'exploitation) pour la période 2008-2012.

Type d'établissement	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
Établissements publics et privés non lucratifs (ex-DG)	6,3%	6,8%	6,7%	7,1%	7,2%	Progression
dont publics	6,4%	7,1%	7,0%	7,4%	7,5%	
CHR/U	5,2%	5,8%	6,2%	7,2%	7,7%	
CH	6,9%	7,6%	7,3%	7,3%	7,2%	
Ex-Hôpitaux locaux (HL)	9,9%	10,3%	10,4%	9,6%	8,9%	
dont privés non lucratifs (EBNL)	5,4%	5,3%	4,8%	5,0%	5,3%	
Centres de lutte contre le cancer	7,4%	7,1%	6,8%	7,2%	6,5%	
Autres EBNL	5,0%	4,9%	4,3%	4,5%	5,0%	
Cliniques privées	5,9%	6,1%	6,1%	5,7%	5,6%	

Source : DGOS –ATI. Champ : établissements publics et privés à but non lucratif.

Légende : CHR/U : centres hospitaliers régionaux/universitaires ; CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; EBNL : établissements de santé privés à but non lucratif.

En 2012, pour la deuxième année consécutive, le taux de marge brute de l'ensemble des établissements de santé publics et privés non lucratifs (ex-DG) se redresse sensiblement pour atteindre 7,2% contre 7,1 % en 2011 et 6,7 % en 2010. La progression de cet indicateur de gestion est attribuable pour majeure partie aux CHR et, dans une moindre mesure, aux établissements de santé privés à but non lucratif. Ce taux global recouvre de fortes disparités entre secteurs. En particulier, les établissements publics affichent un taux de marge brute supérieur aux EBNL, 7,5 % contre 5,3 % en 2012.

Au sein du secteur public, la hiérarchie des taux a été bousculée en 2012. Les ex-HL présentent toujours le taux le plus élevé (8,9 %) mais accusent un recul pour la deuxième année consécutive. Le groupe des CHR (7,7 %) passe devant celui des CH (7,2 %). Par ailleurs, les taux de marge brute des établissements publics de santé (EPS) sont modérément dispersés autour de la moyenne et une part très faible des EPS enregistrent un taux négatif (10 établissements seulement). En outre, une part importante des EPS enregistrent un taux de marge brute supérieur à 8 %, à savoir 41%.

Au sein des EBNL, les CLCC enregistrent de nouveau un taux de marge brute supérieur à celui des autres EBNL, 6,5 % contre 5 %. Au total, 28 % des EBNL ont un taux de marge brute supérieur à 8 %.

Sur la période 2008-2012, le taux de marge brute de l'ensemble des établissements de santé ex-DG progresse régulièrement, passant de 6,3 % à 7,2 %. 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.

Sur la période 2008-2012, le taux de marge brute de l'ensemble des établissements de santé ex-DG progresse régulièrement, passant de 6,3 % à 7,2 %. 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 à but non lucratif s'est creusé sur la période, passant de 1 % à 2,2 %, les EBNL enregistrant une légère dégradation (-0,1%) alors que les EPS gagnent presque 1,1%. A noter qu'en 2012, les EBNL ont progressé plus fortement que les EPS, réduisant ainsi l'écart.

Au sein du secteur public, les CHR tirent la moyenne vers le haut, leur taux de marge brute affichant la hausse la plus remarquable (+ 2,5 %). Cette progression traduit les efforts structurels de gestion fournis par les CHR sur cette période. Au sein du secteur privé, la hausse du taux de marge brute est imputable entièrement aux EBNL hors CLCC, ces derniers dégradant leur taux sur la période et en particulier sur la dernière année observée (2012).

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 %. En 2012, le taux d'EBE se stabilise à 5,6 %.

Construction de l'indicateur : pour les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL), le taux de marge brute est calculée à partir des comptes de résultat consolidés. Le ratio est calculé de la manière suivante : (somme des soldes créditeurs des comptes 70 à 75 et, à compter de 2012, le compte 7722 – somme des soldes débiteurs des comptes 60 à 65) / (somme des soldes créditeurs des comptes 70 à 75 hors compte 7087 « 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 DGFIP, de 2008 à 2012 ;
- pour les EBNL, les données sont issues des comptes financiers 2008 à 2012 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 communiqués par la DREES.

