Programme de Qualité et d'Efficience « Maladie »

PLFSS 2016

SOMMAIRE

Présentation stratégique **7**

PARTIE I Données de cadrage **15**

Liste des indicateurs de cadrage *17*

Indicateur n°1 : Part de la dépense courante de santé dans le PIB **18**

Indicateur n°2 : Montant des dépenses de santé par habitant **21**

Indicateur n°3 : Principales causes de décès **23**

Indicateur n°4 : Mortalité prématurée, par genre **25**

Indicateur n°5 : Évolution du taux de mortalité infantile **27**

Indicateur n°6 : Écarts d'espérance de vie par profession et catégorie socio-professionnelle **29**

Indicateur n°7 : Espérance de vie à 65 ans **31**

Sous-indicateur n°7-1 : Espérance de vie à 65 ans, en comparaison internationale, par genre 31
Sous-indicateur n°7-2 : Espérance de vie à 65 ans sans incapacité, par genre 33

Indicateur n°8 : Densités départementales des médecins omnipraticiens et spécialistes pour 100 000 habitants **35**

Indicateur n°9 : Consommation de soins par habitant **38**

Sous-indicateur n°9-1 : Nombre de consultations de médecins par habitant, perspective internationale 38
Sous-indicateur n°9-2 : Taux de recours aux soins et consommation moyenne par âge 40

Indicateur n°10 : Honoraires totaux des médecins libéraux **43**

Indicateur n°11 : Évolution de l'offre hospitalière **46**

Indicateur n°12 : Nombre de séjours dans les établissements de santé par activité de soins autorisée pour 10 000 habitants par région par grande discipline et type d'hospitalisation **49**

Indicateur n°13 : Évolution des dépenses et des effectifs de personnel des établissements de santé **53**

Sous-indicateur n°13-1 : Évolution des dépenses de personnel 53
Sous-indicateur n°13-2 : Évolution des effectifs (en équivalent temps plein) de personnel médical et non médical 56

Indicateur n°14 : Effectif de malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépense associée **59**

Sous-indicateur n°14-1 : Effectif annuel des maladies admises au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD30) 59
Sous-indicateur n°14-2 : Évolution des dépenses d'assurance maladie des assurés en ALD 63

Indicateur n°15 : Évolution des coûts moyens annuels des pathologies, traitements et événements de santé **65**

Indicateur n°16 : La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie **69**

PARTIE II Objectifs / Résultats **71**

Liste des indicateurs d'objectifs/résultats *72*

Objectif n°1 : Assurer un égal accès aux soins 76

Indicateur n°1-1 : Répartition territoriale de l'offre de soins de ville et hospitalière **76**

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 76
Sous-indicateur n°1-1-2 : Indicateur sur les inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes 78
Sous-indicateur n°1-1-3 : Part de la population ayant accès aux soins urgents en moins de 30 minutes 79

Indicateur n°1-2 : Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages 81

Sous-indicateur n°1-2-1 : Part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques 81
Sous-indicateur n°1-2-2 : Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursements des organismes de couverture maladie complémentaire. 83
Sous-indicateur n°1-2-3 : Part des actes facturés en tiers payant 85

Indicateur n°1-3 : Recours à une complémentaire santé pour les plus démunis 87

Sous-indicateur n°1-3-1 : Nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire 87
Sous-indicateur n°1-3-2 : Nombre de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé 89

Indicateur n°1-4 : Importance des dépassements tarifaires : répartition des médecins de secteur 2 et taux moyen de dépassement pratiqué 91

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 93

Objectif n°2 : Développer la prévention 97

Indicateur n°2-1 : Prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant 97

Indicateur n°2-2 : Prévalence des pratiques addictives 99

Sous-indicateur n°2-2-1 : Prévalence du tabagisme quotidien 99
Sous-indicateur n°2-2-2 : Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans ou plus 101

Indicateur n°2-3 : Indicateurs sur le dépistage du cancer 102

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 102
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 104
Sous-indicateur n°2-3-3 : Taux de participation de la population au dépistage organisé du cancer colorectal 106

Indicateur n°2-4 : Taux de couverture vaccinale 108

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 108
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 110

Indicateur n°2-5 : Taux de diabétiques bénéficiant des recommandations de bonnes pratiques cliniques 112

Objectif n°3 : Améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins 114

Indicateur n°3-1 : Proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant en moins de huit jours 114

Indicateur n°3-2 : Part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoire (PDSA) 116

Indicateur n°3-3 : Indicateurs relatifs à la prévention des infections nosocomiales 118

Sous-indicateur n°3-3-1 : Prévalence des infections associées aux soins dans les trois secteurs de l'offre de soins (établissements sanitaires, médico-sociaux, soins de ville) 118
Sous-indicateur n°3-3-2 : Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2) 120

Indicateur n°3-4 : Proportion d'établissements certifiés de niveau 1 par la Haute Autorité de Santé 122

Indicateur n°3-5 : Taux de réalisation des médecins rémunérés selon les objectifs de santé publique 124

Objectif n°4 : Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses 129

Indicateur n°4-1 : Taux de croissance des dépenses de médicaments au cours des cinq dernières années 129

Indicateur n°4-2 : Indicateur de suivi de la consommation de médicaments 131

Sous-indicateur n°4-2-1 : Taux de pénétration des génériques 131
Sous-indicateur n°4-2-2 : Nombre moyen de médicaments prescrits par ordonnance 133

Indicateur n°4-3 : Nombre de doses définies journalières d'antibiotiques pour 1000 habitants par an (en ville) 135

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 137

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) 140

Indicateur n°4-6 : Évolution du remboursement des indemnités journalières de la branche maladie 142

Indicateur n°4-7 : Taux d'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie 144

Indicateur n°4-8 : Taux de pratique de la chirurgie ambulatoire 146

Indicateur n°4-9 : Recentrage des lits hospitaliers sur les soins aigus : évolution de la durée moyenne des séjours en médecine et en chirurgie suivis d'un séjour en soins de suite et de réadaptation ou en hospitalisation à domicile 149

Indicateur n°4-10 : Indice de performance – durée moyenne de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (IP-DMS-MCO) 152

Indicateur n°4-11 : Indice de performance des établissements de santé dans la gestion des achats hospitaliers 154

Indicateur n°4-12 : Situation financière des établissements de santé 156

Sous-indicateur n°4-12-1 : Résultat comptable de l'activité principale des établissements de santé, exprimé en pourcentage des produits 156
Sous-indicateur n°4-12-2 : Marge brute d'exploitation des établissements de santé, en pourcentage des produits 158

Objectif n°5 : Garantir la viabilité financière de la branche maladie 160

Indicateur n°5-1 : Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS maladie 160

Indicateur n°5-2 : Niveaux et dépassements de l'ONDAM 161

Indicateur n°5-3 : Montants récupérés par la CNAMTS maladie dans le cadre des recours contre tiers 163

Indicateur n°5-4 : Économies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées 164

Liste des sigles utilisés 167

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

En 2014, les dépenses de la branche maladie - au sens de l'ensemble des régimes inclus dans le périmètre des lois de financement de la Sécurité sociale - se sont élevées à 193,2 milliards d'euros, soit plus de 40% de l'ensemble des dépenses de la Sécurité sociale.

Les prestations en nature de la branche maladie de la Sécurité sociale représentent en 2014 plus des trois quarts des dépenses engagées par les Français au titre des soins. Au total, en incluant les prestations en espèces et les versements aux établissements médico-sociaux, l'assurance maladie concourt de façon décisive au financement de la dépense courante de santé, qui a représenté 10,9% du produit intérieur brut en 2013 *(indicateur de cadrage n°1)*.

En raison de leur importance dans l'ensemble de la dépense de santé des ménages, les prestations d'assurance maladie contribuent donc de façon importante à la solvabilisation de ces dépenses pour les assurés, et ainsi à l'accès égal de tous les Français aux soins. Pour autant, compte tenu de la part élevée des prestations maladie dans l'ensemble des dépenses publiques, elles doivent participer à l'effort en cours de redressement des finances publiques. Le défi que les politiques publiques ont à relever dans le domaine de l'assurance maladie est donc d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins tout en ramenant progressivement les comptes de l'assurance maladie à l'équilibre.

En ce sens, le projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours d'examen parlementaire, concrétise la stratégie nationale de santé. Elle a pour ambition de refonder le système de santé autour de trois axes. : renforcer la prévention, améliorer l'accès aux soins et l'information sur l'offre de soins de proximité, créer de nouveaux droits pour les patients.

Dans le domaine de la prévention, le projet de loi contient des dispositions visant à réduire l'incitation au tabagisme (instauration du paquet neutre de cigarettes) et à lutter contre les phénomènes d'alcoolisation massive, qui touchent particulièrement les jeunes.

Améliorer l'accès aux soins passe notamment par une approche centrée sur le parcours de soins, en particulier pour la prise en charge des maladies chroniques. Le soutien aux structures pluriprofessionnelles et la création de groupements hospitaliers permettront de mutualiser certaines activités par territoire et de renforcer la couverture géographique de l'offre de soins en lien avec le « pacte territoire santé » mis en place en 2013 qui favorise notamment l'installation de jeunes médecins dans les zones fragiles en termes de densité médicale. L'information relative à la permanence de soins sera par ailleurs renforcée avec la création d'un numéro unique d'appel.

Pour faciliter l'accès financier aux soins, le projet de loi prévoit par ailleurs d'étendre le tiers-payant pour les soins de ville, d'ici à 2017, à l'ensemble des assurés aussi bien pour la part des dépenses prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires et pour celle prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaires. Cette dispense intégrale de l'avance des frais, déjà appliquée aux bénéficiaires de la CMU-C a été étendue le 1er juillet 2015 aux utilisateurs de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Le projet de loi poursuit ainsi les actions déjà engagées pour favoriser l'accès aux soins en particulier pour les assurés les plus précaires. Le relèvement du plafond de la CMU-C (et par conséquent de celui de l'ACS) de 8,3% le 1er juillet 2013 a permis à 610 000 personnes supplémentaires de bénéficier d'une couverture complémentaire santé prise en charge par la collectivité (au titre de ces deux dispositifs). Parallèlement, la prise en charge des soins optiques et dentaires, et des audioprothèses pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire a été améliorée.

Afin de favoriser le recours à une complémentaire santé, le dispositif de l'ACS a été renforcé dès 2013. L'avenant 8 à la convention médicale de 2013 a mis en place une garantie d'accès aux soins à tarifs opposables (absence de pratique de dépassement tarifaire, déjà appliquée aux bénéficiaires de la CMU-C), ainsi qu'un contrat d'accès aux soins destiné à limiter les dépassements d'honoraires. Depuis la mise en place de ce contrat, près de 26% des médecins pratiquant des honoraires libres se sont ainsi engagés à limiter les dépassements d'honoraires. Au 1er janvier 2014, le montant de l'ACS a par ailleurs été revalorisé pour les assurés de plus de 60 ans.

Depuis le 1er juillet 2015, deux nouvelles mesures complètent le dispositif : l'exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire (déjà appliquée aux bénéficiaires de la CMU-C), une offre d'assurance complémentaire spécifique (sélectionnée par une procédure d'appel d'offre) améliorant le niveau de couverture proposé, à moindre coût.

Enfin, le Gouvernement poursuit le chantier de la généralisation de la couverture complémentaire à tous les Français à l'horizon 2017. Suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 transposé par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, la couverture complémentaire collective sera généralisée dans l'entreprise en 2016. Elle donnera accès à l'ensemble des actifs à une assurance complémentaire santé à coût réduit ou offrant, pour un

prix donné, de meilleures garanties qu'un contrat souscrit de manière individuelle. Les salariés bénéficieront en effet du cofinancement par leur employeur de cette couverture collective et les tarifs des contrats reflèteront les gains tirés de la mutualisation de la dépense sur l'ensemble des salariés de l'entreprise ou de la branche d'activité.

La maîtrise des dépenses de santé est la condition du maintien d'un haut niveau de protection sociale pour nos concitoyens. En 2014, le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour la cinquième année consécutive a attesté du sérieux de la maîtrise des dépenses. S'agissant de l'année 2015, les prévisions actuellement disponibles crédibilisent le respect de l'objectif que le présent projet de loi de financement propose d'abaisser de 450 M€ par rapport au niveau initialement fixé par la LFSS pour 2015, dans la lignée des engagements pris par le Gouvernement dans le programme de stabilité de la France pour les années 2015-2018.

Ces efforts seront poursuivis et amplifiés dans les années à venir : le taux de croissance des dépenses dans le champ de l'ONDAM sera ramené de 2,0% en 2015 à 1,75% en 2016 et 2017. Pour atteindre ces objectifs, quatre grands axes d'actions ont été identifiés portant sur le pilotage de la dépense hospitalière, le virage ambulatoire et l'efficience de la prise en charge en établissement, les produits de santé et la promotion des génériques, la pertinence et le bon usage des soins.

Le présent programme de qualité et d'efficience rend compte de ces problématiques et à cette fin distingue cinq objectifs principaux :

- assurer un égal accès aux soins ;
- développer la prévention ;
- améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins ;
- renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ;
- garantir la viabilité financière de la branche maladie.

Les résultats obtenus par les politiques d'assurance maladie seront examinés successivement au regard de ces cinq objectifs. Ils reposeront sur l'analyse de l'évolution des indicateurs présentés dans la suite du présent programme.

Objectif n°1 : l'égal accès aux soins

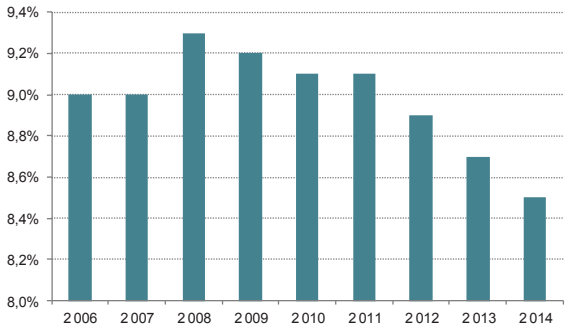
L'égalité d'accès aux soins est un objectif majeur des politiques de santé publique. Il recouvre d'une part l'accessibilité à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur le territoire, et d'autre part un niveau maîtrisé de la charge financière restant aux assurés sur leurs dépenses de santé.

En matière d'offre de soins ambulatoires, les disparités de répartition des médecins sur le territoire ne diminuent pas malgré une relative importance de l'offre nationale (*indicateur n°1-1*). Bien que la densité de médecins spécialistes (libéraux et salariés) ait augmenté en dix ans, les écarts de densité observés se maintiennent avec une densité pour 100 000 habitants deux fois plus élevée dans les départements les mieux dotés par rapport aux moins bien dotés (214 spécialistes pour 100 000 habitants contre 112). Toutefois, la part de la population qui réside dans des bassins de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure à 58 médecins pour 100 000 habitants – soit 70% de la valeur médiane de la densité nationale –, reste faible en 2013 (6,3%), même si elle a très légèrement augmenté depuis 2009.

Sur le plan financier, le niveau de prise en charge par les administrations publiques (principalement par la Sécurité sociale, et à titre auxiliaire par l'État, le fonds CMU et les collectivités locales) reste élevé : il s'établit à 78% en 2014, en progression de 0,4 point par rapport à 2013 et confirmant ainsi la tendance à la hausse observée depuis 2012. La France figure ainsi parmi les pays de l'OCDE qui consacrent une part importante de leur richesse à la fois aux dépenses de santé et à leur prise en charge publique. Ce niveau de couverture publique fondé sur une logique de solidarité *via* une mutualisation des risques et un financement proportionnel aux revenus contribue de façon sensible à la réduction des inégalités de revenu. La priorité du Gouvernement tout au long de la présente législature est de garantir ce niveau élevé de prise en charge publique, facteur essentiel d'une juste répartition des revenus et des conditions de vie entre les Français.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages après intervention des complémentaires santé s'établit à 8,5%, niveau le plus faible enregistré depuis 2006 (*sous-indicateur n°1-2-1, cf. graphique ci-après*).

Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages



Source : DREES, Comptes de la santé 2014.

Ce recul est en partie dû à des facteurs structurels (hausse des prestations des organismes complémentaires, progression des effectifs en affection de longue durée exonérés de ticket modérateur, croissance plus dynamique des postes de dépenses les mieux remboursés), et plus récemment au ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins et des dépenses non remboursables, par nature entièrement à la charge des assurés. Cela traduit le choix du gouvernement de préserver le dispositif de prise en charge au titre d'une affection de longue durée et de renoncer aux mesures de déremboursement.

La France est, avec les Pays-Bas, le pays développé dans lequel le reste à charge des ménages sur leurs frais de santé en part de la consommation de soins et de biens médicaux, après intervention des complémentaires santé, est le plus faible parmi les pays développés.

À ce jour, les indicateurs d'accès aux soins des assurés aux revenus modestes présentent un bilan contrasté. Les efforts financiers sont relativement plus importants pour les ménages disposant de faibles revenus même si en moyenne, en termes absolus, le reste à charge moyen est plus faible. En 2012, il représentait ainsi 2,1% du revenu disponible pour les 10% de personnes aux revenus les plus modestes contre 0,6% pour les 10% de personnes les plus riches (*sous-indicateur n°1-2-2*).

Par ailleurs, selon l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, près d'un quart des personnes ayant une couverture complémentaire a déclaré avoir renoncé à au moins un soin en 2012 pour des raisons financières. Cette proportion est plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMU-C, pourtant exonérées de participation financière. Toutefois, compte tenu de l'importante refonte de cette enquête, il ne peut être tiré de conclusions à ce stade sur une tendance à la hausse ou la baisse du renoncement aux soins pour ces populations (*indicateur n°1-5*). Les postes les plus concernés par le renoncement restent ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé, en particulier les soins optiques et dentaires.

Des travaux réalisés en 2011 par la DREES ont mis l'accent sur le lien existant entre l'acuité des situations de précarité subies par les personnes et leurs déclarations de renoncement aux soins pour raisons financières. Les personnes en situation de grande précarité – par exemple, cumulant des situations défavorisées de revenu, de santé, de logement, etc. – paraissent relativement moins sujettes à déclarer des renoncements aux soins que les personnes dont le seul handicap est de disposer de faibles revenus.

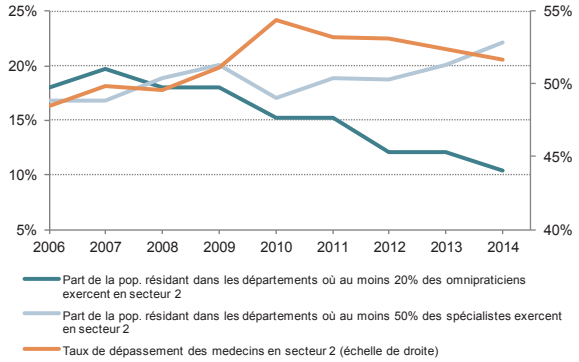
Les efforts ciblés vers les populations précaires devraient améliorer la couverture de la prise en charge des soins. À fin juin 2015, 5,3 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C qui garantit une prise en charge intégrale de leurs soins et l'application de tarifs de soins sans dépassements. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est destinée aux assurés dont le revenu est supérieur de 35% au seuil de ressources pour l'accès à la CMU-C. Elle consiste en une prise en charge par le fonds CMU d'une partie du coût d'acquisition d'une couverture maladie complémentaire. A fin mai 2015, près de 985 000 personnes utilisaient leur attestation ACS (*indicateur n°1-3*). Suite au relèvement de 8,3 % du plafond CMU-C au 1er juillet 2013, 610 000 personnes supplémentaires bénéficient de la CMU-C et de l'ACS. L'élargissement aux bénéficiaires de l'ACS de la garantie de l'accès aux soins aux tarifs opposables en 2013 et le relèvement de l'aide de 500 € à 550 € au 1er janvier 2014 pour les personnes de plus de 60 ans, et plus récemment l'exonération des participations forfaitaires depuis le 1er juillet 2015 devraient renforcer le recours à cette aide. Surtout, la sélection des contrats spécifiquement destinés aux bénéficiaires de l'ACS suite à une procédure de mise en concurrence permet d'améliorer les niveaux de garantie proposés et de limiter leur coût d'accès.

Le fait de disposer d'un haut niveau de couverture maladie ne garantit pourtant pas une protection complète contre le risque de coûts élevés des soins. Les dépassements d'honoraires et de tarifs de certains dispositifs médicaux, notamment en matière dentaire et optique, représentent une part importante de l'ensemble du reste à charge des ménages. Par ailleurs, plus particulièrement dans certaines zones telles que les grandes agglomérations, les patients rencontrent des difficultés à accéder à une offre de soins à tarif opposable. Si l'indicateur n°1-4 confirme en 2014 la tendance à la baisse de la part de la population résidant dans des départements dans lesquels plus de 20% des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres (10,4% en 2014, en baisse de 9,3 points par rapport à 2007), l'accès à des spécialistes à tarifs opposables demeure moins aisé : plus d'une personne sur cinq réside dans un département où au moins 50 % des spécialistes facturent des dépassements d'honoraires. Le taux de dépassement moyen – rapport du montant moyen des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – s'établit à 51,7% en 2014, confirmant la tendance à la baisse amorcée en 2011 (*cf.* graphique ci-après).

La mise en place du contrat d'accès aux soins fin 2013 découlant de l'avenant n°8 à la convention médicale conclue entre les médecins libéraux et l'assurance maladie contribue à modérer les dépassements d'honoraires et à améliorer l'accès effectif des patients aux soins. Il engage les médecins pratiquant des honoraires libres et souscrivant au contrat d'accès aux soins à geler les dépassements d'honoraires en contrepartie notamment d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales et d'une meilleure

solvabilisation par l'assurance maladie des frais de soins.

Accès aux soins et montant moyen des dépassements d'honoraires



Source : CNAMTS.

Objectif n°2 : le développement des politiques de prévention

À côté de sa mission centrale de remboursement des soins, l'assurance maladie contribue à mettre en œuvre la politique de santé publique au moyen de programmes d'accompagnement des patients, de participations aux campagnes de prévention ciblées (dépistage du cancer, vaccination antigrippale…), ainsi que par le biais de certains dispositifs conventionnels et de l'accompagnement individualisé des professionnels de santé et des patients.

Selon les données internationales disponibles, la France occupe en 2014 le deuxième rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et le troisième chez les hommes avec respectivement 23,4 ans et 19,1 ans (*indicateur de cadrage n°7*). Toutefois, la mortalité prématurée reste élevée avant 65 ans (*indicateur de cadrage n°4*), et les écarts substantiels d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles ne diminuent pas ou peu au cours du temps (*indicateur de cadrage n°6*). Ces résultats contrastés sont à relier aux conditions de vie et plus particulièrement à l'exposition à certains facteurs de risques tels que la consommation de tabac et d'alcool ou les déséquilibres nutritionnels.

Les évolutions de la prévalence du tabagisme quotidien et de la consommation d'alcool sont décevantes. La prévalence du tabagisme quotidien demeure élevée en 2014, elle concerne un tiers de la population de plus de 18 ans (*indicateur n°2-2*) en dépit de l'aide que l'assurance maladie apporte au sevrage tabagique avec notamment les substituts nicotiniques. Le programme national de réduction du tabagisme lancé le 25 septembre 2014, en lien avec le plan cancer III, a pour objectif de réduire le nombre de fumeurs de 10% en cinq ans, de ramener la prévalence du tabagisme à moins de 20% d'ici à 2024 dix ans et, à plus long terme de limiter la part des jeunes fumeurs à 5%. Ce programme, qui est relayé par le projet de loi de modernisation de notre système de santé, renforcera notamment les actions de prévention à l'égard des jeunes particulièrement touchés par le tabagisme (près d'un tiers des adolescents de 17 ans fument).

La prévalence de l'obésité et du surpoids se réduit chez les enfants de grande section de maternelle depuis le début de la décennie et chez les élèves de CM2, pour lesquels la prévalence de l'excès pondéral est la plus importante des classes d'âge étudiées (19% des élèves de CM2 en 2008). En revanche, elle est en augmentation pour les élèves de troisième (*indicateur n°2-1*). Ces constats sanitaires nécessitent une approche préventive qui est au cœur du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Elle doit permettre de réduire l'incidence des maladies qui sont à l'origine de décès précoces et d'une aggravation des inégalités de santé.

Le plan cancer pour la période 2014-2019 vise à améliorer la couverture des dépistages du cancer pour laquelle des marges de progression existent. Si les indicateurs montrent une amélioration du taux de dépistage du cancer du sein, ils restent en deçà des objectifs fixés (*indicateur n°2-3*). Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est très modéré et celui du cancer du colorectal est même en baisse. La mise en place en mars 2015 d'un nouveau test de dépistage du cancer colorectal, plus performant, devrait favoriser le recours au dépistage.

Les résultats sont également contrastés concernant les actions de prévention par la vaccination (*indicateur n°2-4*). La couverture vaccinale des enfants de moins de deux ans reste très élevée et progresse pour les pathologies aux taux de couverture les moins élevés. En revanche, le taux de couverture vaccinale contre la grippe (en particulier les personnes âgées de plus de 65 ans) ne cesse de diminuer depuis 2009 et concerne 46% des personnes ciblées en 2015.

Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques des diabétiques s'améliore en 2014, confirmant la tendance observée depuis plusieurs années. Ce résultat est à mettre en relation avec le programme d'accompagnement SOPHIA développé par la CNAMTS, programme dans le cadre duquel les infirmiers conseillers relaient les recommandations de bonnes pratiques des médecins traitants. Les objectifs de prévention des complications du diabète sont également intégrés aux actions menées avec les professionnels de santé, notamment dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (*cf. infra*). Toutefois, des efforts sont à poursuivre en ce sens puisque moins d'un tiers des patients diabétiques

ont effectué l'ensemble des examens de suivi recommandés (*indicateur n°2-5*).

Objectif n°3 : l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients

L'amélioration de la qualité des soins doit s'appuyer sur la promotion des meilleures pratiques, sur la bonne coordination des soins fournis par les différents offreurs de soins, notamment dans les champs ambulatoire et hospitalier, ainsi que sur la formation continue des professionnels de santé.

Des marges de progrès existent dans le suivi de la prise en charge des soins entre la ville et l'hôpital comme en atteste la proportion encore faible de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant selon les critères de qualité requis, même si elle progresse régulièrement (54% en 2014, *indicateur n°3-1*).

La part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoires s'établit à 71% en 2014, en nette progression par rapport à 2013 (+9 points) (*indicateur n°3-2*).

La prévalence des infections nosocomiales est un élément d'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier. L'indicateur n°3-3-1 rend compte d'une stabilité de la prévalence. Par ailleurs, le niveau d'engagement des établissements de santé en matière de bon usage des antibiotiques a fortement progressé au cours des dernières années *(indicateur n°3-3-2)*.

Deux indicateurs traitent de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. Près de 90% des établissements ont obtenu une certification qualité suite à la procédure instruite par la Haute autorité de santé à fin 2014 (17% ont obtenu une certification sans recommandation, *indicateur n°3-4*). Concernant les médecins libéraux, deux ans après la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique, les indicateurs rendent compte de progrès des pratiques cliniques en particulier en matière de suivi des pathologies chroniques et de prescription (*indicateur n°3-5*). Les évolutions demeurent, en revanche, plus contrastées sur le volet de la prévention.

Objectif n°4 : le renforcement de l'efficience du système de soins et le développement de la maîtrise médicalisée

Afin de garantir aux Français des soins accessibles et de qualité tout en respectant les objectifs de dépenses d'assurance maladie votés chaque année par le Parlement, l'État et l'assurance maladie mettent en œuvre des actions dites de « maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie » qui visent à améliorer le service médical rendu aux assurés par les actes et les prescriptions pratiqués par les professionnels de santé. Une dimension importante de ces actions relayée par les programmes de gestion du risque est la promotion du bon usage des soins et des biens médicaux au moyen d'incitations à des changements de comportement des offreurs de soins, dans le domaine des soins ambulatoires tout autant qu'à l'hôpital.

La maîtrise médicalisée est relayée dans les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, au moyen de dispositions visant à réduire des écarts de consommation de soins médicalement non justifiés, et à promouvoir le respect de bonnes pratiques médicales, notamment celles faisant l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé.

Estimées à 460 M€, les économies réalisées ont diminué en 2014. Ce résultat s'explique principalement par la non réalisation des économies attendues en matière de prescription des arrêts maladie et des actes de kinésithérapie. Les économies réalisées sur les prescriptions de médicaments sont en revanche à la hauteur des objectifs (*indicateur n°4-7*). Pour 2015, les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie ont été fixés à 700M€. Leur mise en œuvre s'inscrit dans le contexte conventionnel, qui inclut notamment des objectifs d'efficience des prescriptions.

En matière de médicaments, les dépenses remboursées en ville baissent de 1,1% en 2014, confirmant la tendance observée depuis 2012 (*indicateur n°4-1*). Cette évolution n'inclut pas les dépenses de médicaments rétrocédés qui ont connu une hausse majeure en 2014 du fait de l'arrivée des nouveaux traitements contre l'hépatite C. Outre les baisses de prix, la baisse des dépenses de médicaments (hors rétrocession) s'explique par la progression du taux de pénétration des génériques, qui s'établit désormais à 83,2% à fin 2014 (+1,4 point par rapport à 2013). Cette augmentation fait suite à la mise en œuvre depuis le mois de juin 2012 de mesures visant à favoriser la diffusion du médicament générique (généralisation du « tiers payant contre génériques ») avec la participation des pharmaciens d'officine dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique. Le plan national de promotion des médicaments génériques renforcera les actions mises en œuvre afin de d'augmenter le taux de pénétration des génériques.

Les indemnités journalières progressent de 4,8% en 2014. Elles retrouvent une progression dynamique après une période marquée par un infléchissement des dépenses entre 2011 et 2013 (0,4% en moyenne par an), même si la conjoncture économique a pu également participer à ce ralentissement, ces dépenses étant fortement corrélées à la situation du marché de l'emploi *(indicateur n°4-6)*.

Économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée (millions d'euros)

En millions d'euros	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Convention avec les médecins libéraux	**721**	**581**	**383**	**334**	**398**	**396**	**500**	**468**	**419**	**384**
Médicaments	**201**	**239**	**279**	**227**	**311**	**345**	**333**	**221**	**264**	**348**
Antibiotiques	35	46	27	56	0	12	12	24	42	38
Statines	122	135	131	55	78	68	65	38	82	49
IPP	-	13	27	71	20	67	32	18	-	-
Psychotropes	11	20	8	5	1	3	7	3	3	3
Prescription de génériques dans le répertoire	33	25	-	-	-	-	-	-	-	-
AcBUS Antiagrégants plaquettaires	-	-	24	15	80	35	36	62	39	46
IEC-Sartans (antihypertenseurs)	-	-	62	25	70	89	57	-	-	-
HTA								43	28	69
Anti ostéoporotiques	-	-	-	-	21	21	47	-	-	-
Anti dépresseurs	-	-	-	-	33	50	20	25	31	12
Anti diabétiques	-	-	-	-	8	-	21	-	-	96
Antalgiques	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-
EPO							15	8	36	17
Anti-TNF							14	-	3	18
Arrêts de travail (IJ)	**432**	**262**	**-**	**-**	**-**	**-**	**140**	**180**	**78**	**0**
Transport	**-**	**-**	**24**	**57**	**46**	**42**	**12**	**27**	**40**	**11**
ALD	**88**	**80**	**73**	**44**	**42**	**10**	**16**	**-**	**-**	**-**
Autres actes	**-**	**-**	**-**	**5**	**-**	**-**	**-**	**9**	**7**	**-**
Dispositifs médicaux	**-**	**-**	**7**	**-**	**-**	**-**	**-**	**32**	**30**	**26**
Biologie										**26**
Masseurs kinésithérapeutes	**-**	**-**	**-**	**-**	**55**	**53**	**47**	**31**	**49**	**0**
Accords avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	**33**	**25**	**107**	**101**	**47**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Prescriptions hospitalières de transports	**-**	**-**	**-**	**48**	**23**	**52**	**65**	**73**	**112**	**45**
Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**20**	**22**	**4**
Total	**754**	**606**	**490**	**482**	**523**	**501**	**612**	**592**	**602**	**460**
Objectif	**-**	**816**	**683**	**635**	**660**	**590**	**550**	**550**	**550**	**600**
Taux d'atteinte de l'objectif	**-**	**74%**	**69%**	**76%**	**79%**	**85%**	**111%**	**1,08**	**109%**	**77%**

Source : CNAMTS.

Dans le domaine hospitalier, les établissements publics ont pour objectif de réaliser des gains dans le secteur des achats, dans le cadre du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE) lancé en 2011. En 2014, près de 380 M€ de gains ont été réalisés, portant à 840 M€ les économies réalisées depuis 2012 (*indicateur n°4-11*).

L'efficience des établissements de santé est approchée dans ce programme par un indicateur de performance fondé sur la durée moyenne de séjours (IP-DMS, *indicateur n°4-10*). Il rend compte des disparités entre les catégories d'établissements de court séjour : en 2013, 28% des établissements publics ont des durées de séjour moyennes considérées comme anormalement élevées contre 11% des cliniques privées. Si elles s'expliquent en partie par la structure de l'offre de soins sur le territoire environnant (manque de structure d'aval) ou des caractéristiques sociodémographiques des patients, ces disparités révèlent également pour partie les dysfonctionnements organisationnels des établissements.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie ambulatoire (*indicateur n°4-8)* contribue également à une meilleure efficience des dépenses de santé. Si le taux global de chirurgie ambulatoire, de 45% en 2014 est en constante progression depuis plusieurs années, des marges de progrès existent. C'est pourquoi le Gouvernement entend mettre l'accent sur le développement de la chirurgie ambulatoire *via* un programme national pour la période 2015-2020, avec un objectif de taux de chirurgie ambulatoire de 62,3%. Le programme repose notamment sur l'amélioration de l'organisation des structures de soins, le renforcement de la coordination des acteurs dans une logique de parcours, le développement de la formation, tout en encourageant l'innovation le maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité des soins.

Une meilleure articulation entre soins aigus et soins de suite et de réadaptation, notamment par une augmentation de l'offre de soins d'aval, devrait améliorer la prise en charge des patients (*indicateur n°4-9*).

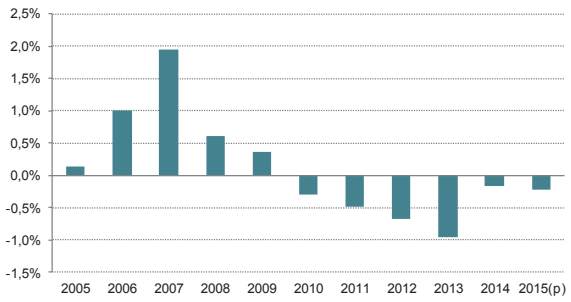
Enfin, la situation financière des hôpitaux publics et privés anciennement financés par dotation globale (ex-DG) s'est dégradée en 2013 après une amélioration enregistrée en 2012 (*sous-indicateur n° 4-13-1*). Le déficit du compte de résultat principal des établissements de santé publics s'est établi à 340 M€ en 2013, soit 0,5% des produits. Selon les comptes provisoires, le déficit des hôpitaux publics atteindrait 375 M€ en 2014.

L'accompagnement des établissements de santé constitue donc un enjeu majeur pour préserver la qualité des prises en charge et leur permettre, dans un contexte financier contraint, d'investir dans l'avenir du système de soins.

Objectif n°5 : la garantie de la viabilité financière de la branche maladie

En 2008, lors du déclenchement de la crise économique et financière, la branche maladie du régime général était déjà déficitaire (4,4 Md€). L'année 2009 s'est traduite par une très forte aggravation de ce déficit (10,6 Md€). S'il a été important, puisque le niveau de déficit a été abaissé de l'ordre de 4 Md€, le redressement engagé à partir de 2010 de la situation financière de l'assurance maladie n'est pas achevé, comme l'atteste le déficit de la branche maladie prévu pour 2015 (7,5 Md€, *cf. indicateur n°5-1*). La réduction du déficit est le fruit des actions entreprises dans le champ de la dépense : ainsi, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont crû, en moyenne, de 2,3 points de moins par an en 2010-2014 qu'elles ne l'ont fait durant les dix années qui ont précédé la crise économique et financière (2,5% en 2010-2014, contre +4,8% en 1999-2008). En 2014, les dépenses ont progressé de 2,5% et l'ONDAM fixé pour 2015 devrait être à nouveau respecté malgré une révision à la baisse de l'objectif à l'occasion du programme de stabilité (*indicateur n°5-2*). Pour les années 2016 et 2017, l'amplification des efforts de maîtrise des dépenses, avec un ONDAM fixé en moyenne à 1,75%, et le strict respect des objectifs fixés chaque année par le Parlement seront des éléments essentiels au redressement des comptes de l'assurance maladie.

Écarts des réalisations de l'ONDAM en % de l'objectif voté



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale

La lutte contre les fraudes à l'assurance maladie contribue également à cet objectif. Le montant des économies directes réalisées dans ce domaine a atteint 161 M€ en 2014, dépassant l'objectif de 130 M€ (*indicateur n°5-4*).

Un dernier enjeu mentionné dans le programme de qualité et d'efficience « maladie » porte sur la relance de l'utilisation de la procédure de recours contre tiers par les régimes d'assurance maladie. Elle a permis de récupérer environ 660 M€ en 2014, un montant en baisse de 100 M€ par rapport à 2013, mais néanmoins supérieur à celui enregistré les années précédentes (*indicateur n°5-3*). Si la baisse de ce montant est en grande partie imputable des opérations comptables, l'amélioration du rendement du recours contre tiers constitue un objectif pertinent de la gestion administrative de la branche maladie.

*

* *

Synthèse

Jugé à l'aune de ses principaux indicateurs, le programme de qualité et d'efficience « maladie » traduit une perspective de maîtrise des dépenses d'assurance maladie :

- les évolutions observées depuis 2010 de la dépense d'assurance maladie crédibilisent une trajectoire d'évolution modérée des dépenses d'assurance maladie ; le renforcement du pilotage de la dépense d'assurance maladie d'ores et déjà mis en œuvre contribuera à la concrétisation de cette trajectoire ;
- en matière d'accès aux soins, les indicateurs les plus récents font état d'une progression en 2014 de la prise en charge publique des dépenses de santé. La proportion élevée de personnes qui déclarent renoncer à des soins pour des raisons financières, et les obstacles financiers à l'accès aux soins qui persistent pour les personnes à revenu modeste justifient la poursuite des efforts dans ce domaine avec la généralisation du tiers payant, l'amélioration de la prise en charge des soins pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, et la généralisation de la couverture complémentaire à l'ensemble des assurés ;
- la maîtrise des dépenses associée à un haut niveau d'accès aux soins impliquera le renforcement des actions en vue d'une meilleure efficience des dépenses de santé.

Les responsables administratifs portant à titre principal les politiques sous-jacentes au programme de qualité et d'efficience « maladie » sont les suivants (par ordre alphabétique des institutions concernées) :

- Monsieur Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- Monsieur Jean Debeaupuis, directeur général de l'organisation des soins (DGOS) ;
- Monsieur Benoît Vallet, directeur général de la santé (DGS) ;
- Monsieur Thomas Fatome, directeur de la Sécurité sociale (DSS) ;
- Monsieur Vincent Beaugrand, directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) ;
- Professeur Jean-Luc Harousseau, président du collège de la Haute autorité de santé (HAS).

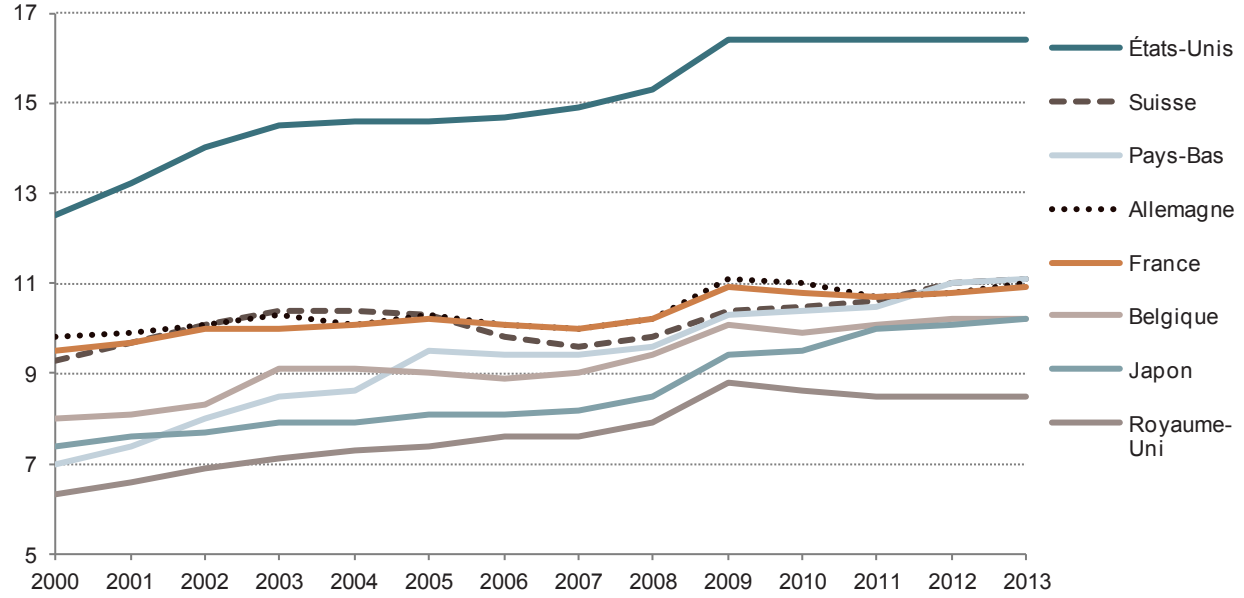
PARTIE I DONNÉES DE CADRAGE

LISTE DES INDICATEURS DE CADRAGE

Indicateurs	Producteurs techniques
1 - Part de la dépense courante de santé dans le PIB	DREES
2 - Montant des dépenses de santé par habitant	DREES
3 - Principales causes de décès	DREES
4 - Mortalité prématurée, par genre	DREES
5 - Évolution du taux de mortalité infantile	DREES
6 - Écarts d'espérance de vie par profession et catégorie socioprofessionnelle	DREES
7 - Espérance de vie à 65 ans…	
7-1 - En comparaison internationale, par genre	DSS
7-2 - Sans incapacité, par genre	DREES
8 - Densités départementales des médecins omnipraticiens et spécialistes pour 100 000 habitants	DREES
9 - Consommation de soins par habitant	
9-1 - Nombre de consultations de médecins par habitant, perspective internationale	DSS
9-2 - Taux de recours aux soins et consommation moyenne par âge (omnipraticiens, spécialistes, auxiliaires médicaux)	CNAMTS
10 - Honoraires totaux des médecins libéraux	DREES
11 - Évolution de l'offre hospitalière	DREES
12 - Nombre de séjours dans les établissements de santé par activité de soins autorisée pour 10 000 habitants par région par grande discipline et type d'hospitalisation	DGOS
13 - Évolution des effectifs et des dépenses de personnel des établissements de santé	
13-1 - Évolution des dépenses de personnel	DREES
13-2 - Évolution des effectifs (en équivalent temps plein) de personnel médical et non médical	
14 - Effectif de malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépense associée	
14 - 1 Effectif annuel des maladies admises au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD30)	CNAMTS
14-2 - Évolution des dépenses d'assurance maladie des assurés en ALD	
15 - Évolution des coûts moyens annuels des pathologies, traitements et événements de santé	CNAMTS
16 – La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie	DREES

Indicateur n°1 : Part de la dépense courante de santé dans le PIB

Part de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) dans le PIB, en %



Source : Éco-Santé OCDE 2015.

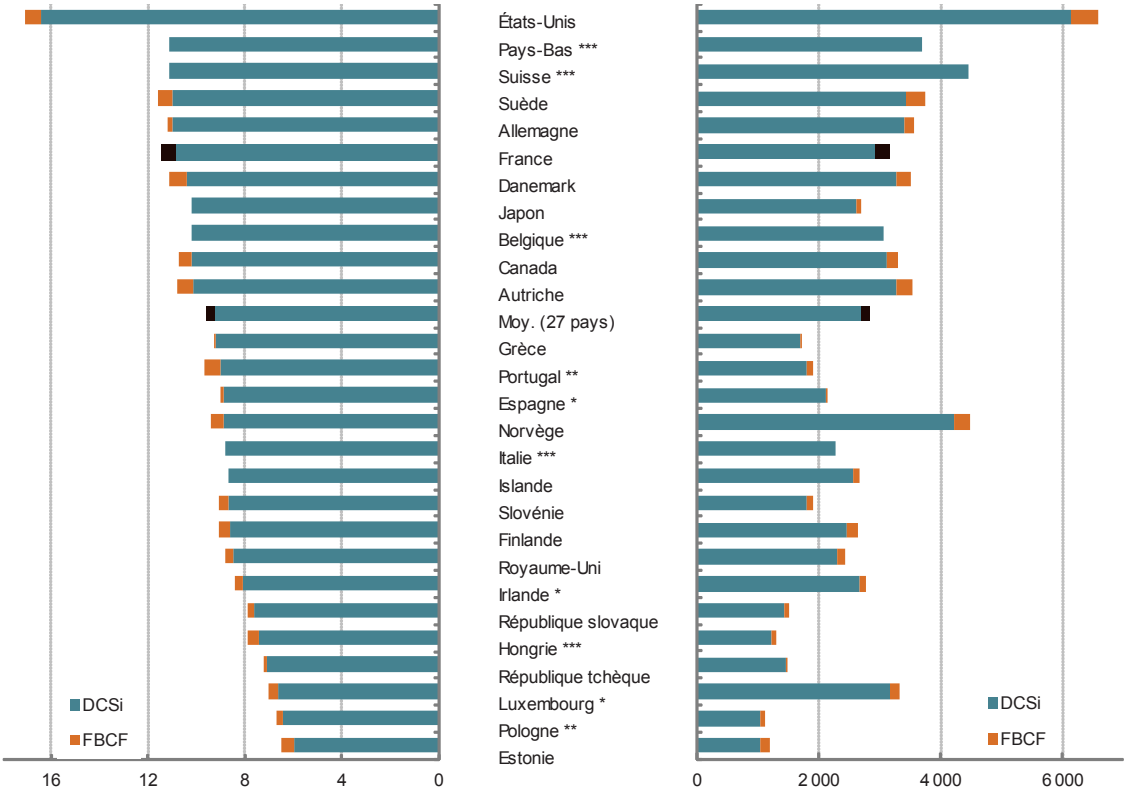
La part de la dépense courante de santé dans le produit intérieur brut (PIB) est un indicateur qui permet de mettre en perspective les dépenses de santé et leur dynamique, l'accroissement du PIB étant l'indicateur traditionnel de la richesse nationale. En outre, établi sous l'égide de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS, cet indicateur présente l'avantage de permettre des comparaisons internationales.

Dans tous les pays de l'OCDE, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) progresse plus rapidement que l'activité économique, entraînant une hausse de la part du PIB consacrée à la santé. La part moyenne des dépenses de santé sur l'ensemble des pays de l'OCDE a crû en moyenne d'un point pendant la période 2008-2009, suite à la contraction du PIB intervenue dans de nombreux pays, et légèrement reculé ensuite en 2010 pour finalement atteindre 8,7 % en 2013.

Avec une DCSi représentant 10,9 % du PIB en 2013, la France se place en 6ème position, loin derrière les États-Unis (16,4 %) et à un niveau très proche des Pays-Bas, de la Suisse (11,1 %), de la Suède et de l'Allemagne (11,0 %). Un autre groupe de pays composé du Danemark (10,4 %), du Japon, de la Belgique et du Canada (10,2 %), ainsi que de l'Autriche (10,1 %) suit avec des valeurs sensiblement supérieures à la moyenne des pays de l'OCDE (8,7 %).

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA) plutôt que la dépense en points de PIB. Pour cet indicateur, la France se situe au 12ème rang parmi les vingt sept pays comparés, soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne de ces pays. Les écarts relatifs de richesse entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg et Belgique) et au Canada.

Dépense courante et dépense totale de santé en 2013 au sens international



* Données 2012 ; ** % PIB données 2012 ; *** % PIB données 2011.
Note : ce classement est établi à partir de la dépense courante de santé. La dépense totale de santé correspond à la somme de la DCSi et de la FBCF. Moy. (27 pays) correspond à la moyenne pondérée des 27 pays présentés, et non à la moyenne de l'OCDE.
Source : Éco-Santé OCDE 2015.

En 2014, sur le champ cette fois de la DCS au sens français, agrégat plus large que la DCSi (car intègre notamment les indemnités journalières, *cf. les précisions méthodologiques*), la part des dépenses de santé dans le PIB s'élèverait à 12,0 %.

En France, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), dont le champ est plus restreint que celui retenu pour la DCSi, a progressé de 0,6 point de PIB entre 2006 et 2014, atteignant 8,9 % du PIB.

Les transports de malades et les autres biens médicaux (respectivement 0,2 % et 0,6 % du PIB en 2014) ont connu les croissances les plus soutenues. Malgré leur faible poids, ils s'accroissent de 0,2 point de PIB. Les dépenses de soins de ville au sens de la CSBM (c'est-à-dire principalement les soins médicaux et paramédicaux et les dépenses d'analyses), qui représentent 2,3 % du PIB en 2014, ont progressé de 0,2 point de PIB sur la période considérée. Les soins hospitaliers, qui représentent près de la moitié de la CSBM, ont progressé de 0,3 point de PIB.

Enfin, les dépenses de médicaments (1,6 % du PIB en 2014) ont reculé de 0,1 point de PIB depuis 2006.

Part des différents postes de dépenses de santé de la CSBM en France, en % du PIB

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Soins hospitaliers	3,8%	3,7%	3,8%	4,0%	4,0%	4,0%	4,0%	4,1%	4,2%
Soins de ville	2,1%	2,1%	2,1%	2,2%	2,2%	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%
Transport de malades	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Médicaments	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,6%	1,6%	1,6%
Autres biens médicaux	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
CSBM	**8,3%**	**8,2%**	**8,3%**	**8,8%**	**8,7%**	**8,7%**	**8,7%**	**8,8%**	**8,9%**

Source : DREES, comptes de la santé 2014

Précisions méthodologiques

Les Comptes de la santé, publiés chaque année par la DREES, présentent différents agrégats, dans la mesure où la dépense de santé peut être appréhendée de plusieurs manières.

Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) :
Elle comprend les soins hospitaliers, les soins de ville (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports de malades, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte que les consommations de soins et biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Aussi en sont exclues les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées.
La CSBM est financée par la Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages.

Dépense courante de santé (DCS) au sens français :
C'est l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte : les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les indemnités journalières (IJ maladie, maternité et AT-MP), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche médicale et pharmaceutique, de formation médicale ainsi que les coûts de gestion de la santé.

Dépense courante de santé au sens international (DCSi):
C'est l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte : les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les subventions reçues par le système de santé, une partie des dépenses de prévention, les coûts de gestion de la santé, ainsi que certaines dépenses sociales liées au handicap et à la dépendance. Les comparaisons internationales menées sus l'égide de l'OCDE et d'Eurostat se fondent désormais de manière privilégiée sur la notion de DCSi, harmonisée au niveau international.

Aussi, le présent indicateur des programmes de qualité et d'efficience reprend désormais les comparaisons en retenant ce concept de DCSi, égale à la dépense totale de santé hors dépenses en capital, ce qui présente l'avantage de neutraliser les différences de méthodologies sur la comptabilisation de la formation brute de capital fixe (FBCF).

Pour plus de détails se reporter aux publications :
« Les dépenses de santé en 2014. Résultats des comptes de la santé », DREES, Collection Études et statistiques, septembre 2015.
« Les dépenses de santé en 2014 », DREES, Études et Résultats n°935, septembre 2015.

Indicateur n°2 : Montant des dépenses de santé par habitant

Dépenses de santé par habitant, de 2006 à 2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CSBM (en millions d'euros)	**153 655**	**159 772**	**164 762**	**169 901**	**173 570**	**178 373**	**182 178**	**185 910**	**190 636**
Population moyenne (en millions)	63,4	63,8	64,1	64,5	64,8	65,1	65,4	65,7	66,2
CSBM par habitant (en euros)	**2 424**	**2 505**	**2 569**	**2 636**	**2 680**	**2 741**	**2 786**	**2 831**	**2 881**
Soins hospitaliers	1 113	1 143	1 174	1 214	1 238	1 266	1 292	1 319	1 339
Soins de ville	623	647	662	676	685	706	724	741	755
Transport de malades	49	51	53	56	59	59	62	65	66
Médicaments	491	506	514	520	520	523	514	503	512
Autres biens médicaux	148	159	166	170	179	187	194	203	209

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
Note : population hors Mayotte jusqu'en 2013 ; population y compris Mayotte en 2014.
Sources : DREES, comptes de la santé 2014 ; INSEE.

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle recouvre l'ensemble de ces soins, que ceux-ci soient financés par la Sécurité sociale, l'État, les organismes complémentaires ou les ménages eux-mêmes.

En 2014, la CSBM est évaluée à 190,6 milliards d'euros, soit près de 2 900 euros par habitant. Elle progresse de 2,5 % en valeur.

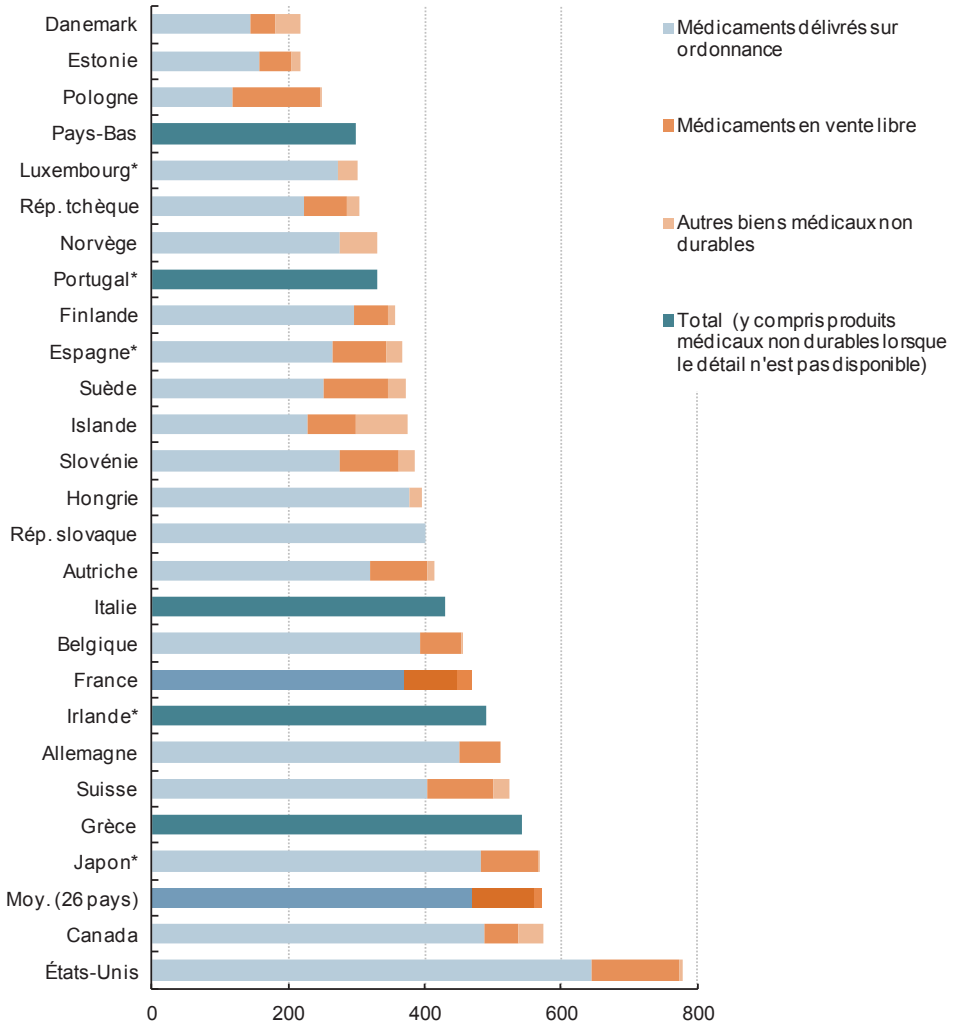
Les soins hospitaliers (y compris les consultations externes des médecins hospitaliers publics et la totalité des honoraires des médecins libéraux perçus en établissement privé) représentent la plus grande part dans la consommation de soins et biens médicaux avec 46,5%. Viennent ensuite les soins de ville (soins dispensés par les médecins et sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux ainsi que les dépenses au titre des analyses médicales, des cures thermales et des autres soins et contrats - 26,2%), les médicaments (17,8%), les autres biens médicaux (7,2%) et enfin les transports de malades (2,3%).

Cette structure s'est déformée entre 2006 et 2014 : les médicaments représentaient une part plus importante de la CSBM en 2006 (20,3%). Ainsi, la part des médicaments recule de 2,5 points. Ce recul s'est effectué au profit des autres biens médicaux (+1,1 point), et, dans une moindre mesure, des soins hospitaliers (+0,6 point), des soins de ville (+0,5 point) et des transports de malades (+0,3 point).

En 2013, les dépenses pharmaceutiques françaises s'élèvent à 469 € par habitant en PPA (dont 449 € de médicaments). Elles sont à présent nettement inférieures à la moyenne des 26 pays comparés (572 €, du fait notamment de l'importance des populations des États-Unis et du Japon, premiers consommateurs mondiaux, dans le total). En revanche, ces dépenses françaises par habitant en PPA dépassent le niveau moyen européen qui est de 265 €.

Les dépenses pharmaceutiques françaises par habitant, en euros constants, ont progressivement reculé ces dernières années (en 2013, elles sont en recul de 2,1% par rapport à 2012). De ce fait, la France est passée du 4ème rang en 2008, derrière les États-Unis, le Canada et le Japon au 8ème rang en 2013, également derrière la Grèce, la Suisse, l'Allemagne et l'Irlande.

Dépenses pharmaceutiques en 2013



Note : en parités de pouvoir d'achat (en euros) par habitant. Les dépenses pharmaceutiques sont la somme des dépenses de médicaments et des dépenses d'autres biens médicaux non durables.
Les comparaisons sont effectuées sur 26 pays comprenant les pays européens disponibles ainsi que le Japon, les États-Unis et le Canada.
* Données 2012.
Source : Eco-santé OCDE 2015

Précisions méthodologiques

Les dépenses de santé par habitant sont calculées à partir des Comptes nationaux de la santé, publiés chaque année par la DREES. Le calcul consiste à diviser la Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM) par le nombre de personnes résidant en France entière (hors Mayotte jusqu'en 2013 car non disponible avant 2014) afin d'évaluer la dépense de santé par habitant. La population moyenne est calculée comme la moyenne arithmétique de la population au 1er janvier de l'année considérée et de la population au 1er janvier de l'année suivante.

Les Comptes de la santé font l'objet de révisions méthodologiques périodiques, afin de prendre en compte les nouvelles sources disponibles et d'affiner toujours plus les estimations.

Pour plus de détails se reporter à la publication « Les dépenses de santé en 2014. Résultats des comptes de la santé », DREES, Collection Études et statistiques, septembre 2015.

Indicateur n°3 : Principales causes de décès

Principales causes de décès en 2012

	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	en %	Nombre	en %	Nombre	en %
Tumeurs	**93 805**	**32,7**	**68 919**	**24,4**	**162 724**	**28,6**
dont cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	23 555	8,2	8 414	3,0	31 969	5,6
dont cancer du côlon, du rectum et de l'anus	9 161	3,2	8 182	2,9	17 343	3,0
dont cancer du sein	109	0,04	11 793	4,2	11 902	2,1
Maladie appareil circulatoire	**66 403**	**23,2**	**76 944**	**27,2**	**143 347**	**25,2**
dont cardiopathies ischémiques	20 258	7,1	14 836	5,3	35 094	6,2
dont maladies cérébrovasculaires	13 671	4,8	19 296	6,8	32 967	5,8
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	**22 567**	**7,9**	**15 054**	**5,3**	**37 621**	**6,6**
dont accidents de transport	2 727	1,0	871	0,3	3 598	0,63
dont suicides	7 420	2,6	2 439	0,9	9 859	1,7
Maladie de l'appareil respiratoire	**19 485**	**6,8**	**19 054**	**6,7**	**38 539**	**6,8**
Maladie de l'appareil digestif	**12 447**	**4,3**	**10 548**	**3,7**	**22 995**	**4,0**
Troubles mentaux et du comportement	**9 044**	**3,2**	**12 835**	**4,5**	**21 879**	**3,8**
Toutes causes	**286 472**	**100**	**282 431**	**100**	**568 903**	**100**

Source : INSERM-CépiDc.
Champ : France entière.

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies évolue peu d'une année sur l'autre mais de manière relativement régulière. Les tumeurs sont depuis 2004 la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population devant les maladies de l'appareil circulatoire. En 2012, 568 903 décès ont été enregistrés en France entière dont 162 724 des suites de tumeurs et 143 347 de maladies circulatoires. Contrairement aux années 2010 et 2011, viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire à la place des morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès), qui représentent presque un décès sur quinze. Ces trois groupes représentent un peu moins des deux tiers (60.6%) de l'ensemble des décès.

En 2012 comme en 2011 et en 2010, la hiérarchie des causes est inversée chez les hommes et chez les femmes. Chez les hommes, les tumeurs (32,7%), les maladies de l'appareil circulatoire (23,2%) et les causes externes (7,9%) constituent les trois premières causes de décès. Chez les femmes, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui représentent la première cause de décès (27,2%), suivie par les tumeurs (24,4%) et par les maladies de l'appareil respiratoire (6,7%).

Une surmortalité masculine est observée pour les principales causes de décès : le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire standardisé sur l'âge est 1,6 fois plus élevé chez les hommes. Pour la mortalité par tumeur, en 2012, cette surmortalité était encore plus marquée : le taux standardisé de mortalité par tumeur maligne (263,53 pour 100 000 habitants) est presque 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (371,58 et 188,07 pour 100 000 habitants respectivement). On retrouve ici le poids de la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, mais également celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels plus favorables aux femmes. Cependant, l'augmentation des taux standardisés de mortalité féminine observés entre 2011 et 2012 pour les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, d'une part, et d'autre part, les tumeurs du pancréas, du foie et de la vessie témoigne de la modification des comportements féminins vis-à-vis des consommations d'alcool et de tabac au cours des décennies précédentes. La surmortalité masculine reste également très marquée pour les morts violentes (2,3 fois plus élevée), particulièrement par les accidents de transports (3,6) et les suicides (3,4).

Au sein de l'Union européenne, la France se situait en 2011 à un niveau favorable pour la mortalité globale avec un taux standardisé parmi les plus faibles, bien au-dessous de la moyenne européenne (que celle-ci soit calculée sur la moyenne des 27 ou 15 pays européens) après l'Espagne.

En 2011, pour la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire, la France présente les taux standardisés de décès les plus bas, chez les hommes comme chez les femmes (de même que pour la mortalité par cardiopathies ischémiques, pour les maladies cérébrovasculaires, deuxième taux le plus bas derrière la Suisse pour les hommes). En revanche, elle enregistre des taux de mortalité standardisés parmi les plus élevés pour les décès par suicide, chez les hommes

(quoique derrière certains pays d'Europe de l'Est) comme chez les femmes. Pour la mortalité par tumeur, les hommes se situent dans une position plus défavorable que l'ensemble des hommes en Europe, en particulier pour les cancers de la bouche et des voies aérodigestives supérieures et du foie. Les femmes, au contraire, présentent des taux standardisés de mortalité par tumeur moins élevés que la moyenne européenne (calculée sur la moyenne des 28 pays européens). Le niveau français de mortalité par cancer du sein se situe légèrement au-dessous de la moyenne européenne.

Précisions méthodologiques

Les données proviennent, pour la France, du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'INSERM, qui produit les données sur les causes médicales de décès et les transmet à EUROSTAT, à partir de l'enregistrement des causes médicales de décès inscrites dans les certificats de décès. Les données européennes proviennent d'EUROSTAT. La codification des causes de décès s'appuie sur la classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS. Ce cadre garantit un certain niveau de qualité et de comparabilité internationale des données de mortalité. La population utilisée pour la standardisation sur EUROSTAT est la population de l'EU-27 et EFTA.

Pour plus de détails, se reporter à la publication « L'Europe en chiffre », Annuaire Eurostat 2014 et au rapport sur l'état de santé de la population en France, DREES, édition 2015.

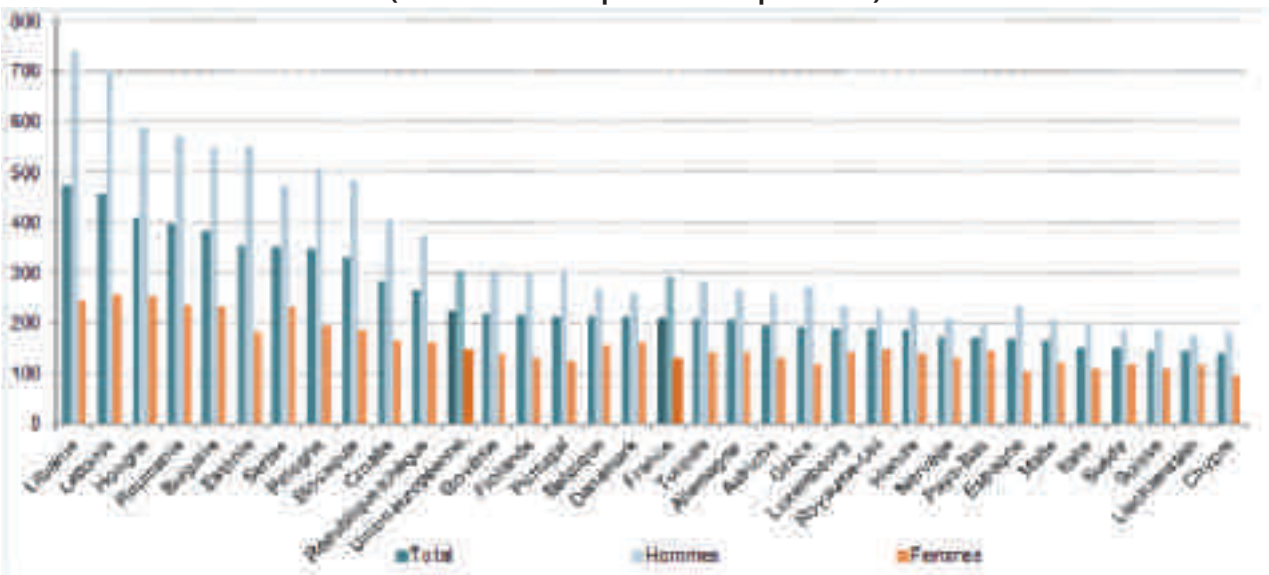
Indicateur n°4 : Mortalité prématurée, par genre

Taux standardisés* de mortalité prématurée (décès avant 65 ans pour 100 000 personnes)

	Hommes		Femmes		Total
	Taux standardisés	dont 15-24 ans** (taux bruts)	Taux standardisés	dont 15-24 ans** (taux bruts)	Taux standardisés
2003	349,2	75,1	151,3	25,2	248,6
2004	327,7	70,3	146,1	24,7	235,3
2005	326,3	69,5	143,6	24,4	233,2
2006	319,7	62,2	142,1	23,9	229,1
2007	312,3	62	138,6	21,1	223,6
2008	307,4	60,8	139,4	20,1	221,6
2009	305,7	59,9	137,9	21,1	220
2010	301,7	57,7	136,6	19,9	217,2
2011*	291,6*	55,8	133,6*	20,4	210,7*
2012	287*	50,9	132,2*	19,5	207,6

* rupture de série en 2011.
Sources : EUROSTAT pour données standardisées, population européenne 2010 (Eurostat et EFTA), Cepidc pour taux brut 15-24 ans.
Champs : France entière pour taux standardisé, ** France métropolitaine pour taux brut 15-24 ans.

Mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2012
(taux standardisés pour 100 000 personnes)



Source : EUROSTAT.

L'analyse de la mortalité prématurée est particulièrement informative pour le décideur dans la mesure où il s'agit, pour la plupart des cas, de décès qui auraient pu être prévenus par des actions adaptées. Par exemple, pour la mortalité prématurée liée au cancer, des actions sur les facteurs de risque (notamment le tabac et l'alcool - *cf.* les indicateurs de l'objectif 2 de ce programme), sur le dépistage et sur la prise en charge du cancer à un stade plus précoce seraient susceptibles de limiter la mortalité prématurée.

En 2012, le taux de mortalité standardisé s'élevait à 207,6 décès pour 100 000 personnes. Le taux de mortalité est très inférieur chez les femmes (132,2) comparé à celui des hommes (287) et ce pour toutes les classes d'âge.

En 2013, dernière année disponible selon les sources INSEE, le nombre de décès prématurés survenus avant 65 ans s'élevait à 104 256 pour la France métropolitaine, ce qui représente globalement 18,7% de l'ensemble des décès, mais 24,8% des décès masculins et 12,4% des décès féminins. Avant 65 ans, presque deux tiers des décès sont masculins.

La diminution du taux standardisé de mortalité prématurée est assez importante pour l'ensemble des deux sexes de 2003 à 2012. Toutefois cette diminution est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes. Le recueil des données européennes sur base légale à partir de 2011 ne permet pas la comparaison avec les données antérieures à 2011.

Selon EUROSTAT, la comparaison des taux standardisés de mortalité prématurée dans les pays de l'Union européenne place la France derrière ses principaux voisins européens de niveau de développement comparable pour l'année 2012. Le classement de la France s'explique surtout par la mortalité prématurée élevée des hommes, alors que celle des femmes se situe dans la moyenne. Les douze pays ayant adhéré depuis peu à l'Union européenne présentent quant à eux des taux de mortalité prématurée nettement supérieurs à la moyenne des pays de l'Europe des 15.

Précisions méthodologiques

Le taux de mortalité prématurée est un indicateur classique, présent dans de nombreuses bases de données, qui témoigne de la mortalité survenue avant un âge donné, habituellement 65 ans. Cet indicateur est retenu dans la base Echi-2 et est présent (sous forme standardisée) dans les bases de l'OMS (HFA-DB) et d'EUROSTAT (NEWCRONOS). Il se définit comme la mortalité avant l'âge de 65 ans pour 100 000 personnes et se calcule de la manière suivante :

Taux de mortalité prématurée pour l'année N dans la population P = 100 000*(nombre de décès avant l'âge de 65 ans dans la population P durant l'année N) / (effectif moyen de la population P âgée de moins de 65 ans durant l'année N).

Pour comparer globalement la mortalité dans des populations différentes ou entre des périodes différentes, on ne peut utiliser le taux brut de mortalité car il ne tient compte ni des différences de structure d'âge entre différentes populations ni de l'évolution de la structure d'âge dans le temps. Ainsi, une région dont la population est âgée peut avoir un taux brut de mortalité relativement élevé uniquement du fait de sa structure d'âge. Pour éliminer cet effet de l'âge, on utilise des taux standardisés, en se basant sur la structure démographique de la population européenne.

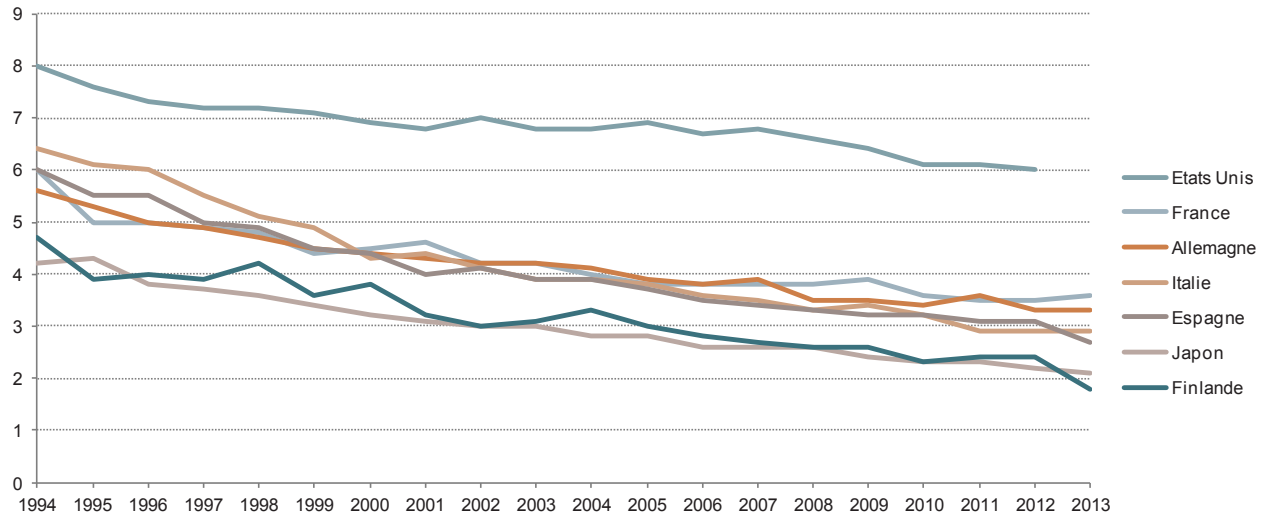
Indicateur n°5 : Évolution du taux de mortalité infantile

Taux de mortalité infantile en France pour 1000 enfants nés vivants

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011(p)	2012(p)	2013(p)	2014(p)
Taux de mortalité infantile	4,2	4	3,8	3,8	3,8	3,8	3,9	3,6	3,5	3,5	3,6	3,5

(p) taux de mortalité 2011 à 2014 : données provisoires arrêtées à fin 2014
Champ : France hors Mayotte
Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population

Évolution du taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) de 1990 à 2013



Sources : Eurostat, Eco-Santé OCDE 2015

Entre 1950 et le milieu des années 1990, le taux de mortalité infantile a été divisé par plus de 10, passant de 52 à un peu moins de 5 pour 1 000. Comme le souligne l'INED, « ce recul de la mortalité à moins d'un an résulte en réalité de la combinaison des évolutions assez différentes de la mortalité des enfants de moins d'un mois (mortalité néonatale) et de la mortalité des enfants âgés de un à onze mois (mortalité post-néonatale) ».

Dans un premier temps, le recul de la mortalité post-néonatale a été le principal levier de la baisse de la mortalité infantile, Dans un deuxième temps, toutefois, le rythme des progrès s'est inversé : la baisse de la mortalité à moins d'un mois s'est accélérée tandis que celle de la mortalité tardive ralentissait, puis faisait même place à une stagnation à la fin des années soixante-dix. La surveillance des grossesses et le développement de la médecine périnatale étaient alors venus suppléer la baisse de la mortalité infectieuse, devenue trop faible pour peser encore sur la mortalité infantile. Depuis, c'est à nouveau la mortalité post-néonatale qui entraîne le taux de mortalité infantile à la baisse, grâce en particulier à la réduction des cas de mort subite du nourrisson depuis le début des années 1990, alors que les progrès à moins d'un mois marquent le pas.

Pour la première fois, en 2004, le taux de mortalité infantile est passé en France sous le seuil symbolique de 4 pour 1 000, puis s'est stabilisé à 3,8 pour 1 000 entre 2005 et 2008. Depuis, ce taux oscille entre 3,5 et 3,6 pour 1 000 enfants nés vivants. Toutefois, bien qu'en dix ans, de 2000 à 2010 ce taux ait diminué de 20%, son niveau est maintenant si faible que cette baisse n'a entraîné qu'un allongement de 0,08 an de la durée de vie en moyenne pour les hommes et 0,06 an pour les femmes sur l'ensemble des 2,9 ans gagnés pour les hommes et 2 ans pour les femmes.

Il existe cependant des disparités territoriales importantes avec des taux de mortalité infantile plus élevés dans les départements d'Outre-mer. Sur la période 2010-2012, il était de 3,3 pour 1 000 en France métropolitaine alors qu'il atteignait 8,6 pour 1 000 dans les DOM. En 2013, le taux de mortalité infantile est de 8,8 en Guyane, 7,6 en Martinique, 8,7 en Guadeloupe et 7,5 à la Réunion. Si ces disparités sont à prendre avec prudence en raison des faibles effectifs de naissance en Outre-mer, la surmortalité infantile persiste au cours du temps.

Plus de la moitié des décès des enfants de moins d'un an surviennent au cours de la première semaine de vie et deux tiers d'entre eux au cours du premier mois de vie. La mortalité infantile est impactée de façon positive par la prise en charge de la précarité mais aussi, de manière négative par le pourcentage croissant d'enfants nés vivants grands

prématurés ou de très petit poids de naissance résultant des progrès de l'obstétrique et de la néonatologie mais aussi de l'augmentation des naissances multiples.

Dans l'Union européenne des 28, le taux de mortalité infantile moyen est égal à 3,8 pour 1 000 naissances vivantes en 2013. Les taux les plus élevés de l'Union européenne se retrouvent à Malte, en Bulgarie et en Roumanie, respectivement de 5,5, 6,7 et 7,3‰. En Europe, Chypre, l'Islande et la Finlande ont les taux de mortalité infantile les plus bas (respectivement 1,6%, 1,8% et 1,8% en 2013. Si on élargit le champ de la comparaison internationale, la France se situe à un niveau plus élevé que le Japon (2,1 pour 1 000 en 2013) mais nettement moindre qu'aux États-Unis où la mortalité infantile atteint encore des taux relativement élevés (6 pour 1 000 en 2012).

Précisions méthodologiques

Les données démographiques faisant référence à la France sont issues de l'INSEE.

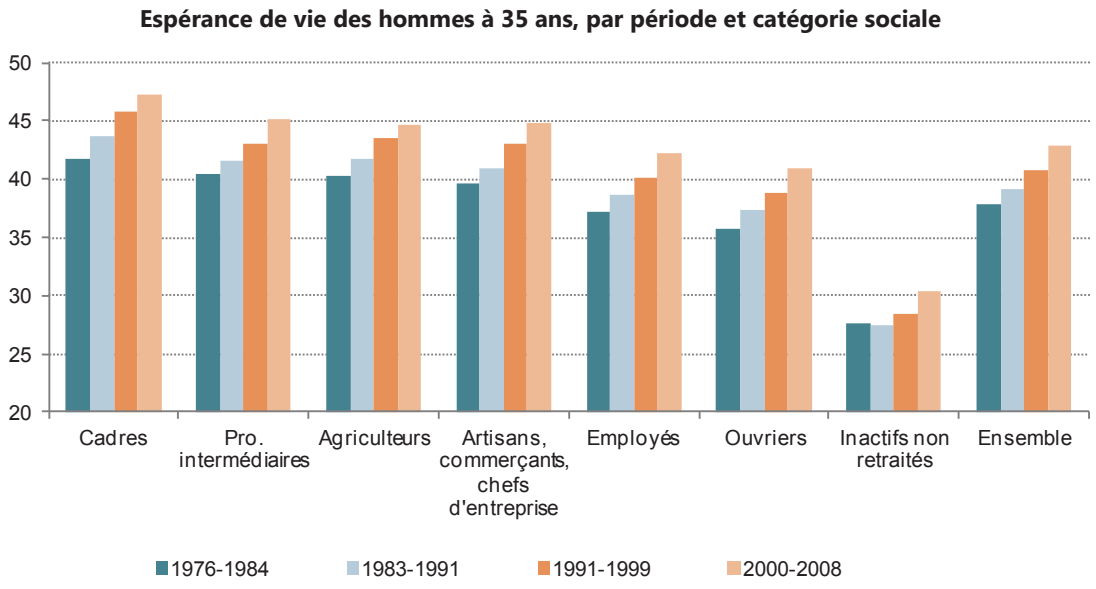
Les données démographiques utilisées pour la comparaison internationale sont issues de l'OCDE.

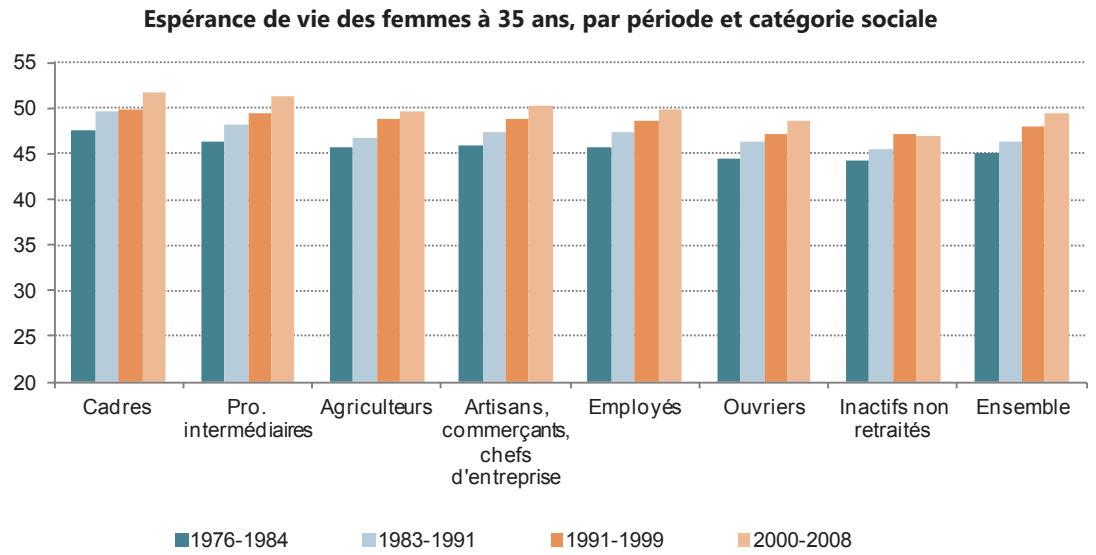
Le rapport *L'État de Santé de la Population en France* de la DREES, édition 2015 a été utilisé pour certaines données générales.

Le taux de mortalité infantile se définit comme le nombre de décès avant l'âge d'un an pour 1 000 enfants nés vivants. Il est d'usage de décomposer en deux le taux de mortalité infantile :

- le taux de mortalité néo-natale ne comptabilise que les décès survenus avant 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants ;
- le taux de mortalité post néo-natale recense le nombre de décès entre 28 jours et un an pour 1 000 enfants nés vivants.

Indicateur n°6 : Écarts d'espérance de vie par profession et catégorie socio-professionnelle





Source : INSEE, Échantillon démographique permanent.
Champ : France métropolitaine.

L'indicateur d'espérance de vie à 35 ans permet de mettre en évidence, d'une manière globale, les inégalités importantes de risque de décès existant entre catégories sociales en France. Si toutes les catégories sociales ont connu une amélioration de leur espérance de vie à 35 ans, ce sont toujours les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue, atteignant 47,2 ans chez les hommes et 51,7 ans chez les femmes. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers est de 6,3 ans chez les hommes et de 3 ans chez les femmes sur la période 2000-2008. Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles qui s'étaient accrus chez les hommes lors de la période précédente n'ont que très légèrement diminué et sont restés identiques chez les femmes. Les différences sociales de mortalité demeurent plus importantes chez les hommes que chez les femmes. Quelle que soit leur catégorie sociale, les femmes vivent plus longtemps que les hommes : même l'espérance de vie des ouvrières est supérieure d'un an et demi à celle des hommes cadres.

Les différences de mortalité entre les cadres et les ouvriers s'atténuent avec l'avancée en âge : à 45 ans, le risque de mourir dans l'année est 2,5 fois plus fort pour un homme ouvrier que pour un cadre ; à 90 ans, ce risque n'est plus que 1,4 fois plus important. Il en va de même chez les femmes : à 45 ans, le risque est 2,0 fois plus grand ; à 90 ans, il l'est 1,3 fois plus.

Aux inégalités d'espérance de vie globale viennent s'ajouter de fortes inégalités d'espérance de vie sans incapacité : les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres mais ils ont également un plus grand

nombre d'années qu'eux avec des incapacités. En 2003, les cadres hommes vivaient dix années de plus sans limitation fonctionnelle que les ouvriers hommes.

Les natures mêmes des professions exercées expliquent en partie ces écarts. En effet, les cadres ont moins d'accidents, de maladies ou d'expositions professionnelles que les ouvriers. Par ailleurs, ils appartiennent à un groupe social dont les modes de vie sont favorables à une bonne santé : les comportements de santé à risque, le moindre recours et accès aux soins ou aux dépistages ou encore l'obésité sont plus fréquents chez les ouvriers que chez les cadres.

Précisions méthodologiques

Les résultats présentés ici ont été obtenus à partir de l'Échantillon démographique permanent (EDP) de l'INSEE. Cet échantillon résulte de la compilation, pour 1 % de la population, des données d'état civil (dont les décès) et de recensements. Il permet de suivre la mortalité des personnes au fil du temps, en fonction de caractéristiques socio-démographiques observées aux recensements.

La mortalité par catégorie sociale a été analysée sur quatre périodes de neuf années, amplitude retenue pour disposer d'effectifs suffisants de décès et de population. Sont étudiées : la mortalité moyenne des années 1976-1984 selon la catégorie sociale en 1975 (mortalité du « début des années quatre-vingt »); des années 1983-1991 selon la catégorie sociale en 1982 (mortalité de la « fin des années quatre-vingt ») ; des années 1991-1999 selon la catégorie sociale en 1990 (mortalité du « milieu des années quatre-vingt-dix ») et des années 2000-2008 selon la catégorie sociale en 1999. Le classement dans une catégorie sociale à un moment donné et l'état de santé à ce moment ne sont pas indépendants. Pour limiter les effets à court terme du changement de catégorie suite à un problème de santé important, l'analyse n'intègre pas les décès survenus l'année d'observation de la catégorie sociale.

Les probabilités de décéder dépendent fortement de l'âge. Pour comparer les risques de décès entre groupes d'individus au sein d'une population, il est donc important de tenir compte des différences de structure par âge entre groupes. L'indicateur d'espérance de vie à 35 ans neutralise les effets d'âge.
Pour chaque catégorie sociale observée à un recensement, les probabilités annuelles de décès par sexe et âge ont été calculées pour chacune des trois périodes étudiées. Pour une période donnée, l'espérance de vie à 35 ans relative à une catégorie sociale est le nombre moyen d'années restant à vivre à cet âge, pour une génération fictive de personnes survivantes à 35 ans qui auraient tout au long de leur vie les probabilités de décès de cette catégorie observées à chaque âge sur la période étudiée. Pour la calculer, les probabilités de décès estimées ont été extrapolées pour les âges après 80 ans, faute d'effectifs suffisants pour les estimer directement.

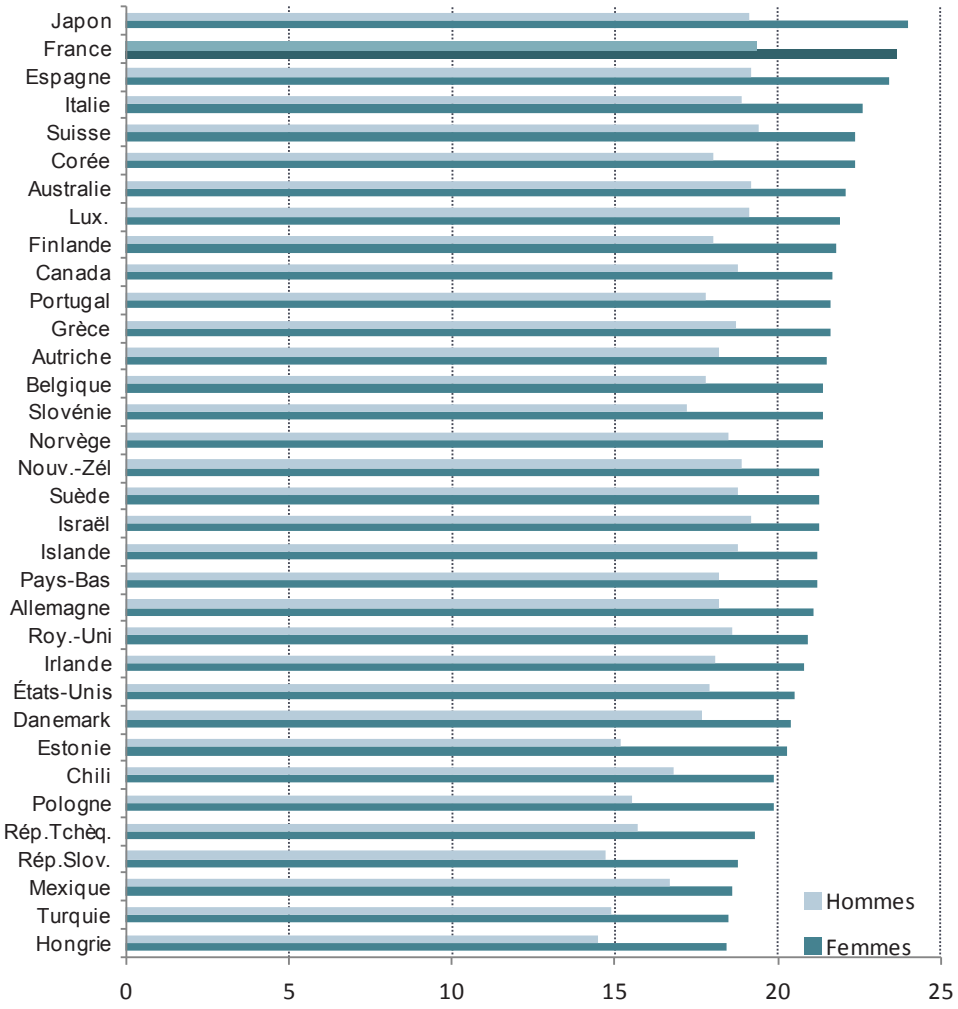
Les actifs regroupent ici les personnes en activité au moment de l'observation, mais aussi les retraités et les chômeurs ayant déjà travaillé. Les retraités sont reclassés selon leur ancienne profession, et les chômeurs ayant déjà travaillé selon la catégorie sociale du dernier emploi qu'ils ont occupé. Les « inactifs » non retraités regroupent donc les chômeurs n'ayant jamais travaillé ainsi que les autres personnes sans emploi (hors retraités). Lorsque l'on compare l'espérance de vie des cadres en 1976-1984 à celle des cadres en 2000-2008, on compare des groupes sociaux qui ne représentent plus la même part dans la population. Ces modifications de structure peuvent avoir des répercussions sur les évolutions de l'espérance de vie. C'est le cas notamment pour les inactifs non retraités, dont la part a fortement baissé parmi les femmes. Par exemple, la part de l'inactivité liée à des problèmes de santé a pu augmenter relativement. En 1999, seuls 3,6% des hommes sont inactifs et leur inactivité est davantage liée à des problèmes de santé. Les tensions sur le marché du travail ont pu aggraver les difficultés d'emploi des personnes en mauvaise santé et donc leur part relative dans l'inactivité, ce qui pourrait expliquer que l'espérance de vie des inactifs augmente beaucoup moins vite que celle des actifs ou retraités.

Pour plus de détails, se reporter à la publication de l'INSEE : « Blanpain N., (2011), L'espérance de vie augmente, les inégalités sociales face à la mort demeurent », INSEE-première n°1372.