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'efficacité. 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 :

	2011	2012	2013	2014 (p)	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)	Objectif
Recettes (Mds€)	148,2	155,0	158,0	161,4	166,7	172,5	179,0	185,1	
Dépenses (Mds€)	156,8	160,9	164,8	168,8	173,6	178,3	182,7	186,4	
Solde (Mds€)	-8,6	-5,9	-6,8	-7,3	-6,9	-5,8	-3,7	-1,4	
Recettes / dépenses	94,5%	96,4%	95,9%	95,6%	96,0%	96,8%	98,0%	99,3%	Redressement

Source : PLFSS pour 2015.

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. Malgré des dépenses toujours contenues, la situation s'est dégradée en 2013 avec un déficit de 6,8 Md€ en raison d'un fort ralentissement des recettes. Le taux d'adéquation des dépenses avec les recettes s'est établi à 95,9%.

En 2014, la situation se dégraderait à nouveau. En effet, même si l'ONDAM serait respecté en niveau par rapport à l'objectif voté en LFRSS, les recettes progresseraient à un rythme inférieur à celui des charges, entraînant une dégradation du solde de 0,5 Md€.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2015 prévoit une progression de 2,1% de l'ONDAM, dans le prolongement des efforts de maîtrise de la dépense d'assurance maladie engagés depuis plusieurs années. En l'absence de mesures majeures sur les recettes en 2015, la progression des recettes serait légèrement supérieure à celle des dépenses, notamment grâce à la hausse du transfert au titre de la sous-déclaration du travail. En 2015, le déficit de la branche maladie du régime général s'établirait à 6,9 Md€, soit une couverture des dépenses par les recettes à hauteur de 96,0%, en amélioration de 0,4 point par rapport à 2014. 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 2013 puis prévisionnels pour 2014 à 2018, 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 2015. 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.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (p)	Objectif
ONDAM arrêté (Md€)	140,7	144,8	152	157,6	162,4	167,1	171,1	175,4	178,3	
Dépenses réalisées (Md€)	142,1	147,6	152,9	158,1	161,9	166,3	170,0	173,8	178,3	
Écart à l'objectif (Md€)	1,4	2,8	0,9	0,6	-0,5	-0,8	-1,2	-1,7	0,0	
Écart à l'objectif, en %	1,0%	1,9%	0,6%	0,4%	-0,3%	-0,5%	-0,7%	-1,0%	0,0%	inférieur à 0,5%

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale, DSS.

Entre 2006 et 2014, les dépenses dans le champ de l'ONDAM sont passées de 142,1 Md€ à 178,3 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 0,6 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 1,2 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%).

De même, une partie importante de la sous-exécution de l'ONDAM 2013 provient d'un effet de base des réalisations finales de 2012. Il était en effet prévu une sous-exécution de 350 M€ lors de la construction de l'objectif 2013, or les réalisations de 2012 se sont révélées inférieures de 1,2 Md€. La dynamique de certains postes a également été inférieure à ce qui avait initialement prévu, c'est notamment le cas des indemnités journalières mais également des médicaments pour lesquels le rendement de la mesure « tiers payant contre générique » a été important.

La construction initiale de l'ONDAM 2014 tablait sur une sous-exécution de l'ONDAM 2013 de 650 M€, le premier constat de 2013 faisait état d'une sous-exécution supplémentaire de 800 M€ intégralement reprise lors du vote de l'ONDAM 2014 révisé en LFRSS. Il est prévu dans la LFSS pour 2015 un respect en niveau de l'objectif 2014 révisé. En effet, des sur-exécutions sont prévues sur les sous-objectifs des soins de ville et des établissements de santé, mais ceux-ci seraient couverts par un maintien partiel des mises en réserve et par des mesures supplémentaires, portant notamment sur la régulation des produits de santé.