Indicateur n°7 : Espérance de vie à 65 ans

Sous-indicateur n°7-1 : Espérance de vie à 65 ans, en comparaison internationale, par genre

Espérance de vie à 65 ans en 2013

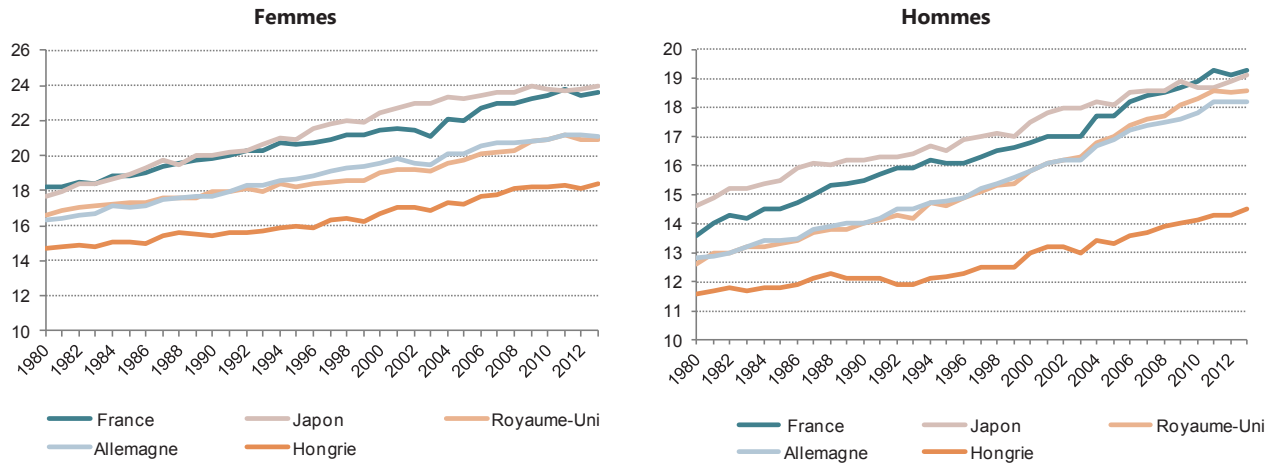


Source : Eco-Santé OCDE (juillet) 2015. Les données portent sur l'année 2013, sauf pour le Canada (2011)

En 2013, la France occupe toujours le deuxième rang mondial des pays étudiés s'agissant de l'espérance de vie à 65 ans des femmes avec 23,6 ans. Désormais, elle acquiert également le deuxième rang mondial s'agissant de celle des hommes avec 19,3 ans. En effet, la France se situe derrière le Japon pour les femmes et la Suisse pour les hommes. Pour mémoire, en 2012, en ce qui concerne les hommes, la France n'atteignait que le troisième rang mondial des pays analysés, se situant derrière la Nouvelle-Zélande et la Suisse. La Turquie et la Hongrie occupent les dernières places avec une espérance de vie à 65 ans de 18,5 en Turquie et 18,4 ans en Hongrie (respectivement 16,7 ans au Mexique, 14,9 en Turquie et 14,5 en Hongrie, pour les hommes). Cette position relative des pays d'Europe centrale est similaire à celle observée en termes de mortalité prématurée (*cf.* indicateur de cadrage n°4).

Dans tous les pays de l'OCDE, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté pour les hommes comme pour les femmes au cours des dernières décennies. Selon l'OCDE, le Japon a enregistré les gains d'espérance de vie les plus importants, en partie liés à la baisse de la mortalité cardio-vasculaire. De nombreux autres pays ont connu une réduction importante de la mortalité liée à ces maladies. En France, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 5,4 ans pour les femmes et de 5,7 ans pour les hommes entre 1980 et 2013, en lien avec l'accélération de la diminution de la mortalité cardio-vasculaire depuis le milieu des années 1980.

Évolution de l'espérance de vie à 65 ans, 1980-2013, en années



Source : Eco-Santé OCDE 2015

L'écart d'espérance de vie à 65 ans entre hommes et femmes s'est légèrement creusé en faveur des femmes entre 1980 et 2013 dans certains pays (Japon, Espagne, Pologne, Hongrie, Portugal, République tchèque, République slovaque) mais dans la plupart des pays, les écarts se sont maintenus ou réduits du fait d'une progression plus rapide de l'espérance de vie des hommes (France, Canada, Royaume-Uni, États-Unis…), qui demeure cependant dans tous les cas bien inférieure.

L'augmentation de l'espérance de vie résulte de la conjugaison de plusieurs facteurs : l'effet des progrès médicaux, l'amélioration des conditions de vie, l'incidence des politiques publiques et l'évolution des comportements individuels en matière d'hygiène et de prévention.

Précisions méthodologiques

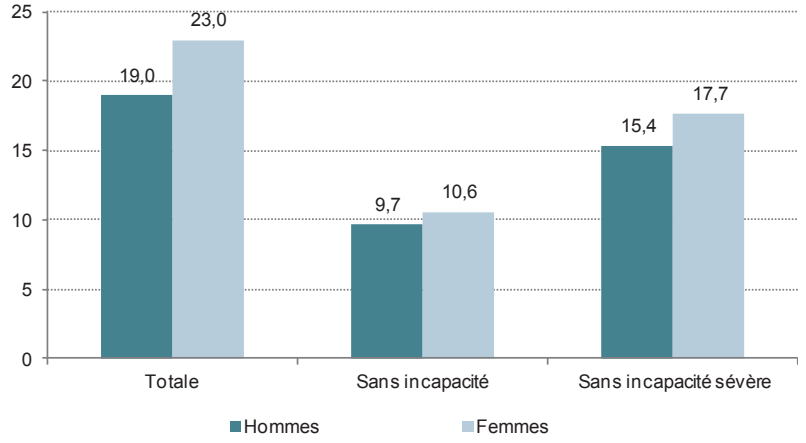
Les données sont issues d'Eco-Santé OCDE. Pour plus de détails sur les analyses pour la France, l'INED réalise une étude tous les ans qui est publiée dans la revue « Population ».

L'espérance de vie à 65 ans mesure pour une année donnée l'âge moyen des individus d'une génération fictive âgée de 65 ans, qui aurait connu à chaque âge la probabilité de décéder observée l'année considérée. Elle exprime donc le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de 65 ans dans les conditions de mortalité par âge de cette année.
Il peut exister des différences d'espérance de vie selon les pays, de l'ordre d'une année maximum, qui sont liées aux méthodes de calcul de l'espérance de vie propres à chaque pays (pour plus d'indications, se reporter à la publication de l'OCDE, Panorama de la santé).

Sous-indicateur n°7-2 : Espérance de vie à 65 ans sans incapacité, par genre

Cet indicateur compte dorénavant parmi les indicateurs structurels de l'Union européenne (*healthy life years*). Dans les comparaisons européennes réalisées à partir des enquêtes européennes SILC, on estime l'espérance de vie sans limitations d'activité.

Espérance de vie à 65 ans en France en 2013 selon le degré de sévérité des limitations d'activité*

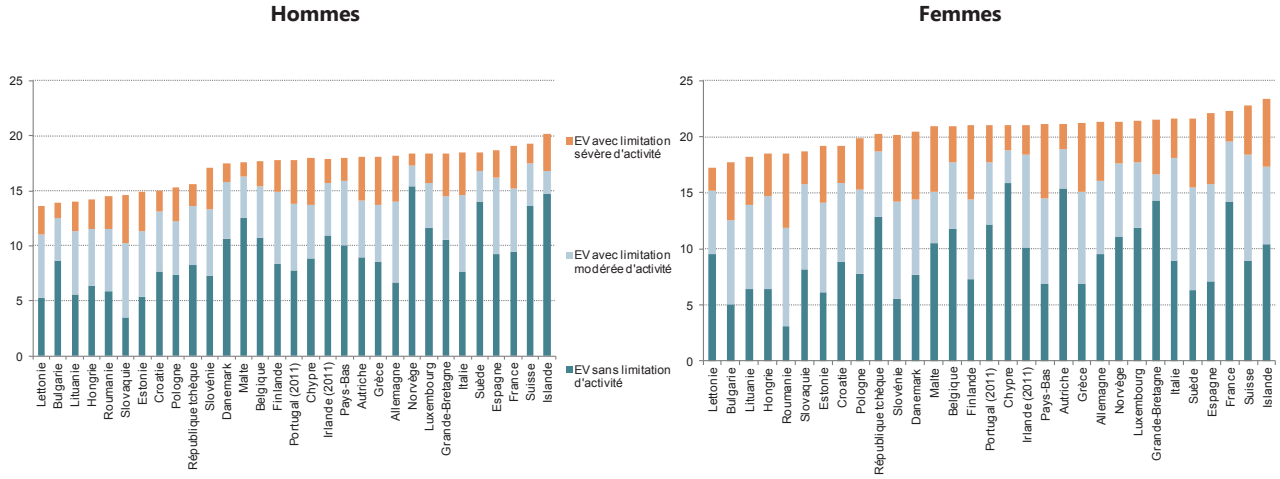


* Sans limitations d'activité (tous niveaux de sévérité confondus), avec limitations d'activité modérées et limitations d'activité sévères.
Sources : données INSEE et enquêtes EU-SILC, exploitation EHLEIS
NB : des variations minimes peuvent être constatées par rapport aux espérances de vie à 65 ans calculées en France par l'INSEE avec une méthodologie différente.

En 2013, l'espérance de vie totale des hommes de 65 ans est de 18,99 ans et celle des femmes de 23 ans. A cet âge, les hommes et les femmes peuvent encore espérer vivre respectivement 9,7 et 10,6 années sans incapacité (aucune limitation d'activité depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé), et respectivement 15,4 et 17,7 années sans incapacité sévère.

Ainsi, si l'espérance de vie des femmes à 65 ans est plus longue que celle des hommes, elles passent aussi plus de temps avec des limitations au sein de cette vie plus longue.

Espérance de vie à 65 ans en 2012 selon le degré de sévérité des limitations d'activité*



* Sans limitations d'activité (tous niveaux de sévérité confondus), avec limitations d'activité modérées et limitations d'activité sévères.
Sources : données INSEE et enquêtes EU-SILC, exploitation EHLEIS
NB : Des variations minimes peuvent être constatées par rapport aux espérances de vie à 65 ans calculées en France par l'INSEE avec une méthodologie différente.

En 2012, en Europe, de grandes variations en matière d'espérance de vie sans limitations d'activité subsistent entre les pays, même parmi ceux qui ont une espérance de vie proche.

Pour les hommes, un premier groupe de 13 pays se caractérise par une espérance de vie à 65 ans élevée, comprise entre 18 et 20,1 ans. La France est en troisième position dans ce groupe derrière l'Islande et la Suisse. Le deuxième groupe rassemble des pays (huit) qui ont une espérance de vie plus basse, située entre 16 et 18 ans. Le troisième groupe, enfin, est constitué de 10 pays d'Europe de l'Est. Il rassemble les pays dont l'espérance de vie à 65 ans est la plus basse.

Pour les femmes, 22 pays sur les 31 analysés ont une espérance de vie à 65 ans supérieure à 20 ans. La France est en tête de ce classement avec 23,4 ans en 2012. Les 9 pays suivants ont une espérance de vie totale comprise entre 17,3 ans pour la Bulgarie et 19,9 ans pour la Pologne. Tous font partie de l'ancienne Europe de l'Est.

Les disparités constatées, y compris au sein de groupes homogènes au regard de l'espérance de vie, s'expliquent en partie par des différences assorties aux données et aux difficultés de traduction ou de choix de formulation des questions d'enquêtes. Des ajustements se font progressivement et permettront à terme un calcul annuel d'espérance de vie sans incapacité assurant une meilleure comparabilité entre pays. Des analyses plus poussées montrent cependant qu'une partie des différences est aussi liée à des variations dans la prévalence des incapacités et dans la propension à ressentir et à déclarer les limitations d'activité. Il a été démontré que l'organisation sociale des différents pays et la manière de gérer les troubles de santé contribuent aussi à ces disparités géographiques d'espérance de vie sans limitations d'activité.

Précisions méthodologiques

Le dispositif EU-SILC (European Union-Statistics on Incom and Living Conditions) d'enquêtes auprès des populations de l'Union européenne, coordonné par EUROSTAT, permet de recueillir des données sur la santé à travers trois questions : la « santé perçue », la déclaration des maladies chroniques, et les « limitations d'activité ».

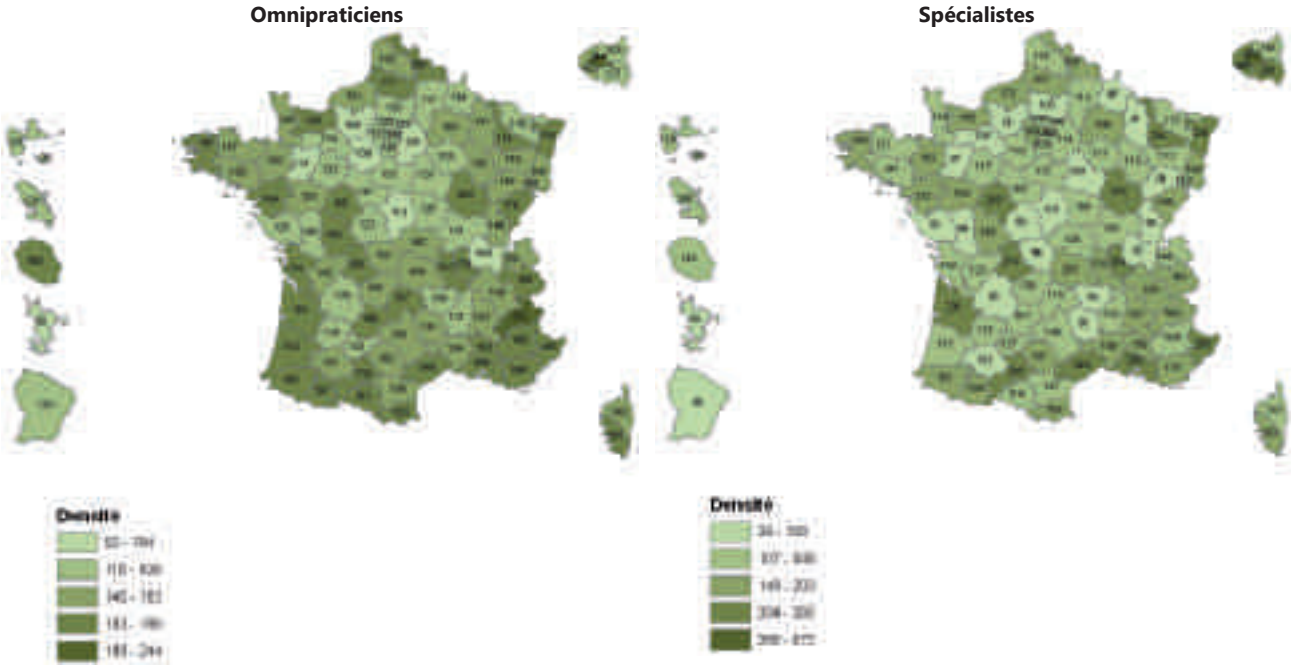
Le dispositif SRCV (Statistiques sur les ressources et conditions de vie) est la partie française de ce système communautaire. Il regroupe une enquête annuelle transversale en ménage ordinaire, l'Enquête sur les Ressources et Conditions de Vie (ERCV) et un Panel sur les Ressources et Conditions de Vie (PRCV), alimenté chaque année par des ménages enquêtés dans le cadre de l'ERCV. Concernant la santé, un mini-module de trois questions a été introduit dans ces enquêtes. la troisième porte sur les limitations d'activité dont voici l'intitulé : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » Réponses : oui, fortement limité(e) ; oui, limité(e) mais pas fortement ; non, pas limité(e) du tout), correspondant ici aux limitations « sévères » ou « modérées » ou « sans limitation d'activité ».
C'est en combinant les fréquences de personnes déclarant des problèmes de santé avec la table de mortalité qu'on obtient les trois types d'espérances de vie en santé présentés ici.

Certes, ces données comportent une part de subjectivité, liée à la perception de la santé qui peut varier d'un pays à l'autre et dont il faut tenir compte. Mais ces informations fournissent un éclairage essentiel sur les évolutions au cours du temps selon le sexe ou le pays et sur les tendances spécifiques aux dimensions de la santé considérées. Les problèmes de santé sont de plus en plus fréquents au fur et à mesure de l'avancée en âge. On constate qu'en Europe quelle que soit la façon de mesurer la santé, les femmes déclarent plus souvent des problèmes de santé que les hommes, notamment aux âges élevés.

Pour plus d'infos se référer à la publication de Jean-Marie Robine et Emmanuelle Cambois : « les espérances de vie en bonne santé des européens », Avril 2013 Population et Société n°4

Indicateur n°8 : Densités départementales des médecins omnipraticiens et spécialistes pour 100 000 habitants

Densité de médecins pour 100 000 habitants au 1er janvier 2015



Source : DREES, RPPS

Au 1er janvier 2015, on comptait 222 150 médecins (omnipraticiens et spécialistes), en France entière. En forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population, les effectifs de médecins ont connu une croissance progressivement ralentie depuis 2005. La densité de médecins qui était stable depuis cette date, avec 334 médecins pour 100 000 habitants, est en augmentation en 2015 avec 336,5 médecins pour 100 000 habitants. Toutefois, des déséquilibres persistent parfois dans l'offre de soins ce qui soulève, *in fine*, la question de la répartition géographique et de l'organisation des soins sur le territoire national. Il est donc important d'apprécier les disparités territoriales de densité en médecins omnipraticiens et spécialistes.

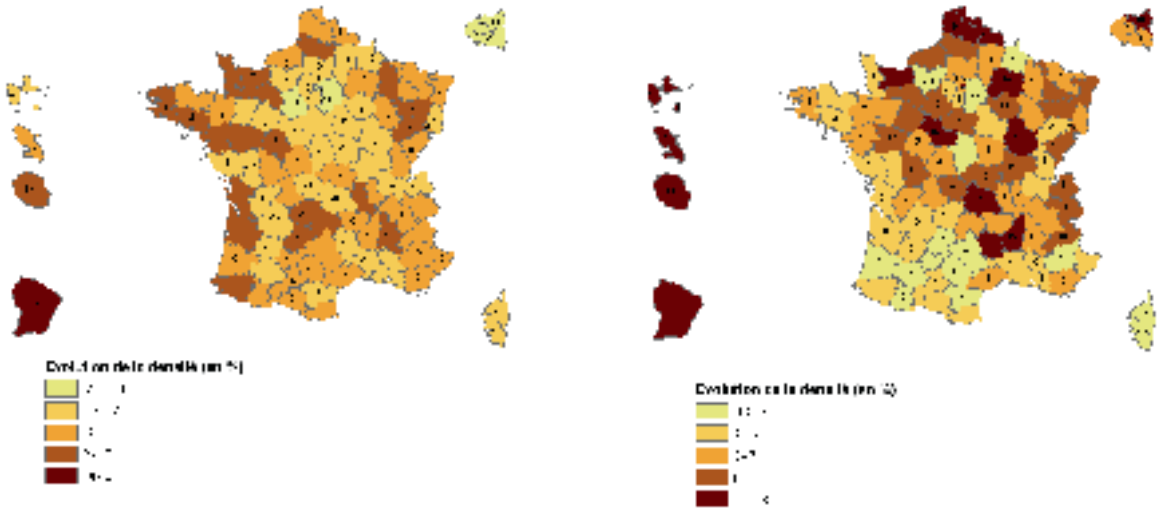
En 2014, la densité moyenne des omnipraticiens est de 155 pour 100 000 habitants, avec 67 % de libéraux, et de 181 pour 100 000 habitants pour les spécialistes en France métropolitaine, avec 52% de libéraux, les disparités géographiques sont toutefois très marquées. Si l'offre de soins de premier recours est globalement satisfaisante sur l'ensemble du territoire métropolitain, et si les distances d'accès restent correctes, l'accès aux soins spécialisés semble plus contrasté.

Pour les médecins omnipraticiens, la densité la plus forte est constatée dans le département de Paris *intra muros* (244 pour 100 000 habitants), puis dans les départements des Hautes-Alpes (232 pour 100 000 habitants), des Hautes-Pyrénées (197 pour 100 000 habitants) et de la Haute-Vienne (196 pour 100 000 habitants). A l'opposé les départements qui présentent les plus faibles densités sont, outre Mayotte (52 pour 100 000 habitants), l'Eure, la Seine-et-Marne, l'Ain, l'Eure-et-Loir et le Cher (105 à 112 pour 100 000 habitants).

Pour les médecins spécialistes les densités supérieures à la moyenne nationale (181 pour 100 000 habitants) correspondent aux départements des plus grandes agglomérations, avec Paris (572 pour 100 000 habitants), et à niveau moindre le département des Alpes-Maritimes, le Rhône, les Bouches-du-Rhône (respectivement 265, 264 et 255 pour 100 000 habitants). Les départements les moins denses sont ceux de Mayotte, de l'Eure (respectivement 29 et 74 pour 100 000 habitants), la Haute-Loire, la Meuse, l'Ain, la Mayenne et la Guyane avec des densités comprises entre 78 et 88 pour 100 000 habitants.

Taux d'évolution des densités des médecins entre 2005 et 2015

Omnipraticiens **Spécialistes**



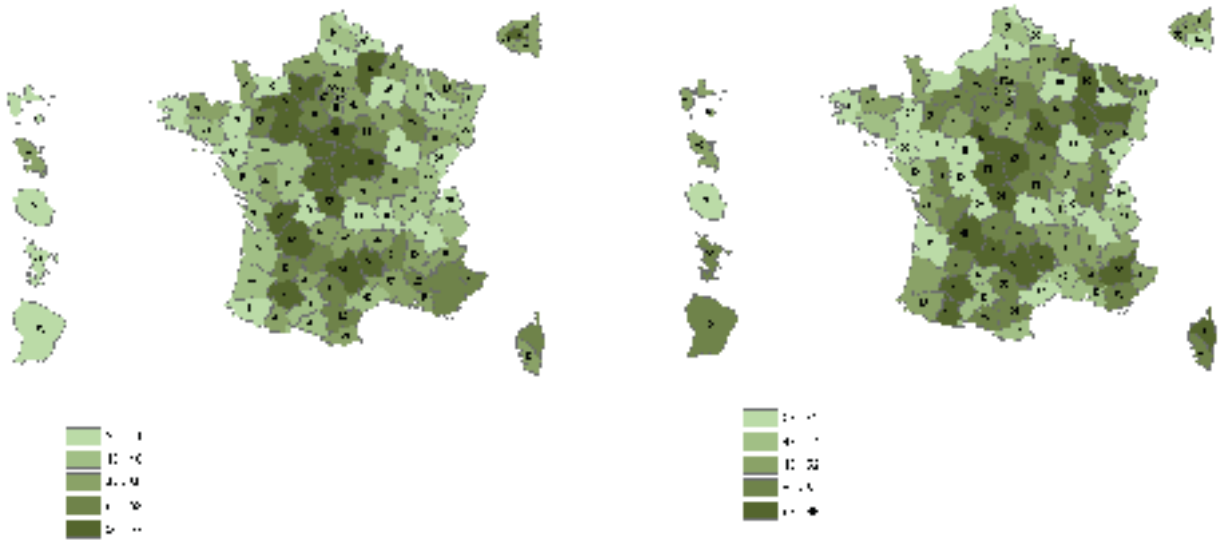
Source : DREES, ADELI, RPPS

Entre 2005 et 2015 la densité des omnipraticiens au niveau national baisse (-0,5%), mais elle est très contrastée selon les départements. Les départements dont le taux de densité a cru le plus fortement sont outre les DOM, Guyane (31%) et Réunion (13%), la Meuse et la Manche (9%), le Cantal et le Calvados (7%). A l'opposé, on enregistre les décroissances les plus marquées dans les départements d'Île-de-France, en particulier à Paris (-22%), même s'il demeure le plus densément doté, -18% pour la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne, -16% pour les Hauts-de-Seine, -14% pour la Seine et Marne. En termes d'effectifs la baisse sur Paris représente 1 335 omnipraticiens de moins en 10 ans. Figure également au niveau des taux de l'Île-de-France. Dans les départements en évolution nettement négative de densité on trouve également l'Eure-et-Loir (-16 points), le Loir-et-Cher et la Nièvre et l'Essonne (-13 points) qui ont des densités inférieures à la moyenne nationale.

S'agissant des spécialistes, le taux d'évolution national de la densité entre 2005 et 2015, est en revanche en hausse, de 5%. Les départements dont la densité de spécialistes a cru le plus fortement sont la Martinique (23%), le Nord (20%), la Réunion (19%) et la Guadeloupe (18%). En région Ile de France, l'évolution la plus marquée concerne le département de Seine-Saint-Denis (16%). A l'opposé, les départements ayant enregistré la plus forte baisse de leur densité de spécialistes sont l'Eure (-13%), la Corse du Sud (-12%) et le Tarn (11%), départements qui enregistrent des densités de spécialistes inférieures à la moyenne nationale.

Part des médecins âgés de 55 ans et plus au 1er janvier 2015

Omnipraticiens **Spécialistes**



Source : DREES, RPPS

La part des omnipraticiens âgés de 55 ans et plus est le rapport du nombre des omnipraticiens âgés de 55 ans et plus sur le nombre total d'omnipraticiens. Cette part est de 46% au niveau national. Elle est faible dans les départements d'outremer, 29 % à Mayotte, 33 % en Guyane et 35 % à La Réunion, et plus élevée à Paris (56 %). dans la Creuse et en particulier dans les départements de la Sarthe et l'Indre (57 %) où la densité en médecins est plus faible qu'en moyenne nationale. Le vieillissement des omnipraticiens dans ces départements risque de fragiliser l'accès aux soins dans les prochaines années.

La part des spécialistes âgés de 55 ans et plus est également de 46% au niveau national. Elle est relativement faible en Loire Atlantique dans la Somme et le Nord (36%), et beaucoup plus élevée dans des départements comme les Alpes de Haute Provence et la Lozère (63%), et la Creuse (69%) relativement bien moins dotés en spécialistes par rapport à la moyenne nationale, ce dernier département cumulant les proportions les plus fortes de généralistes et de spécialistes les plus âgés.

Précisions méthodologiques

Ces indicateurs sont réalisés à partir du Répertoire partagé des professions de santé (RPPS) qui recense au plan national, mais aussi régional et départemental, les médecins de santé en activité. Le RPPS a remplacé ADELI comme source d'analyse de la démographie des médecins à la DREES depuis le 1er janvier 2012. Avec le RPPS, le conseil de l'Ordre des médecins est désormais le guichet principal pour les professionnels inscrits au tableau. Le RPPS renseigne donc sur l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles du médecin telles que déclarées à leur guichet. Les données du RPPS sont élaborées à partir d'une confrontation des données des Ordres, de l'Assurance maladie (la CNAMTS) et du Centre national de gestion (CNG).
Ces données sont établies par la DREES. Les effectifs ainsi dénombrés portent sur les médecins généralistes et spécialistes, libéraux et salariés, exerçant dans le secteur ambulatoire, à l'hôpital ou en centres de santé.

Le taux d'évolution de la densité d'omnipraticiens et de spécialistes est calculé à partir des effectifs départementaux de praticiens des années 2005 et 2015 (données issues des répertoires ADELI et RPPS).

Ces indicateurs apportent une information partielle concernant l'ampleur des inégalités territoriales car c'est à un niveau plus fin (commune, bassin de vie) que la question de la couverture des besoins de soins, et notamment de premier recours, doit être analysée.

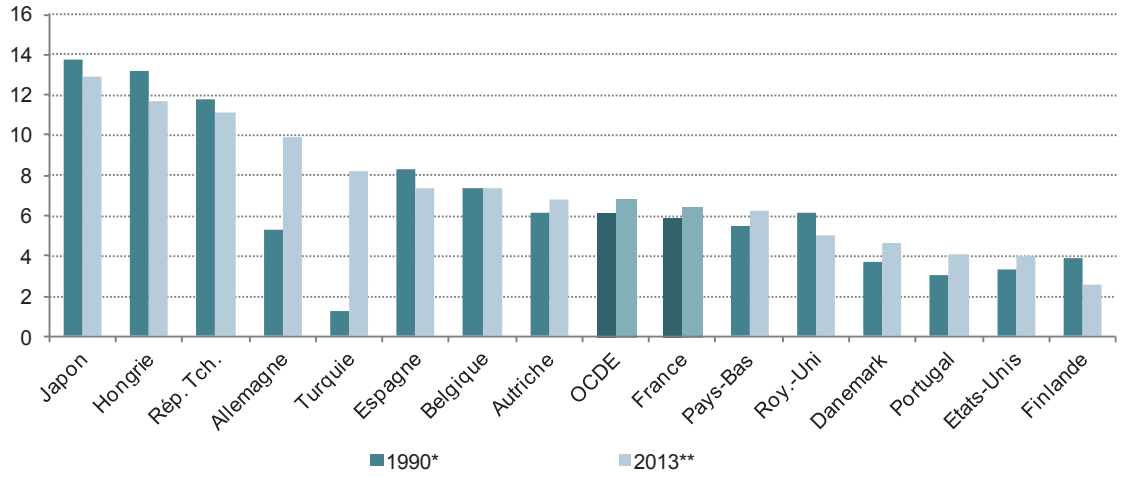
Les statistiques détaillées à partir du RPPS sont disponibles sur le site « data.drees » : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx.
Pour plus de détails sur l'analyse de la démographie se reporter aux rapports de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé ainsi qu'aux Études et Résultats de la DREES sur le sujet : n°816 (« Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes »), n°796 (« Les médecins au 1er janvier 2012») et n°765 (« L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux »).

Indicateur n°9 : Consommation de soins par habitant

Sous-indicateur n°9-1 : Nombre de consultations de médecins par habitant, perspective internationale

Le nombre moyen de consultations médicales par habitant est un indicateur qui permet d'apprécier les conditions de recours aux soins en France par rapport aux autres pays. Les consultations retenues dans les comparaisons internationales de l'OCDE sont réalisées par les médecins en cabinet, dans le cadre de visites au domicile des patients ou dans les services de consultations externes des hôpitaux et des cliniques.

Nombre annuel de consultations de médecins par habitant 1990-2013



Source : OCDE 2014
*sauf Allemagne (1991), Espagne (1993), États-Unis (1995)
** sauf Royaume-Uni (2009), États-Unis (2010), Belgique, Espagne (2011) et Portugal, Japon (2012).

Les disparités du nombre de consultations entre pays sont importantes et dépendent, outre des différences d'état de santé de la population et de facteurs culturels, de différences structurelles liées à l'organisation du système de soins, notamment en matière d'accès aux soins ou de répartition médecine de ville - hôpital. Le taux de consultations est également déterminé par les modes de rémunération des médecins ou encore la densité médicale. Ainsi, les pays dans lesquels le paiement à l'acte domine ont tendance à enregistrer un plus grand nombre de consultations (France, Belgique, Allemagne), alors que ceux dans lesquels l'exercice de la médecine est plus fréquemment salarié ou assorti d'une rémunération à la capitation (forfait par patient) semblent en avoir moins (Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède). Ceci ne se vérifie toutefois pas pour tous les pays. En Espagne, la rémunération des médecins se fait principalement à la capitation et ce pays enregistre pourtant en moyenne, 7,4 consultations par habitant en 2013.

Selon les données de l'OCDE, le nombre moyen de consultations par habitant a augmenté dans la majorité des pays entre 1990 et 2013, sauf au Japon, en Hongrie, en République Tchèque, en Espagne, en Finlande et au Royaume-Uni où il a diminué ; il est par ailleurs resté stable en Belgique. La moyenne des pays de l'OCDE est de 6,8 consultations par habitant en 2013. La France se situe en position médiane avec 6,4 consultations par habitant en 2013. On retrouve le Japon en tête des pays où les taux de consultations sont les plus élevés, avec en moyenne 12,9 consultations par habitant. Les médecins japonais prescrivent mais aussi distribuent les médicaments, ce qui explique ce nombre plus élevé de consultations. À l'opposé, les États-Unis enregistrent l'un des taux les plus faibles avec 4,0 consultations par habitant. Ce phénomène est sans doute à rapprocher du fait que l'OCDE mesure le nombre de consultations aux États-Unis à partir de données d'enquêtes et non de sources administratives. Or, pour l'année 2000, où l'on dispose d'éléments de comparaison entre ces deux sources, le nombre moyen de consultations variait aux États-Unis de 3,7 à 8,9 entre données d'enquêtes et informations administratives. Seule la Finlande a un niveau moyen de consultations par habitant plus faible que les États-Unis (2,6). Il est à noter que la Turquie présentait le plus fort accroissement du nombre de consultations sur la période 1990 - 2013 (15% de croissance annuelle moyenne), en raison d'une amélioration de l'accès aux soins grâce notamment à l'augmentation de la densité de médecins sur la période.

Précisions méthodologiques

Dans les données Eco Santé de l'OCDE, le nombre de consultations médicales par assuré est défini comme le rapport entre le nombre de contacts avec un médecin (généraliste ou spécialiste) et la population totale. Le nombre de consultations comprend : les visites au cabinet du médecin, les visites faites par des médecins dans des cadres institutionnels (hôpitaux ou cliniques) et les visites à domicile. Les consultations par téléphone en sont en principe exclues, même s'il demeure plusieurs pays où elles sont comprises (par exemple l'Espagne, la République Tchèque et le Royaume-Uni).

Des disparités existent également entre pays dans la couverture des différents types de consultations, notamment la prise en compte des consultations dans les services de consultations externes des hôpitaux. Les données des Pays-Bas excluent les consultations pour soins maternels et infantiles. Celles du Portugal et de la Turquie excluent les visites aux médecins libéraux, tandis que celles du Royaume-Uni ne prennent pas en compte les consultations de spécialistes en dehors des consultations externes des hôpitaux. En Allemagne, les consultations de médecins ne représentent que le nombre de cas de traitements médicaux selon les règles de remboursement du régime d'assurance-maladie (un traitement ne prend en compte que le premier contact sur une période de trois mois même si le patient consulte plus souvent un médecin). Le nombre de consultations par assuré est donc un indicateur à prendre avec précaution, les écarts observés étant difficiles à interpréter.

Les données sur les consultations proviennent principalement de sources administratives (issues des systèmes d'information des régimes d'assurance maladie, comme le GKV en Allemagne, l'INAMI en Belgique, la CNAM en France), bien que dans certains pays, elles proviennent d'enquêtes de santé avec entretien (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse). Les estimations provenant d'enquêtes auprès des ménages sont en général plus faibles en raison du biais de remémoration et du taux de non réponse. Les données pour la France ont connu des révisions à la hausse qui se sont traduites par deux ruptures de série en 2000 et en 2001 : la première est liée à l'inclusion des départements d'outre-mer en 2000 ; la seconde tient à la comptabilisation des consultations hospitalières à partir de 2001.

Enfin, un indicateur qui se fonde sur le nombre de consultations donne une mesure assez fruste du volume des services médicaux fournis dans la mesure où il ne prend pas en compte leur complexité. La durée et l'efficacité de la consultation peuvent varier et certains actes (tâches administratives, suivi des patients chroniques) ne sont pas pris en compte dans cet indicateur.

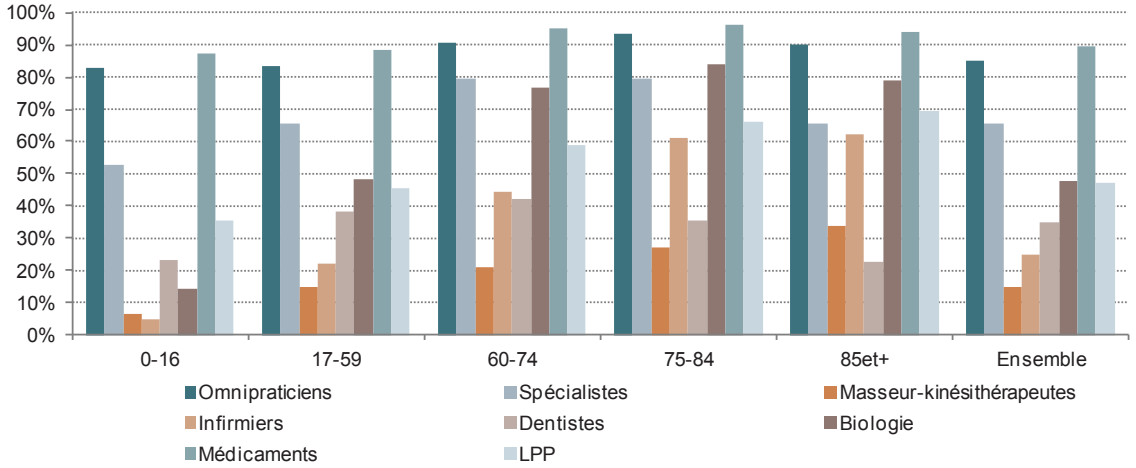
Pour plus de détails, se reporter à la publication de l'OCDE, Panorama de la santé.

Sous-indicateur n°9-2 : Taux de recours aux soins et consommation moyenne par âge

Recours aux soins de ville (2014) et à l'hôpital (2013)

En 2014, en moyenne, 85% des assurés consommants couverts par le régime général ont eu recours au moins une fois à un omnipraticien en cabinet libéral ou en centre de santé. Ce recours élevé varie relativement peu avec l'âge : de 83% pour les plus jeunes à 93% pour les personnes âgées de 75 à 84 ans. En revanche, concernant les autres professionnels considérés, le recours augmente sensiblement avec l'âge en particulier pour les auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers). Cela reflète notamment l'activité de soins de suite et de réadaptation caractéristique de la consommation de soins des patients âgés. Ainsi plus de 60% des assurés âgés de plus de 75 ans ont bénéficié d'au moins un acte infirmier dans l'année soit près de trois fois plus que les patients âgés de 17 à 59 ans.

Taux de recours aux soins de ville en 2014



Source : CNAMTS, SNIIRAM-DCIR
Champ : régime général y.c. SLM, France entière. Recours aux professionnels de santé libéraux (hors actes effectués en cliniques privées) ou exerçant en centre de santé.

Le taux de recours aux autres prestations de soins de ville varie tout d'abord selon les postes. Ainsi en 2014 parmi les personnes ayant eu au moins une consommation de soins de ville ou en clinique privée remboursée par le régime général au cours de l'année, 90% ont eu une délivrance de médicament, mais seulement 8% ont eu recours à des transports.

Si pour le poste médicament ce recours varie relativement peu selon l'âge (il varie entre 88% pour les 0-59 ans à 96% pour les 75-84 ans), pour les autres postes ce recours tend généralement à augmenter avec l'âge. A titre d'exemple, le taux de recours aux analyses de biologie qui est en moyenne (tous âges confondus) de 48%, passe de 15% chez les moins de 16 ans à 84% chez les personnes âgées de 75 à 84 ans. De même, le taux de recours aux produits de la liste des produits et prestations remboursables (comportant notamment les lunettes, les prothèses auditives...) passe de 35% chez les moins de 16 ans à 69% chez les assurés âgés de plus de 85 ans.

La diminution du taux de recours observée pour certains postes de soins de ville (consultations, actes et forfaits techniques, soins dentaires, biologie, médicaments) chez les 85 ans et plus comparativement à celui observé chez les 75-84 ans doit cependant être interprétée avec précaution. En effet, les 85 ans et plus sont plus fréquemment hospitalisés ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) que les 75-84 ans ce qui pourrait expliquer, au moins en partie, un moindre recours aux soins de ville (les soins étant réalisés et/ou financés directement par ces établissements).

En 2013, en moyenne, 38% des assurés consommants couverts par le régime général ont eu recours à l'hôpital (établissements sanitaires, tous secteurs/activités confondus) que ce soit dans le cadre d'un séjour, d'actes ou de consultations externes. Ce taux masque toutefois de fortes disparités que ce soit en termes d'âges ou de type d'activité/secteur.

Ainsi, en moyenne, 19% de la population a eu un séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et ce taux augmente sensiblement avec l'âge : de 12% pour les plus jeunes à 40% pour les personnes âgées de plus de 85 ans. Le recours aux actes et consultations externes est fréquent puisqu'il est en moyenne de 29% mais varie relativement peu avec l'âge (entre 24% chez les 0-16 ans et 38% chez les 75-84 ans).

A l'inverse, le recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR) est très faible (1%) mais augmente avec l'âge : 6% chez les 75-84 ans et 11% chez les 85 ans et plus.

Taux de recours à l'hôpital en 2013 selon l'âge et le type d'activité

Tranche d'âge	0-16	17-59	60-74	75-84	85 et+	Ensemble
Médecine, chirurgie obstétrique (MCO)	12%	17%	26%	35%	40%	19%
Actes et consultations externes	24%	29%	33%	38%	36%	29%
Psychiatrie	0,2%	0,8%	0,6%	0,5%	0,4%	0,6%
Soins de suite et réadaptation (SSR)	0,2%	0,7%	3%	6%	11%	1%
Toutes hospitalisations	**31%**	**37%**	**44%**	**53%**	**56%**	**38%**

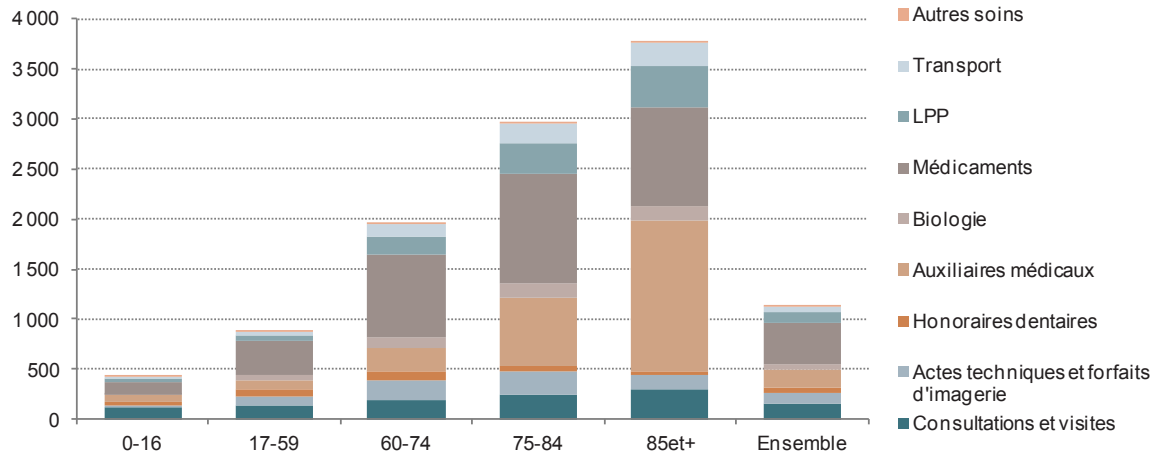
Source : CNAMTS, SNIIRAM-DCIR et PMSI.
Champ : régime général y.c. SLM, France entière. Établissements publics et privés. Hors hospitalisation à domicile, établissements de soins de longue durée et établissements médico-sociaux et y compris actes et consultations externes.

Dépenses moyennes remboursables de soins de ville (2014) et à l'hôpital (2013)

L'analyse de la dépense moyenne remboursable de soins de ville et d'hôpital permet de compléter l'analyse des taux de recours en rendant compte de l'intensité du recours aux soins en termes financiers.

La dépense moyenne remboursable d'un assuré (consommant) sur le champ des soins de ville (hors actes effectués lors d'un séjour en clinique privée) s'élève en 2014 à près de 1 140 € (hors dépassements). Elle est fortement croissante avec l'âge : de 425 € en moyenne pour les assurés de moins de 16 ans à près de 3 760 € pour les 85 ans et plus. Aux âges élevés les écarts sont importants : les assurés âgés de plus de 85 ans dépensent en moyenne près de deux fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans (1 969 €). Le médicament est le principal poste de dépense de soins de ville sauf chez les 85 ans et plus où ce sont les dépenses relatives aux auxiliaires médicaux qui constituent le premier poste de dépenses (40%) reflétant le recours plus élevé à ces professionnels, devant les médicaments (27%).

Consommation moyenne remboursable par tête de soins de ville en 2014, par âge



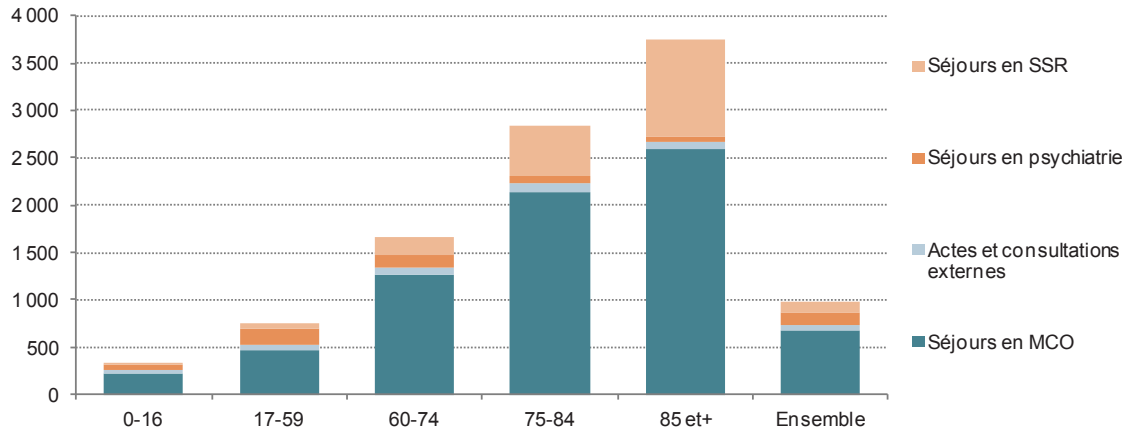
Source : CNAMTS, SNIIRAM-DCIR.
Champ : régime général y.c. SLM, France entière. Y compris prestations exécutées en centres de santé. Hors prestations effectuées en cliniques privées et actes et consultations externes. Dépenses remboursables (hors dépassements). Les autres soins sont constitués principalement des honoraires des sages-femmes, des stomatologues, de certains actes des anatomo-cytopathologistes et des honoraires de cures thermales et d'autres prestations diverses.

La dépense hospitalière (y compris les honoraires facturés en établissement privé) moyenne remboursable pour un assuré (consommant) s'élève en 2013 à près de 990 €. Elle est fortement croissante avec l'âge : de 330 € environ en moyenne pour les assurés de moins de 16 ans à plus de 3 750 € pour les 85 ans et plus. Comme pour les soins de ville, aux âges élevés les écarts sont importants : les assurés âgés de plus de 85 ans dépensent en moyenne plus de deux fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans (1 660 € environ).

L'essentiel de cette dépense hospitalière est liée aux séjours en MCO (69% en moyenne). Malgré des taux de recours très faibles, de l'ordre de 1% en moyenne tous âges confondus, les dépenses des séjours en psychiatrie et SSR

représentent respectivement 13% et 12% des dépenses hospitalières moyennes considérées. Cette répartition varie cependant selon l'âge.

Dépense hospitalière moyenne remboursable par tête en 2013, par âge



Source : CNAMTS, SNIIRAM-DCIR.
Champ : régime général y.c. SLM, France entière. Hors hospitalisation à domicile, établissements de soins de longue durée et établissements médico-sociaux et y compris prestations effectuées en cliniques privées. Dépenses remboursables (hors dépassements).
Légende : MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, SSR : soins de suite et de réadaptation.

Précisions méthodologiques

Le **taux de recours** annuel aux soins (ville ou hôpital) considérés est défini comme le nombre de personnes qui, parmi la population retenue, a bénéficié, au moins une fois dans l'année, du soin relevant de la catégorie considérée.
Le champ retenu pour les soins considérés est celui des soins remboursés relevant des risques maladie, maternité et accidents du travail/maladies professionnelles. Les prestations en espèces (indemnités journalières, pensions d'invalidité) sont exclues.
La population retenue, que ce soit pour le calcul des taux de recours ou des dépenses moyenne par tête, est la population consommante protégée par le régime général y compris les sections locales mutualistes (SLM) sur le champ France entière. La population consommante est définie comme la population ayant consommé au moins un soin de ville ou de clinique privée au cours de l'année N. Sont pris en compte les soins réalisés l'année N en prenant la liquidation jusqu'à fin avril de l'année suivante.
Les quatre catégories de professionnels de santé retenues sont : les omnipraticiens (incluant les médecins à exercice particulier), les spécialistes (toutes spécialités médicales et chirurgicales, sans exclusive ni distinction), les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmier(e)s et, parmi ceux-ci, uniquement les professionnels libéraux (hors actes effectués en cliniques privées) ou exerçant en centre de santé.

La **dépense moyenne** rapporte, pour une classe d'âge donnée, les dépenses remboursables (hors dépassements) payées par les assurés ayant consommé des soins dans au moins un des postes retenus (consultations, actes techniques, soins dentaires, séjour hospitalier en MCO, en psychiatrie...) par les effectifs de consommants de cette classe d'âge. Les honoraires facturés dans les établissements hospitaliers privés ont été exclus des dépenses de soins de ville et ont été au contraire affectés aux dépenses hospitalières. A l'inverse, les honoraires en centres de santé sont affectés aux soins de ville.
Les « autres honoraires médicaux » sont constitués principalement des honoraires des sages-femmes et des stomatologues, des actes codés en P des anatomo-cytopathologistes et des honoraires de cures thermales.

L'âge est calculé à la fin de l'année étudiée.

Mise en garde :
Les dépenses hospitalières moyennes présentées dans cette fiche (2013) ne doivent pas être comparées à celles (2012) présentées dans le précédent rapport en raison notamment de la modification de champ apportée aux données utilisées. En effet, les dépenses ambulatoires de psychiatrie ont été exclues cette année du champ de l'analyse ce qui peut expliquer les montants légèrement inférieurs sur ce poste.

Indicateur n°10 : Honoraires totaux des médecins libéraux

Honoraires totaux des médecins libéraux (issue de l'activité libérale)

	Honoraires totaux (en euros courants)					Évolution annuelle moyenne 2010-2014	Effectifs et structure en 2014	Part des dépassements en 2014 (en %)
	2010	2011	2012	2013	2014			
Omnipraticiens	**131 277**	**138 473**	**137 691**	**143 620**	**146 207**	**2,7%**	**59 368**	**4%**
secteur 1	132 484	139 990	139 082	145 272	147 900	2,8%	90%	1%
secteur 2	122 414	126 925	126 634	129 993	131 522	1,8%	10%	32%
Spécialistes	**235 511**	**242 918**	**245 751**	**253 057**	**259 482**	**2,5%**	**54 164**	**18%**
secteur 1	229 341	235 266	237 336	243 615	248 832	2,1%	56%	3%
secteur 2	244 176	253 433	257 001	265 359	272 993	2,8%	44%	35%
Cardiologues	**227 541**	**235 183**	**233 825**	**239 694**	**246 105**	**2,0%**	**4 508**	**4%**
secteur 1	227 099	235 429	234 185	239 885	245 683	2,0%	79%	1%
secteur 2	229 294	234 216	232 443	238 976	247 671	1,9%	21%	19%
Chirurgiens *	**253 204**	**265 244**	**267 375**	**272 767**	**281 741**	**2,7%**	**5 523**	**34%**
secteur 1	165 721	175 217	174 595	177 264	182 465	2,4%	20%	7%
secteur 2	279 087	290 855	292 828	297 918	306 909	2,4%	80%	38%
Gynécologues/obstétriciens**	**182 543**	**186 125**	**187 162**	**194 777**	**197 512**	**2,0%**	**5 167**	**31%**
secteur 1	145 361	146 734	146 824	151 418	152 554	1,2%	40%	4%
secteur 2	211 606	216 068	216 538	224 910	227 756	1,9%	60%	43%
Ophtalmologues	**282 638**	**298 808**	**307 586**	**320 881**	**330 938**	**4,0%**	**4 668**	**26%**
secteur 1	220 878	231 240	235 707	242 277	245 559	2,7%	43%	2%
secteur 2	333 436	353 039	363 890	380 486	394 326	4,3%	57%	37%
Pédiatres	**134 531**	**138 398**	**137 335**	**139 793**	**140 929**	**1,2%**	**2 633**	**17%**
secteur 1	122 300	125 103	124 686	127 781	127 712	1,1%	63%	2%
secteur 2	157 826	163 610	160 878	161 250	163 850	0,9%	37%	39%
Psychiatres***	**113 624**	**115 346**	**117 931**	**120 870**	**121 519**	**1,7%**	**6 279**	**17%**
secteur 1	110 199	111 977	114 934	117 915	117 774	1,7%	67%	3%
secteur 2	121 336	122 763	124 288	126 966	129 019	1,5%	33%	42%
Radiologues	**508 111**	**514 418**	**516 949**	**531 464**	**543 230**	**1,7%**	**5 937**	**5%**
secteur 1	499 174	505 550	506 938	519 954	530 579	1,5%	85%	1%
secteur 2	566 511	569 974	577 137	598 619	612 394	2,0%	15%	25%
Ensemble des médecins	**180 567**	**188 038**	**189 116**	**195 702**	**200 248**	**2,6%**	**113 532**	**13%**
secteur 1	168 631	175 397	175 387	181 214	184 505	2,3%	74%	2%
secteur 2	214 560	223 852	227 837	236 233	244 060	3,3%	26%	35%

* y compris chirurgiens orthopédistes ;** y compris obstétriciens ;*** y compris neuropsychiatres
Source : SNIR, CNAMTS, traitement DSS.
Champ : ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année, France métropolitaine.
Note de lecture : en euros courants, les honoraires totaux des omnipraticiens s'élèvent à 146 207 euros en 2014. Entre 2010 et 2014, ils ont augmenté en moyenne de 2,7% par an.
Note : l'ensemble « spécialistes » correspond à l'ensemble des spécialités médicales et non à la moyenne des seules spécialités indiquées.

En 2014, les médecins libéraux ont perçu en moyenne 200 248 euros d'honoraires issue de leur activité libérale tous secteurs de conventionnement confondus. Les honoraires sont en moyenne plus élevés pour les médecins exerçant en secteur 2 (26% des effectifs en 2014) qui disposent d'une liberté tarifaire. Les médecins de secteur 1 sont tenus de pratiquer les tarifs conventionnés (correspondant à la base de remboursement) ; en contrepartie une partie de leurs cotisations sociales sont prises en charge par l'assurance maladie.

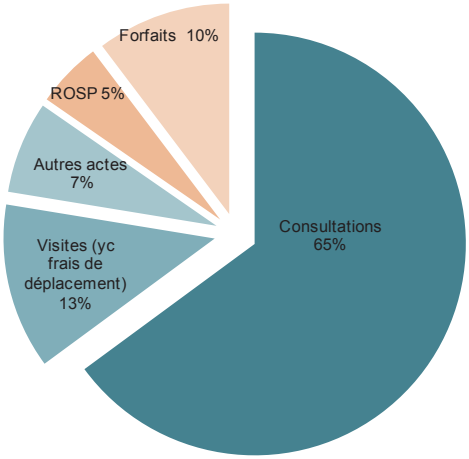
Les omnipraticiens, qui représentent un peu plus de la moitié des médecins libéraux, ont perçu en moyenne 146 207 euros, alors qu'en moyenne les médecins spécialistes ont perçu 259 482 euros.

Sur la période 2010-2014, les omnipraticiens, exerçant majoritairement en secteur 1, ont connu une progression de leurs honoraires de 2,7% en moyenne par an. Cette progression plus dynamique que celle des spécialistes (+2,5%), s'explique notamment par la revalorisation des tarifs de la consultation et de la visite médicale en 2011 (de 22€ à 23€), ces activités représentant l'essentiel de leurs honoraires (78% de leurs honoraires sans dépassements en 2014, *cf.* graphique). Par ailleurs, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP, mise en œuvre en 2012 et succédant progressivement au contrat d'amélioration des pratiques individuelles -CAPI) concerne principalement les médecins généralistes. Les premiers versements, intervenus en 2013, ont contribué à la progression de leurs honoraires même si leur part dans l'ensemble de la rémunération des médecins est relativement modeste (5% de leurs honoraires sans dépassements en 2014).

Le revenu d'activité des médecins est obtenu en déduisant des honoraires les charges, les rétrocessions et les débours. En 2011, il s'élevait en moyenne à 106 200 euros. Parmi les spécialités sélectionnées, les psychiatres (84 470€) et les pédiatres (86 160€) ont un revenu deux fois moins élevé que les anesthésistes (189 660€) et les radiologues (189 770€). Les deux spécialités ayant les revenus d'activité les plus élevées sont la chirurgie (176 840€) et l'ophtalmologie (159 810€). Les honoraires en l'ophtalmologie (298 808€) sont plus élevés que ceux en chirurgie (265 244€) en 2011.

Entre 2005 et 2011, en euros constants, le revenu d'activité des médecins a augmenté chaque année en moyenne de 1,1%. L'augmentation est plus forte pour les spécialistes que pour les généralistes. Parmi les spécialistes, la hausse est plus forte pour les anesthésistes (2,8%) et les ophtalmologues (2,5%). Les gynécologues de secteur 1, les pédiatres de secteur 1 et les psychiatres de secteurs 1 et 2 ont vu leurs revenus d'activité baisser en euros constants entre 2005 et 2011, de respectivement -0,9%, -0,6% et -0,7%.

Décomposition des honoraires sans dépassements des médecins généralistes en 2014 (tous secteurs de conventionnement)



Source : données de remboursement en date de soins (CNAMTS), traitement DSS.
Champ : régime général, France métropolitaine.

Les médecins spécialistes libéraux ont des niveaux de rémunération très variables selon la spécialité. Parmi les spécialités étudiées, se trouvent en haut de l'échelle les radiologues (543 230€) et les ophtalmologues (330 938€) dont l'activité se compose essentiellement d'actes techniques. Les pédiatres et les psychiatres dont l'activité est majoritairement clinique figurent en bas de l'échelle des honoraires (respectivement 140 929€ et 121 519€ en 2014).

Les honoraires des spécialistes de secteur 2 (qui représentent 44% des spécialistes libéraux) ont vu leurs honoraires progresser plus rapidement sur la période 2010-2014 que ceux des médecins exerçant en secteur 1 (respectivement 2,8% et 2,1% en moyenne par an). C'est le cas pour la plupart des spécialistes étudiées sauf pour les pédiatres, les psychiatres et les cardiologues qui ont bénéficié des revalorisations des majorations de consultations spécifiques au secteur 1 en 2013 (pour le suivi des grands prématurés, pour les patients insuffisants cardiaques suite à une hospitalisation, pour les patients suivis en psychiatrie dans les 30 jours suivant une hospitalisation).

Pour l'ensemble des médecins libéraux, les dépassements des tarifs conventionnés représentent en moyenne 13% des honoraires totaux en 2014. Toutefois, si l'on considère uniquement les médecins de secteur 2, les dépassements

constituent en moyenne plus d'un tiers des honoraires des spécialistes (32% pour les omnipraticiens). L'importance des dépassements dans les honoraires est supérieure pour les gynécologues, les ophtalmologues, les pédiatres et les psychiatres qui exercent majoritairement en secteur 2.

Précisions méthodologiques

Les honoraires des médecins ne correspondent pas à leur revenu. Le revenu est obtenu en déduisant des honoraires les charges, les rétrocessions et les débours.

Le champ de l'étude recouvre ainsi l'ensemble des médecins installés en France métropolitaine pour lesquels au moins un euro d'honoraires a été liquidé au cours de l'année.
Les médecins indiqués comme secteur 2 correspondent aux médecins disposant d'une liberté tarifaire. Par convention ils incluent ici les médecins à honoraires libres, les médecins en secteur 1 avec dépassement permanent et les médecins non conventionnés.
L'ensemble « spécialistes » correspond à l'ensemble des spécialités médicales existantes et non à la moyenne des seules spécialités indiquées ici : cardiologues, chirurgiens (dont chirurgiens orthopédiques), gynécologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres (dont neuropsychiatres), radiologues (y compris radiothérapeutes et médecins nucléaires).

Les honoraires, les dépassements et les effectifs sont issus des statistiques du système national d'information inter-régimes (SNIR) géré par la CNAMTS. Les revenus d'activités proviennent des Comptes Nationaux de la Santé 2013, édition 2014.

La structure des honoraires des médecins généralistes est effectuée sur la base des données de remboursement du régime général, sur le champ remboursable (hors dépassements éventuels).
Les « autres actes » incluent les actes techniques.
Le bloc rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) comptabilise également les versements effectués au titre du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) pour les médecins y ayant souscrit avant la mise en place de la ROSP en 2012.
Les « forfaits » regroupent la rémunération liée à la permanence de soins, la rémunération du médecin traitant pour les patients en affection de longue durée (ALD), les aides à l'installation au titre des options démographie et santé solidarité territoire.

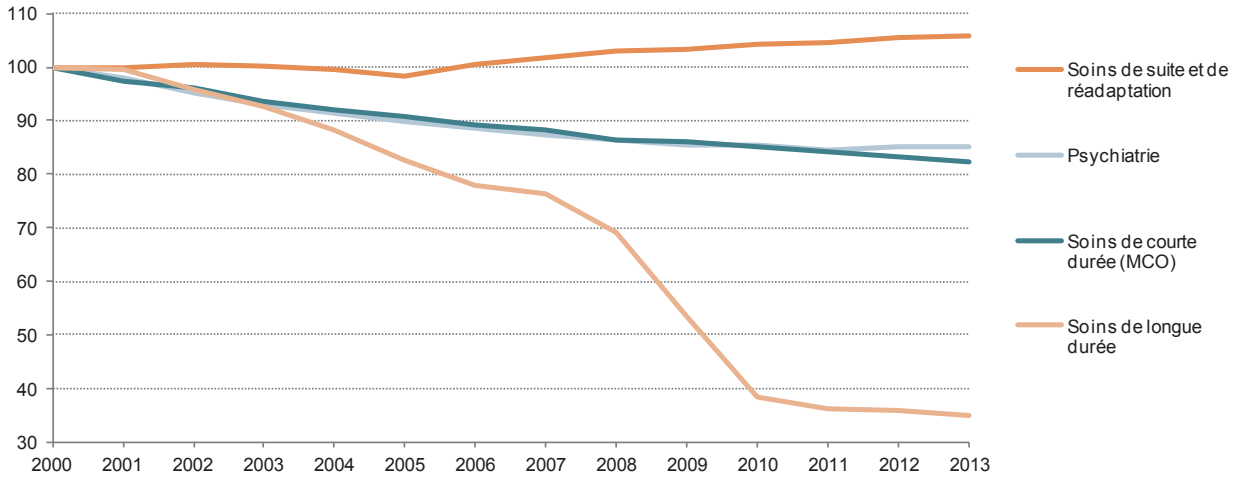
Indicateur n°11 : Évolution de l'offre hospitalière

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation complète…

Entre 2000 et 2013, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de plus de 480 000 à 413 000. La densité est donc passée de 80 lits pour 10 000 habitants à 63.

La fermeture des lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) a diminué de façon importante tout au long de la période (-11%). Il en est de même en psychiatrie sur la période 2000-2012 (- 8%), même si une légère augmentation est constatée entre 2012 et 2013. Après une augmentation jusqu'en 2001, les capacités d'accueil en long séjour ont également diminué, en particulier suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités. Les transformations des USLD en EHPAD ont mécaniquement occasionné une très forte baisse du nombre de lits entre 2008 et 2010 (- 44%), suivie par une baisse plus modérée en 2011 (- 5%) et entre 2012 et 2013 (- 2%). Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ont continué d'augmenter, le nombre de lits étant passé de 91 000 en 1998 à plus de 103 000 en 2013.

Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète pour 10 000 habitants, en base 100 en 2000



Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, et hors Service de Santé des Armées (SSA) en 2000 et 2001
Sources : DREES, SAE 2000 à 2013, traitements DREES. INSEE, Recensement de la population, estimations au 1er janvier 2000 à 2013.

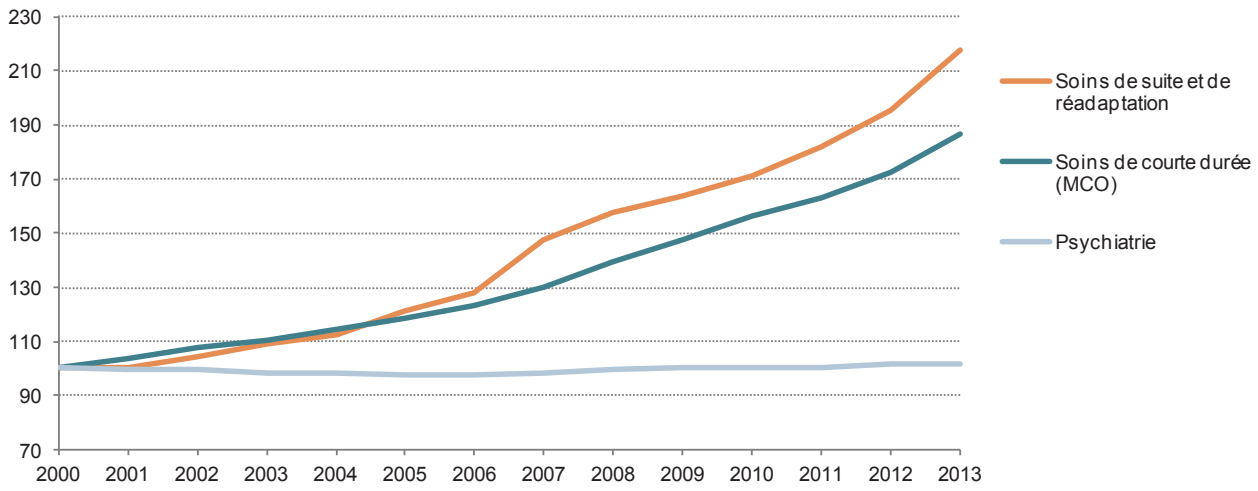
… contrebalancée par une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle

Depuis la seconde moitié des années 1980, une transformation des modes de prise en charge est intervenue en faveur de l'hospitalisation partielle suite aux innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) a pu être effectué en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet.

Entre 2000 et 2013, il s'est ainsi créé près de 25 000 places d'hospitalisation partielle, dont plus de 16 000 en MCO, qui sont venues compléter les 16 000 places déjà existantes. La densité de places était de 7 pour 10 000 habitants en 2000 ; elle est en 2013 de 11 pour 10 000 habitants.

En psychiatrie, le nombre de places a faiblement augmenté (2 500 places supplémentaires). Dans cette discipline, si le recours à l'hospitalisation partielle est ancien dans les secteurs public et privé à but non lucratif, l'émergence de ce type de structures dans les cliniques privées est récente mais n'a que peu d'influence sur le nombre total de places. En moyen séjour, 6 000 places ont été créées depuis le début des années 2000.

Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants, en base 100 en 2000



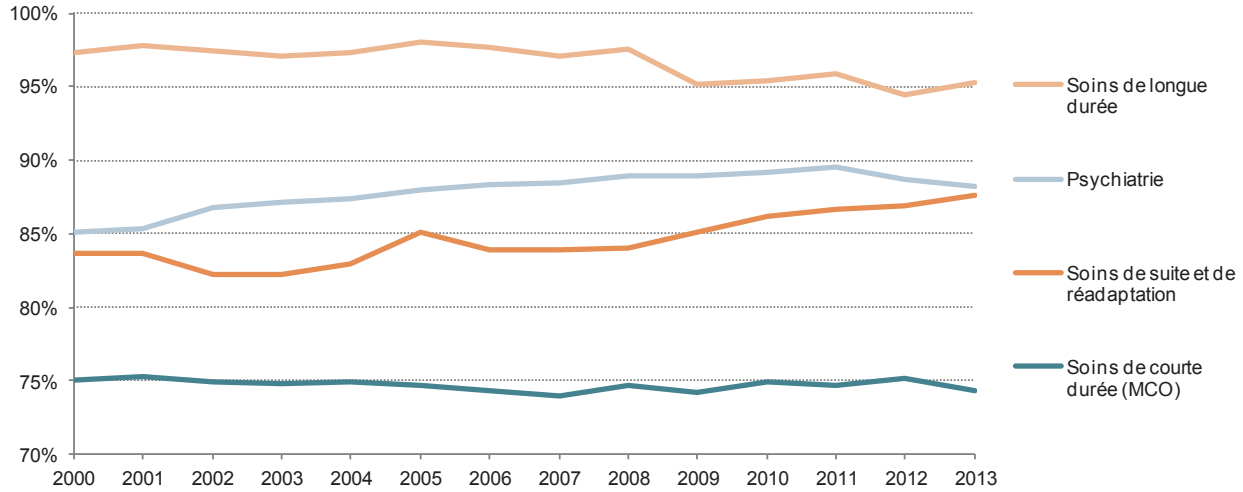
Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, et hors Service de Santé des Armées (SSA) en 2000 et 2001.
Sources : DREES, SAE 2000 à 2013, traitements DREES. INSEE, Recensement de la population, estimations au 1er janvier 2000 à 2013.

Un taux d'occupation en légère hausse, sauf pour les soins de longue durée

Le taux d'occupation des lits est relativement stable sur la période 2000-2013. Il a augmenté progressivement en psychiatrie avant de diminuer légèrement depuis 2011, passant au total de 85% à 88%, et il a augmenté peu à peu en soins de suite et réadaptation pour atteindre 88% en 2013.

Ce coefficient d'occupation diffère selon la discipline car, par nature, il est lié à la durée moyenne de séjour. Ainsi, le taux d'occupation est au plus bas dans le court séjour, avec une moyenne de 75% ; il est proche en psychiatrie de celui des soins de suite et réadaptation (88%) et il est plus élevé dans le cas des soins de longue durée, avec un taux de 97%.

Évolution du taux d'occupation des lits



Champ : France métropolitaine et DOM hors Mayotte, et hors Service de Santé des Armées (SSA) en 2000 et 2001.
Sources : DREES, SAE 2000 à 2013, traitements DREES.

Précisions méthodologiques

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. La SAE produit deux types de données :

- une base dite « administrative » : elle contient les données déclarées par un établissement ou une entité juridique (données validées par les ARS) ;
- une base dite « statistique », destinée aux études, à partir des données redressées par la DREES pour corriger les effets de l'absence partielle ou totale de réponse de certains établissements.

Les indicateurs présentés ici sont calculés à partir de la base statistique de la SAE. Ces indicateurs (capacités rapportées à la population) font partie des indicateurs retenus par Eurostat pour les comparaisons et évolutions européennes.
Le champ retenu est celui des établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris hôpitaux locaux en France métropolitaine et dans les DOM hors Mayotte. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) a connu une profonde refonte en 2014 impactant la collecte des données de 2013. Trois principes ont présidé à cette refonte : simplification du niveau d'interrogation (désormais au niveau établissement géographique pour le secteur public comme pour le secteur privé, exception faite de la psychiatrie), actualisation du questionnaire, et mise en cohérence avec d'autres sources de données sur les établissements de santé. Ainsi, la SAE 2013 a bénéficié du pré-remplissage par des données d'activités issues du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) en Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique (MCO) et en Hospitalisation à Domicile (HAD) de certaines variables jusque là déclarées par les établissements. Cette refonte entraîne une rupture de série et rend l'interprétation des évolutions 2012-2013 compliquée notamment pour le taux d'hospitalisation.

L'hospitalisation complète est définie comme des unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à une journée. Elle inclut également dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine).

L'hospitalisation partielle concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation complète.

Les capacités d'accueil des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète, et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2013, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Leur nombre peut différer de celui des lits et places autorisés, qui ne sont pas nécessairement ouverts.

Indicateur n°12 : Nombre de séjours dans les établissements de santé par activité de soins autorisée pour 10 000 habitants par région par grande discipline et type d'hospitalisation

En France métropolitaine et dans les DOM, le secteur hospitalier a pris en charge en 2014 plus de 142 millions de journées, dont 12,4% concernent des séjours ayant duré moins d'une journée. Ces séjours en hospitalisation partielle prennent une part de plus en plus importante dans l'activité, avec une augmentation annuelle moyenne du nombre de journées en hospitalisation partielle de 2,0% entre 2008 et 2014 ; malgré un fort recul (-5,0%), imputable au secteur de la psychiatrie, entre 2012 et 2013, la tendance à la hausse a repris entre 2013 et 2014 (+4,1%).

Nombre de séjours et de journées d'hospitalisation (en millions)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2008-2014
Nombre total de séjours en MCO	**16,8**	**17,1**	**17,2**	**17,4**	**17,6**	**17,7**	**17,9**	**6,6%**
dont hospitalisation complète	10,9	11,0	11,0	11,0	11,0	10,9	10,9	0,1%
dont hospitalisation partielle	5,9	6,1	6,2	6,4	6,6	6,7	7,0	18,8%
Nombre total de journées	**137,0**	**140,1**	**141,3**	**141,7**	**142,9**	**142,1**	**142,3**	**3,8%**
dont hospitalisation complète	121,4	123,7	124,3	124,4	125,1	125,2	124,7	2,7%
dont MCO	74,0	74,1	74,2	73,7	73,8	73,3	72,6	-1,9%
dont psychiatrie	17,0	17,9	18,2	18,3	18,4	18,6	18,4	7,8%
dont SSR	30,3	31,7	31,9	32,4	33,0	33,4	33,7	11,1%
dont hospitalisation partielle	15,6	16,5	16,9	17,3	17,8	16,9	17,6	12,5%
dont MCO	5,9	6,1	6,2	6,4	6,6	6,7	7,0	18,8%
dont psychiatrie	7,5	7,9	8,0	8,1	8,2	7,0	7,2	-4,2%
dont SSR	2,2	2,5	2,7	2,8	3,0	3,2	3,4	52,1%
Nombre de journées d'HAD	**2,8***	**3,3***	**3,6***	**3,9**	**4,2**	**4,4**	**4,4**	**59,9%**
Nombre de journées d'HAD pour 1000 journées d'hospitalisation complète/de semaine	22,9*	26,7*	29,2*	31,4	33,6	34,9	35,6	55,6%

Source : PMSI MCO HAD SSR PSY 2008 à 2014.
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
* les données 2008-2010 sont issues, cette année, du PMSI et non de la SAE. Désormais, le nombre de journées d'HAD 2008-2014 provient d'une source unique (PMSI).

Concernant les **séjours**, un peu moins de deux tiers des séjours durent plus d'une journée (61,0% en 2014), mais l'hospitalisation à temps partiel progresse entre 2008 et 2014 (+18,8%).

Concernant les **journées**, leur répartition selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO, court séjour) concernent 58,3% des journées réalisées, les soins de suite et de réadaptation (SSR, moyen séjour) 27,0% et la psychiatrie 14,7%.

41 % des journées d'hospitalisation à temps partiel relèvent de la psychiatrie (secteur dans lequel les alternatives à l'hospitalisation existent depuis les années 1960), 39,7% relèvent du secteur MCO et 19,4% des soins de suite et de réadaptation.

Malgré un fort recul des prises en charge à temps partiel observé en 2013 (-5,0% entre 2012 et 2013), la tendance est de nouveau à la hausse avec +4,1% entre 2013 et 2014. Cette tendance est fortement impulsée par les activités MCO et SSR qui progressent respectivement de 4,5% et 6,2%. Ainsi, la part de journées en hospitalisation partielle en SSR dans le nombre total de journées a progressé sur la période, passant de 14,3% en 2008 à 19,3% en 2014. L'activité de psychiatrie, en nette diminution en 2013, repart elle aussi à la hausse (+2,9% entre 2013 et 2014).

L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

Une évolution de l'activité MCO variable selon les secteurs

L'activité en hospitalisation complète en MCO mesurée en nombre de séjours est relativement stable depuis 2008 avec des taux d'évolution généralement nuls ou très légèrement positifs (+0,9% entre 2008 et 2009) ou très légèrement négatifs (-0,9% entre 2012 et 2013). Cette stabilité se maintient en 2014 avec un taux d'évolution nul.

Mesurée en nombre de journées, l'activité MCO en hospitalisation complète a diminué de -1,9% entre 2008 et 2014.

Concernant la chirurgie, le nombre de séjours augmente de 2,0% par rapport à 2013 dans les secteurs public (comprenant les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif) et privé (5,5 millions de séjours en 2014) ce qui confirme la tendance observée depuis 2008. Les hospitalisations à temps complet se répartissent assez équitablement entre les cliniques privées et les établissements publics (respectivement 56,8% et 43,2%).

L'infléchissement global du développement de l'activité chirurgicale à temps complet observé en 2013 (-2,6%) se confirme en 2014 (-2,1%). Il touche davantage le secteur privé (-3,7% par rapport à 2013) que le secteur public qui réalise -0,5% entre 2013 et 2014. En revanche, l'activité chirurgicale à temps partiel augmente de 7,4% en 2014 ; le secteur privé prenant en charge 67,8% des séjours de chirurgie à temps partiel en 2014.

Concernant la médecine, le nombre de séjours augmente de 1,0% en 2014 dans les secteurs public et privé (7,2 millions de séjours). Les trois quarts des séjours de médecine sont pris en charge en hospitalisation complète. Les hospitalisations à temps complet se répartissent respectivement à hauteur de 15% pour le secteur privé et 85% pour le secteur public.

L'activité médicale à temps partiel augmente de 1,4% en 2014, avec une répartition proche de l'hospitalisation complète entre les secteurs.

Stabilisation de la durée moyenne de séjour en MCO

La durée moyenne de séjour MCO en hospitalisation complète est de 5,4 jours en 2014 (+1,9% entre 2013 et 2014). Cette tendance est fortement impulsée par l'activité de médecine (+7,3% entre 2013 et 2014 – 5,9 jours en moyenne pour un séjour de médecine en 2014) alors que la durée moyenne de séjour en chirurgie diminue de -1,8% (5,6 jours en moyenne pour un séjour de chirurgie en 2014). En lien avec l'activité réalisée dans les établissements, c'est dans le secteur ex-DG qu'elle est la plus longue (6,1 jours vs 4,4 jours dans le secteur ex-OQN). Les écarts entre les secteurs ex-DG et ex-OQN apparaissent surtout en chirurgie et en médecine (2,4 jours supplémentaires en chirurgie pour le secteur ex-DG, 1,3 jours en médecine).

En 2014, à l'échelle régionale et concernant le secteur public, les régions métropolitaines ayant les durées moyennes de séjours les plus faibles sont la région Corse (5,5 jours), Nord-Pas-de-Calais (5,7 jours), Midi-Pyrénées (5,7 jours), PACA (5,8 jours) et la région Poitou-Charentes (5,8 jours). A l'inverse, les régions Alsace et Auvergne ont les durées moyennes de séjours les plus longues dans le secteur public, avec respectivement 6,5 et 6,7 jours en moyenne.

Des disparités régionales marquées dans le recours aux soins

Pour étudier les disparités de consommation entre régions, une exploitation spécifique des bases PMSI a été effectuée afin d'analyser les taux de recours aux soins de la population. Le taux de recours correspond au nombre de séjours (journées pour les SSR et la psychiatrie) annuels de la population domiciliée dans la région, quel que soit le lieu de réalisation des séjours, pour 10 000 habitants (*cf.* précisions méthodologiques). Ce calcul permet donc de s'affranchir des phénomènes de fuite et d'attractivité entre régions pour se focaliser uniquement sur la fréquence à laquelle la population recourt à l'hospitalisation (ou à un acte en particulier).

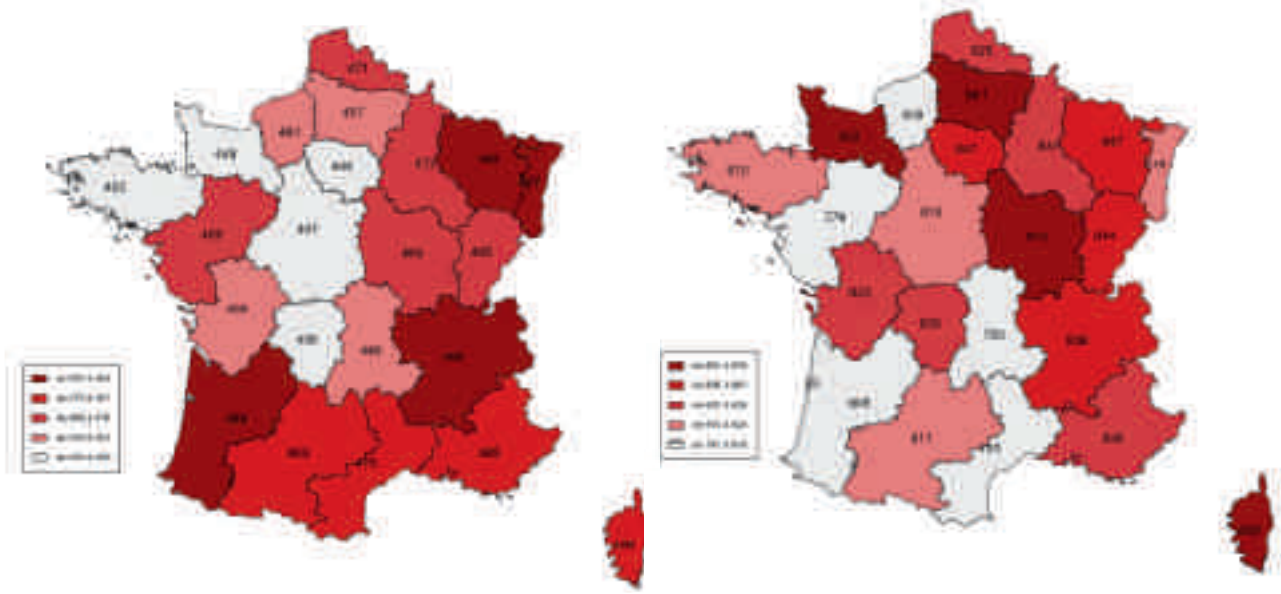
On observe cette année encore une baisse globale des taux de recours en chirurgie par rapport à 2013 (en moyenne -2,5% entre 2013 et 2014).

Taux de recours ajustés en chirurgie et en médecine en hospitalisation complète

La carte ci-après présente les taux de recours régionaux en chirurgie en hospitalisation complète corrigés de l'état de santé de la population. Ces taux de recours font apparaître les disparités régionales de consommation en chirurgie avec des régions comme la Bretagne, le Limousin et le Centre respectivement à 403, 438 et 441 séjours pour 10 000 habitants et d'autres régions comme l'Aquitaine, la Lorraine et Rhône Alpes, au-delà de 488 séjours pour 10 000 habitants. Au niveau national, le taux de recours est de 462 séjours pour 10 000 habitants.

Taux de recours standardisés corrigés de l'état de santé en hospitalisation complète pour 10 000 habitants en 2014

Chirurgie **Médecine**



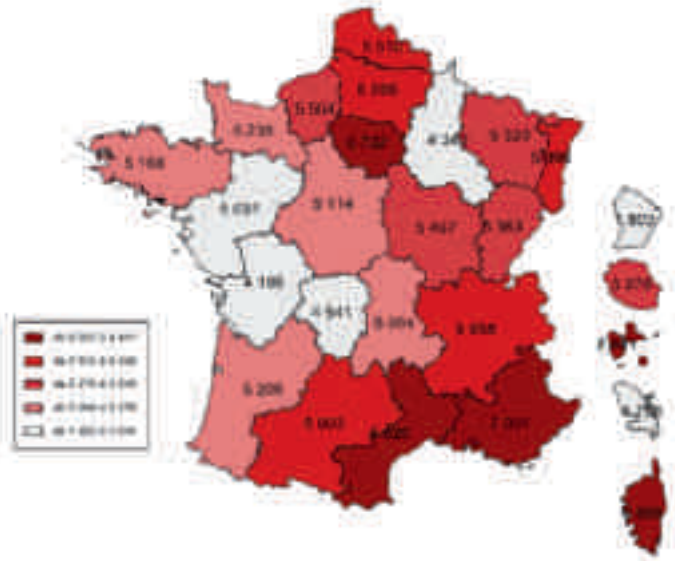
Source : DGOS-R5, ATIH

De la même manière que pour la consommation de soins de chirurgie, les taux de recours standardisés et ajustés révèlent des différences régionales dans la consommation de soins de médecine en hospitalisation complète. La Corse, la Basse-Normandie et la Bourgogne présentent des taux de recours à plus de 899 séjours de médecine pour 10 000 habitants alors que le Languedoc-Roussillon, l'Auvergne et les Pays de la Loire sont respectivement à 741, 750 et 779 séjours pour 10 000 habitants. Au niveau national, le taux de recours en hospitalisation complète est de 823 séjours pour 10 000 habitants.

Taux de recours standardisés en SSR

Les taux de recours standardisés en SSR varient fortement selon les régions. Les régions Poitou-Charentes, Champagne-Ardenne et Limousin ont des faibles consommations alors que les populations des régions Île-de-France, Corse et PACA sont très consommatrices de SSR. Le taux de recours en SSR est, au niveau national, de 5 655 séjours pour 10 000 habitants.

Taux de recours standardisés en SSR en nombre de journées pour 10 000 habitants en 2014

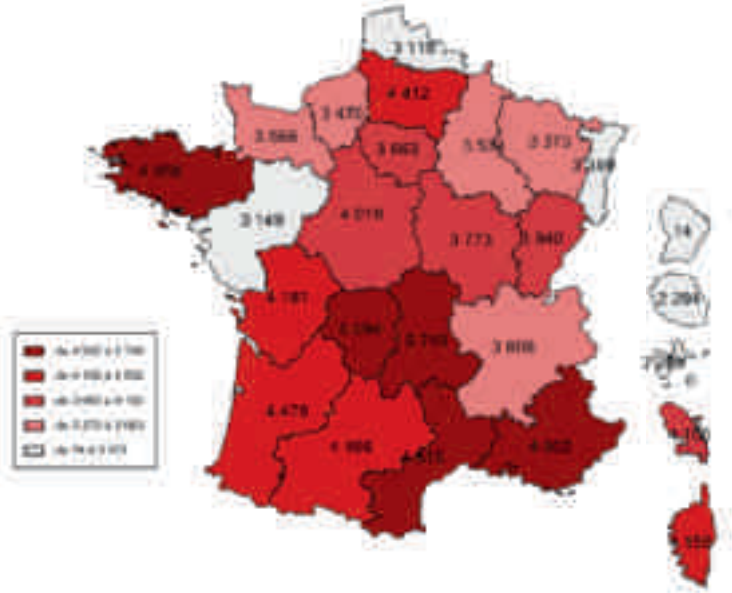


Source : DGOS-R5, ATIH

Taux de recours bruts en psychiatrie

Pour la psychiatrie, les taux de recours bruts font apparaître de fortes disparités régionales. En France métropolitaine, la région Nord Pas de Calais a ainsi le taux de recours le plus faible (3 117 journées pour 10 000 habitants). Les Pays de la Loire et la Bourgogne ont également des taux de recours faibles, respectivement de 3 149 et 3 359 journées pour 10 000 habitants. Les taux de recours aux soins psychiatriques les plus élevés concernent les régions PACA, Languedoc-Roussillon, Bretagne, Limousin et Auvergne avec des taux variant de 4 502 à 5 749 journées pour 10 000 habitants. Au niveau national, le taux de recours est de 3 876 séjours pour 10 000 habitants.

Taux de recours brut en psychiatrie pour 10 000 habitants en 2014



Source : DGOS-R5, ATIH

Précisions méthodologiques

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en MCO (PMSI-MCO) recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour.
Les données présentées ici proviennent du PMSI, qu'il s'agisse des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de la psychiatrie.
Sont comptabilisées les activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2014, en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions
Dans le PMSI-MCO, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « séjour sans nuitée » quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. L'hospitalisation partielle concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire de moins de un jour. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Le taux de recours régional brut par activité de soins se définit comme le ratio entre le nombre de séjours en médecine et chirurgie (de journées en SSR et psychiatrie), en 2014, pour 10 000 habitants (population municipale issue du recensement de l'INSEE de 2012). Ce taux traduit le recours à l'offre de la population domiciliée dans la région, quel que soit le lieu de réalisation des séjours/journées (au sein d'un établissement de la région ou non). Ont été exclus les patients domiciliés dans les régions hors France métropolitaine et DOM (St Pierre et Miquelon, Mayotte, Wallis et Futuna, Polynésie Française et Nouvelle Calédonie). Ont également été exclue les séjours classés dans les catégories majeures de diagnostic (CMD) 14 et 15 en MCO (relatifs à la maternité).

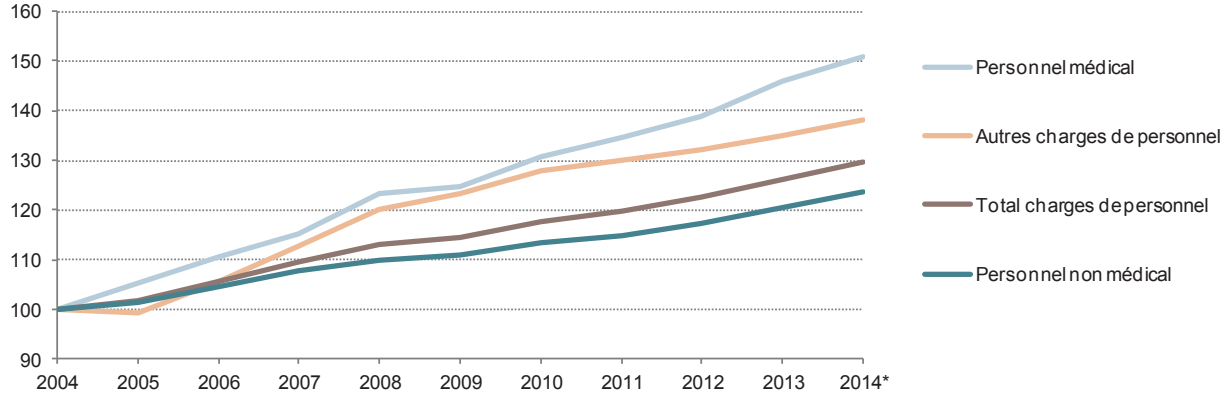
Le taux de recours standardisé est le taux que l'on observerait si chacune des régions avait la même structure par âge et sexe que la population de référence. Il est calculé selon la méthode de standardisation directe, à l'aide des données démographiques de l'INSEE.

Le taux de recours ajusté est le taux standardisé auquel on a appliqué une correction à l'aide des taux de mortalité de chaque région.

Indicateur n°13 : Évolution des dépenses et des effectifs de personnel des établissements de santé

Sous-indicateur n°13-1 : Évolution des dépenses de personnel

Évolution des dépenses de personnel des établissements publics, par type de dépenses



Source : base de comptabilité publique DGFIP, calculs DREES
* Données provisoires

Les dépenses de personnel des établissements publics de santé ont progressé de +3,0 % en 2013 contre +2,4 % en 2012. Les résultats provisoires pour 2014 indiqueraient une augmentation de +2,7 %. La plus forte augmentation en 2013 s'expliquait en partie par celle liée aux charges de Sécurité sociale et de prévoyance, et notamment le relèvement en 2013 de 1,35 point du taux de cotisation pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Ainsi, en 2013, l'augmentation des charges de Sécurité sociale pour le personnel non médical et médical expliquait pour un peu plus d'un tiers la progression des charges de personnel contre un quart en 2012.

Pour autant, la maîtrise de la croissance de la masse salariale du budget principal des hôpitaux publics observée les années précédentes se poursuivrait en 2014. Les charges de personnel liées aux rémunérations du personnel médical et du personnel non médical auraient augmenté de 2,3 % en 2014 contre 2,5 % en 2012 et 2013. Et ces charges auraient aussi augmenté moins vite en 2013 que les produits de l'activité médicale[1] - hors MIGAC - (+2,7 % en 2014 contre +2,8 % en 2013 et +2,9 % en 2012).

Contribution de chaque catégorie de personnel dans l'évolution globale des dépenses de personnel

Source : base de comptabilité publique DGFIP, calculs DREES.
* Données provisoires.

En 2014, la progression des dépenses de personnel s'expliquerait pour deux tiers par la progression des dépenses du personnel non médical et pour un quart par la progression des dépenses du personnel médical. Toutefois, la

[1] Les produits de l'activité correspondent aux produits du titre 1 et du titre 2.

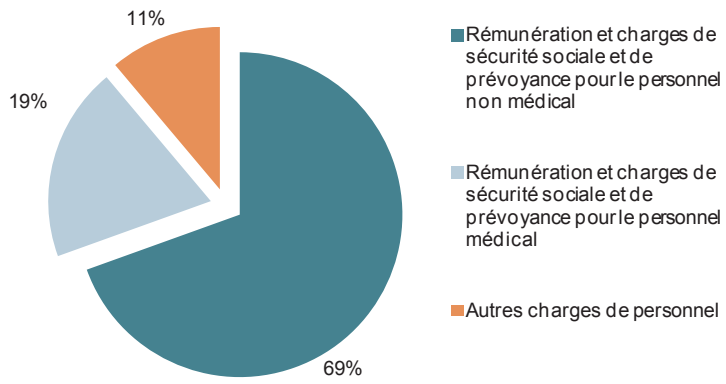
progression des dépenses de personnel médical reste toujours plus dynamique que celles du personnel non médical en 2014. Le taux de croissance annuelle moyen est de +4,2 % pour les dépenses de personnel médical contre +2,1 % pour celles du personnel non médical sur la période 2004-2014.