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	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Part de chacun des régimes en 2013	Evolution annuelle 2008/2013	Objectif
CNAMTS	881	742,4	643,4	508,8	466,2	677,2	89,2%	-5,1%	Augmentation
MSA - salariés	16,7	17,4	17,3	12,3	17,8	16,0	2,1%	-0,9%	
MSA - exploitants	12,5	10,2	10,3	8,3	11,8	10,1	1,3%	-4,3%	
CNMSS	12,1	12	10,4	9	9,7	9,0	1,2%	-5,7%	
CANSSM	1,7	1,5	3,1	2	1,4	0,9	0,1%	-12,8%	
SNCF	9,4	-2,9	5,1	5,1	5,5	6,0	0,8%	-8,4%	
Banque de France, CRPCEN, CAVIMAC, RATP	0,4	1,9	0,8	0,8	1,4	1,8	0,2%	31,8%	
RSI (ex-CANAM)	32,7	31,2	35,9	30,3	37	38,5	5,1%	3,3%	
Tous régimes de base	966,6	813,8	726,5	576,5	551	759,5	100,0%	-4,7%	

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2014.

En 2013, les montants récupérés par la CNAMTS (branche maladie) au titre de la procédure de recours contre tiers nets ont représenté 89% des montants récupérés par l'ensemble des régimes de base d'assurance maladie. Après avoir baissé continuellement depuis 2009, les montants récupérés ont sensiblement augmenté en 2013 (+45,3%) pour atteindre 677 M€. Néanmoins, leur rendement est resté inférieur aux niveaux observés avant la baisse entamée en 2009. Sur la période 2008-2013, ces montants récupérés ont diminué de 5,1% 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. En 2013, l'augmentation est imputable à une variation négative des provisions pour dépréciation de créances.

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 : les montants indiqués sont ceux des comptes de la Sécurité sociale, tous régimes. Ils sont exprimés en millions d'euros courants, nets des provisions et des admissions en non valeur.

Indicateur n°5-4 : Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus menée par la CNAMTS - 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 :

	Économies liées aux fraudes et aux activités fautives et abusives détectées et stoppées			Économies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées		
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Résultats	131,7	137,6	185,6	150	141	147,2
Objectifs	110	120	125	130	130	130

Source : CNAMTS/DACCRF.

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 2013 pour chacun des thèmes retenus, ainsi que les objectifs respectifs. Les économies constatées s'élèvent à 147,2 M€ en 2013 versus 141,0 M€ en 2012. Elles correspondent aux demandes de réparation du préjudice subi, aux prononcés de pénalités et de sanctions financières des 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		Économies réalisées	
	Résultats	Objectif	Résultats	Objectif
Obtention de droits	3,7	150,0	130,0	
Prestations en espèces (arrêts de travail, rentes AT, invalidité, ...)	16,1			
Prestations en nature / Soins de ville	81,5			
Établissements (T2A MCO, HAD, EHPAD)	65,8			
TOTAL 2013	167,1			

Source : CNAMTS/DACCRF.

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 termes de préjudice subi par l'assurance maladie. 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, le contrôle de 219 établissements était programmé au titre de la campagne 2012. Une sanction financière a été notifiée par les Directeurs généraux des Agences régionales de santé pour 70 d'entre eux pour un montant financier total de 7,1 M€.

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 2013, le taux de séjours contrôlés atteint 0,75% (mesuré par le 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). Il est en progression par rapport aux années antérieures (0,60% entre 2010 et 2012).

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'Etat.