Ces constats sont cohérents avec les évolutions observées pour ces deux catégories de personnel du secteur public en termes d'équivalent temps plein – ETP (cf. sous-indicateur de cadrage n°13-2).

Après une forte augmentation entre 2005 et 2008, les autres charges de personnel ont progressé moins rapidement à partir de 2009.

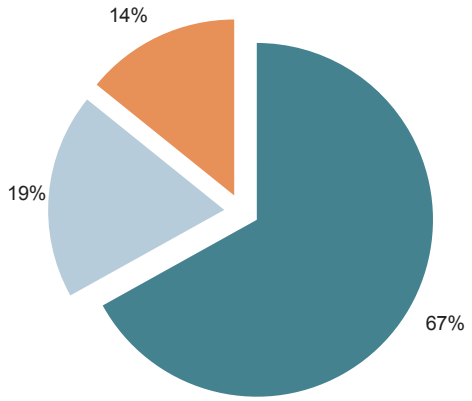
Répartition en 2013 des dépenses de personnel

Établissements publics



Source : base de comptabilité publique DGFIP, calculs DREES.

Centres de lutte contre le cancer (CLCC) et établissements à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)



Source : ATIH, Comptes Financiers.

La structure des dépenses de personnel des établissements publics est restée stable entre 2012 et 2013, compte tenu de l'évolution relativement similaire de ses trois composantes. Ainsi, les dépenses de personnel non médical sont le principal poste et représentent près de trois quarts des dépenses (69 % en 2013). Viennent ensuite les dépenses de personnel médical (19% en 2013) puis les autres dépenses (11% en 2013).

Les dépenses de personnel des établissements publics s'élèvent au total à 44 milliards d'euros en 2013. Les dépenses regroupées sous « autres charges de personnel » sont composées pour 79% de taxes et d'impôts, pour 8% de charges liées au personnel extérieur et enfin pour 13% d'autres charges (allocations chômage, fonds de solidarité, diverses indemnités, etc.).

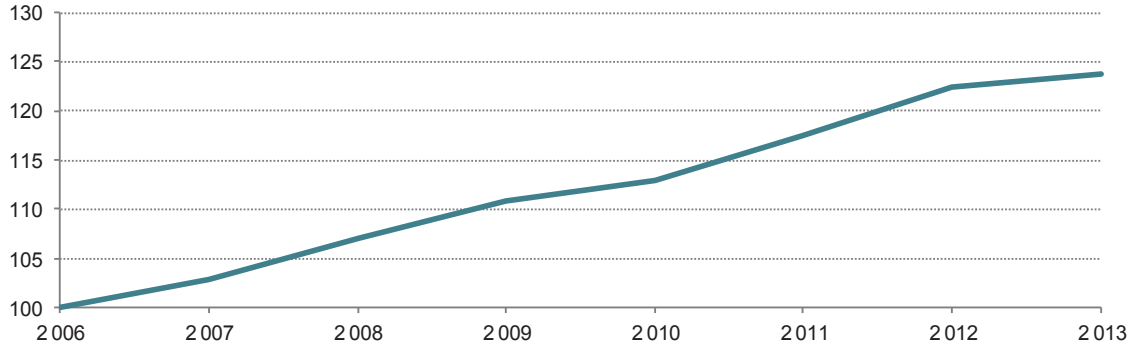
La répartition en 2013 des dépenses de personnels des CLCC et autres établissements à but non lucratif participant au service public hospitalier est quasiment identique à celle des établissements publics, avec toutefois une proportion légèrement supérieure des dépenses des autres charges de personnel (14 % en 2013 contre 11% pour les établissements publics). En 2013, le montant total des dépenses de personnel pour les CLCC et les autres établissements à but non lucratif PSPH s'élève à 6,7 milliards d'euros, soit une progression de près de 4,2% par rapport à 2012.

Quant aux établissements privés à but lucratif, contrairement aux années précédentes, les dépenses de personnel sont dans l'ensemble moins dynamiques que celles des établissements publics : elles progressent de 1 % en 2013, contre 3 % dans le secteur public. Toutefois, cette moindre évolution dans le secteur privé lucratif s'explique par une baisse des cotisations sociales relatives aux frais de personnel. Cette baisse est liée à la mise en place en 2013 du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) qui correspond à un avantage fiscal pour les entreprises. Considérant que les cliniques privées sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE en 2013 et 2014, puis neutralisé cet effet en 2015, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers[1].

Contrairement au secteur public, la cohérence entre la masse salariale et les effectifs du secteur privé lucratif reste difficile à analyser dans la mesure où le champ est différent : en effet, la masse salariale calculée à partir des données financières regroupe à la fois le personnel non médical et le personnel médical salarié.

[1] Une plainte de la FHP contestant juridiquement cette décision a été rejetée par le Conseil d'État le 24 février 2015 (n°367961).

Évolution de la masse salariale des cliniques privées à but lucratif en 2006 et 2013 (base 100 en 2006)



Source : greffes des tribunaux de commerce, SAE 2004-2013, calculs DREES.
Masse salariale = salaires et traitements bruts + charges sociales

Précisions méthodologiques

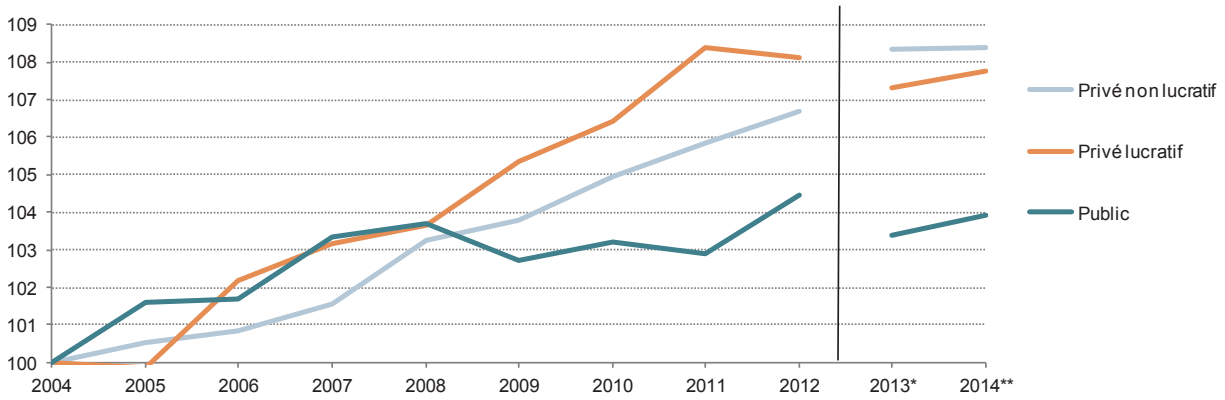
Les données concernant les établissements publics (centres hospitaliers régionaux (CHR) / universitaires (CHU), centres hospitaliers (CH), hôpitaux locaux (HL)) proviennent des remontées comptables des établissements consolidées par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Les données des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) sont quant à elles issues des comptes financiers remontés annuellement par l'ATIH.

Le total des dépenses correspond à l'ensemble des charges d'exploitation du titre 1 du budget principal des établissements et du budget annexe correspondant aux unités de soins de longue durée (USLD), de manière à rester sur un champ sanitaire. Depuis 2006, les comptes de transferts de charges de personnel (6721) et les dépenses de primes d'assurance maladie, maternité et accident du travail (61 681) ne sont plus imputées sur le titre 1 alors qu'elles l'étaient auparavant. Dans un souci d'homogénéisation, elles n'ont pas été intégrées ici.

Les dépenses de personnel non médical sont ventilées sur les comptes 641 et 6451, les dépenses de personnel médical sur les comptes 642 et 6452. Les autres comptes du titre 1 forment la catégorie « autres charges de personnel » et correspondent aux comptes 621, 631, 633, 647 et 648.

Sous-indicateur n°13-2 : Évolution des effectifs (en équivalent temps plein) de personnel médical et non médical

Évolution de 2004 à 2014 des équivalents temps plein de personnels non médicaux (base 100 en 2004)



Source : Bases redressées SAE de 2004 à 2013, base administrative SAE de 2014, personnel non médical (y compris DOM, hors Mayotte).
*A partir de 2013, le concept d'ETP s'est modifié (cf. précisions méthodologiques). L'évolution 2012/2013 est difficile à analyser.
** Données provisoires

Dans le secteur public, le personnel non médical des établissements de santé (hors personnel des disciplines sociales, médico-sociales et de formation) a augmenté de près de 4% entre 2004 et 2014, passant de 738 000 à 767 000 équivalents temps plein (ETP). La progression des effectifs est perturbée sur la période 2004-2014, notamment en 2009. Après une augmentation globale de 3,7% entre 2004 et 2008, les ETP de personnel non médical diminuent de près de 1% en 2009, suite à la transformation d'unités de soins de longue durée (USLD) en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet les USLD relèvent du champ sanitaire tandis que les EHPAD relèvent du champ médico-social. La baisse observée en 2009 sur le personnel des établissements sanitaires s'explique donc par la migration d'un grand nombre de personnel, initialement dans les USLD, vers les EHPAD récemment créés. Les ETP augmentent à nouveau en 2010 (+0,5%), puis diminuent en 2011 (-0,3%) avant d'augmenter de manière plus importante en 2012 (+1,6%). Les ETP augmentent à nouveau légèrement entre 2013 et 2014 (+0,5%) principalement à cause de l'augmentation du personnel soignant, qui explique la moitié de cette hausse.

Dans le secteur privé, le personnel non médical augmente plus rapidement dans les établissements privés non lucratifs (+8,4% entre 2004 et 2014) que dans les établissements privés lucratifs (+7,8%). Après une légère augmentation entre 2004 et 2006 dans le secteur privé non lucratif (+0,9% en 2 ans), les effectifs ont progressé plus fortement entre 2006 et 2014, passant de 111 000 à presque 120 000 ETP. Dans le secteur privé lucratif, après une année de stabilité entre 2004 et 2005 (-0,1%), les effectifs ont augmenté de 8,5% entre 2005 et 2011, passant ainsi de 121 000 à près de 131 400 ETP, avec notamment des hausses plus marquées les trois dernières années (+1,7% en 2009, +1,1% en 2010, +2% en 2011). L'année 2012 est marquée par une légère baisse de -0,2% à environ 131 100 ETP. Les ETP augmentent à nouveau légèrement entre 2013 et 2014 (+0,5%). Ces variations récentes sont liées à celles du personnel soignant.

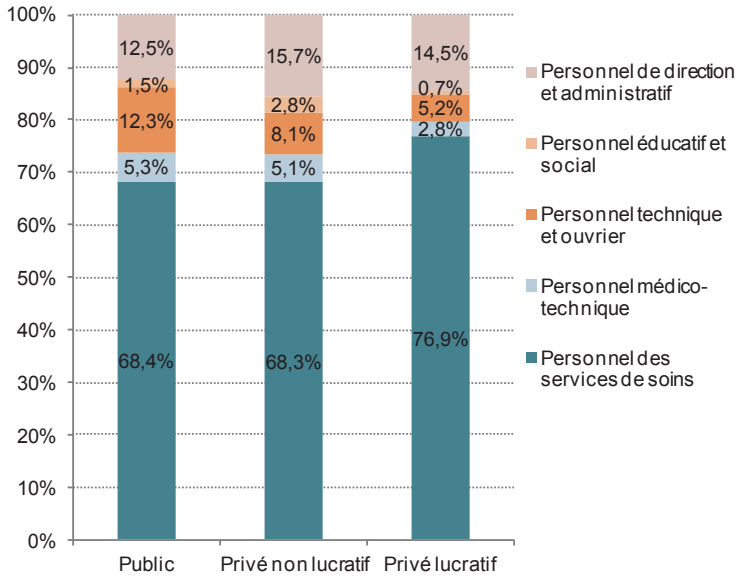
	Contribution à l'évolution 2013/2014		
	Public	**Privé non lucratif**	**Privé lucratif**
Personnel de direction et administratif	0,09	-0,03	0,06
Personnel des services de soins	0,25	0,11	0,20
Personnel éducatif et social	0,04	-0,01	0,04
Personnel médico-technique	0,07	0,03	0,10
Personnel technique et ouvrier	0,08	-0,09	0,05
Total	**0,52**	**0,01**	**0,44**

Source : base redressée SAE de 2013, base administrative SAE de 2014, personnel non médical (y compris DOM, hors Mayotte). En 2014, les résultats sont provisoires.

La structure des qualifications du personnel non médical est relativement stable dans le temps, pour chaque secteur. La structure des personnels non médicaux dépend en effet à la fois des spécialités de soins prises en charge au sein des

trois secteurs d'établissements et de l'organisation propre à chaque secteur. La majorité du personnel non médical travaille dans des services de soins (respectivement 68,4% dans le public, 68,3% dans le privé non lucratif, 76,9% dans le privé lucratif). Viennent ensuite les personnels de direction et administratifs qui représentent près de 15% du personnel non médical dans les secteurs privés et 12,5% dans les établissements publics. La part des personnels techniques et ouvriers est plus faible dans les cliniques privées (5,2%) que dans les autres secteurs (12,3% dans le public et 8,1% dans le privé non lucratif). C'est également dans les cliniques privées que le personnel médico-technique et éducatif et social est le moins nombreux : le personnel médico-technique représente 2,8% du personnel non médical dans le secteur privé (contre environ 5% dans les autres secteurs) et le personnel éducatif et social en représente 0,7% (contre 1,5% dans le secteur public et 2,9% dans le privé non lucratif).

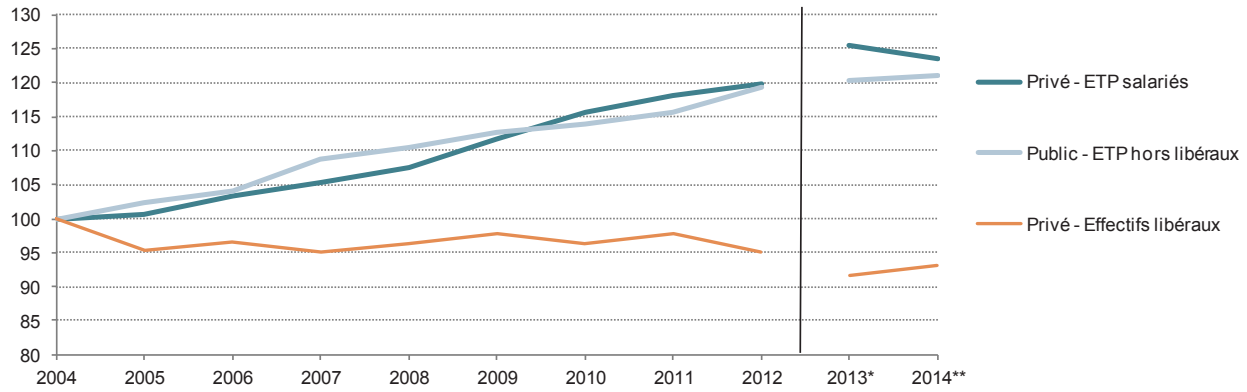
Structure du personnel non médical en 2013



Source : base redressée SAE de 2013, personnel non médical (y compris DOM, hors Mayotte).

Dans le secteur public, le personnel médical salarié des établissements sanitaires publics (hors personnel des disciplines sociales, médico-sociales et de formation) a augmenté de 21% entre 2004 et 2014, passant de 56 500 à 68 500 ETP. Dans le secteur privé, le personnel médical salarié a augmenté également de près de 24%, pour atteindre 11 860 ETP en 2014. Toutefois, la plupart des médecins qui exercent dans le secteur privé, notamment lucratif, ont un statut libéral. Le nombre de médecins libéraux (travaillant exclusivement ou non dans un établissement de santé) a diminué de 7% (soit 39 000 personnes en 2014). Ces évolutions sont toutefois à interpréter avec prudence et ne reflètent pas nécessairement une baisse de l'emploi médical, car les données ne tiennent pas compte du temps effectivement travaillé par chaque médecin dans chaque établissement de santé privé. Les mouvements de restructuration et de fusion, nombreux sur la période dans le secteur privé, peuvent expliquer cette baisse apparente.

Évolution de 2004 à 2014 des effectifs de personnels médicaux (base 100 en 2004)



Source : bases redressées SAE de 2004 à 2013, base administrative SAE de 2014, personnel médical (y compris DOM, hors Mayotte).
*A partir de 2013, le concept d'ETP s'est modifié (cf. précisions méthodologiques). L'évolution 2012/2013 est difficile à analyser.
** Données provisoires

Précisions méthodologiques

Les statistiques présentées ici sont issues de l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES. Les données de l'année n sont disponibles au mois de juillet de l'année n+1.
Des redressements sont effectués par la DREES sur les effectifs non médicaux pour calculer des évolutions à champ constant : en effet, en raison de changements de définition, liés à des modifications du plan comptable puis au rapprochement avec les déclarations annuelles de données sociales (DADS), la mesure de certains types de contrats a pu fluctuer dans le temps. En particulier, la DREES a estimé en 2006, 2007 et 2008 les ETP en CDD au 31 décembre à partir des ETP moyens mensuels rémunérés pour fournir une mesure de l'emploi non médical total cohérente sur la période.
De plus, jusqu'en 2010, le personnel médical et non médical des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation dépendants d'entités juridiques sanitaires était comptabilisé dans la SAE. La DREES a retraité les données de manière à comptabiliser uniquement le personnel des établissements strictement sanitaires. La DREES corrige également la non-réponse qui peut être variable d'une année sur l'autre.

Plus récemment, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) a connu une profonde refonte en 2014 affectant la collecte des données de 2013. Trois principes ont présidé à cette refonte : simplification du niveau d'interrogation (désormais au niveau établissement géographique pour le secteur public comme pour le secteur privé, exception faite de la psychiatrie), actualisation du questionnaire, et mise en cohérence avec d'autres sources de données sur les établissements de santé. Les concepts d'effectifs et d'ETP ont par ailleurs changés : les effectifs sont désormais comptabilisés au 31 décembre et les ETP le sont en moyenne annuelle et non plus en décembre. Ainsi, cette notion d'ETP moyens annuels correspond à la moyenne des ETP moyens mensuels, tenant compte à la fois de la durée de période de travail dans l'année et de la quotité de travail dans la semaine. Cette refonte et ces changements de concepts entraînent une rupture de série et rend l'interprétation des évolutions 2012-2013 difficile.

Indicateur n°14 : Effectif de malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépense associée

Sous-indicateur n°14-1 : Effectif annuel des maladies admises au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD30)

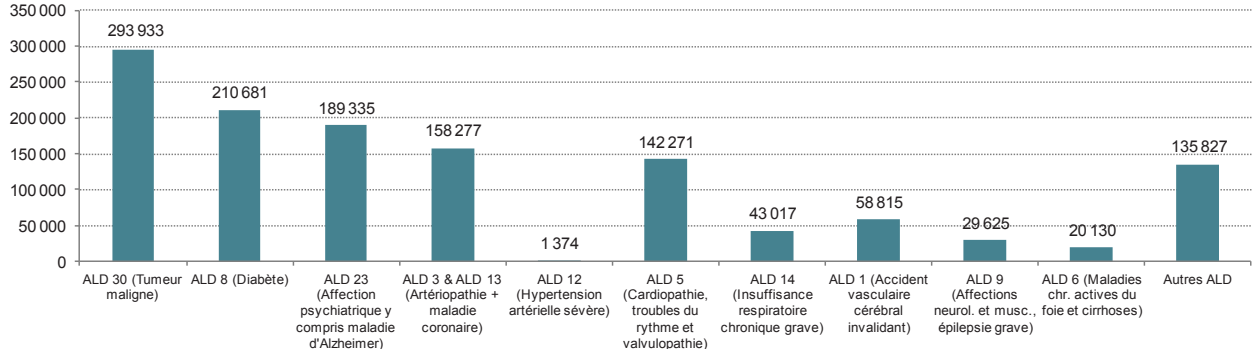
En 2013, 61% des dépenses d'assurance maladie (régime général) étaient affectées à la prise en charge des patients en affection de longue durée (ALD), population qui et constitue la principale dynamique de l'évolution de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie (*cf.* sous-indicateur n°14-2). En 2013, ces prises en charges concernaient 9,6 millions de personnes au seul régime général, soit 16% de la population couverte. Le suivi annuel du nombre de personnes en ALD_{30} représente donc un enjeu majeur.

Évolution des admissions en ALD30 (incidence)

En termes d'incidence, les ALD_{30} les plus fréquentes sont, comme les années précédentes, celles pour tumeur maligne (ALD 30) et celles pour diabète (ALD 8) qui représentent respectivement 23% et 16% des admissions en 2014. Les cancers du sein, de la prostate, du colon-rectum et de la trachée/bronches/poumons représentent la moitié des admissions pour tumeur maligne.

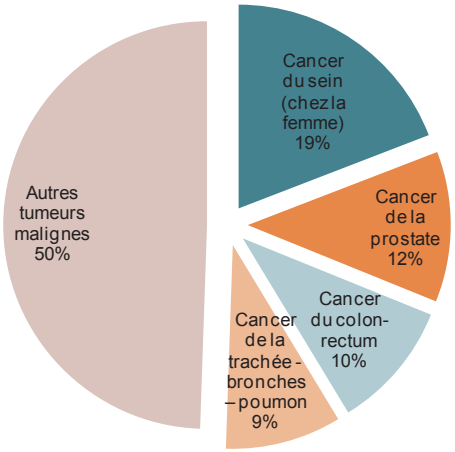
Quant aux évolutions, le nombre d'admissions en ALD_{30}, au régime général a fortement progressé depuis 2001, passant de 869 000 à 1 282 000 en 2014 (+48%). Entre 2006 et 2014, les admissions en ALD_{30} ont augmenté à un rythme annuel moyen de 2,9%, avec une progression particulièrement dynamique sur la période 2006-2011 (+4,1% par an en moyenne). Après deux années consécutives de baisses en 2011 et 2012 (respectivement -4,1% et -4,2%), le nombre d'admission en ALD_{30} augmente de nouveau depuis 2013 (+ 2,6% en2013 et +4,8% en 2014).

Nombre d'admissions en ALD30 par affection en 2014



Source : CNAMTS. Champ : régime général. Le numéro précédant chaque affection correspond à la nomenclature des ALD_{30}.

Décomposition des admissions en ALD30 (tumeur maligne) en 2014



Source : CNAMTS. Champ : régime général.

Les baisses observées en 2011 et 2012 s'expliquent notamment par les fortes baisses du nombre d'admission en ALD 12 (hypertension artérielle sévère) consécutives à la modification de la réglementation intervenue en juin 2011 excluant les cas d'hypertension isolée, non associée à d'autres risques cardio-vasculaires.

En excluant les admissions en ALD 12, on constate, au contraire, une progression du nombre total d'admission en ALD30 de 2,4% entre 2010 et 2011, de 1,7% entre 2011 et 2012 et de 2,7% entre 2012 et 2013. En 2014, l'augmentation du nombre d'admission en ALD30 est de 4,8%[1]. Ce taux d'évolution est un peu plus élevé que celui observé avant 2011 (+4,1% par an en moyenne entre 2006 et 2011).

Taux d'évolution annuel des admissions de 2006 à 2014

Nature de l'affection	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution annuelle moyenne	
										2006/ 2011	2011/ 2014
30. Tumeur maligne	-0,2%	5,7%	1,1%	1,4%	3,7%	4,4%	-1,6%	1,3%	3,1%	3,3%	0,9%
8. Diabète	5,5%	14,8%	4,0%	2,4%	10,4%	-1,8%	1,9%	1,1%	-0,3%	5,8%	0,9%
23 + 15. Affections	-4,1%	14,5%	5,2%	3,0%	9,5%	1,6%	3,4%	3,3%	5,1%	6,6%	3,9%
3 + 13. Artériopathie et maladie. coronaire	11,6%	6,4%	0,6%	7,0%	8,5%	0,3%	0,6%	0,1%	6,3%	4,5%	2,3%
12. Hypertension artérielle	25,7%	10,7%	-0,2%	11,7%	9,5%	-51,9%	-97,1%	-37,7%	3,6%	-8,2%	-73,6%
5. Cardiopathie, trouble du rythme et valvulopathie	15,5%	9,1%	5,1%	8,1%	12,6%	7,4%	6,4%	4,6%	9,9%	8,4%	6,9%
14. Insuffisance respiratoire	13,3%	13,9%	-1,5%	12,6%	9,6%	-4,6%	-3,0%	0,7%	6,3%	5,7%	1,3%
1. Accident vasculaire cérébral	3,3%	10,8%	8,5%	9,4%	10,2%	4,2%	6,1%	11,2%	8,0%	8,6%	8,4%
9. Affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	4,9%	7,8%	2,2%	1,1%	8,8%	1,9%	6,3%	6,5%	7,8%	4,3%	6,9%
6. Maladies chroniques actives	-3,4%	7,2%	-0,6%	-1,6%	3,2%	-2,3%	-0,1%	-0,8%	0,7%	1,1%	-0,1%
Autres affections	2,1%	8,1%	3,5%	5,1%	8,1%	7,1%	3,1%	5,6%	8,2%	6,4%	5,1%
Total	**5,7%**	**9,7%**	**2,5%**	**4,9%**	**8,3%**	**-4,1%**	**-4,2%**	**2,6%**	**4,8%**	**4,1%**	**0,9%**
Total hors ALD 12						**4,1%**	**1,7%**	**2,7%**	**4,8%**		

Source : CNAMTS - DSES. Champ : régime général.

En 2014, la croissance des ALD (hors ALD 12) est essentiellement portée par l'augmentation du nombre d'admissions pour cardiopathies, troubles du rythme et valvulopathies (ALD 5) qui expliquent 22% de la croissance totale des ALD, les artériopathies et les maladies coronaires (ALD 3 et ALD 13) et les affections psychiatriques (ALD 23 et ALD 15) qui expliquent chacune 16% de la croissance, ainsi que par les tumeurs malignes et les ALD autres que celles distinguées dans le tableau 1 qui expliquent chacune 15% de la croissance. En raison d'un taux d'évolution négatif (-0,3%), la contribution à la croissance de l'ALD diabète devient négative en 2014 (-1,1%), et cela même si elle représente le 2ème motif d'admissions en ALD.

L'évolution du nombre d'admissions pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1) reste élevée en 2014 (+8%) passant de 54 500 admissions en 2013 à 58 800 en 2014. Bien que l'ALD 1 ne représente que 4% des admissions, sa contribution à la croissance (hors ALD 12) a été de 8%.

De façon générale, il convient d'être prudent dans l'interprétation des évolutions observées qui ne peuvent s'expliquer sous un angle purement épidémiologique (augmentation des pathologies sévères en lien avec, par exemple, l'augmentation de l'obésité) ou démographique (vieillissement de la population) dans la mesure où, comme le montrent les évolutions observées ces dernières années, le nombre d'admission en ALD est très sensible aux modifications des règles médico-administratives mais aussi à toutes actions ou programmes nouveaux visant à dépister plus précocement certaines pathologies graves et/ou à élargir la population cible.

[1] Un assuré bénéficiant de l'ALD 12 et qui change de régime sera considéré d'un point de vue administratif comme une admission, ce qui explique la persistance en 2012 et 2013 d'un certain nombre d'admission en ALD 12 (environ 2 000 en 2012 et 1 300 en 2013) malgré la modification réglementaire intervenue en juin 2011.

Évolution de la prévalence des ALD_{30}

Une analyse de la prévalence des ALD_{30}, exprimée ici en nombre d'individus bénéficiant d'une ALD donnée (sachant qu'un individu peut bénéficier de plusieurs ALD), permet de mieux comprendre l'évolution des dépenses d'ALD (*cf.* sous-indicateur 14-2).

En 2014, la prévalence des ALD a augmenté en moyenne 2% par rapport à 2013. Les plus forts taux de croissance ont été observés pour l'ALD 5 (cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie), l'ALD 1 (accident vasculaire cérébral) et l'ALD 8 (diabète) avec pour chacune de ces ALD un taux de croissance supérieur ou égal à 5%. Toutefois, l'impact de ces augmentations sur l'évolution globale de la prévalence des ALD est en partie masqué par la baisse observée sur l'ALD 12. En effet, par rapport à 2013, le nombre de bénéficiaires de l'ALD 12 (hypertension artérielle sévère) a diminué en 2014 de 12% (comme en 2013), conséquence des modifications réglementaires intervenues en juin 2011 (*cf.* supra). Cela se traduit par un impact négatif très fort en termes d'évolution des ALD. Hors ALD 12, la prévalence des ALD a toutefois augmenté de 4,0% en 2014 versus 1,8% avec l'ALD 12 (la contribution de l'ALD 12 à la croissance totale des ALD_{30} est de -47% en 2014). Ce sont surtout l'ALD 8 (diabète), l'ALD 5 (cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie) les artériopathies et les maladies coronaires (ALD 3 et ALD 13) qui, compte tenu de leurs effectifs et de taux de croissance élevés, expliquent (au global) 57% de la croissance totale des ALD_{30}.

Prévalence des ALD_{30} par affection en 2014

Nature de l'ALD	2013	2014	Évol. 2014/ 2013	Structure des ALD 2014	Contribution à la croissance	
					2014	2014 hors ALD 12
30. Tumeur maligne	1 992 378	2 010 144	0,2%	17,1%	6,3%	4,3%
8. Diabète	2 250 757	2 362 616	5,0%	20,1%	39,6%	26,9%
23 + 15. Affection psy. yc Alzheimer	1 491 412	1 544 467	3,2%	13,1%	18,8%	12,8%
3 + 13. Artériopathie + maladie coronaire	1 529 751	1 591 050	3,1%	13,5%	21,7%	14,8%
12. Hypertension artérielle sévère	1 000 313	867 604	-11,9%	7,4%	-47,0%	
5. Cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie	868 721	931 594	6,7%	7,9%	22,3%	15,1%
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	370 976	380 082	1,6%	3,2%	3,2%	2,2%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	358 802	382 043	6,5%	3,2%	8,2%	5,6%
9. Affections neurol. et musc., épilepsie grave	263 069	276 731	3,5%	2,4%	4,8%	3,3%
6. Maladies chr. actives du foie et cirrhoses	178 757	177 729	-0,3%	1,5%	-0,4%	-0,2%
Autres ALD	1 171 095	1 234 388	4,3%	10,5%	22,4%	15,2%
Total ALD	**11 476 031**	**11 758 448**	**1,8%**	**100%**	**100%**	**100%**
Total hors ALD 12	**10 475 718**	**10 890 844**	**4,0%**			
Nature de l'ALD 30 non identifiée	564 500	561 606				
Ensemble (yc ALD 30 non identifiées)	12 040 531	12 320 054				
Nombre de bénéficiaires en ALD [1]	**9 660 161**	**9 863 684**	**2,1%**			

Source : CNAMTS. Champ : régime général. Le numéro précédant chaque affection correspond à la nomenclature des ALD30 en 2012.
[1] Un patient peut avoir plusieurs ALD.

Précisions méthodologiques

Mises en garde quant à l'interprétation des données et de leurs évolutions temporelles

L'exonération du ticket modérateur pour raison médicale au titre d'une des 30 affections de longue durée de la liste est subordonnée à une demande par le bénéficiaire ou son médecin traitant à la caisse d'assurance maladie puis à l'accord du médecin-conseil. Le service du contrôle médical recueille de façon systématique dans l'applicatif de saisie Hippocrate les demandes d'ALD_{30} et les avis correspondants, à partir desquels est calculé l'indicateur d'évolution des effectifs des admis en ALD_{30} relevant du régime général de l'assurance maladie.

Il s'agit de données médico-administratives et non de données épidémiologiques. Par nature, leur évolution annuelle est donc très sensible à toute modification réglementaire, administrative (ex : modifications apportées au système d'information...) ou conjoncturelles survenues au cours de l'année ou au cours d'années précédentes. En particulier, outre les modifications apportées à l'ALD 12 (cf. supra) plusieurs modifications/évolutions médico-administratives ont vraisemblablement eu un impact sur les données

de prévalence et d'incidence de ces dernières années ce qui rend notamment délicate l'interprétation d'une comparaison des évolutions 2013/2012 à celles présentées dans le précédent rapport et relatives aux années 2011 et 2012.

Parmi les modifications médico-administratives récentes susceptibles d'avoir eu un impact sur les données et leurs évolutions on note notamment :

- la réforme de l'assurance maladie entrée en vigueur en 2005 a mis en place des outils visant une plus grande efficacité de la prise en charge des patients en ALD. Cela s'est traduit par la mise à jour de l'ensemble des référentiels ALD et aussi par la mise en œuvre d'un nouveau protocole de soins. Ce protocole a pour but de favoriser la coordination des professionnels de santé et une déclaration plus précise des pathologies des patients en ALD. Utilisé depuis le début d'année 2006, ce nouveau protocole de soins a ainsi contribué à la meilleure reconnaissance des ALD, laquelle s'est notamment concrétisée par une augmentation du nombre moyen d'affections déclarées par patient en ALD passant de 1,16 en 2005 à 1,25 en 2013.
- l'arrêté du 14 janvier 2009 abrogeant l'arrêté du 30 décembre 1986 qui limitait à deux ans la période d'exonération du ticket modérateur pour les ALD non inscrites sur liste. La durée d'exonération maximale d'une hors liste a été portée à cinq ans, impactant probablement le stock des hors liste et polypathologies.
- le décret n°2011-77 du 19 janvier 2011 modifiant la durée d'exonération des ALD_{30} a donné lieu à une action par les caisses de révision des ALD_{30} avec généralisation de l'attribution d'une date de fin à 2 ans ou 5 ans en fonction de la pathologie. Cette date de fin pouvait auparavant être codée en 2099 ou être absente.

Sont également intervenues en 2012 plusieurs modifications dans les modalités et la méthodologie de traitement des données relatives aux ALD remontées dans les bases :

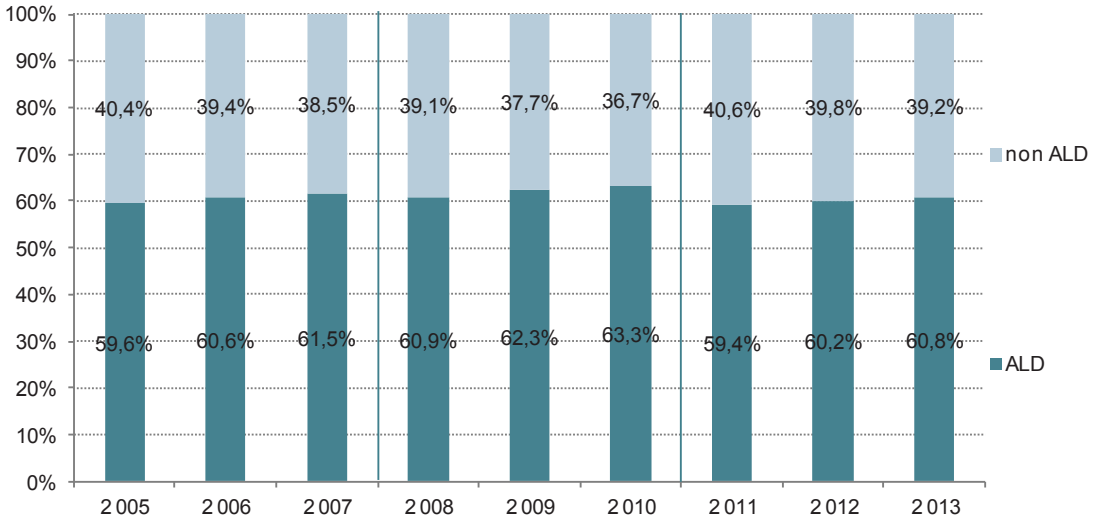
- certaines avec un impact plutôt mineur : identification des ALD de quelques sections locales mutualistes supplémentaires et amélioration de la gestion des décédés des années antérieures,
- d'autres avec un impact potentiellement plus significatif : prise en compte des codes CIM10 des ALD_{30} arrêtées dans l'année ainsi que des dates d'insertion figurant dans le référentiel Hippocrate afin de mieux tenir compte des modifications des dates de fin d'ALD30-31. Il convient dès lors d'être prudent dans l'interprétation des évolutions observées.

Sous-indicateur n°14-2 : Évolution des dépenses d'assurance maladie des assurés en ALD

Les pathologies chroniques les plus sévères expliquent la plus grande partie de la croissance des dépenses d'assurance maladie. C'est parmi ces pathologies, dont le traitement est le plus coûteux, que l'on constate en effet les progressions d'effectifs les plus rapides. Entre 2005 et 2014, les effectifs des personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) se sont accrus de plus de 3.3% par an en moyenne, un rythme largement supérieur à celui des autres assurés.

En raison de cette évolution, les dépenses consacrées au dispositif ALD croissent à un rythme beaucoup plus élevé que l'ensemble des dépenses de santé et leur part dans l'ensemble des dépenses de santé s'accroît d'année en année.

Structure des dépenses de l'assurance maladie de 2005 à 2013



Source : CNAMTS, calculs DSS

Note : en 2008, la méthodologie d'estimation des dépenses a été modifiée. Les valeurs ne sont pas directement comparables avant et après cette date. Il en est de même à partir de 2011. Périodes avec méthodologie distincte: 2005-2007, 2008-2010 et 2011-2013.

D'après les dernières données disponibles sur l'ensemble des soins (*cf.* précisions méthodologiques), les dépenses d'assurance maladie relatives aux assurés en ALD sont estimées à plus de 89,3 milliards d'euros en 2013, soit 60,8% des dépenses totales de la branche. Ces dépenses ont progressé de manière un peu moins dynamique en 2013 (+2,4%) qu'en 2012 (+3,3%). L'augmentation des dépenses remboursées des assurés en ALD explique ainsi en quasi-totalité l'augmentation de l'ensemble des dépenses remboursées par l'assurance maladie (contribution de 98 ,8%), les dépenses des assurés non ALD restant stables entre 2012 et 2013. Cela se traduit par une augmentation de la part des dépenses des assurés en ALD (60,8% en 2013 versus 60,2% en 2012, soit +0 ,6 points) dans le total des dépenses remboursées.

De 2011 à 2013, les remboursements de soins ont augmenté de plus de 2,1 Md€ entre 2012 et 2013, dont la quasi-totalité (presque 2,1 Md€) pour ce qui concerne les seuls bénéficiaires d'une ALD. Si la structure des remboursements de soins était restée la même qu'en 2012 entre ALD et non ALD, les remboursements de soins des bénéficiaires d'une ALD n'auraient augmenté que de 1,28 Md€ entre les deux années.

Cette hausse n'est pas tant due à l'évolution de la dépense moyenne consacrée à chaque patient en ALD, qu'à l'augmentation plus rapide que l'ensemble de la population des effectifs de patients en ALD. Sur la période récente, la progression des effectifs en ALD s'est toutefois ralentie en raison notamment de la non admission depuis 2011 de nouveaux patients souffrant d'hypertension isolée non associée à d'autres risques cardio-vasculaires.

Comme le note la CNAMTS dans ses différents rapports, les causes de la tendance de fond d'accroissement des patients souffrant de pathologies chroniques sévères sont assez bien connues. Elles tiennent à l'évolution des caractéristiques de la population et aux progrès de la prise en charge sanitaire de celle-ci.

Les évolutions sociodémographiques de la population accroissent les facteurs de risque qui pèsent sur elle. Le vieillissement de la population joue de ce point de vue un rôle fondamental. Il a certes un effet ambigu sur la dépense de santé globale car d'une part les dépenses de santé augmentent avec l'âge pour une génération donnée, mais d'autre part on constate à âge donné une augmentation des dépenses au fil des générations. En revanche, le vieillissement a un effet indéniable sur l'accroissement des cas de pathologie lourde. Les évolutions des modes de vie augmentent de leur côté les risques de survenue de certaines pathologies chroniques. L'exemple emblématique en la matière est le fort accroissement du nombre de patients atteints de diabète, pathologie qui renvoie à des causes héréditaires mais

également, entre autres facteurs, à l'accroissement de la sédentarité, à l'évolution de l'alimentation et au développement de l'obésité.

La meilleure prise en charge des pathologies chroniques contribue également à l'accroissement des dépenses de santé. Les soins apportés aux patients s'améliorent considérablement au fil du temps. Ainsi, les dépistages précoces permettent de traiter les pathologies avec de meilleures chances d'endiguer leur progression et prolongent ainsi l'espérance de vie des patients atteints, avec la conséquence paradoxale d'amplifier encore la croissance des effectifs en ALD. L'innovation rapide rend par ailleurs disponibles de nouveaux traitements plus performants, qui permettent de traiter plus de patients et de prévenir de manière plus fiable les complications qui surviennent. Enfin, grâce à un meilleur suivi de leur état de santé, les patients souffrant d'une pathologie chronique lourde sont mieux couverts par le dispositif ALD.

Afin de mieux rendre compte de l'évolution de la prise en charge des maladies chroniques, la CNAMTS a procédé à une analyse qui repose sur une meilleure connaissance par grand type de pathologie et de besoin de soins et non plus uniquement sur la répartition des dépenses selon qu'elles sont prises en charge ou non au titre d'une ALD (voir rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2016 et l'indicateur de cadrage n°15).

Précisions méthodologiques

Les données sont issues de la CNAMTS, extraites des bases du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), et également du PMSI pour la période 2011-2013.
La méthodologie d'estimation des dépenses liées aux ALD est différente selon la période observée (2005-2007, 2008-2010 et 2011-2013), et n'est par conséquent pas directement comparable. À partir de 2008, la méthode d'estimation est modifiée car issue des bases exhaustives (et non plus basée sur un échantillon représentatif). À partir de 2011, les données sont issues des travaux de cartographie des dépenses par pathologie. Les données 2011 et 2012 présentes dans cette fiche sont différentes de celles publiées dans la fiche du précédent rapport car elles prennent en compte les améliorations méthodologiques apportées à la cartographie pour 2013 (amélioration notamment du chaînage des assurés en cas de changement de régime). Elles sont à méthodologie constante et sont donc comparables. Les données 2010 n'étant pas disponibles avec la nouvelle méthodologie de la "cartographie", elles ont dont été actualisées dans cette fiche en reprenant la même méthodologie que pour les données 2008 et 2009, de façon à avoir des données comparables sur ces les 3 années.
Les valeurs présentées dans les graphiques ne sont pas directement comparables avant 2011 et après cette date.

Les chiffres sont extraits pour le régime général (y compris SLM) sur le champ France entière puis extrapolés à l'ensemble des régimes.
Précisions sur le champ de la méthode pour 2011-2013 : les dépenses regroupent tous les postes du champ de l'ONDAM (hors médico-social), les indemnités maternité et invalidité. Ne sont pas prises en compte les dépenses (non individualisables) relevant des MIGAC, FMESPP, FAC, FIR et les dépenses relevant de l'ONDAM médico-social.

Indicateur n°15 : Évolution des coûts moyens annuels des pathologies, traitements et événements de santé

Les coûts moyens annuels (remboursés) associés à la prise en charge des pathologies, traitements et évènements de santé qui sont présentés ici, ont été estimés à partir de l'analyse médicalisée des dépenses développée par la CNAMTS qui consiste à établir une cartographie des dépenses en fonction des pathologies prises en charges et non plus de la seule structuration de l'offre de soins. Pour cela, les dépenses remboursées par l'assurance maladie ont été réparties, selon une méthode de type descendante (« top down »), entre chacun des 57 groupes populations identifiés grâce aux algorithmes médicaux et le reste de la population.

Cette approche permet donc d'avoir une estimation des coûts moyens annuels imputables à la prise en charge d'une pathologie, d'un traitement ou d'un évènement de santé donné. Cela diffère donc des approches traditionnelles dans lesquelles le coût moyen annuel d'une pathologie était généralement estimé à partir de l'ensemble des dépenses des individus ayant la pathologie considérée sans notamment tenir compte du fait que les individus pouvaient avoir plusieurs pathologies ou que certaines des dépenses pouvaient ne pas être liées à la pathologie considérée.

La méthodologie et les principaux résultats de cette cartographie des dépenses développée par la CNAMTS ont étés publiés dans son rapport annuel pour le Parlement[1].

Coûts moyens annuels des pathologies, traitements et évènements de santé en 2013

Les coûts moyens annuels varient fortement non seulement selon les pathologies, traitements, épisodes de soins considérés, mais également selon que l'on se situe à la phase aigüe/active d'une maladie ou au contraire dans une phase chronique ou de surveillance.

C'est pour **l'insuffisance rénale chronique terminale** que le coût moyen annuel est le plus élevé : environ 44 900€ par patient par an en moyenne avec de forts écarts selon les modalités de prise en charge considérées. En effet, le coût moyen est d'environ 65 100€ pour les patients en dialyse, 75 300€ pour ceux ayant été greffés dans l'année et de l'ordre de 14 700€ pour ceux en suivis de greffe. Ne sont pas inclus ici les coûts liés notamment à la prise en charge des complications cardio-neurovasculaires et ni à celle du diabète, comorbidité fréquente, dans la mesure où, en raison de la méthodologie d'affectation des dépenses utilisée, ces coûts sont pris en compte séparément.

On observe aussi des disparités au sein d'autres groupes de pathologies, même si elles sont de moindre ampleur. C'est le cas notamment pour la prise en charge des **pathologies cardio-neurovasculaires** pour lesquelles le coût moyen est d'environ 3 600 € par patient. Outre les disparités attendues[2] entre les coûts moyens inhérents à la prise en charge de phases aigues (environ 10 000€/patient en moyenne) et celles des phases chroniques (environ 2 800€ par patient en moyenne), on observe également de forts écarts entre les pathologies en phases aigues elle mêmes. Ainsi, pour le syndrome coronaire aigu ou à l'AVC aigu, coût moyen de prise en charge est supérieur à 10 000€/patient, alors qu'il est de l'ordre de 8 000€/patient pour l'insuffisance cardiaque aigue et d'environ 5 300€ pour l'embolie pulmonaire aigue. Pour les pathologies cardio-neurovasculaires en phase chronique, l'amplitude, en valeur absolue, des variations est moindre : 1 300€/patient pour les troubles du rythme et de la conduction versus 3 200€/patient pour la prise en charge de séquelles d'AVC.

Les disparités sont également importantes pour les **cancers** (environ 5 200€ par an par patient) en particulier entre les phases actives (10 900€ en moyenne) et de surveillances (moins de 1 000€ en moyenne). Parmi les cancers en phase active, le coût moyen annuel varie peu selon les localisations (autour de 11 000€/patient) sauf pour le cancer du poumon où il est plus élevé (16 900€/patient) et le cancer de la prostate où il est au contraire nettement plus faible (4 900€/patient).

Concernant les **pathologies psychiatriques** dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD et pour lesquelles donc un diagnostic a pu être établi à partir des données médicalisées présentes dans les bases (SNIIRAM et PMSI), le coût moyen annuel de prise en charge est estimé à 6 800 €, dont plus de 4 600€ (68%) sont induits par les hospitalisations (en établissement psychiatriques principalement). Le coût moyen de prise en charge des **troubles psychiatriques**, n'ayant pas entraîné d'hospitalisation ni de mise en ALD pour ce motif, mais ayant conduit les individus a une consommation régulière (au moins 3 délivrances au cours de l'année) de médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytique, hypnotiques) est d'environ 1 100€ par an. Les coûts moyens des pathologies en lien avec la santé mentale sont sous-estimés car ils n'incluent pas les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics (cf. méthodologie). Le coût moyen de prise en charge d'une **maternité** est

[1] CNAMTS. « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2016 ». Juillet 2015.

[2] Les algorithmes de repérage des phases aigues ou actives des pathologies considérées incluent, dans leur définition, la présence d'une hospitalisation au cours de l'année ce qui explique en toute logique des coûts plus élevés.

d'environ 5 900€, l'essentiel de ce coût étant induit par les hospitalisations (2 700€ soit 45%) et les prestations en espèces (2 500€ soit 42%) qui correspondent principalement au paiement des indemnités journalières maternité.

On retrouve également des coûts annuels moyens élevés (supérieur à 2 000€/an en moyenne) pour des **pathologies chroniques** pour lesquelles la consommation de soins de ville est prépondérante. C'est le cas notamment du **diabète** (hors complications cardio-neurovasculaire et IRCT notamment) pour lequel le coût moyen de prise en charge est d'environ 2 200€ par an dont plus de 1 800 € pour les soins de ville (83%). C'est également le cas des **maladies inflammatoires/rares/VIH** et des **maladies neurologiques** (4 800€/an), des **maladies dégénératives** (3 800€/an), ainsi que des **maladies du foie et du pancréas** (2 300€/an).

Pour les autres pathologies, traitements ou états de santé identifiés le coût moyen de prise de charge est inférieur à 1 000€/an (individus traités par antalgiques ou anti-inflammatoires de façon chronique et sans pathologie repérée, individus avec une maladie respiratoire chronique autre que la mucoviscidose, individus traités par antihypertenseurs ou hypolipémiants).

Effectifs et couts moyens annuels, décomposés par grands postes de dépenses, en 2013 pour différentes pathologies et évolution sur la période 2011-2013

	Effectifs	Coût total moyen en 2013	Structure des coûts moyens			Évolution annuelle moyenne du coût moyen 2011-2013
			soins de ville	Hospitali-sations	prestations en espèces	
Pathologies cardio-neurovasculaires	**3 526 200**	**3 569 €**	**43%**	**51%**	**7%**	**-0,3%**
dont pathologies cardiovasculaires aigues	310 800	10 045 €	14%	83%	3%	0,4%
dont pathologies cardiovasculaires chroniques	3 418 300	2 768 €	52%	40%	8%	-0,5%
Traitements du risque vasculaire [(1)]	**7 611 500**	**679 €**	**79%**	**6%**	**14%**	**-2,0%**
Diabète	**2 932 100**	**2 174 €**	**83%**	**10%**	**6%**	**0,1%**
Cancers	**2 460 700**	**5 155 €**	**38%**	**56%**	**7%**	**3,6%**
dont cancers actifs	1 031 700	10 893 €	34%	61%	5%	3,3%
dont cancers surveillés	1 499 700	966 €	66%	12%	21%	1,4%
Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes	**7 229 200**	**2 493 €**	**31%**	**48%**	**21%**	**3,1%**
dont maladies psychiatriques	1 764 400	6 815 €	18%	68%	14%	0,7%
dont traitements psychotropes	5 464 900	1 097 €	56%	7%	37%	1,5%
Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	**666 300**	**3 767 €**	**65%**	**33%**	**2%**	**0,2%**
Maladies neurologiques	**530 900**	**5 061 €**	**54%**	**31%**	**14%**	**2,0%**
Maladies respiratoires chroniques [(2)]	**2 908 700**	**870 €**	**66%**	**25%**	**9%**	**-0,9%**
Maladies inflammatoires, rares et VIH	**901 800**	**4 845 €**	**69%**	**23%**	**8%**	**2,1%**
Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	**71 000**	**44 880 €**	**30%**	**68%**	**2%**	**1,2%**
dont dialyse chronique	39 400	65 091 €	27%	73%	1%	1,3%
dont transplantation rénale	2 600	75 270 €	24%	73%	3%	2,3%
dont suivi de transplantation rénale	29 000	14 713 €	51%	42%	8%	2,5%
Maladies du foie ou du pancréas	**469 800**	**2 264 €**	**42%**	**44%**	**13%**	**-0,2%**
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	**1 486 300**	**926 €**	**57%**	**8%**	**36%**	**1,0%**
Maternité	**1 306 400**	**5 902 €**	**13%**	**45%**	**42%**	**2,7%**
Hospitalisations ponctuelles [(3)]	**7 537 100**	**3 635 €**	**14%**	**77%**	**9%**	**0,7%**

Source : CNAMTS. Champ : dépenses remboursées, régime général (yc SLM).
(1) Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et IRCT.
(2) Hors mucoviscidose.
(3) Hospitalisations non repérées comme en lien avec une des pathologies chroniques précédentes.

Le poids des soins de ville, des soins hospitaliers et des prestations en espèces (indemnités journalières, invalidité) varie selon les pathologies et situations de soins.

Les prestations en espèces représentent un poids important non seulement pour la maternité (cf. ci-dessus) mais également pour les personnes sous traitement régulier par antalgiques ou anti-inflammatoires [1](36%) mais aussi pour celles traitées par psychotropes (37%).

Les dépenses d'hospitalisation sont évidemment prédominantes dans les épisodes hospitaliers ponctuels, mais aussi dans l'insuffisance rénale chronique terminale (dialyse en centre), les pathologies cardio-neurovasculaires, les cancers, les maladies du foie et du pancréas, la maternité et la santé mentale (elles représentent 68% de la dépense liée aux pathologies psychiatriques).

Pour les autres pathologies, les soins de ville constituent le poste le plus important.

Les coûts moyens annuels de prise en charge des grandes pathologies, traitements ou état de santé ont évolué de façon contrastée sur la période 2011-2013

Ainsi, certains groupes de population ont vu leur coût moyen de prise en charge annuel baisser sur la période. C'est le cas du risque vasculaire (-2 % par an), mais aussi dans une moindre mesure des maladies respiratoires chroniques (-0,9 % par an), des pathologies cardio-neurovasculaires (-0,3 % par an) et des maladies du foie ou du pancréas (-0,2%).

Six grandes catégories ont vu leur coût moyen de prise en charge annuelle augmenter sur la période mais de façon moins soutenue que l'ONDAM ou avec un taux d'évolution proche. C'est le cas de la prise en charge des maladies inflammatoires ou rares ou VIH/sida (+2,1 % par an), maladies neurologiques (+2% par an), de l'IRCT (+1,2 % par an), des traitements anti-inflammatoires ou antalgiques (+1%), des hospitalisations ponctuelles (+0,7%), des maladies dégénératives (+0,2 % par an).

Enfin, trois grandes catégories ont vu leur coût moyen de prise en charge augmenter avec des taux de croissance annuels moyens supérieurs à 2,5 % : les cancers (+3,6 % par an), les maladies psychiatriques ou traitements par psychotropes (+3,1 % par an) et la maternité (+2,7%).

Précisions méthodologiques

Seules sont précisées ici les grandes lignes de la méthodologie ainsi que les informations nécessaires à une bonne compréhension des données présentées ici. Pour plus d'informations sur la méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses développée par la CNAMTS, il est conseillé de se reporter aux annexes du rapport annuel pour le Parlement (juillet 2015). De plus en raison des nombreuses évolutions et améliorations apportées dans la méthodologie tant du côté des effectifs que des dépenses (cf. annexes du rapport cité ci-dessus), il n'est pas possible de comparer directement les résultats présentés dans cette fiche avec ceux de la fiche de l'année dernière.
Les données sont issues du SNIIRAM et du PMSI. La population considérée est celle du régime général (sections locales mutualistes –SLM- comprises) ayant consommé au moins un soin (ville ou hôpital) au cours de l'année étudiée, champ France entière.

<u>*Champ des dépenses*</u> : ensemble des dépenses remboursées individualisables (i.e. rattachable à un individu) relevant de l'ONDAM auxquels ont été ajoutées les prestations en espèce pour maternité et invalidité. Sont hors champ de l'étude : les postes de dépenses de l'ONDAM non individualisables (MIGAC, FMESP, FAC, FIR..), ainsi que les dépenses de HAD et celles du secteur médico-social. Cette année, les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics, qui représentent une dépense annuelle remboursée (tous régimes) de l'ordre de 800 millions à 1 milliard d'euros selon les années considérées, ont été exclues du champ des dépenses réaffectées aux pathologies en raison de l'impossibilité de les relier aux personnes sauf si elles avaient été préalablement hospitalisées dans ces établissements. Ces dépenses étaient dans la version précédente prises en comptes à travers le calage et réaffectées arbitrairement uniquement aux pathologies psychiatriques alors qu'elles pouvaient également concerner les individus traités par psychotropes. Cette modification conduit à diminuer le montant affecté aux pathologies en lien avec la santé mentale et induit donc une sous-estimation globale des coûts moyens annuels de prise en charge de ces pathologies.

<u>*Affectation des dépenses aux pathologies*</u> : l'affectation descendante (« top-down ») des dépenses consiste à répartir les montants remboursés (pour chacun des postes de soins) entre les différentes pathologies/épisode de soins des individus. Seules les dépenses liées aux hospitalisations MCO, sont affectées différemment (affectation directe dès lors que le motif de l'hospitalisation est liée à la pathologie considérée). Lorsqu'un bénéficiaire a une seule pathologie chronique identifiée (ou un seul épisode hospitalier ponctuel), on défalque du montant de ses dépenses le montant moyen correspondant aux soins dits « courants », et le solde est affecté à la pathologie ou à l'épisode de soins. Lorsqu'un bénéficiaire a plusieurs pathologies et/ou épisodes de soins, ses dépenses (hors soins courants) sont réparties au prorata des dépenses moyennes par pathologie ou épisode de soin, telles qu'elles sont observées pour les bénéficiaires n'ayant que cette unique situation de recours aux soins.

[1] Patients ayant des traitements antalgiques ou anti-inflammatoires uniquement, à l'exclusion de toute autre situation de soins considérée dans la cartographie (pathologie chronique, traitement, maternité ou hospitalisation ponctuelle).

Définition des grandes catégories :
les « pathologies cardio-neurovasculaires » regroupent les individus ayant les pathologies suivantes : maladie coronaire, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, troubles du rythme et de la conduction, maladie valvulaire ; embolies pulmonaire aigue, autres pathologies cardio-neurovasculaires.
Les « traitements du risque cardio vasculaire » comprennent les patients ayant une consommation régulière dans l'année d'un traitement antihypertenseur ou hypolipémiant et n'ayant ni pathologie cardio-neurovasculaire, ni diabète, ni IRCT.
Les « maladies psychiatriques » regroupent l'ensemble des individus ayant une pathologie psychiatrique dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD et pour lesquelles donc un diagnostic a pu être établi à partir des données médicalisées présentes dans les bases (Sniiram et PMSI).
Les « traitements psychotropes » comprennent les individus avec des troubles psychiatriques, n'ayant pas entraîné d'hospitalisation ni de mise en ALD pour ce motif, mais les ayant conduit à une consommation régulière de médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytique, hypnotiques).
Les « maladies dégénératives » regroupent les démences (dont la maladie d'Alzheimer) et la maladie de Parkinson.
Les « maladies neurologiques » regroupent la sclérose en plaque, les paraplégies, les myopathies ou myasthénies, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.
Les « traitements antalgique ou anti-inflammatoires » comprennent les individus n'ayant aucune des pathologies/traitements identifiées, ni maternité ni hospitalisation ponctuelle mais prenant de façon régulière au cours de l'année un traitement antalgique ou anti-inflammatoire.
Les « hospitalisations ponctuelles » regroupent à la fois les dépenses des individus n'ayant aucune des pathologies/traitements/épisode de soins identifiés mais ayant été hospitalisé au moins une fois dans l'année, ainsi que les dépenses des séjours hospitaliers sans relation avec les pathologies identifiées.

Précisions sur les coûts : les coûts moyens sont estimés en rapportant les dépenses remboursées (régimes général et SLM) affectées à la pathologie/épisode de soins considérés aux effectifs correspondants. Les honoraires des actes effectués en établissement privé ont été retirés des soins de ville pour être réaffectés aux dépenses hospitalières. Le poste « hôpital » regroupe les dépenses des séjours (publics et privés) en MCO (y compris les produits en sus et les actes et consultations externes), ainsi que celles des séjours en psychiatrie (hors ambulatoires) et en soins de suite et de réadaptation (SSR). Le poste « prestations en espèces » regroupe les prestations en espèces versées au titre de la maladie, des accidents du travail et des maladies professionnelles, de la maternité et de l'invalidité.

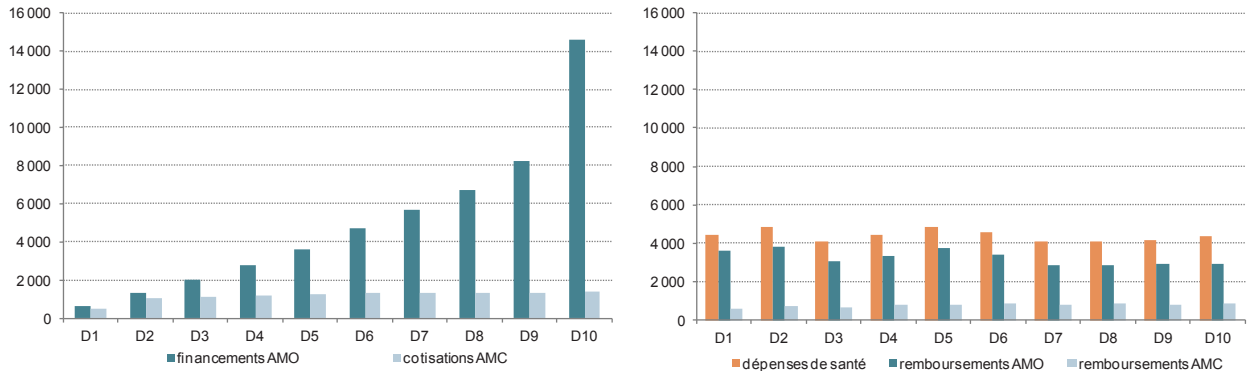
Indicateur n°16 : La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie

Par le jeu des différents financements qu'elles appellent auprès des assurés, et des prestations qu'elles leur versent en cas de maladie, les assurances maladie obligatoires (AMO) et complémentaires (AMC) opèrent des transferts monétaires qui modifient le revenu disponible des ménages, par rapport à une situation où ceux-ci devraient assumer intégralement leurs frais de santé. Il est ainsi intéressant de mesurer l'ampleur de cette redistribution à l'œuvre au sein des opérations d'assurance maladie.

L'assurance maladie de base constitue un dispositif obligatoire de prélèvements et de prestations qui affecte les revenus des ménages, et dont en conséquence il est pertinent d'étudier les propriétés redistributives. La question du traitement des cotisations et des prestations d'assurance maladie complémentaire est moins évidente, dans la mesure où l'adhésion à ces dispositifs résulte en partie des décisions volontaires des individus (à l'exception des contrats collectifs à adhésion obligatoire), et que l'AMC peut être considérée comme offrant des prestations contributives (i.e. le niveau des prestations dépend du niveau des contributions). Elle n'a donc en principe pas à être analysée en termes d'impact sur la distribution des revenus. Cependant, eu égard à la forte diffusion de la couverture complémentaire maladie en France (plus de neuf Français sur dix disposent d'une telle couverture), à l'existence de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), et à l'importance de la part des contrats qui n'opèrent pas de différenciations tarifaires majeures entre les assurés, on peut considérer que son intervention doit être également prise en considération dans un bilan redistributif de l'assurance maladie prise globalement.

Lorsque l'on analyse, à l'aide du modèle de microsimulation INES-OMAR développé par la DREES (*cf. précisions méthodologiques)*, la distribution des remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie pour les dépenses en ambulatoire et pour les séjours hospitaliers en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), on observe que ceux-ci sont plus élevés au bas de la distribution des revenus que dans la partie supérieure de cette distribution *(cf. graphique, partie droite)*. Les six premiers déciles de revenus étaient confrontés en moyenne à une dépense de santé de 4 530 euros par an, donnant droit à des remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie de 3 490 euros. Ces montants s'élèvent, respectivement, à 4 180 et 2 890 euros pour les personnes appartenant aux quatre déciles supérieurs. Ces disparités tiennent à l'état de santé moins bon des personnes à revenus modestes, et par une structure de dépenses de santé qui donne relativement plus de poids aux prises en charge les mieux remboursées, notamment les soins hospitaliers. En revanche, les prestations versées par les assurances maladie complémentaires (CMU-C comprise) sont légèrement croissantes en fonction du revenu des assurés, en raison notamment de la qualité croissante de la couverture procurée par les types de contrats dont ils disposent.

Dépenses et prestations moyennes d'AMO et d'AMC par ménage par décile de niveau de vie



Source : INES-OMAR 2012.
Champ : ménages ordinaires de métropole ; dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie (soins de ville et séjours hospitaliers en MCO).
Note de lecture : en 2012, les 10% des ménages les plus modestes dépensent en moyenne annuelle près de 530 euros pour leur couverture maladie complémentaire et participent au financement de l'AMO à hauteur de 650 euros en moyenne. Leurs dépenses de santé s'élèvent en moyenne à 4 420 euros dont plus de 590 euros leur sont remboursés par leur assurance maladie complémentaire et 3 590 euros par la Sécurité sociale.

Mais les prélèvements acquittés par les assurés au titre de leurs couvertures de base et complémentaire maladie contribuent aussi à la redistribution des revenus. Les contributions aux régimes d'assurance maladie obligatoire incluent la part des cotisations sociales à la charge des employeurs et des non salariés (hors la part correspondant au financement des indemnités journalières) et la contribution sociale généralisée (CSG) affectées au risque maladie. Ce

champ des contributions individualisables couvre environ 85% des recettes de la branche maladie (qui proviennent par ailleurs d'impôts, de taxes et d'autres contributions sociales). Ces contributions des assurés sont essentiellement proportionnelles aux revenus, voire légèrement progressives, si l'on tient compte des règles d'exonération et de la modulation des taux de la CSG pour les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine. Les versements aux dispositifs de couverture complémentaire maladie, de montants beaucoup plus faibles, sont légèrement croissants en niveau dans les différents déciles de niveau de vie, et notamment plus faibles dans le premier décile qui compte une proportion plus importante de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, qui assure gratuitement une prise en charge presque complète des soins, mais également de personnes non couvertes par une complémentaire santé.

La contribution de l'assurance maladie à la redistribution des revenus ne se restreint toutefois pas à l'incidence des transferts monétaires qu'elle organise sur la distribution des revenus disponibles. On peut en effet estimer qu'un système de santé accessible et de qualité permet à des personnes en mauvais état de santé de se soigner et par suite d'améliorer leur productivité et leurs opportunités de participation à l'activité économique. De la sorte, l'assurance maladie réduit aussi les écarts de revenus au stade de leur distribution primaire.

Précisions méthodologiques

Cet indicateur est construit par la DREES grâce au rapprochement de deux outils de microsimulation :

- le modèle Omar (Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charges), développé par la DREES, qui permet de simuler à un niveau individuel les prestations en nature d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et donc les restes à charge, et à un niveau ménage les cotisations d'assurance complémentaire. Omar est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES, l'appariement de l'ESPS avec les données de l'assurance maladie disponibles dans les données de consommation inter-régimes (DCIR) issues du Système national de l'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniir-am), enrichies des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), et les informations récoltées dans l'Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires (ECPS) menée par la DREES.
- le modèle Inès, développé par la DREES et l'INSEE, qui permet de simuler, pour chaque ménage, les cotisations d'assurance maladie obligatoire, y compris celles payées par les employeurs. Le principe du modèle de microsimulation Inès consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la caisse nationale d'allocations familiales et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif).

Il convient de préciser que cet outil est pertinent pour l'étude des montants et de la structure des dépenses de santé et de leur financement une année donnée mais ne convient pas pour une analyse précise des évolutions de celles-ci. En effet, l'outil de microsimulation Omar-Ines sur lequel s'appuie l'indicateur évolue tous les deux ans, à mesure de l'amélioration des sources d'information sur lesquelles il s'appuie. Le champ des dépenses de santé considérées est substantiellement modifié depuis les éditions précédentes, puisque les données de l'appariement d'ESPS proviennent désormais du DCIR et du PMSI-MCO (dépenses remboursables en ambulatoire et pour les séjours hospitaliers en MCO), alors que jusqu'en 2008 elles étaient recueillies dans l'Échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) (dépenses remboursables en ambulatoire et dépenses d'hospitalisations toutes disciplines confondues, hors médico-social).

PARTIE II OBJECTIFS / RÉSULTATS

LISTE DES INDICATEURS D'OBJECTIFS/RÉSULTATS

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	DREES	CNAMTS / DSS / Fonds CMU
	1-2-3 - Part des actes facturés en tiers payant	Augmentation (100% pour les cas obligatoires)	CNAMTS	CNAMTS
	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 privée	Réduction	DREES	Fonds CMU
2 - Développer la prévention	**Grands risques de santé publique**			
	2-1 - Prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant	Stabilisation, voire réduction	DREES	DGS
	2-2 - Prévalence des pratiques addictives			
	2-2-1 - Prévalence du tabagisme quotidien	21% des 18-75 22% des 17 ans 12% des femmes enceintes ; en 2019	Inpes	
	2-2-2 - Consommation moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus	Diminution	Inpes	

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
2 - Développer la prévention	**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 80% Augmentation	Invs	DGS
	2-4 - Taux de couverture vaccinale… 2-4-1 – Des enfants âgés de 24 mois pour les vaccinations faisant l'objet d'une recommandation généralisée au calendrier vaccinal 2-4-2 - Contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus et chez les autres groupes à risque	95% 75%	Invs	DGS
	2-5 - Taux de diabétiques bénéficiant des recommandations de bonnes pratiques cliniques	Augmentation	CNAMTS	CNAMTS / DGS
3 - Améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins	**Orientation, coordination et continuité dans le système de soins**			
	3-1 - Proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant en moins de huit jours	80%	HAS	HAS
	3-2- Part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA)	Augmentation	DGOS	DGOS
	Démarches de qualité du système de soins			
	3-3 – Indicateurs relatifs à la prévention des infections nosocomiales 3-3-1 - Prévalence des infections associées aux soins dans les trois secteurs de l'offre de soins 3-3-2 - Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)	Selon les classes de performance Selon les classes de performance	DGOS	DGOS
	3-4 - Proportion d'établissements certifiés de niveau 1 par la Haute Autorité de Santé	Augmentation	HAS	HAS
	3-5 - Taux de réalisation des médecins rémunérés selon les objectifs de santé publique	Objectifs conventionnels	CNAMTS	CNAMTS
4 - Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses	**Niveau de consommation**			
	4-1 - Taux de croissance des dépenses de médicament au cours des cinq dernières années	Ralentissement	DSS/CNAMTS	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 2014 Réduction	CNAMTS DSS	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 du taux de contrats signés	DGOS	DGOS

Objectifs	Indicateurs	Cibles	Producteurs techniques	Responsables administratifs portant les politiques à titre principal
4 - Renforcer l'efficience 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)	Méd. +3,5% DMI +5,7%	DGOS	DGOS
	4-6 - Évolution du remboursement des indemnités journalières de la branche maladie	Évolution au rythme de la masse salariale -0,5 points	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 62,3% en 2020	DGOS	DGOS
	4-9 - Recentrage des lits hospitaliers sur les soins aigus : évolution de la durée moyenne des 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 (IP-DMS-MCO)	Diminution	DGOS	DGOS
	4-11 - Indice de performance des établissements de santé dans la gestion des achats hospitaliers	420M€ en 2015	DGOS	DGOS
	4-12 - Situation financière des établissements de santé 4-12-1 - Résultat comptable de l'activité principale des établissements de santé, exprimé en pourcentage des produits 4-12-2 - Marge brute d'exploitation des établissements de santé, en pourcentage des produits	Supérieur à 0% Progression	DREES	DGOS
5 - Garantir la viabilité financière de la branche maladie	**Soutenabilité financière**			
	5-1 - Taux d'adéquation des dépenses avec les recettes de la CNAMTS maladie	Redressement	DSS	DSS
	5-2 - Niveaux et dépassements de l'ONDAM	Inférieur à 0,5%	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 2014	CNAMTS	CNAMTS

Indicateur n°1-1 : Répartition territoriale de l'offre de soins de ville et hospitalière

Sous-indicateur n°1-1-1 : Part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité médicale de généralistes est inférieure de 30% à la moyenne

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

En matière de densité médicale, le nombre de médecins généralistes libéraux a augmenté depuis 30 ans : entre 1982 et 2013, l'effectif de médecins généralistes est passé de 42 390 à 52 159, soit une augmentation de plus de 19% et dans le même temps, la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants est passée de 78 à 83 même si celle-ci a diminué ces quelques dernières années. En tout état de cause, 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, collectivité 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 libéraux est inférieure de 30% à la moyenne nationale est présentée ci-dessous :

	2009	2010	2011	2012	2013	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%**	**6,3%**	**Pas d'augmentation**
Densité moyenne pour 100 000 habitants	86,4	85,5	84,3	83,3	82,7%	
Seuil à partir duquel un bassin de vie est considéré comme fragile (valeur nationale – 30%)	60,4	59,8	59,0	58,3	57.8	

Source : CNAMTS, données consolidées.
Champ : France métropolitaine.

En 2013, sur les 1 916 bassins de vie que compte la France métropolitaine, 306 ont une densité de médecins généralistes considérée comme faible (inférieure de 30% à la moyenne, c'est-à-dire inférieure à 58 généralistes libéraux pour 100 000 habitants), soit environ 15,9 % des bassins de vie.

En 2013, la population vivant dans ces bassins de vie à faible densité médicale représente 6,3% de la population totale. Cette part augmente de 0,3 point par rapport à 2012, le nombre de bassins de vie considérés comme fragiles passant de 298 à 306 entre 2012 et 2013. Dans le même temps la densité nationale en médecins généralistes a diminué de 0,6 point et la densité de médecins généralistes au dessous de laquelle le bassin de vie est considéré comme fragile a diminué de 0,5 point en 2013.

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 Ėtat/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.

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

Les données proviennent de la base SNIIR-AM de la CNAMTS (Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie). Les effectifs ne concernent que les médecins généralistes, hors praticiens à mode d'exercice particulier, exerçant une activité libérale en France métropolitaine et actifs au 31 décembre 2013. Les données de population sont issues du fichier INSEE des populations municipales légales au 1er 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 tenir compte des limites de l'indicateur actuel, les modalités d'exploitation pour les années à venir de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) développée par la DREES et l'Irdes sont en cours d'expertise pour mieux rendre compte des difficultés d'accès aux médecins généralistes et aux soins de premier recours. Calculé au niveau de chaque commune, cet indicateur tient compte de l'offre et de la demande des communes environnantes (utilisation de «secteurs flottants ») ; du niveau d'activité des professionnels de santé (utilisation d'équivalent temps plein) ; des besoins de soins de la population différenciés par âge. Au final, cet indicateur donne des résultats assez différents d'une densité « usuelle » de professionnels. L'APL met notamment en évidence des disparités entre les communes que la densité par bassin de vie a tendance à masquer.

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 1er janvier 2015 de 181 médecins pour 100 000 habitants, avec des disparités départementales importantes allant de 29 pour Mayotte, 74 pour l'Eure et 78 pour la Haute-Loire jusqu'à 265 pour les Alpes-Maritimes ou 572 pour Paris (*cf.* indicateur de cadrage n°8)

Résultats : la densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants évolue de la manière suivante (au 1er janvier de chaque année) :

	2005	2007	2009	2011	2012*	2013	2014	2015	Objectif
Densité moyenne dans les départements de densité supérieure à la médiane	**204,5**	**204,1**	**203,8**	**202,0**	**208,1**	**206,7**	**209,8**	**214,0**	**Réduction des écarts**
Densité moyenne dans les départements de densité inférieure à la médiane	**108,1**	**107,6**	**106,8**	**104,1**	**109,6**	**107,2**	**108,8**	**112,0**	
Densité départementale médiane	131,8	131,8	133,9	126,6	132,9	133,3	134,3	138,3	
Densité moyenne France entière	171,8	171,5	172,4	171,3	177,2	177,9	179,0	181,3	

Source : 2005-2011 ADELI et 2012-2015 RPPS. Champ : France entière.
* Rupture de série entre 2011 et 2012 en raison d'un changement de source.
Lecture : au 1er janvier 2015, il y a en moyenne en France (y compris DOM et Mayotte) 181 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. La moitié des départements a une densité supérieure à 138 médecins pour 100 000 habitants (médiane). Dans ces départements, la densité est en moyenne de 214 médecins pour 100 000 habitants (et de 112 pour les départements dont la densité est inférieure à la médiane).

Au 1er janvier 2015, la densité de médecins spécialistes est en augmentation (181 pour 100 000 habitants). La densité moyenne de la moitié des départements les mieux lotis s'élève à 214 spécialistes pour 100 000 habitants et continue d'augmenter. La densité moyenne de la moitié des départements les moins bien dotés est de 112 également en augmentation.

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

Construction de l'indicateur : la densité prise en compte est la densité départementale de médecins spécialistes. 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 51e 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.

Le gouvernement s'est engagé depuis 2012 à 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 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. Le déploiement se poursuit afin d'améliorer 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.

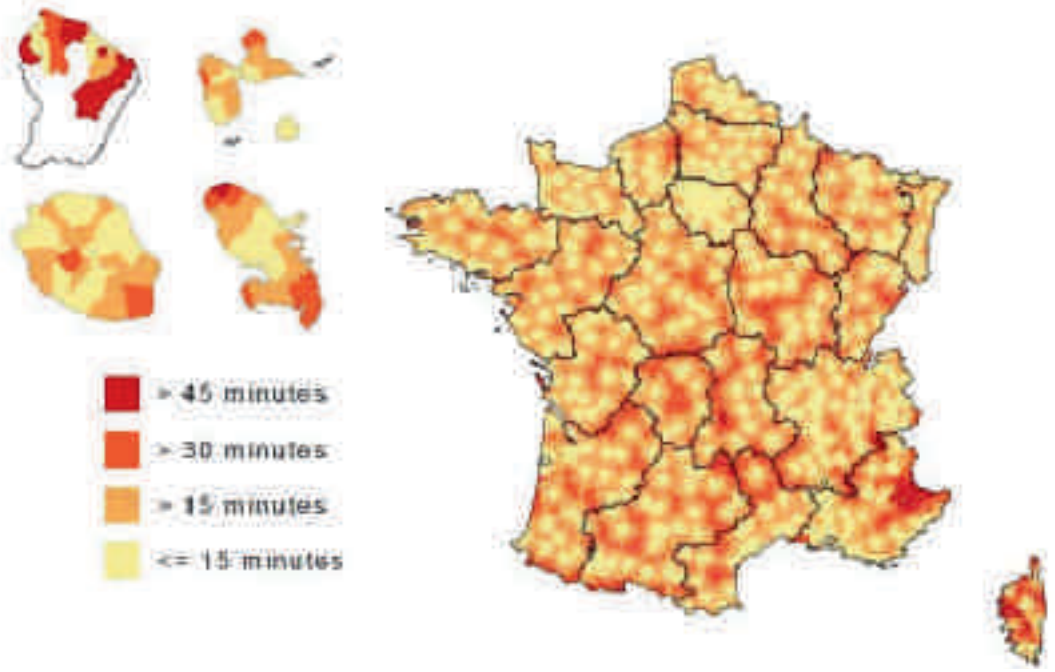
97,1 % de la population accède, indifféremment, à une structure des urgences ou à un SMUR en moins de 30 minutes (source DREES - données SAE 2011 – temps d'accès moyen heures pleines/heures creuses).

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.

Un bilan des mesures mises en œuvre pour soutenir l'objectif d'un accès aux soins urgents en moins de trente minutes doit être mené fin 2015. On estime cependant une amélioration de l'accès aux soins urgents pour un million de personnes depuis la mise en œuvre du dispositif. Son évaluation permettra notamment d'actualiser les présentes données dans le cadre du PQE annexé au PLFSS 2017.

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	2014	Objectif
Financements des administrations publiques (en %)	**78,2**	**78,0**	**77,5**	**77,5**	**77,5**	**77,3**	**77,4**	**77,6**	**78,0**	**Pas de diminution**
Régimes obligatoires d'assurance maladie	76,8	76,7	76,2	76,2	76,2	75,9	76,1	76,3	76,6	
État et collectivités locales, organismes de base au titre de la CMU-C	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	
Financements privés	**21,8**	**22,0**	**22,5**	**22,5**	**22,5**	**22,7**	**22,6**	**22,4**	**22,0**	
Sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles (y compris versement au titre de la CMU-C)	12,8	13,0	13,2	13,3	13,4	13,6	13,7	13,7	13,5	
Ménages (reste à charge)	9,0	9,0	9,3	9,2	9,1	9,1	8,9	8,7	8,5	
Total	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	

Source : DREES, comptes de la santé 2014.

Les administrations publiques prennent en charge une part prépondérante (78,0 % en 2014) 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 (76,6 % en 2014), la part des autres administrations publiques étant réduite (1,4 %). Le solde du financement de la CSBM est assuré d'une part par les opérateurs de couvertures maladie complémentaires (13,5 %) et d'autre part par les dépenses qui restent à la charge des ménages (8,5 %).

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la CSBM avec une prise en charge de 76,6 % de la dépense en 2014, soit 146,1 milliards d'euros. Entre 2006 et 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement a légèrement diminué, passant de 76,8 % en 2006 à 75,9 % en 2011. Cela résulte notamment des mesures d'économies mises en œuvre telles que l'instauration des franchises sur les médicaments, les soins d'auxiliaires et les transports de malades, les hausses du forfait journalier hospitalier et le déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant. À partir de 2012, la tendance s'inverse : la part de la Sécurité sociale augmente à nouveau pour atteindre 76,6 % en 2014. Cela s'explique, d'une part, par le dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par l'assurance maladie (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports, médicaments coûteux – en particulier rétrocession hospitalière) et, d'autre part, par poursuite de la progression des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD). Par ailleurs, l'introduction des nouveaux médicaments coûteux contre l'hépatite C explique la majorité de l'augmentation de la part de la Sécurité sociale en 2014.

Les prises en charge de l'État au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents[1] ainsi que de l'aide médicale de l'État (AME[2]) et des organismes de base au titre de la CMU-C (financés par le fonds CMU) représentent au global 1,4 % de la CSBM en 2014, comme en 2006.

La part des organismes complémentaires (OC – mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) a augmenté jusqu'en 2013. Cette hausse était principalement portée par la prise en charge par les OC des autres biens

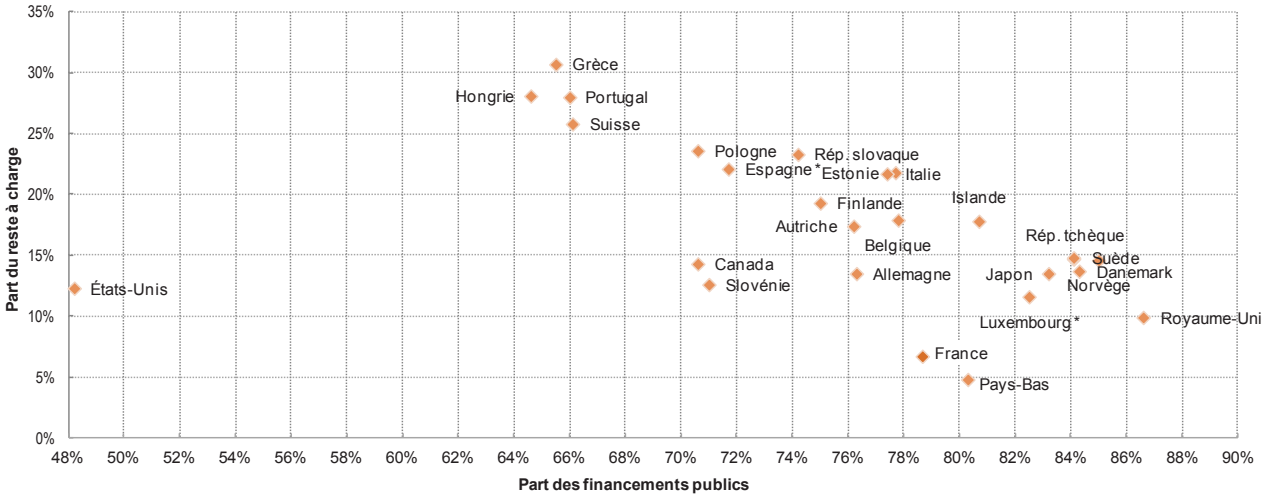
[1] Destinés aux étrangers en situation irrégulière résidant en France, ces soins sont limités aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital.
[2] Destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois.

médicaux, notamment de l'optique. Cependant, cette prise en charge s'est stabilisée depuis 2012. La part des organismes complémentaires dans la CSBM diminue légèrement en 2014, en lien avec l'augmentation de celle de la Sécurité sociale.

Enfin, le reste à charge des ménages, qui a augmenté de 2006 à 2008 (pour atteindre alors 9,3 %), diminue depuis : il s'établit à 8,5 % de la CSBM en 2014, en baisse de 0,2 point par an depuis 2011. Il est évalué à 16,2 milliards d'euros pour l'année 2014. La diminution du reste à charge des ménages est liée à des facteurs structurels tels que la croissance plus dynamique des postes de dépense les mieux remboursés (soins d'infirmiers, médicaments rétrocédés ou transports de malades) et la progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD).

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. Cependant, les Pays-Bas, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède), la République tchèque, le Royaume-Uni, le Japon et le Luxembourg ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France. Le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat est également très différent d'un pays à l'autre. Après les Pays-Bas, dont le reste à charge est à prendre avec précaution selon l'OCDE[1], c'est en France qu'il est le plus faible (avec un montant de 208 euros par habitant et par an) et au Royaume-Uni (242 euros).

Financement public et reste à charge dans les dépenses courantes de santé au sens international en 2013



*Données 2012. Note : en % des dépenses courantes de santé au sens international
Source : Éco-santé OCDE 2015.

Construction de l'indicateur : l'indicateur calcule la contribution de chaque acteur à l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (*cf.* indicateur de cadrage n°2).

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 implicitement intégré dans la part financée par la Sécurité sociale.

Précisions méthodologiques : les données sont issues des comptes de la santé, produits par la DREES. Ils font l'objet de révisions méthodologiques périodiques, afin de prendre en compte les nouvelles sources disponibles et d'affiner toujours plus les estimations.

Pour plus de détails se reporter au dossier « Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé en France ? » du rapport « Les dépenses de santé en 2014. Résultats des comptes de la santé », Collection Études et statistiques, DREES, septembre 2015.

[1] D'après l'OCDE, le reste à charge néerlandais serait sous-estimé, car il ne prendrait pas en compte la franchise annuelle payée par les patients.

Sous-indicateur n°1-2-2 : Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursements des organismes de couverture maladie complémentaire.

Finalité : le taux d'effort mesure la part du revenu disponible moyen utilisé par les ménages pour leurs dépenses de santé demeurant à leur charge après remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) 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. Le taux d'effort s'interprète comme la charge financière directe qui pèse sur les ménages en matière de soins remboursables.

Résultats : le tableau suivant présente le reste à charge par ménage et le taux d'effort correspondant, par décile de niveau de vie, sur leurs dépenses de santé en 2012 :

Décile de niveau de vie	Reste à charge annuel moyen par ménage après AMO et AMC	Taux d'effort	Objectif
D1	240 €	2,1 %	**Limitation**
D2	312 €	1,8 %	
D3	306 €	1,5 %	
D4	335 €	1,4 %	
D5	322 €	1,1 %	
D6	377 €	1,2 %	
D7	387 €	1,0 %	
D8	414 €	1,0 %	
D9	468 €	0,9 %	
D10	542 €	0,6 %	

Source : Ines-Omar 2012.
Champ : ménage ordinaire, France métropolitaine ; dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie.
Note de lecture : en 2012, 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 240 € en moyenne pour le financement direct de ses dépenses de santé. Rapporté au revenu disponible, ce montant représente un taux d'effort de 2,1 %.

Le reste-à-charge moyen après remboursements de l'AMO et de l'AMC est croissant en fonction du niveau de vie (de 240 € pour les ménages du premier décile à 542 € pour ceux du dernier). Cependant, la part du revenu disponible moyen qui y est consacrée diminue fortement : 2,1 % du revenu disponible des ménages appartenant au premier décile de niveau de vie sont consacrés aux dépenses de santé effectives alors que seulement 0,6 % du revenu disponible des 10 % des ménages les plus aisés sont affectés au même poste.

Malgré la présence de nombreux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS dans le 1er décile, le taux de personnes non-couvertes par une complémentaire santé est important (12 %). Ceci occasionne des reste-à-charges importants et contribue au taux d'effort plus élevé dans ce décile.

Enfin, il convient de noter que les résultats présentés sont issues d'enquêtes antérieures au renforcement des dispositifs visant à renforcer le recours aux soins et à limiter le reste à charge des plus défavorisés (relèvement du plafond en 2013 de la CMU-C et de l'ACS, amélioration de la prise en charge des soins optiques et dentaires, relèvement de l'ACS pour les personnes de plus de 60 ans en 2014, suppression des franchises médicales et renforcement des garanties proposées aux bénéficiaires de l'ACS en 2015).

Construction de l'indicateur : l'indicateur est le rapport entre le reste-à-charge moyen par niveau de vie des ménages après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des organismes complémentaires (AMC) et le revenu disponible (net de tout prélèvement obligatoire) annuel moyen des ménages pour chaque décile de niveau de vie auquel sont retranchées les primes versées au titre de l'AMC (hors aide à la complémentaire santé, ACS).

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

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 santé et protection sociale de l'Irdes - ESPS, enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires de la Drees...). L'avantage est l'amélioration de la méthode et la fiabilité des résultats, l'inconvénient est la difficulté de comparer les évolutions temporelles. Cette fiche s'appuie sur la version 2012 d'Ines-Omar. Par rapport à la précédente version de la fiche, qui s'appuyait sur des données 2008, des innovations méthodologiques ont permis d'améliorer les simulations. En conséquence, il n'est pas possible de mesurer des évolutions 2008-2012. Cette fiche doit donc se lire comme une photographie en 2012 des différences de reste à charge en fonction du niveau de vie.

Omar est construit à partir de l'enquête ESPS 2012 de l'Irdes qui interroge 8 000 ménages et 23 000 individus. L'appariement de cette enquête avec les données de la Cnamts, du RSI et de la MSA (données de consommation inter-régimes - DCIR) permet de connaître les dépenses pour 12 000 individus. Si le DCIR 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 sur les contrats les plus souscrits de la Drees.

Ines est un outil de microsimulation géré conjointement par l'Insee et la Drees. Il repose sur l'Enquête Emploi en Continu (EEC) et l'Enquête sur les Revenus Fiscaux et Sociaux (ERFS). Cet outil couvre un échantillon représentatif de la population métropolitaine de 237 000 individus, soit 102 000 ménages. Ines fournit donc les valeurs des différents revenus des ménages et des cotisations sociales et contribution sociale généralisée (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 (et spécifique pour les ménages recourant à l'ACS). Le recours à la CMU-C et l'ACS est déterminé suivant un calcul d'éligibilité et un tirage aléatoire.
2. Imputation des dépenses de santé (et variables connexes) au niveau individuel.
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 102 000 ménages.

Le revenu disponible utilisé pour le calcul de cet indicateur provient donc 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.

Sous-indicateur n°1-2-3 : Part des actes facturés en tiers payant

Finalité : le tiers payant dispense de l'avance de frais des soins par l'assuré sur la part obligatoire remboursée par l'assurance maladie. Ce dispositif favorise ainsi l'accès aux soins en limitant la participation financière à la charge de l'assuré.

La situation actuelle du droit au tiers payant

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit de généraliser la pratique du tiers payant à tous les Français en 2017. Aujourd'hui, la réglementation définit déjà certains cas dans lesquels les patients peuvent bénéficier du tiers payant. Celui-ci peut s'appliquer à la seule part obligatoire remboursée par l'assurance maladie ou au montant total de l'acte (part obligatoire + part complémentaire).