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.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

A

ACS : Aide à la complémentaire santé
AFD : Aspirine faible dose
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD : Affection de longue durée
AMC : Assurance maladie complémentaire
AME : Aide médical d'État
AMO : Assurance maladie obligatoire
ANAP : Agence nationale de l'appui à la performance
ANI : Accord national interprofessionnel
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
ANV : Admission en non valeur
APL : Accessibilité potentielle localisée
ARS : Agence régionale de santé
ASIP : Agence des systèmes d'information partagés
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

B

BMR : Bactéries multi-résistantes
BPCO : Broncho-pneumopathie-chronique-obstructive

C

CCLAT : Convention cadre internationale de lutte antitabac
CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale
CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CET : Compte épargne temps
CH : Centre hospitalier
CHR : Centre hospitalier régional
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIM : Classification internationale des maladies
CLCC : Centre de lutte contre le cancer
CMD : Catégorie majeure de diagnostic
CMU : Couverture maladie universelle
CMU-c : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNG : Caisse nationale de gestion

CNIS : Comité national de l'information statistique
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRPA : Comptes de résultat prévisionnels annexes
CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux
CSG : Cotisation sociale généralisée

D

DADS : Déclarations annuelles de données sociales
DCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DCI : Dénomination commune internationale
DCIR : Données de consommation inter-régime
DCS : Dépense courante de santé
DDJ : Dose définie journalière
DEC : Délai envoi du courrier
DEPP : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
DESCO : Direction de l'enseignement scolaire
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DG : Dotation globale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMI : Dispositifs médicaux implantables
DMS : Durée moyenne de séjour
DREES : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la sécurité sociale
DTS : Dépense totale de santé

E

EARSS : European antimicrobial resistance surveillance network
EBNL : Établissement de santé privé à but non lucratif
ECDC : European centre for disease prevention and control
ECPS : Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires
EDP : Échantillon démographique permanent
EGB : Échantillon généraliste de bénéficiaires
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
EPAS : Échantillon permanent d'assurés sociaux
ERCV : Enquête sur les ressources et conditions de vie

ESAC : European surveillance of antimicrobial consumption
ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ESPS : Enquête santé et protection sociale
ETP : Équivalent temps plein

F

FBCF : Formation brute de capital fixe
FIR : Fond d'intervention régional
FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
FSE : Feuilles de soins électroniques

G

GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjours

H

HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HL : Hôpitaux locaux
HTA : Hypertension artérielle

I

IARC : International agency for research on cancer
ICATB : Indice composite de bon usage des antibiotiques
ICR : Indice de coût relatif
IEC : Inhibiteurs d'enzyme de conversion
IJ : Indemnités journalières
IN : Infections nosocomiales
INED : Institut national des études démographiques
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INVS : Institut de veille sanitaire
IOTF : International obesity task force
IP-DMS : Indice de performance- durée moyenne de séjour
IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons
IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

L

LFI : Loi de finances

LFRI : Loi de finances rectificative
LFRSS : Loi de financement rectificative de la Sécurité sociale
LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale
LPP : Liste des produits et prestations

M

MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique
MCOO : Médecine-chirurgie-obstétrique et odontologie
MCS : Mutuelle complémentaire santé
MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MEP : Médecins à exercice particulier
MIGAC : Mission d'Intérêt général et aide à la contractualisation

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMEDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONDPS : Observatoire national de la démographie des professionnels de santé
OQN : Objectif quantifié national

P

PDSA : Permanence des soins ambulatoires
PGFP : Plan global de financement pluriannuel
PHARE : Performance hospitalière pour des achats responsables
PIB : Produit intérieur brut
PLF : Projet de loi de finances
PLFR : Projet de loi de finances rectificative
PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS : Programme national nutrition santé
PPI : Prévalence des patients infectés
PRCV : Panel sur les ressources et conditions de vie
PRS : Plans stratégiques régionaux de santé
PSPH : Participant au service public hospitalier

R

RAISIN : Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections associées aux soins
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS : Répertoire partagé des professions de santé

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SARM : Staphylococcus aureus résistant à la mécilline
SCI : Société civile immobilière
SLM : Sections locales mutualistes
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SNIIRAM : Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie
SNS : Stratégie nationale de santé
SPS : Santé et protection sociale
SRCV : Statistiques sur les ressources et condition de vie
SROS : Schémas régionaux d'organisation des soins
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation

T

T2A : Tarification à l'activité
TCDC : Tableaux de centralisation des données comptables
TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité
TJP : Tarif journalier de prestations
TSA : Taxe de solidarité additionnelle

U

USLD : Unité de soins de longue durée