- Les cas les plus fréquents de dispense d'avance de frais concernent les soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle et les soins dispensés à un bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMUC).
- Les honoraires perçus pendant une hospitalisation dans un établissement sous convention avec l'Assurance Maladie (pour la part obligatoire et, le cas échéant, pour la part complémentaire) sont également facturés en tiers payant.
- La règlementation prévoit aussi une dispense d'avance de frais pour certains actes : actes de prévention dans le cadre de dépistage organisé, prescription de contraceptifs ou d'examens biologiques à une mineure de moins de 15 an, examens de prévention bucco-dentaire aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, aux femmes enceintes dans certaines conditions etc.
- Enfin, depuis le 1er juillet 2015, le tiers payant intégral est également proposé aux patients disposant de l'ACS, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le ministère de la Santé, figurant sur la liste des offres établie par celui-ci. Cette information figure dans la carte Vitale du patient. Ces patients disposent d'une attestation « de tiers payant intégral TPI », délivrée par leur caisse d'Assurance Maladie. Cette attestation porte également la mention de la désignation d'un médecin traitant[1].

En dehors de ces cas prévus par la réglementation, les professionnels de santé peuvent parfois choisir de facturer leurs honoraires en tiers payant pour rendre service à leurs patients (cf. tableau infra).

Les évolutions prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé

Le tiers payant sera étendu à l'ensemble des Français en 2017**.** Il sera étendu progressivement en deux étapes. Dans un 1er temps, à compter de juillet 2016, seront concernés les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Dès le 1er janvier 2017, le dispositif sera mis à la disposition des professionnels et ils pourront le proposer à tous leurs patients : après une période de rodage, le tiers payant sera un droit pour l'ensemble des Français à la fin de l'année 2017. En outre, une garantie de paiement pour les professionnels sera inscrite dans la loi : le paiement pour les feuilles de soins électroniques devra être effectué dans un délai de 7 jours ; si ce délai est dépassé, l'Assurance maladie devra payer des pénalités au médecin. La loi imposera aussi une obligation de transparence sur les délais moyens de paiement de chaque caisse primaire.

Résultats : les données suivantes dressent un état des lieux des pratiques de tiers payant au premier semestre 2015 en soins ambulatoires (donc hors hospitalisations qui font systématiquement l'objet d'une dispense de frais). Elles sont exprimées en pourcentages de dépenses facturées en tiers payant.

Au premier semestre 2015, sur l'ensemble des soins médicaux, le taux de tiers-payant des montants remboursés par l'assurance maladie est de 38,7%.

Pour les cas prévus par la réglementation, quelle que soit la spécialité ou le support d'entrée (feuille de soins papier ou électronique), ce taux est très proche de 100% : il est de 97,2% pour les patients Cmuc et 97,5% pour le risque AT-MP. Le décalage par rapport aux 100% s'explique sans doute par une incertitude sur l'ouverture des droits ou l'absence de la carte vitale au moment de la consultation avec le professionnel de santé.

Concernant les cas non prévus par la réglementation, le taux de tiers-payant est de 58,1% pour les patients en ALD et de 24,0% pour les autres patients.

[1] Pour les patients bénéficiant de l'ACS n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné, et qui disposent de l'attestation « de tiers payant sur la part assurance maladie obligatoire (hors part complémentaire) » anciennement appelé « tiers-payant social », le médecin continue de pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire uniquement. Par ailleurs, l'ensemble des patients bénéficiaires de l'ACS, avec ou sans tiers payant intégral, continuent de bénéficier de tarifs sans dépassement, quel que soit le secteur d'exercice.

Selon les différentes catégories de médecins, le taux de tiers-payant des omnipraticiens (*i.e.* les généralistes et médecins à exercice particulier) est de 33,7% alors que celui des spécialistes s'élève à 42,9%. Globalement, le taux de tiers payant observé sur les feuilles de soins électroniques (40,4%) est supérieur à celui des feuilles de soins papier (31,9%).

En ce qui concerne plus particulièrement les bénéficiaires de l'ACS, des données portant sur l'année 2014 (y compris les soins hospitaliers), montrent qu'un peu moins de 72% des dépenses de cette population sont facturées en tiers payant.

Taux de tiers payant par motif et catégorie de médecins- 1er semestre 2015 pour la partie régime obligatoire

Taux de tiers payant	1er semestre 2015	Objectif
Cas obligatoires		
CMUC	**97,2%**	
Omnipraticiens	98,1%	
Spécialistes	96,0%	**100%**
Risque AT-MP	**97,5%**	
Omnipraticiens	97,2%	
Spécialistes	98%	
Cas non prévus par la réglementation		
ALD (hors CMUC)	**58,1%**	
Omnipraticiens	52,9%	
Spécialistes	62,1%	**Augmentation**
Autres cas (y compris risque maternité)	**24,0%**	
Omnipraticiens	15,8%	
Spécialistes	30,5%	
Ensemble des assurés	**38,7%**	
Omnipraticiens	33,7%	**Augmentation**
Spécialistes	42,9%	

Source : CNAMTS, DCIR, liquidations de janvier à juin 2015. Support d'entrée : feuilles de soins papier et feuilles de soins électroniques. Champ : tous régimes, France entière.

Construction de l'indicateur : le taux des actes facturés en tiers payant rapporte les dépenses de soins facturées en tiers payant à l'ensemble des dépenses facturées et présentées au remboursement à l'assurance maladie. Sont exclues du champ les dépenses d'hospitalisation qui font systématiquement l'objet d'une dispense de frais.

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. Cette dernière, créée par la même loi du 27 juillet 1999, permet d'affilier à titre 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 revenus fiscaux dépassent un plafond fixé à 9 601 € à compter du 1er octobre 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 est fixé à 8 645 € par an depuis le 1er juillet 2014 pour une personne seule en métropole. Le plafond de ressources de la CMU-C a été revalorisé de 8,3 % au 1er juillet 2013 (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), puis de 0,6 % au 1er juillet 2014.

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 2014, la plupart des bénéficiaires (86,3%) 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 ont été améliorées. Le panier de soins permet désormais : l'accès à un équipement auditif complet et de qualité grâce à une prise en charge doublée (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 ; 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).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un régime obligatoire	3 573 742	3 673 401	3 731 041	3 846 597	4 174 260	4 495 825	
Bénéficiaires de la CMU-C gérée par un organisme complémentaire	605 574	653 080	689 964	692 392	715 234	710 772	
Ensemble des bénéficiaires de la CMU-C	**4 179 316**	**4 326 481**	**4 421 005**	**4 538 989**	**4 889 494**	**5 206 595**	**Hausse**

Source : Fonds CMU. Champ : France entière.

Au mois de décembre 2014, le dispositif CMU-C compte 5,2 millions de bénéficiaires (dont 4,5 millions gérés par un régime obligatoire). L'effectif total est en progression de 6,5 % par rapport à la même période de 2013. L'effectif à fin 2013 était en progression de 7,7 % par rapport à fin 2012. Ces hausses sont liées à une évolution naturelle des effectifs, dans un contexte de crise économique qui perdure, mais également à la mesure de relèvement exceptionnel du plafond, mise en œuvre au 1er juillet 2013. Dans ce cadre, le Fonds CMU a mis en place un suivi de la mesure avec 11 caisses locales du régime général, ainsi qu'avec le régime des indépendants et le régime agricole. On estime que près de 310 000 attributions de la CMU-C sont liées à la mesure depuis juillet 2013.

Selon la dernière estimation de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes), le nombre de personnes éligibles à la CMU-C, sur la base d'une actualisation pour 2013 serait compris entre 5,7 et 6,8 millions de personnes pour la métropole. Le taux de recours à la CMU-C se situerait entre 60 % et 72 %.

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 1er janvier 2009. La LFSS pour 2011 a transformé cette contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) à hauteur de 6,27% (pour les contrats à échéance principale à compter du 1er 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 %).

A compter du 1er janvier 2016, en application de l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, la TSA (taxe de solidarité additionnelle) et la TSCA (taxe spéciale sur les conventions d'assurance) seront fusionnées au sein d'une taxe unique, la TSA modifiée, dont le taux est modulé en fonction des caractéristiques du contrat. Il s'agit d'une mesure de simplification pour les organismes complémentaires concernés qui n'auront désormais qu'un seul interlocuteur en matière de fiscalité des contrats d'assurance maladie et ne déclareront ainsi qu'une seule fois la totalité de la taxe applicable à ces contrats. Elle est sans impact pour les assurés dont le taux d'assujettissement global reste inchangé. Cette mesure est également neutre pour le Fonds CMU puisque le montant de la taxe qui lui est affecté n'est pas modifié.

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'un montant forfaitaire indexé sur la progression de l'inflation (400 € en 2013, 405 € en 2014, 408 € en 2015).

En ce qui concerne les dépenses de CMU-C engagées par la CNAMTS, dont le coût moyen par bénéficiaire est significativement supérieur (estimé à 427 € en trésorerie pour l'exercice 2014) à celui des autres organismes gestionnaires, l'article 22 de la loi n°2102-1404 du 17 décembre 2012 de financement pour 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* ». Ainsi, les excédents dégagés par le Fonds ont permis prendre en charge la totalité des dépenses engagées par le régime général pour les années 2012, 2013 et 2014.

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 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 1er juillet 2014, le plafond annuel de ressources de l'ACS est fixé à 11 670 € pour une personne seule en métropole. Il a été revalorisé de 8,3 % au 1er juillet 2013 (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), puis de 0,6 % au 1er juillet 2014.

Le montant de l'aide est de 100 euros pour les moins de 16 ans, 200 euros de 16 à 49 ans, 350 euros de 50 à 59 ans et 550 euros à partir de 60 ans (revalorisation de 50 € pour cette dernière tranche d'âge depuis le 1er janvier 2014).

Résultats : l'évolution dans le temps du nombre de bénéficiaires d'attestations ACS et d'utilisateurs de cette aide auprès d'un OC est présentée dans le tableau suivant :

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Bénéficiaires de l'ACS	599 500	631 500	763 100	1 005 200	1 157 200	1 202 300	
Bénéficiaires utilisant effectivement l'attestation	**501 700**	**532 900**	**621 400**	**774 000**	**894 600**	**943 800**	**Hausse**

Source : Fonds CMU, chiffres arrondis. Pour le nombre de bénéficiaires, les compteurs sont remis à zéro chaque année pour les bénéficiaires de l'ACS, sur douze mois glissants, de janvier à décembre, pour chaque exercice.
Les utilisateurs sont évalués sur la base de la déclaration des OC du mois de novembre de l'exercice considéré.
Champ : France entière

1,2 million de personnes ont bénéficié d'une attestation ACS au cours de l'année 2014. Ce nombre est en hausse de 3,9 % par rapport à 2013.

Dans le cadre de la mesure de relèvement exceptionnel du plafond au 1er juillet 2013, le Fonds CMU a mis en place un suivi de la mesure de relèvement du plafond de l'aide auprès de 11 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 250 000 personnes se sont vu délivrer une attestation de droits ACS grâce à cette mesure entre juillet 2013 et décembre 2014.

À fin novembre 2014, 944 000 personnes ont utilisé leur attestation auprès d'un OC (+ 5,5 % en référence à fin novembre 2013). Il n'a pas été constaté de baisse du taux d'utilisation en 2014 qui reste stable, autour de 80 %. Il convient de rappeler que l'année 2014 a été marquée par une année pleine dans la montée en charge de la mesure de revalorisation du plafond de ressources.

Le montant annuel moyen de la déduction a augmenté en 2014 pour dépasser le seuil des 300 € (305 € à fin novembre), du fait du relèvement du montant alloué aux personnes âgées de « 60 ans et plus » de 500 € à 550 € au 1er janvier 2014.

Parmi les utilisateurs, 69 % ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 28 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans une institution de prévoyance.

En 2013, le nombre de personnes éligibles à l'aide du fait du niveau de leur revenu est estimé par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes) entre 3,2 et 4,7 millions de personnes. Il convient toutefois de retirer une proportion de 21 % à ces bornes, au titre des personnes qui sont couvertes par un contrat collectif obligatoire, soit des fourchettes corrigées de 2,5 à 3,7 millions pour 2013. En 2013, le taux de recours à l'ACS s'établit entre 28 % et 41 %.

L'enquête annuelle 2014 du Fonds CMU sur le prix et le contenu des contrats ACS montre que la prise en charge du coût des contrats par l'ACS s'établit aujourd'hui à hauteur de 55 %. Le prix annuel moyen du contrat ressort à 916 € (par contrat couvrant en moyenne 1,6 personne, soit 576 € pour une personne), en évolution de + 1,3% par rapport à l'enquête 2013 (+ 2,6 % sur le prix unitaire). Le taux d'effort des ménages concernés pour acquérir leur complémentaire santé représente 3,9% de leur revenu annuel. 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 nettement inférieur aux autres contrats individuels.
Sur la base de la classification DREES qui s'appuie sur une partition en 5 classes de contrats (A, B, C, D, E : de la meilleure à la moins bonne couverture), on constate une surreprésentation des contrats ACS en classe E et D, et à l'inverse, une surreprésentation des autres contrats individuels en classe C. 43 % des bénéficiaires ACS ont souscrit des contrats de classe E, contre 22 % des bénéficiaires des autres contrats individuels (écart de 21 points). Les chiffres s'établissent respectivement à 44 % et 29 % en classe D (écart de 15 points), et à respectivement à 9 % et 41 % en classe C (- 32 points d'écart).

En plus du reste à charge sur le prix du contrat, des restes à charge sur les prestations pèsent également sur le budget des ménages concernés et parfois dans des proportions importantes selon la nature des dépenses et les profils de consommation.

Plusieurs constats récurrents sont issus de ce rapport : une extrême diversité des contrats rendant quasi impossible un choix éclairé par les bénéficiaires, des contrats proposant des niveaux de garantie nettement inférieurs au reste du marché et l'existence d'un double reste à charge pour les bénéficiaires de l'ACS à la fois sur le prix des contrats mais également sur les prestations. À cela s'ajoute un taux de non recours qui reste important.

C'est sur cette base que le gouvernement a décidé de réformer le dispositif pour en faciliter l'accès au plus grand nombre. La réforme est entrée en vigueur au 1er juillet 2015. 11 offres ont été sélectionnées regroupant une centaine d'OC. Ils proposeront les 3 contrats (A, B, C) qui ont été définis par les pouvoirs publics.

Concrètement, après instruction de la demande par les caisses d'assurance maladie, une attestation de droits (« attestation-chèque santé ») est délivrée au bénéficiaire et doit être présentée à l'organisme complémentaire.

Avant le 1er juillet 2015, le bénéficiaire de l'aide devait choisir parmi les contrats proposés sur le marché par des centaines de mutuelles, d'institutions de prévoyance ou de compagnies d'assurance existantes.

Le Gouvernement a réformé ce dispositif en sélectionnant les contrats éligibles à cette aide à l'issue d'une mise en concurrence, afin de simplifier le choix des bénéficiaires et de leur permettre de voir baisser significativement le coût de leur complémentaire santé, et pour obtenir des contrats offrant une meilleure couverture.

De plus, à compter du 1er juillet 2015, de nouveaux avantages seront associés à l'ACS. A l'absence de dépassements d'honoraires déjà en vigueur (depuis le 14 février 2013) s'ajoutent :

- le bénéfice du tiers payant intégral. Concrètement, les bénéficiaires de l'aide, dès souscription d'un contrat sélectionné, n'auront plus à faire l'avance des frais lors de leurs consultations chez les professionnels de santé ;
- la suppression des franchises médicales et de la participation de 1€ par consultation.

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 effectifs de cette aide, donnée fournie par le Fonds 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 2014 sont issus de l'exploitation des réponses de 45 OC représentant 70 % des utilisateurs de l'ACS déclarés par les OC auprès du Fonds CMU à fin novembre 2014.

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 1er 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, le 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. En 2014, 8062 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	2014	Objectifs
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%	10,4%	**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%	22,1%	
Taux de dépassement des médecins en S2	48,4%	49,9%	49,6%	51,1%	54,4%	53,2%	53,1%	52,4%	51,7%	**Réduction**
Taux de dépassement des actes avec dépassement *						81,5%	82,5%	82,7%	82,8%	
Part de l'activité réalisée au tarif opposable *						32,1%	32,9%	33,4%	34,7%	**Pas de diminution**

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

En 2014, 10,4% 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 diminue plus sensiblement en 2014 par rapport à 2013. L'accès aux spécialistes libéraux reste néanmoins moins favorable : 22,1% de la population réside dans des départements où au moins 50% des spécialistes pratiquent des honoraires libres. Ces évolutions reflètent pour partie celles du nombre de médecins exerçant en secteur 2. En 2014, la part des omnipraticiens conventionnés en secteur 2 se stabilise à 8% (comme en 2013) montrant une nette diminution par

rapport à 2003 (13%). En revanche, la proportion des spécialistes conventionnés en secteur 2 continue à augmenter passant de 42,5% en 2013 à 43,5% en 2014 (38% en 2003).

En ce qui concerne leur répartition géographique, les médecins de secteur 2 (omnipraticiens et spécialistes) se concentrent surtout dans les régions à forte densité urbaine, près de trois-quarts de ceux-ci se trouvant dans trois régions : 42,5% des médecins du secteur 2 exercent en Île-de-France, 15,1% en région PACA - Corse et 15,2% en région Rhône-Alpes.

Plus précisément, plus d'un omnipraticien sur cinq est conventionné en secteur 2 dans quatre départements (Paris, Hauts-de-Seine, Seine-et-Marne et Yvelines), ces derniers hébergeant 10,4% de la population métropolitaine.

Cette proportion est plus élevée pour les médecins spécialistes : au moins un spécialiste sur deux est conventionné en secteur 2 dans dix dépar6tements (Paris, Rhône, Hauts-de-Seine, Yvelines, Val de Marne, Seine-et-Marne, Val d'Oise, Haute-Savoie et Essonne). Ces départements hébergent 22,1% 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 garantisse un nombre suffisant de praticiens exerçant en secteur 1 compte tenu de la population. Ainsi, si dans les Alpes Maritimes, la proportion de médecins omnipraticiens de secteur 2 est particulièrement élevée (un omnipraticien actif à part entière sur cinq en 2014), 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 (81,8 dans les Alpes Maritimes contre 73,1 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 51,7% en 2013, un niveau un peu inférieur à celui de 2012, mais en augmentation de près de 5 points par rapport à 2004. Il varie fortement selon les spécialités : inférieur à 35% pour les cardiologues (22%), les pneumologues (25%) et radiologues (33%), 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 34% de l'activité réalisée ne donne pas lieu à dépassement), le taux moyen de dépassement s'élève à près de 82,8%.

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 questionnement 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 est calée 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.

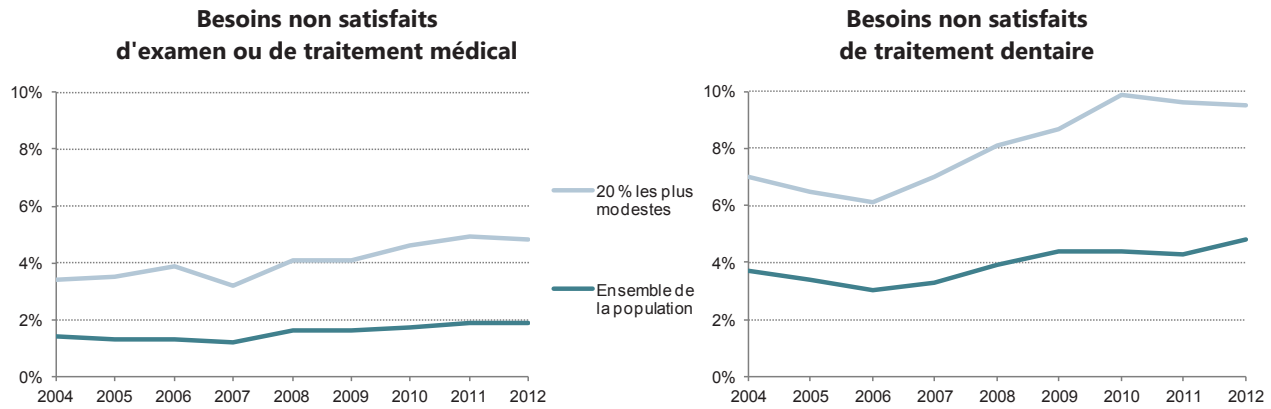
L'écart des taux standardisés sur l'âge et le sexe de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une couverture privée s'établit à 8,3 points en 2012.

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'Irdes[1] 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 l'enquête SPS pour les personnes précaires[2], le taux de renoncement est plus élevé chez les individus les plus modestes, en particulier pour les soins dentaires.

[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
[2] Cf. Questions d'économie de la santé n°170, http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf

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'interprèterait 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? »

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 2004[1] 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 : le surpoids et l'obésité sont fréquemment associés à un risque accru de morbidité (pathologies cardio-vasculaires, diabète…) et de mortalité. 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[1] 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 fixait 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 en matière d'information nutritionnelle entre l'État et les acteurs économiques.

Résultats : d'après les enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire, environ 12% des enfants en grande section de maternelle (GSM), près de 19% des enfants en CM2 et 17,6% des adolescents scolarisés en classe de troisième sont en surcharge pondérale (surpoids et obésité). L'obésité à proprement parler (selon les normes internationales IOTF) concerne environ 4% des enfants de chaque niveau (grande section de maternelle, CM2, 3ème). En grande section de maternelle, l'excès pondéral est moins fréquent que chez les élèves de CM2 ou de troisième. L'enquête réalisée en 2012-2013 auprès des enfants de 5-6 ans montre que 3,5% des enfants sont obèses et 8,4% en surpoids. À cet âge, les filles sont plus fréquemment en surpoids (9,7%) que les garçons (7,1%) alors que les prévalences d'obésité sont proches (respectivement 3,8% et 3,2%).

Prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent

	Année de l'enquête	Surcharge pondérale (a+b)	Surpoids (a)	Obésité (b)	Objectif
Enfants de grande section de maternelle (GSM)	1999-2000	14,4	10,5	3,9	**Stabilisation voire réduction**
	2005-2006	12,2	9,1	3,1	
	2012-2013	11,9	8,4	3,5	
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-DGESCO, enquêtes nationales de santé en milieu scolaire.
Champ : France entière, normes de l'International Obesity Task Force (IOTF).

Si globalement, la prévalence du surpoids et de l'obésité s'est stabilisée, voire a reculé chez les plus jeunes entre 2000 et 2013 pour le surpoids, les disparités sociales perdurent. Les enfants de cadres présentent toujours des prévalences de surpoids et d'obésité bien inférieures à celles des enfants d'ouvriers quel que soit le niveau scolaire (grande section de maternelle, CM2 ou 3ème).

Ainsi, en 2013, 7,2 % des enfants de cadres scolarisés en GSM présentent une surcharge pondérale contre 15,6% des enfants d'ouvriers (tableau 2), en CM2, ils sont respectivement 9,6% et 24,5%. Chez les adolescents (élèves de 3ème), 13,5% des enfants de cadres sont concernés contre 22,2% chez les enfants d'ouvriers.

[1] Le surpoids correspond à la surcharge pondérale hors obésité

Compte tenu de leur structure sociale, les écoles relevant de l'éducation prioritaire ont plus d'enfants en surcharge pondérale : c'est le cas de 16 % des enfants scolarisés en GSM en zone d'éducation prioritaire[1], contre 12 % dans les autres établissements publics hors éducation prioritaire et 8 % dans les écoles privées.

Ces disparités reflètent notamment des différences de modes de vie (sédentarité) et de consommation alimentaire selon le milieu social.

Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le groupe socio-professionnel des parents

groupe socioprofessionnel des parents (1)	Surcharge pondérale			Obésité		
	GSM	CM2	3ème	GSM	CM2	3ème
	2012-2013	2007-2008	2008-2009	2012-2013	2007-2008	2008-2009
Cadres, professions intellectuelles supérieures	7,2	9,6	12,5	1,3	0,8	2,3
Professions intermédiaires	10,2	16,4	14,7	2,4	2,2	2,1
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	13,8	21,4	19,2	4,8	3,9	3,9
Employés	14,3	21,0	19,9	4,8	4,4	5,0
Ouvriers	15,6	24,5	22,2	5,8	7,0	6,5
Ensemble	**11,9**	**18,9**	**17,6**	**3,5**	**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, la proportion d'enfants en surpoids et 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 mètre).

Contrairement aux adultes pour lesquels il existe une valeur seuil unique de l'IMC pour définir la surcharge pondérale (IMC $\geq$ 25 kg/m^2) et une pour l'obésité (IMC $\geq$ 30 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.

Précisions méthodologiques : cet indicateur s'appuie sur des données issues des enquêtes nationales de santé en milieu scolaire organisées conjointement par la DREES et la DGS du Ministère chargé de la santé, la DGESCO et la DEPP du Ministère chargé de l'éducation, et l'Institut de veille sanitaire (INVS). Ces enquêtes sont 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 pas être mis à jour globalement 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, n°737 et 920 de la DREES et au rapport sur l'état de santé de la population, édition 2015.

[1] Depuis la rentrée 2006, l'éducation prioritaire repose sur de nouveaux critères et un nouveau découpage, mais afin d'assurer la comparabilité avec les enquêtes antérieures, l'enquête 2012-2013 utilise l'ancien découpage, connu sous le terme de zone d'éducation prioritaire (ZEP).Les enfants scolarisés en ZEP représentent 12% de l'ensemble des enfants de grande section de maternelle.

Indicateur n°2-2 : Prévalence des pratiques addictives

Sous-indicateur n°2-2-1 : Prévalence du tabagisme quotidien

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 évitable. Le tabac est la cause de 78 000 décès par an. Il est donc important de mener une politique active et efficace de lutte 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 ratifiée 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 que très faiblement et uniquement pour certaines catégories de personnes.

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, la lutte contre les addictions (dont le tabac) est devenue la deuxième des priorités de santé publique, avec un objectif de réduction de la consommation.

Le programme national de réduction du tabagisme comprend des mesures articulées autour de trois axes d'intervention prioritaires et dix mesures phares :

1. 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.
2. 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.
3. 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 :

	2005	2010	2014	Objectif 2019
Population générale 18-75 ans	**27.1**	**29,7%**	**28,6%**	**21%**
dont femmes	23	26,6%	24,6%	
dont hommes	31.4	32.4	32,9%	
Femmes enceintes (3e trimestre)	21%*	17.1%	17%	**12%**
Adolescents de 17 ans	23.6	31,5%	32%	**22%**

Sources : Baromètre santé (Inpes) pour la population générale, enquête nationale périnatale (Inserm) pour la femme enceinte, étude ESCAPAD (OFDT) pour les adolescents.
*donnée 2003

En 2014, 28,6% des personnes âgées entre 18 et 75 ans déclarent fumer quotidiennement.

Cette proportion est plus élevée chez les hommes (32,9%) que chez les femmes (24,6%). Après une longue période de baisse depuis la fin des années 1970, la prévalence du tabagisme quotidien avait augmenté entre 2005 et 2010 (+2

points). Entre 2010 et 2014, une légère baisse est observée, la prévalence du tabagisme quotidien passant de 29,7% à 28,6%.

La baisse de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle significative chez les femmes uniquement (de 26,6% à 24,6%). Parmi celles-ci, la prévalence du tabagisme régulier est en baisse significative au sein des 20-44 ans (-5 points), alors qu'elle est en hausse chez celles âgées de 55 à 64 ans (+3 points), prolongeant la tendance déjà observée en 2010 sur les femmes de 45 à 64 ans. Cette hausse est en partie mécanique, correspondant à un effet de génération : il s'agit là des premières générations de femmes (nées entre 1945 et 1965) qui ont accompagné la montée du tabagisme féminin. Chez les plus jeunes (à 17 ans) la prévalence du tabagisme quotidien est en hausse sur la période 2008 – 2014 (de 28,9% à 32,4%) mais reste très inférieure au niveau enregistré en 2000 (41,1%). Sur la période 2011-2014, la prévalence du tabagisme quotidien chez les filles de 17 ans a légèrement augmenté, de 30,2% à 31,9% alors qu'elle reste stable chez les garçons (33,0%).

Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans entre 2008 et 2014

	2008	2011	2014
Garçons	29,9%	32,7%	33,0%
Filles	27,9%	30,2%	31,9%
Ensemble	**28,9%**	**31,5%**	**32,4%**

Source : étude ESCAPAD (OFDT).

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, 17,1% des femmes déclaraient fumer au troisième trimestre de la grossesse en 2010 contre 21% en 2003 (enquêtes nationales périnatales).

Les chômeurs comptent toujours, en 2014, davantage de fumeurs quotidiens (48,1%) que les actifs occupés (30,4%) du même âge. Entre 2005 et 2010, l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien avait été beaucoup plus importante chez les chômeurs (+7,1 points) que chez les actifs occupés (+2,2 points). Ce résultat est corroboré par les données d'autres enquêtes en population générale.

Les recommandations de la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (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 deux ans depuis 2014) 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.

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. La non-réponse totale est corrigée par redressement sur les marges de la population issues du recensement.

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 plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 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 (p)	Objectif
Litres d'alcool pur	12,3	12,3	12,2	11,6	11,2	**Diminution**

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

Le rythme de diminution de la consommation d'alcool sur le territoire français, assez rapide au début des années 2000 s'est ralenti depuis 2005 mais reste globalement orienté à la baisse.

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 litre en 2013) qui pourraient être liée à l'augmentation des taxes sur les bières prévues par la LFSS 2013.

La forte baisse en 2013 conduit à envisager une stabilité pour 2014, puis à une reprise de diminution de 0,2 litre 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.

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.

Pour plus de détails, se reporter au rapport DGS/DREES, 2015, 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 Stratégie nationale de santé, le troisième plan cancer 2014-2019 met de nouveau 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 coexiste avec le dépistage organisé (DO). Selon une récente étude croisant les données de l'observatoire de la sénologie et celles de l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), le dépistage individuel représentait 10 % de l'ensemble des mammographies réalisées chez les femmes de 50-74 ans, atteignant plus de 20% dans certains départements urbanisés ayant une offre de soins importante.

La HAS recommande d'orienter vers le dépistage organisé toutes les femmes, c'est-à-dire aussi bien celles qui ne se font jamais dépister que celles qui recourent au dépistage individuel.

Précisions sur le dispositif : initié en 1994, le programme national de dépistage organisé du cancer du sein est généralisé à l'ensemble du territoire depuis 2004. Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées par les structures de gestion de dépistage des cancers 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.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Taux de participation (%)	40,2	44,8	49,0	50,7	52,5	52,3	52,0	52,7	52,7	51,6	52,1	**Augmen-tation**

Source : InVS.
Note : le « taux de participation » est différent du « taux de couverture », qui comptabilise à la fois la participation des femmes au programme national et au dépistage individuel mais pour lequel il n'existe que des estimations.

En 2014, le taux de participation en France entière s'élevait à 52,1 %, soit près de 2 520 000 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.

Depuis 2008, on observe une stabilité des taux de participation des femmes de 50 à 64 ans. Pour celles de 65 à 69 ans, le taux de participation était en nette progression entre 2009-2010 et 2011-2012, mais semble fléchir sur la dernière période 2012-2013. Chez les femmes plus âgées (70-74 ans), elle augmente faiblement de 47,4 % en 2009-2010 à 49,2 % en 2013-2014. 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 2013-2014 des taux de participation proches ou supérieurs à 60% (Pays de la Loire, Limousin, Bretagne, Centre) tandis que d'autres ont des taux proches ou inférieurs à 40 % (Corse, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur). Seuls les départements du Maine-et-Loire et de Loire-Atlantique ont atteint l'objectif du

Plan cancer avec un taux de participation de 65 %. Une trentaine de départements ont des taux de participation compris entre 58 et 65 % sur ces deux ans. Le département de Paris enregistre la participation la plus faible (26,7 %).

D'après les données du baromètre cancer 2010, publiées en juin 2012 par l'INPES, 87,5% des femmes déclarent avoir réalisé une mammographie dans les deux ans, proportion qui peut être considérée comme satisfaisante. De plus, à part celles ne vivant pas en couple qui semblent se faire moins dépister que les autres (non : 80,1% versus oui : 90,9% vs), on observe peu de différence entre les femmes en termes de recours au dépistage. Cette homogénéisation des comportements traduit en partie le succès de la généralisation du dépistage, en réduisant notamment les principales inégalités d'accès à un service sanitaire jugé comme important.

Sur la période 2011-2012, près de 36 800 cancers du sein ont été découverts par le dépistage organisé, soit un taux de 7,5 cancers pour 1 000 femmes dépistées (20,6 % lors d'un dépistage initial chez les femmes n'ayant réalisé aucune mammographie antérieure, 10,1 % chez celles ayant réalisé un dépistage initial avec antécédents de mammographie et de 6,8 % lors des dépistages subséquents). La deuxième lecture a permis de dépister 6,4 % de ces cancers (soit 3,5 %, 5,5 et 6,9 % respectivement).

Le rôle du médecin traitant dans la participation des femmes au dépistage organisé est prépondérant, et est confirmé par 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).

Construction de l'indicateur : le taux de participation 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. Ces indicateurs sont produits par l'INVS qui valide également es données et réalise la synthèse de l'évaluation.

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 mis à jour et publié 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, INCA2011 (iv) Les cancers en France, Les données, INCa, janvier 2014- (v) Baromètre cancer 2010 INPES juin 2012 www.inpes.sante.fr (vi) Lastier D, Salines E, Rogel A. Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en France : résultats 2009, évolutions depuis 2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012, 12 p (vii) Lastier D., Salines E, Rogel A, Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006, Institut de veille sanitaire, 2013, 26 p.

Pour plus de détails, il est possible également de se reporter au rapport « l'état de santé de la population en France » de la DREES, édition 2015.

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 de 2004 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 la généralisation du dépistage organisé du cancer du col à l'ensemble du territoire français.

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 (dépistage organisé ou dépistage individuel), 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.

Taux de couverture	2006-2008	2007-2009	2008-2010	2009-2011	Objectif
25-29 ans	57,6%	59,8%	58,8%	57,9%	
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%	**80%**
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. Au total, sur ces départements, le taux standardisé (France 2010) de couverture de dépistage (dépistage individuel et dépistage après incitation) 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 entre 11 et 14 ans (2 doses). Le rattrapage est possible entre 15 et 19 ans (3 doses) 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 pour 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 section locale mutualiste SLM) ont pu être considérées, celles affiliées aux deux autres principaux régimes d'assurance-maladie (MSA et RSI) n'ayant été intégrées qu'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 les affiliés à 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, il est possible également de se reporter au rapport « l'État de santé de la population en France » de la DREES, édition 2015.

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 17 300 décès en 2012, dont 53% chez l'homme. La très grande majorité des cancers colorectaux survient chez des personnes de plus de 50 ans. Le pronostic de ce cancer est étroitement lié au stade de développement au moment du diagnostic. Les causes des cancers colorectaux ne sont que partiellement connues. Le dépistage du cancer colorectal est l'un des principaux moyens de détection précoce permettant ainsi de réduire la mortalité due à ce cancer. En effet, les essais randomisés contrôlés de population réalisés en Europe dans les années 90 et 2000 ont montré que la mise en place du dépistage organisé du cancer colorectal permettrait, avec un taux de participation d'au moins 50 % [1-4], de réduire de 15 % à 18 % 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. Depuis sa mise en œuvre, ce programme de santé publique se fondait sur le test au gaïac (Hémoccult® II) de détection du sang occulte dans les selles. Depuis avril 2015, ce test est remplacé par le test immunologique (OC-Sensor®), plus sensible pour la détection de lésions néoplasiques avancées, plus fiable et plus reproductible.

Le test de dépistage est proposé tous les deux ans chez les personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen (sans antécédents personnels ou familiaux d'adénomes ou de cancer colorectal, de maladies inflammatoires chroniques intestinales ou de prédispositions génétiques particulières) pour ce cancer. Une coloscopie doit être pratiquée en cas de test positif. L'ablation lors de la coloscopie des 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 60 %. Le plan cancer 3 pour la période 2014-2019, poursuit l'objectif d'accroitre 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;
- la prise en charge à 100% de la lecture du test;
- l'indemnisation des médecins généralistes pour la remise du test au gaïac à leurs patients.

Par ailleurs, les coûts de fonctionnement des structures de gestions 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 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	2013-2014	Objectif
Nombre de personnes de 50 à 74 ans invitées à se faire dépister (en millions)	16,9	17,6	17,9	18,1	17,3	**Augmentation**
Nombre de personnes de 50 à 74 ans dépistées (en millions)	5,1	5,0	5	4,9	4,8	
Taux de participation national au programme * †	**34 %**	**32,1 %**	**31,7 %**	**31,0 %**	**29,8 %**	
chez les femmes	36,5 %	34 %	33,7 %	32,8 %	31,5 %	
chez les hommes	31,4 %	30 %	29,6 %	29,1 %	27,9 %	

* Les taux sont estimés par rapport aux projections de population Insee (scénario central) 2007-2042 et standardisés sur la population française 2009 (projections de population Insee, scénario central 2007-2042).

† Les données 2013-2014 sont incomplètes en raison de l'arrêt anticipé des invitations dans certaines structures de gestion au cours du dernier trimestre 2014.

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 revanche, entre 2005 et 2012, l'incidence baisse de 0,3 % par an chez les hommes comme 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 2013-2014, la population des personnes âgées de 50 à 74 ans est estimée à 18,4 millions d'individus, dont au moins 16 millions ont été invités à participer au programme. Près de 5 millions ont réalisé un test, ce qui représente un taux de participation de 29,8 %. La participation demeure plus élevée chez les femmes (31,5%) que chez les hommes (27,9%). Le taux de participation augmente avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes. Il augmente chez les hommes de 23,8 % entre 55-59 ans à 36,1 % à 70-74 ans et chez les femmes de 27,8 % entre 50-54 ans à 37,1 % entre 70-74 ans. Entre 2009 et 2012, on observe une baisse de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal avec des taux passant de 34 % à 31 %. Cette baisse pourrait être en lien avec une implication inégale des professionnels de santé, notamment les médecins généralistes dont on sait que la confiance au test au gaïac reste limitée d'après l'enquête barométrique réalisée en septembre 2010 auprès des médecins généralistes, seuls 34 % d'entre eux déclarent le recommander systématiquement à chaque consultation auprès de leurs patients âgés de 50 à 74 ans.
Le Baromètre cancer 2010 de l'INPES réalisé auprès de la population générale 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.

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 INSEE du département 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.

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 au rapport « l'état de la santé de la population en France », DREES, édition 2015.

Références

1. J. Kewenter J , Björk S, Haglind E. Screening and rescreening for colorectal cancer. A controlled trial of fecal occult blood testing in 27,700 subjects. Cancer 1998; 62: 645-51

2. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet 1996;348:1472-7

3. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet 1996;348:1467-71

4. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, Dassonville F, Bonithon-Kopp C. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology. 2004;126:1674-80.

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 de 2 ans: type de vaccinations, nombre de doses et âges pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les infections invasives à Haemophilus influenzae b (Hib), la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite B, les infections invasives à méningocoque C et les infections à pneumocoque. Les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP) sont obligatoires chez l'enfant.

Les vaccins relatifs à ces pathologies font l'objet d'un remboursement de la part de l'assurance maladie.

La lutte contre la plupart de ces maladies (DTP, hépatite B, rougeole et rubéole) s'inscrit dans le Plan d'action Européen 2015-2020 relatif aux vaccinations

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

Résultats : les taux de couverture vaccinale chez les enfants de 24 mois pour les vaccinations recommandées sont donnés dans le tableau suivant (en %).

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
DT 3 doses	96,4	97,1	98,1	98,5	98,5	98,7	98,7	98,5		95%
DT rappel	84,7	88,5	88,0	89,4	91,3	91,3	91,7	91,0		
Polio 3 doses	96,1	96,9	98,0	98,4	98,5	98,7	98,7	98,5		
Polio rappel	84,3	88,1	87,7	89,2	91,3	91,3	92,7	91,0		
Coqueluche 3 doses	94,3	95,9	97,4	98,2	98,2	98,4	98,4	98,3		
Coqueluche rappel	82,4	87,3	87,2	89	90,8	90,5	90,9	90,3		
Hib 3 doses			86,1	96,6	97,3	97,6	97,5	97,5		
Hib rappel				87,5	89,6	88,6	89,0	88,4		
Hépatite B 3 doses			26,0	35,1	64,6	74,2	78,1	81,5		
Rougeole 1ère dose	67,0	82,6	84,1	87,2						
Oreillons	53,7		83,5	87,0						
Rubéole	63,7	81,5	83,8	87,0						
Rougeole, oreillons, rubéole 1 dose					89,2	89,4	90,5	90,3		
Rougeole, oreillons, rubéole 2 doses					60,9	67,3	72,0	74,5		
Pneumocoque					88,6	88,8	88,8	89,2		
Méningocoque C						48,0	54,1	56,4	64,0	

Source : Drees, remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24ème mois, traitement InVS. Échantillon généraliste des bénéficiaires CnamTS/InVS pour le vaccin contre le méningocoque C.

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 que dans certains pays 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 tandis que la couverture de la « rougeole seconde dose » est en augmentation régulière depuis 2010. La couverture contre l'hépatite virale B est, elle, en nette augmentation depuis l'admission au remboursement du vaccin hexavalent en 2008.

La suspension de l'obligation vaccinale contre la tuberculose par le BCG est intervenue en juillet 2007. Cette vaccination reste cependant fortement recommandée dans des populations à haut risque de tuberculose (avis du Conseil supérieur d'hygiène de France du 9 mars 2007), notamment les enfants nés ou dont au moins un parent est originaire d'un pays de forte endémie de tuberculose ainsi que chez les enfants résidant en Île-de-France, en Guyane ou à Mayotte.

L'incidence de la tuberculose reste faible en France mais des disparités tant populationnelles que géographiques demeurent. Les modifications de la politique vaccinale intervenues en 2007 et la baisse de couverture vaccinale observée en 2006 à la suite de la disparition de la forme multi-puncture du BCG (Monovax) n'ont pas eu à ce jour d'impact sur l'épidémiologie de la tuberculose de l'enfant au-delà de ce qui était attendu. Il convient, cependant, de poursuivre avec la plus grande attention la surveillance de l'épidémiologie de la tuberculose de l'enfant ainsi que le suivi de la couverture vaccinale des enfants ciblés par le BCG.

Au total, la couverture vaccinale est élevée pour certaines vaccinations (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, Hib, pneumocoque). Elle doit être améliorée pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) dont les niveaux de couverture actuels sont incompatibles avec l'objectif d'élimination de la rougeole et de l'infection rubéoleuse congénitale. Les couvertures par le vaccin contre la méningite à méningocoque du groupe C et contre l'hépatite B sont insuffisantes, cette dernière ayant néanmoins nettement progressé depuis 2008. La couverture par le BCG est insuffisante chez les enfants à risque de tuberculose, surtout en dehors de l'Île-de-France.

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 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 jusqu'en2013.

Pour le vaccin contre la méningite à méningocoque C, recommandé depuis 2010 et pour lequel les données issues des certificats de santé ne sont pour l'instant pas encore disponibles, l'estimation de la couverture vaccinale se fait à partir des données de remboursements de vaccins contenues dans l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (données du Sniir-AM). Elle est calculée chaque année et définie comme le nombre d'enfants âgées de 24 mois ayant reçu au moins une dose de vaccin sur l'ensemble des enfants de 24 mois suivis dans cet échantillon.

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, plusieurs 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 (ROSP), l'objectif de taux de couverture de 75%, des patients en affection de longue durée (ALD) ciblés ou âges 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	2014-2015	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%	48,5%	
Ensemble des personnes de moins de 65 ans*					39,4%	47,2%	37,2%	39,5%	39,1%	38,3%	37,5%	
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%**	**46,1%**	**75%**

Source : CNAMTS. Champ : France métropolitaine, régime général, RSI, CCMSA, assurés et ayant-droits.
* personnes avec ALD ou souffrant d'asthme ou de bronchite chronique obstructive (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 6 ans chez les personnes âgées de 65 ans et plus (48,5% en 2014-2015 versus 63,9% en 2009-2010) et sont plus constants mais très insuffisants chez l'ensemble des personnes de moins de 65 ans 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 ; elles concernent les personnes relevant du régime général des travailleurs salariés, du RSI, de CCMSA et leurs ayants droit uniquement.

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 2016 », à 5,4% de la population en 2013 (taux standardisé sur la population INSEE), ce qui représente environ 3 millions de personnes pour le régime général (y compris les sections locales mutualistes). La prévalence est plus élevée chez les hommes et augmente avec l'âge, atteignant un taux maximal chez les 75 ans et plus (22% chez les hommes et 15% chez les femmes).

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 également été réaffirmé dans la récente 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 lesquelles diffèrent un peu des recommandations actuelles.

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 :

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Part des patients diabétiques (en %) ayant effectué :							
au moins un dosage de l'hémoglobine glyquée (Hb1Ac) par semestre	58,5	60,4	63,0	65,0	67,1	68,5	
au moins un fond de l'œil	40,4	41,4	46,0	46,2	46,4	47,1	**Augmentation**
au moins une cholestérolémie	71,3	72,7	73,3	72,1	72,7	72,8	
les trois examens	**22,4**	**23,9**	**27,2**	**28,4**	**29,4**	**30,2**	

Source : données CNAMTS (DCIR), en date de soins.
Champ : régime général, France entière.
Note de lecture : 30,2 % 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 2014.

Sur la période 2009-2014, 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, passant de 22,4% à 30,2%.

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 10 points passant de 59% en 2009 à 69% en 2014. Pour le fond de l'œil, cette part reste faible, malgré une augmentation de près de 7 points (passage de 40% à 47%). 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 (72,8%) et augmente de nouveau très légèrement après une chute observée en 2012 (72,1%), elle n'a toujours pas retrouvé son niveau de 2011 (73,3%).

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 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 de la France entière est effective depuis novembre 2012. Le programme comptait en juin 2015 un peu moins de 600 000 adhérents.

Les résultats sont certes positifs et encourageants, mais encore trop faibles, et doivent donc inciter à poursuivre ou accroitre 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 2016 » 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.

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. L'objectif de performance 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 unité d'hospitalisation de courte durée (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 d'évolution de l'indicateur DEC :

L'évolution de l'indicateur DEC a été réalisée en deux temps :

(a) Dans un premier temps, le délai de remise au patient ou d'envoi au médecin destinataire a été ramené à 0 jour tout en maintenant un contenu identique à l'indicateur DEC (indicateur intermédiaire intitulé « Document de sortie »).

L'indicateur a fait l'objet d'un premier calcul à partir des données du recueil national 2014, sans diffusion publique. Les résultats ont montré que l'envoi d'un courrier de fin d'hospitalisation complet le jour de la sortie est de 37 % en MCO. Seuls les résultats individuels ont été diffusés aux établissements. La diffusion publique est prévue en 2016.

(b) Dans un second temps, un nouvel indicateur intitulé « Qualité du document de sortie » a été développé et testé dans un panel d'établissements de santé volontaires au second trimestre 2015.

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 l'expérimentation « parcours santé des aînés - PAERPA- ….), un « Document type de sortie » a été développé par la HAS en 2014, et le nouvel indicateur intitulé « Qualité du document de sortie» (QDS), reprenant le contenu de ce document type a été expérimenté au 2ème trimestre 2015. Il remplacera progressivement l'indicateur existant (DEC).

L'indicateur QDS a été développé dans un groupe de travail spécifique, fin 2014, afin de renforcer les exigences de contenu, en reprenant les rubriques définies dans un référentiel HAS portant sur le « Document type de sortie » (2014)[1].

Pour respecter les exigences du contenu métier du « Document de sortie » précisées dans le référentiel HAS, l'indicateur QDS comporte 14 critères : deux critères indispensables (présence du document de sortie, document daté le jour de la sortie), cinq critères médicaux, et sept critères médico-administratifs.

Le premier recueil national (sans diffusion publique) de l'indicateur QDS aura lieu en 2016.

1 Lien : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h

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

Finalité : 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 rationnaliser le recours aux soins en le limitant aux seules interventions jugées pertinentes par le médecin régulateur. La régulation a ainsi été conçue comme la pierre angulaire du dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA).

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'efficience du dispositif de permanence des soins financé par l'assurance maladie.

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 récemment produit des recommandations de bonnes pratiques professionnelles destinées à constituer une référence en matière d'organisation et de fonctionnement des structures en charge de cette activité.

Aujourd'hui, la multiplicité sur le territoire national des numéros d'appel à la régulation, différents dans chaque département (numéro 15, numéros à dix chiffres, à quatre chiffres ou autres) nuisent à la connaissance du dispositif de PDSA et à son bon usage par la population.

Un des objectifs du projet de loi de modernisation de notre système de santé est de donner davantage de lisibilité et d'efficacité au dispositif en créant, à côté du n°15, un numéro d'appel harmonisé au niveau national aisément mémorisable, qui permettra au patient d'entrer en contact avec le médecin régulateur de PDSA quel que soit l'endroit où il se trouve.

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

	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Part des actes régulés aux horaires de PDSA	7%	54%	58%	58%	60%	62%	62%	71%	**Augmentation**

Source : CNAMTS
Champ : France entière

La part des actes régulés dans l'activité réalisée aux horaires de permanence des soins s'élève à 71% en 2014, en nette progression depuis 2005. Après une période de montée en charge, les actes régulés deviennent majoritaires dans l'activité aux heures de permanence depuis 2008. Le ratio s'est maintenu autour de 60% entre 2009 et 2013 puis a connu en 2014 une forte augmentation (+9 points). 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. Une participation des médecins libéraux à la régulation des appels est désormais organisée dans la quasi-totalité des départements.

Si on constate néanmoins la persistance de disparités régionales sur cet indicateur qui varie, en France métropolitaine, de 48 % à 93% d'actes régulés, on constate une progression de la part des actes régulés dans toutes les régions, ce qui confirme une dynamique homogène sur l'ensemble du territoire.

La part des actes non régulés est de plus en plus faible aux horaires de PDSA (29% en 2014). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce taux résiduel :

- 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 : Indicateurs relatifs à la prévention des infections nosocomiales

Sous-indicateur n°3-3-1 : Prévalence des infections associées aux soins dans les trois secteurs de l'offre de soins (établissements sanitaires, médico-sociaux, soins de ville)

Finalité : depuis 1994, les programmes de prévention et de lutte contre les infections nosocomiales (IN) sont élaborés tous les quatre à cinq ans. Le précédent programme (2009-2013) a fait l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de santé publique (HCSP). Le HCSP préconise, dans son rapport remis en juillet 2014, une approche transversale reposant sur le parcours de santé du patient/résident.

Le nouveau programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) 2015 s'appuie sur ces préconisations. Il se focalise sur le parcours de santé du patient au cours de sa prise en charge dans les différents secteurs de l'offre de soins, qu'il s'agisse des établissements de santé, des établissements médico-sociaux ou des soins de ville, dans un souci de mutualisation des moyens, de cohérence et de continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours, en se concentrant sur les activités les plus à risque entrainant une prise en charge partagée au sein des différents secteurs.

A cette fin, l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales est maintenue en établissements de santé, dans une périodicité au plus de cinq ans, la prochaine enquête étant d'ores et déjà programmée en 2017. Elle doit permettre de renforcer la sensibilisation et la formation des établissements de santé à la surveillance des infections nosocomiales, de produire des estimations régulières de la fréquence des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux dans les établissements de santé et d'en décrire les caractéristiques. En complément, le Propias propose de réaliser au niveau national et tous les cinq ans, une enquête de prévalence des infections associées aux soins (IAS) dans les établissements médico-sociaux (en priorité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD- en 2016) et de définir une méthodologie pour un état des lieux des IAS en ville.

Résultats : la prévalence des patients infectés (PPI) et la prévalence des infections noscomiales (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). Le tableau suivant présente les résultats de l'enquête menée auprès des établissements de santé en 2006 et 2012. En 2006, 2337 établissements publics et privés, représentant 94% des lits d'hospitalisation et 358 353 patients, ont été inclus. En 2012, 1938 établissements de santé, représentant 91% 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.

Si globalement la part des patients infectés est restée stable (5%), des évolutions plus contrastées sont observées selon le type d'établissement. Elle est en 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 (où la prévalence est la plus faible)., Elle est en revanche en progression dans les CHR/CHU et les centres de lutte contre le cancer, catégories où la prévalence des IN est la plus élevée.

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	
Hôpitaux d'instruction des armées	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 3e 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	
					acquises	importées
	Effectif	%	%	%	%	%
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
Hôpitaux d'instruction des armées	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°3-3-2 : Indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2)

Finalité : l'Indicateur Composite de bon usage des Antibiotiques « ICATB » reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques. Cet indicateur, recueilli depuis 2006, a montré en 2012 que 92,4% des établissements de santé ont atteint les meilleures classes de performance « A et B ». La progression de cet indicateur a été constante depuis sept ans mais les gains d'une année sur l'autre sont désormais faibles (89,2% en 2011 vs 92,4% en 2012). Cet indicateur a donc évolué en 2ème génération (ICATB.2), en lien avec les objectifs du plan national d'alerte sur les antibiotiques, et propose des objectifs plus exigeants.

Il objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).
Les indicateurs de deuxième génération sont des évolutions du niveau d'exigence d'indicateurs existants (1ère génération). Il est donc impossible de comparer les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales dit de première génération présentés dans les éditions précédentes du PQE avec ceux de deuxième génération.

Les établissements sont regroupés dans des classes de performance, de A à E, 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 E les établissements les plus en retard.

Résultats : concernant les données du tableau de bord des infections nosocomiales 2013, 11 établissements de santé (0,5%) sont « non répondants » (absence de transmission par l'établissement des données nécessaires à l'élaboration des indicateurs) à l'indicateur ICATB.2.

En 2014, pour sa première année de diffusion publique en version 2, 67,7% des établissements de santé sont en classe A et B pour l'indicateur ICATB.2 du bilan des activités 2013 de lutte contre les infections nosocomiales.

	2013		**Objectif 2015**
	Nombre d'établissements	Structure	
Classe A	902	42,2%	**100% des ES en classe A ou B**
Classe B	545	25,5%	
Classe C	379	17,8%	**0%**
Classe D	183	8,6%	**0%**
Classe E	126	5,9%	**0%**
Total établissements répondants concernés	**2 135**	**100%**	

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2013 publié par la DGOS

Distribution nationale des classes par catégorie

Catégories d'établissements/classes	2013					
	A	B	C	D	E	Effectif
CHR-CHU	51,4%	18,1%	16,7%	8,3%	5,6%	72
CH, moins de 300 LP	35,6%	24,0%	17,3%	14,1%	9,0%	312
CH, plus de 300 LP	47,4%	22,7%	16,6%	7,1%	6,2%	211
Hôpitaux locaux	34,3%	26,4%	23,9%	8,9%	6,4%	280
Cliniques, moins de 100 LP	46,2%	29,1%	17,1%	5,0%	2,5%	199
Cliniques, plus de 100 LP	50,2%	28,4%	13,0%	6,3%	2,1%	331
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	47,4%	42,1%	5,3%	5,3%	0,0%	19
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	42,0%	25,1%	18,3%	8,0%	6,6%	665
Soins de longue durée (SLD)	26,1%	17,4%	23,9%	17,4%	15,2%	46
Total général	**902**	**545**	**379**	**183**	**126**	**2 135**
En %	**42,2%**	**25,5%**	**17,8%**	**8,6%**	**5,9%**	**100%**

Source : Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national 2013 publié par la DGOS
*LP : Lits et Places

Les catégories d'ES dont plus de 50% sont en classe A sont les CHR/CHU et les cliniques de plus de 100 LP. Les Centres de lutte contre le cancer sont pour 90% d'entre eux en classe A ou B avec 0% en classe E, ce qui traduit leur implication déjà très avancée dans le bon usage des antibiotiques. Les plus gros efforts à faire se situent au niveau des hôpitaux locaux, des CH de moins de 300 LP et des SLD.

Construction de l'indicateur : l'Indicateur Composite de bon usage des Antibiotiques « ICATB.2 » mesure le niveau d'engagement de l'établissement de santé dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques. Il est composé de 3 sous-indices, Organisation (O), Moyens (M) et Actions (A) pondérés respectivement à 16, 38 et 46 points pour un total de 100 points. Le poids de l'indicateur en version 2 est porté sur les actions pour mesurer l'engagement des établissements dans des mesures concrètes de bon usage des antibiotiques.

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 A à E ont été établies selon une méthode statistique reposant sur les centiles de distribution de chaque catégorie d'établissement de santé (centile 20 - 40 - 60 - 80) à partir des données des bilans 2012 (réalisés sur 2456 établissements). Ces bornes de classes ne changeront 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.

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 2ème 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 3ème 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	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Procédure V2	Nombre d'établissements certifiés avec ou sans recommandation(s) de niveau 1*	329	1 344	-	-			
	Nombre total d'établissements engagés dans une procédure de certification	709	2 745	-	-			
	Proportion d'établissements certifiés avec ou sans recommandation(s) de niveau 1	**46%**	**49%**	**-**	**-**			
Procédure V3 (V2010)	Nombre d'établissements ayant obtenu une certification simple*	-	79**	105	225	342	421	
	Nombre total d'établissements engagés dans une procédure de certification	-	422**	652	1 296	1 965	2 436	
	Proportion d'établissements ayant obtenu une certification simple	**-**	**19%**	**16%**	**17%**	**17,4%**	**17,3%**	**Augmentation**

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 aout 2011.

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

Niveaux de certification	2010	2011	2012	2013	2014
Certification	79	105	225	342	421
Certification avec recommandation(s)	154	242	473	684	831
Certification avec réserve(s)	147	245	464	705	881
Sursis à la décision de certification	41	57	130	226	295
Non certification	1	3	4	8	8
Total	**422**	**652**	**1 296**	**1 965**	**2 436**

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. à fin 2014, 2436 établissements ont reçu une visite initiale depuis la mise en place de la procédure, soit près de quatre fois plus qu'en 2011. Parmi ces établissements, 17,3% ont obtenu une certification simple, une proportion relativement stable depuis 2011. Plus de 70% des établissements visités ont reçu une certification avec recommandation(s) ou une certification avec réserve(s) et plus de 12% ont fait l'objet d'un sursis à la décision de certification ou n'ont pas été certifiés.

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 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 santé publique et tiennent compte des avis, référentiels et recommandations des autorités sanitaires (Haute autorité de santé, Agence nationale de sécurité du médicament) 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'optimisation des prescriptions.

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 :

- 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,
- 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, 91% des médecins omnipraticiens sont éligibles à une rémunération (86% pour l'ensemble des médecins). Chez ces médecins validant les pré-requis, il ressort que :

- 82% des omnipraticiens (71% de l'ensemble des 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. 75% des omnipraticiens (56% de l'ensemble des médecins) ont mis à disposition un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel certifié d'aide à la prescription. Alors qu'il n'y avait que 2 logiciels certifiés par la HAS fin 2011, ils sont désormais au nombre de 37 ;
- 72% des omnipraticiens (47% de l'ensemble des médecins) ont utilisé les téléservices ;
- 94% des omnipraticiens (85% de l'ensemble des 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, 81% 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 et 2013 se poursuivent en 2014. Les indicateurs pour les dosages d'hémoglobine glyquée ont progressé de 7,5 points en trois ans, la part des patients diabétiques ayant 3 ou 4 dosages dans l'année s'élève ainsi à 53,4% en 2014. Le suivi des diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine faible dosage a progressé de 6 points sur la même période.

Les deux autres indicateurs relatifs au suivi des patients diabétiques (suivi ophtalmologique, patients traités par statines) sont restés stables sur 2014.

Suivi des pathologies chroniques	Indicateurs	2011	2012	2013	2014	Objectifs intermé-diaires	Objectifs cibles
Hémoglobine glyquée HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	45,9%	48,7%	51,9%	53,4%	**54 %**	**>= 65 %**
Suivi ophtalmologique	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	61,3%	61,5%	61,4%	61,3%	**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 statines	58,3%	59,9%	60,0%	60,2%	**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%	57,6%	**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.

L'amélioration des dépistages des cancers et celle de la vaccination contre la grippe sont au cœur des priorités de santé publique depuis plusieurs années. Les objectifs fixés dans le cadre de la ROSP ont pour ambition d'améliorer sensiblement les taux de couverture nationaux du dépistage et de la vaccination qui restent insuffisants par rapport aux objectifs fixés par les pouvoirs publics (voir les indicateurs n°2-3 et 2-4 relatifs aux taux de dépistage du cancer et de la couverture vaccinale contre a grippe).

Cependant, les indicateurs relatifs à la vaccination contre la grippe et le dépistage des cancers se révèlent mal orientés en 2014. Les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus connaissent notamment un recul, de respectivement de 2,1 et 2,2 points depuis 2011. Au global, ces résultats s'avèrent insatisfaisants au regard des enjeux de santé publique, notamment pour réduire la mortalité et la morbidité liées aux cancers féminins et aux maladies infectieuses. Il faut toutefois souligner que les efforts des professionnels de santé et les actions conduites pour sensibiliser les assurés à l'importance de la prévention ont pu contribuer à limiter la baisse des résultats compte tenu du contexte. Sans ce travail conjoint, la situation serait sans nul doute plus préoccupante encore.

Par contre, en 2014, des progrès notables sont constatés sur l'ensemble des indicateurs concernant la prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 65 ans, responsable de nombreuses hospitalisations chaque année. Pour ces indicateurs, l'amélioration correspond à une diminution du nombre de patients consommant certains médicaments à risque iatrogénique élevé et/ou à une réduction des durées de traitement.

Les vasodilatateurs, dont la majorité a fait l'objet d'un déremboursement au cours des dernières années en raison d'un service médical rendu (SMR) jugé insuffisant, ne sont aujourd'hui plus prescrits qu'à une part infime des patients : 1,1% des patients de plus de 65 ans (soit une baisse de 9,5 points en 3 ans), dépassant largement l'objectif de 5% fixé en 2011.

La diminution progressive du recours aux benzodiazépines à demi-vie longue constatée en 2012 et 2013 se poursuit en 2014, permettant de limiter les effets délétères de ces produits (interactions médicamenteuses, augmentation des chutes…). Une baisse de 2,9 points de la part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année a ainsi été enregistrée depuis 2011. La part des patients dont la durée de traitement par benzodiazépine est supérieure à 12 semaines est, en revanche, restée stable en 2014, à 14,7% (- 0,1 point par rapport à 2013). La vigilance doit se poursuivre sur cet indicateur, afin de se rapprocher de l'objectif cible de 12% et ainsi de réduire les risques associés à l'usage prolongé des benzodiazépines. En effet, quelle que soit leur demi-vie, celles-ci peuvent avoir des conséquences particulièrement graves chez les personnes âgées : somnolence, troubles de la mémoire, confusion, chutes.

La diminution du taux de remboursement à 15% de certaines benzodiazépines hypnotiques, mise en œuvre depuis le 1er décembre 2014, renforce la sensibilisation des patients aux risques associés à ces traitements, notamment en cas de mauvaise observance et contribuera ainsi à soutenir la pratique des médecins sur ce volet en 2015.

La réduction du nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD s'est accélérée en 2014. Une baisse de 3,7 points a été enregistrée en 2014 par rapport à 2013 pour atteindre un ratio d'un peu moins de 40 prescriptions pour 100 patients (contre plus de 45 prescriptions pour 100 patients en 2011).

Prévention	Indicateurs	2011	2012	2013	2014	Objectifs intermé-diaires	Objectifs cibles
Grippe 65 ans et +	Part des patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	57,8%	56,4%	55,0%	52,1%	**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%	33,4%	**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%	62,8%	**70 %**	**>= 80 %**
Cancer du col de l'utérus	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	58,7%	57,5%	57,5%	56,5%	**65 %**	**>= 80 %**
Vasodilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année (*)	10,6%	7,1%	1,3%	1,1%	**7 %**	**<= 5%**
Benzodiazépines à demi-vie longue	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année (*)	13,7%	12,1%	11,3%	10,8%	**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%	14,7%	**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	39,8%	**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

Concernant les indicateurs d'optimisation des prescriptions, les taux progressent significativement depuis la mise en place de la ROSP et cette tendance se confirme en 2014.

La prescription d'aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires (AAP) a ainsi augmenté de + 1 point par rapport à 2013 pour atteindre un taux de 85,4%, dépassant ainsi l'objectif cible de 85%. La progression de + 3,4 points constatée depuis 2011 représente 143 000 patients supplémentaires en 2014, pour les médecins concernés.

Le recours aux inhibiteurs d'enzymes de conversion (IEC) plutôt qu'aux sartans a également augmenté de 1,1 point par rapport à 2013 avec un taux de 41,5%. Des efforts restent toutefois à poursuivre pour atteindre l'objectif de 65% d'IEC sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boites).

En 2014, l'ensemble des résultats concernant le recours aux génériques sur les 5 classes de médicaments continue de progresser, au service de l'efficience globale du système de soins.

Les pratiques portant sur les prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et d'antihypertenseurs ont largement dépassé l'objectif cible. Elles s'en rapprochent pour les 3 autres classes de médicaments concernées : à moins de 10 points pour les prescriptions d'antibiotiques et à moins de 5 points pour les statines et les antidépresseurs.

La progression des prescriptions dans le répertoire des génériques est particulièrement marquée en 2014 pour les antidépresseurs : + 7,5 points par rapport à 2013. Cette évolution s'explique par l'inscription du séroplex dans le répertoire des génériques et par un renforcement de l'information délivrée aux médecins concernant les molécules inscrites au répertoire des génériques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS ou citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN comme la venlafaxine) et autres antidépresseurs (miansérine, mirtazapine).

Optimisation des prescriptions	Indicateurs	2011	2012	2013	2014	Objectifs intermé-diaires	Objectifs cibles
Antibiotiques	Part de prescriptions d'antibiotiques réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	78,6%	80,9%	81,5%	83,1%	**85 %**	**>= 90 %**
IPP	Part de prescriptions d'IPP réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	71,3%	83,1%	96,3%	99,3%	**68 %**	**>= 85 %**
Statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	38,2%	53,8%	65,3%	67%	**46 %**	**>= 70 %**
Antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	64,1%	72,6%	79,9%	81,8%	**64 %**	**>= 65 %**
Antidépresseurs	Part de prescriptions d'antidépresseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	66,0%	66,5%	68,2%	75,7%	**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 boites)	39,4%	39,6%	40,4%	41,5%	**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%	85,4%	**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 troisième année de rémunération sur objectifs de santé publique (89 111 médecins) perçoivent en moyenne chacun une somme annuelle de 4 215 euros, calculée en fonction de leur taux de réalisation. Parmi eux, les médecins généralistes (hors MEP, soit 51 526 médecins) sont rémunérés à hauteur de 6 264 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 (SNIIRAM) géré par la CNAMTS. Seuls les résultats des indicateurs cliniques calculés à partir du SNIRAM sont présentés ici. Les indicateurs déclaratifs relatifs à la pratique clinique renseignés 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 délivrés en officine de ville représentent près 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 25% 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. L'indicateur présenté ici n'inclut pas les dépenses de médicaments rétrocédés qui ont connu une hausse majeure en 2014 du fait de l'arrivée des nouveaux traitements contre l'hépatite C.

Résultats : les taux de croissance des dépenses de médicaments en ville sont retracés dans le tableau suivant.

	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Effet prix	-2,2%	-2,2%	-3,5%	-3,9%	-3,6%	
Effet génériques	-1,4%	-0,7%	-1,8%	-2,2%	-0,7%	
Effet boîtes	-0,1%	-0,6%	-1,3%	1,3%	0,2%	
Effet ticket modérateur	0,9%	0,4%	1,0%	0,9%	0,4%	
Effet structure	5,4%	3,4%	4,5%	4,0%	2,6%	
Taux de croissance global	**2,4%**	**0,2%**	**-1,3%**	**-0,2%**	**-1,1%**	**Ralentissement**
Part des prescriptions hospitalières	22,2%	23,4%	25,2%	26,0%	27,1%	

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 2014 confirme le retournement de tendance intervenu depuis 2011. Les taux d'évolution des dépenses de médicaments 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, qui se confirme en 2014, même si en 2013 celle-ci a été plus modeste (-1,1% en 2014, 0,2% en 2013).

L'effet prix demeure négatif depuis 2010. Le niveau des baisses de prix en 2014 a été aussi important que les années précédentes ; il s'élève à - 3,6 % en 2014. L'effet génériques est quant à lui moindre qu'en 2013 : les années 2012 et 2013 avaient vu des tombées de brevets très nombreuses, conjuguées 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. En 2014, le développement des génériques a contribué pour 0,7 point 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, est resté stable en 2014 (0,2%).

Le taux de prise en charge des dépenses de médicaments en ville a progressé de 0,4 % en 2014. 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 + 2,6 % le poids des dépenses en 2014.

En outre, il convient de noter que la part des prescriptions hospitalières exécutées en officine de ville est en constante augmentation depuis 5 ans (elles représentent plus du quart de la dépense depuis 2013). Structurellement, les prescriptions hospitalières de pharmacie connaissent des croissances plus dynamiques que celles de la ville (taux de croissance annuel moyen de 5,5 % 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 2013, la France est à la 8ème place dans le classement des pays de l'OCDE en termes de dépense de produits pharmaceutiques par habitant. D'un montant inférieur à 2012, le niveau des dépenses de médicaments en France en 2013 (622 $ en parité de pouvoir d'achat) la place toujours loin des États-Unis (1 034 $) et du Canada (761 $). Au niveau européen, la France est 5ème derrière la Grèce (721 $), la Suisse (696 $), l'Allemagne (678 $) et l'Irlande (652 $). Elle est en 2013 supérieure à celle de la Belgique (606 $) et reste supérieure à celle de l'Italie (572 $) et de l'Espagne (489 $).

Enfin, il convient de noter que la dépense pharmaceutique moyenne des pays de l'OCDE a légèrement diminué (517 $ en contre 521 $ en 2012 et 520 $ en 2011), et l'écart de la France à la dépense moyenne dans les pays de l'OCDE s'est légèrement résorbé entre 2013 et 2012 (20,3 % contre 21,3 % en 2012).

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 + taux de croissance global) =

(1 + effet prix) * (1 + effet génériques) * (1 + effet boîtes) * (1+ effet TM) * (1 + 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 de dépenses de médicaments délivrés en officine de ville 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 dépenses prises en compte dans cet indicateur ne comprennent pas les médicaments de la rétrocession hospitalière délivrés dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé. Les évolutions sont celles du régime général, qui représentait sur le poste « médicament » environ 85% de la dépense en ville en 2014, et donne une approximation du dynamisme des dépenses totales de l'assurance maladie sur le poste médicaments. Les résultats obtenus sont bruts des effets calendaires.

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

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

Les chiffres se rapportent au régime général y 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.

Le plan national de promotion des médicaments génériques pour la période 2015-2017 entend poursuivre les efforts en faveur d'un recours accru aux génériques.

Précisions sur le dispositif : après le droit de substitution accordé aux pharmaciens en 1999, l'accord relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, signé le 6 janvier 2006 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officines, a constitué un puissant catalyseur du développement des génériques. La nouvelle convention pharmaceutique conclue le 4 avril 2012 et 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 « efficience 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 2015 : le 14 novembre 2014, ont été signés par les syndicats des pharmaciens et l'UNCAM :

- l'avenant n°6 à la convention nationale du 4 avril 2012 qui actualise les paramètres du dispositif pour l'année 2015 ;
- l'avenant n°9 à l'accord relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, fixant quant à lui les objectifs annuels pour décembre 2015 dans la continuité de ceux des années précédentes et avec un objectif national fixé à 85% de taux de génériques au 31 décembre 2015.

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Répertoire en vigueur à fin…	juin-07	juin-08	juin-09	juin-09	juin-10	juin-11	juin-12	juin-13
Date d'observation de l'objectif	31 déc.	31 déc.	31 déc.	31 déc.	31 déc.	31 déc.	31 déc.	31 déc.
Objectif de substitution conventionnel	**80,0%***	**82,9%**	**82,0%**	**80,0%**	**80,0%**	**85,0%**	**85,0%**	**85,0%**
Part des génériques dans le répertoire	**81,7%**	**82,0%**	**77,2%**	**78,9%**	**76,3%**	**83,4%**	**81,8%**	**83,2%**
Part du répertoire dans le marché global	22,4%	22,0%	22,6%	23,9%	23,9%	26,5%	28,9%	31,7%
Part des génériques dans le marché global	17,1%	18,0%	17,8%	18,7%	18,2%	20,1%	23,5%	25,9%

Source : CNAMTS.
Champ : régime général, hors sections locales mutualistes, France métropolitaine.
Lecture : en décembre 2014, les ventes de génériques ont représenté 83,2 % du nombre de boîtes vendues dans les groupes non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) du répertoire en vigueur au 30 juin 2013. En moyenne sur l'année 2014, la part du répertoire (hors TFR) en vigueur au 30 juin 2013 dans le marché total s'est établie à 31,7 % tandis que les génériques inscrits à ce répertoire ont représenté 25,9 % 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. En 2014, ce taux connait à nouveau une légère croissance et se situe à 83,2%% au 31 décembre 2014 sur la base du répertoire de référence au 30 juin 2013 hors TFR.

Dans le marché total, la part des génériques non soumis à TFR avait 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 2014, la proportion des génériques non soumis à TFR dans le marché global est de 25,9% soit une hausse d'un peu plus de 2 points par rapport à 2013. 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 32,7 % et la part du répertoire dans le marché à 40,9% en 2014.

Pour 2014, le taux de génériques est calculé sur le mois de décembre 2014.La part du répertoire et celle des génériques dans le marché global sont calculées sur l'année entière 2014.

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 une étude publiée en 2011 par la DREES sur les évènements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé, on estime qu'environ 150 000 hospitalisations seraient liées aux EIG des médicaments (environ 40% des EIG totaux), et plus de deux tiers d'entre eux ont été jugés évitables.

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 :

<table>
<tr><th></th><th>2010</th><th>2011</th><th>2012</th><th>2013</th><th>2014</th><th>2015</th><th>Objectif</th></tr>
<tr><td>Nombre moyen de produits prescrits</td><td>2,82</td><td>2,87</td><td>2,68</td><td>2,18</td><td>2,16</td><td>2,10</td><td rowspan="4">Réduction de la prescription</td></tr>
<tr><td>Part des ordonnances sans produit</td><td colspan="3">10%</td><td colspan="3">25%</td></tr>
<tr><td>Part des ordonnances avec plus de 4 produits</td><td colspan="2">25%</td><td colspan="4">10%</td></tr>
<tr><td>Part des ordonnances avec plus de 6 produits</td><td colspan="2">10%</td><td colspan="4">5%</td></tr>
</table>

Source : Base de données IMS - EPPM. Note : les données sont des cumuls mobiles annuels de mars N-1 à février N.

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.

Depuis 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* »), le nombre de médicaments prescrits par ordonnance diminue. Il atteint 2,10 médicaments par ordonnance en 2015.

La répartition des ordonnances selon le nombre de produits prescrits continue également son inflexion. L'enquête révèle que, depuis 2013, 25% des ordonnances ne donnent pas lieu à prescription de médicaments, contre 10% jusqu'en 2012. En revanche concernant les ordonnances avec médicaments, 2015 conforte la tendance observée depuis 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. Les données sont arrêtées au 1er février de chaque année.

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. 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. 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 :

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Allemagne	13	14,6	13,6	14,5	14,5	14,9	14,9	14,5	14,9			
Belgique	22,7	24,3	24,2	25,4	27,7	27,5	28,4	29	29,8			
Bulgarie	16,4	18	18,1	19,8	20,6	18,6	18,2	19,5	18,5			
Espagne	18,5	19,3	18,7	19,9	19,7	19,7	20,3	20,9	20,9			
France	**27,1**	**28,9**	**27,9**	**28,6**	**28**	**29,6**	**28,2**	**28,7**	**29,7**	**30,1**	**29**	**Diminution**
Grèce	33	34,7	41,1	43,2	45,2	38,6	39,4	35,1	31,9			
Italie	24,8	26,2	26,7	27,6	28,5	28,7	27,4	27,6	27,6			
Pays-Bas	9,7	10,5	10,8	11	11,2	11,4	11,2	11,4	11,3			
Pologne	19,1	19,6	n.d.	22,2	20,7	23,6	21	21,9	19,8			
République tchèque	15,8	17,3	15,9	16,8	17,4	18,4	17,9	18,5	17,5			
Royaume Uni	15	15,4	15,3	16,5	17	17,3	18,6	18,8	20,1			
Suède	14,5	14,9	15,3	15,5	14,6	13,9	14,2	14,3	14,1			

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 de l'ECDC. 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, la consommation s'inscrit dans une tendance à la hausse, malgré la baisse observée en 2014. En effet, la consommation est passée, entre 2004 et 2014 de 27,1 à 29 DDJ pour 1000 personnes et par jour. La mise en place en 2001 d'un premier plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques a été accompagnée de nombreuses actions (notamment une campagne de l'assurance maladie) qui ont contribué à une baisse significative du niveau des consommations en ville, mais les évolutions postérieures ont montré que cette dynamique tendait à s'essouffler. C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail spécial sur la préservation des antibiotiques a été constitué en 2015 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Ce groupe a notamment pour mission de proposer des mesures qui puissent être rapidement mises en place pour lutter contre le développement des résistances et favoriser l'innovation dans ce domaine thérapeutique.

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

	2004	2006	2008	2010	2012	2014	structure 2004	structure 2014	Évolution 2004-2014
Tétracyclines	**3,5**	**3,3**	**3,4**	**3,2**	**3,3**	**3,2**	**12,8%**	**11,1%**	**-7,3%**
Bêtalactamines, Pénicillines	**12,8**	**14,6**	**14,7**	**15,6**	**17,4**	**18**	**47,4%**	**62,3%**	**40,6%**
dont pénicillines à large spectre	7	8	8,2	8,5	9,7	10,4	24,9%	36,0%	54,5%
dont association de pénicillines	5,2	6,1	6	6,6	7,3	7,2	19,1%	24,8%	38,7%
Autres bêtalactamines	**3,1**	**2,8**	**2,5**	**2,7**	**2,4**	**2,1**	**11,3%**	**7,1%**	**-33,0%**
dont céphalosporines de 3ème et 4ème génération	1,5	1,6	1,7	1,8	1,7	1,5	5,7%	5,2%	-3,0%
Sulfamides et trimétroprime	**0,5**	**0,5**	**0,5**	**0,4**	**0,4**	**0,4**	**1,7%**	**1,4%**	**-12,9%**
Macrolides	**4,3**	**3,9**	**4,1**	**3,8**	**3,7**	**3**	**15,7%**	**10,4%**	**-29,2%**
Aminosides	**0,1**	**0,1**	**0,1**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,2%**	**0,1%**	**-33,9%**
Quinolones	**2,1**	**2,2**	**2,1**	**2,0**	**1,9**	**1,7**	**7,7%**	**6,0%**	**-16,1%**
Associations et autres antibactériens	**0,9**	**0,6**	**0,5**	**0,6**	**0,5**	**0,5**	**3,2%**	**1,6%**	**-48,4%**
Total	**27,1**	**27,9**	**28**	**28,2**	**29,7**	**29,0**	**100,0%**	**100,0%**	**6,9%**

Source : ANSM.

La part des Bêta-lactamines, pénicillines a régulièrement augmenté et représentait en 2014 plus de 62% 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 3ème et de 4ème génération, dont la consommation avait régulièrement progressé, parait aujourd'hui stabilisé. Une évolution beaucoup plus marquée caractérise les macrolides, dont l'usage a fortement 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 2014, les génériques représentaient près de 84% 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.

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 1er 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.

Les dispositions de l'article 51 de la LFSS de 2014 ont fait évoluer les contrats de bon usage et la régulation des dépenses de la liste en sus vers un unique outil contractuel ayant deux volets, l'un qualitatif et l'autre quantitatif, chacun avec ses propres indicateurs. La loi a supprimé les taux de régulation fixés au niveau national. Le décret d'application de l'article 51 a été publié le 27 mars 2015. Le nouveau dispositif n'a vocation à être mis en œuvre qu'à compter de cette date. Pour les données de 2013, la distinction entre les contrats de bons usages, d'une part, et la régulation des dépenses d'autre part, reste d'actualité.

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. Il convient de rappeler que le dispositif de régulation a été abrogé par la LFSS pour 2014.

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
Établissements ex-DG (hors HAD et dialyse)	625	628	621	579	600	575	597	
Établissements ex-OQN (hors HAD et dialyse)	623	575	572	592	565	541	516	
Structures HAD	56	57	85	69	102	97	109	
Structures de dialyse	81	89	95	89	95	93	94	
Total	**1385**	**1349**	**1373**	**1329**	**1362**	**1306**	**1316**	
Taux d'établissements ayant signé un contrat de bon usage des médicaments (CBUM)	**NC**	**NC**	**91,2%**	**88,8%**	**91,7%**	**89,1%**	**89,8 %**	**Augmentation**

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

En 2013, sur 26 ARS interrogées, 25 ont répondu à cette enquête. Sur ces 25 ARS concernées, 1316 établissements de santé soit 89,8% des établissements ont signé un contrat de bon usage des médicaments avec leur ARS. Parmi ces établissements, 1265 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 96% 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 2013, 11 ARS ont été amenées à appliquer une réduction du taux de remboursement des produits de la liste en sus. Le nombre d'établissements sanctionnés baisse fortement en 2013 pour au moins deux raisons : (i) un niveau d'implication relativement faible des régions (alors même qu'elles disposent depuis la fusion des dispositifs « Régulation » et « CBU » début 2014, de davantage de latitude dans leurs actions locales), (ii) une baisse relative du nombre d'établissements de santé contrôlés par l'assurance maladie qui semble se corriger en 2014.

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

Taux de remboursement	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Objectif
> 99%	29	25	34	16	32	32	10	
90% - 98,90%	45	45	52	51	55	64	19	**0**
70% - 86%	5	4	6	3	11	2	1	

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 0,4 M€ en 2013 contre 2,9 M€ en 2012 et 2,3 M€ en 2011.

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	2013	Objectif 2014
Établissements ayant signé un CBU	1373	1329	1362	1306	1316	**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	**	

*Données non disponibles à la date de réalisation de la fiche.
** données non disponibles en raison de la mise en place du nouveau décret.

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%.

Remarque : cette mesure a été abrogée par la LFSS de 2014.

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 4,5 milliards d'euros en 2014.

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'efficience des soins fondées sur des référentiels médicaux. L'État arrêtait, 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 (LFSS) pour 2014 a fusionné 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. Dans ce contexte, les taux cibles d'évolution des dépenses de la liste en sus ne font plus l'objet d'une publication par arrêté. Des taux indicatifs sont néanmoins fournis par voie de circulaire aux ARS de manière à les guider dans leur ciblage des établissements de santé.

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 tendanciel 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.

Par ailleurs, la LFSS pour 2015 a mobilisé l'outil tarifaire pour inciter au respect des bonnes pratiques et à la pertinence des prescriptions, en créant une incitation financière positive à la prescription des alternatives thérapeutiques prises en charge dans les tarifs d'hospitalisation dès lors qu'elles ne sont pas moins efficaces. L'article 63 de la LFSS pour 2015 a ainsi instauré, pour les séances de chimiothérapies tumorales et non tumorales (ces prestations représentant à elles seules près des deux tiers des dépenses de médicaments sur la liste en sus), une minoration forfaitaire du tarif de la prestation de 40€ dès lors qu'au moins une spécialité de la liste en sus est prescrite au cours du séjour. Le médicament reste quant à lui intégralement pris en charge. Afin d'assurer la neutralité financière à comportement inchangé des prescripteurs, les tarifs des prestations concernées ont été revalorisés à due concurrence lors de la campagne tarifaire du 1er mars 2015.

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.

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

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif 2015
Secteur public (ex-DG)	**13,0%**	**9,0%**	**4,6%**	**-0,3%**	**3,6%**	**8,9%**	**6,2%**	
dont médicaments	16,9%	7,8%	5,1%	1,9%	2,6%	8,4%	6,1%	
dont DMI	3,4%	12,3%	3,1%	-6,4%	6,5%	10,2%	6,6%	
Secteur privé	**8,4%**	**-1,5%**	**-0,3%**	**-4,6%**	**-2,7%**	**2,8%**	**-1,5 %**	
dont médicaments	11,4%	-2,1%	-1,0%	-8,9%	-10,2%	1,8%	-6,8 %	
dont DMI	6,0%	-1,0%	0,4%	-0,9%	3,2%	3,5%	2,1 %	
TOTAL	**11,2%**	**5,0%**	**2,9%**	**-1,8%**	**1,5%**	**7,0%**	**3,9 %**	
dont médicaments	15,3%	5,0%	3,5%	-0,7%	-0,3%	7,0%	3,6 %	
dont DMI	4,8%	5,0%	1,7%	-3,6%	4,8%	6,8%	4,4 %	
Objectif fixé	**-**	**10%**	**8%**	**3%**	**M : 2% DMI : 1,5 %**	**M : 2% DMI : 2,5%**	**M : 1,5% DMI : 6%**	**M : +3,5% DMI :+5,7%**

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 « générication » 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. En revanche, en 2014, les dépenses ont augmenté moins vite. Elles sont passées de + 7% à + 3,9 % principalement dû à une gestion très stricte des inscriptions / radiations sur la liste en sus (radiation des EPO au 1er mars 2014), à des baisses tarifaires et à la mise en œuvre de l'article 51 de la LFSS pour 2014 qui permet une inscription par indication des médicaments.

S'agissant des dispositifs médicaux implantables, les dépenses connaissent une croissance soutenue ces dernières années, notamment sous l'effet d'une augmentation des volumes et de l'inscription de nouveaux produits. Cette croissance a été modérée quelque peu en 2014 notamment par des effets de périmètre (radiation de quelques classes de produits, non compensée par l'inscription de nouveaux dispositifs) et des baisses tarifaires (notamment dans le secteur de l'orthopédie).

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 6,5 Md€ en 2014 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 des évolutions heurtées : depuis 2007, l'augmentation des dépenses afférentes à ce poste était assez élevée, avant de connaître un net infléchissement à partir de 2010 puis à nouveau une évolution importante en 2014.

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 :

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
IJ maladie, montants (en M€)	**5 959**	**6 181**	**6 281**	**6 222**	**6 230**	**6 530**	**Sur la période 2013-2018, croissance annuelle moyenne égale à celle de la masse salariale du secteur privée diminuée de 0,5%**
dont IJ de courte durée	3 519	3 650	3 746	3 691	3 732	3 870	
dont IJ de longue durée	2 440	2 531	2 531	2 531	2 498	2 660	
IJ maladie, taux d'évolution	**5,0%**	**3,7%**	**1,6%**	**-0,9%**	**0,1%**	**4,8%**	
dont IJ de courte durée	3,9%	3,7%	2,6%	-1,5%	1,1%	3,7%	
dont IJ de longue durée	6,6%	3,7%	0,2%	-0,1%	-1,3%	6,5%	
Masse salariale plafonnée du secteur privé	**-0,3%**	**1,3%**	**3,4%**	**2,5%**	**1,2%**	**1,4%**	

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

De 2009 à 2012, la croissance des dépenses des IJ s'est ralentie, et même diminué, passant d'une progression de 5% en 2009 à une diminution de 0,9% en 2012. Cette diminution était 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 tenait 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 reflétant les bons résultats obtenus en matière de maîtrise médicalisée cette année (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.

Après une relative stabilité en 2013 (+0,1%) s'expliquant également la baisse de l'emploi salarié de 0,6% d'après l'ACOSS et une évolution modérée des salaires de 1,8%, l'année 2014 marque un retour à une croissance dynamique des indemnités journalières (+4,8%). Les premiers éléments d'analyse indiquent que l'accroissement des dépenses est principalement lié à une augmentation du nombre de personnes qui ont des arrêts de travail, notamment chez les personnes de plus de 60 ans qui représentent 17% de la croissance des dépenses.

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 0,1% alors que la masse salariale plafonnée du secteur privée a évolué de 2,5% et 1,2%. En revanche, l'objectif n'est pas respecté en 2014, la croissance étant de 4,8% contre une croissance de la masse salariale plafonnée de 1,4%.

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 dans la limite de 1,8 Smic, 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 31e 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 avril 2015 (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 2014, cet objectif a été fixé à 600 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 2013. 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 (HAS). En 2014, une nouvelle action sur les nouveaux antidiabétiques a été lancée en vue de promouvoir, en accord avec les recommandations de la HAS, 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 prises 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 ci-après.

Au total, pour l'année 2014, les résultats sont en-deçà des objectifs. L'ensemble des économies réalisées s'élève à 460 M€, correspondant à un taux de réalisation de l'objectif de 77% (600 M€).

Néanmoins, les économies obtenues sur les prescriptions de médicaments ont dépassé les objectifs avec un taux d'atteinte de 109% (348 M€ d'économies obtenues contre 320 M€ attendues). Ce bon résultat est principalement lié aux économies très importantes (96 M€) réalisées sur les antidiabétiques grâce aux effets durables du programme SOPHIA et de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et au lancement début 2014 des visites des délégués de l'assurance maladie sur ce thème. En outre, les résultats restent très satisfaisants sur les thèmes récurrents des antibiotiques, des statines, des anti-HTA et des antiagrégants plaquettaires.

Sur les indemnités journalières, les transports et les masseurs-kinésithérapeutes, les économies sont insuffisantes. En ce qui concerne les arrêts de travail, les économies réalisées (4 M€) sont très en deçà de l'objectif de 100 M€. De nombreuses études ont été réalisées sur les évolutions des IJ montrant de fortes différences selon les périodes. Les explications sont complexes et multifactorielles : certaines relèvent du contexte économique, d'autres plutôt d'évolutions sanitaires ; à ces facteurs exogènes vient s'ajouter l'impact des actions de maîtrise qui peuvent porter sur les volumes (contrôles des prescripteurs, des assurés…), mais aussi sur les prix via des réformes des règles d'indemnisation. En ce qui concerne plus précisément l'évolution constatée en 2014, celle-ci apparaît due à une croissance du nombre de bénéficiaires ayant eu un arrêt de travail, plus particulièrement chez les plus de 60 ans. Un recours accru au temps partiel thérapeutique a également joué en faveur de cette augmentation.

Les actions récurrentes de maîtrise médicalisée dans le domaine du transport auraient généré des économies significatives conduisant à un niveau d'atteinte supérieur à l'objectif pour ce qui concerne les prescriptions hospitalières. En outre, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) signés avec les établissements pour modérer les dépenses des transports ont pu amplifier l'infléchissement lié aux seules actions des délégués de l'assurance maladie. Mais les économies réalisées sur les prescripteurs libéraux se situent en dessous des 22 M€ attendues. Enfin malgré un nombre important de visites effectuées sur le thème de la kinésithérapie en 2014, il n'y aurait pas d'économies réalisées.

En millions d'euros	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Convention avec les médecins libéraux	**721**	**581**	**383**	**334**	**398**	**396**	**500**	**468**	**419**	**384**
Médicaments	**201**	**239**	**279**	**227**	**311**	**345**	**333**	**221**	**264**	**348**
Antibiotiques	35	46	27	56	0	12	12	24	42	38
Statines	122	135	131	55	78	68	65	38	82	49
IPP	-	13	27	71	20	67	32	18	-	-
Psychotropes	11	20	8	5	1	3	7	3	3	3
Prescription de génériques dans le répertoire	33	25	-	-	-	-	-	-	-	-
AcBUS Antiagrégants plaquettaires	-	-	24	15	80	35	36	62	39	46
IEC-Sartans (antihypertenseurs)	-	-	62	25	70	89	57	-	-	-
HTA								43	28	69
Anti ostéoporotiques	-	-	-	-	21	21	47	-	-	-
Anti dépresseurs	-	-	-	-	33	50	20	25	31	12
Anti diabétiques	-	-	-	-	8	-	21	-	-	96
Antalgiques	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-
EPO							15	8	36	17
Anti-TNF							14	-	3	18
Arrêts de travail (IJ)	**432**	**262**	**-**	**-**	**-**	**-**	**140**	**180**	**78**	**0**
Transport	**-**	**-**	**24**	**57**	**46**	**42**	**12**	**27**	**40**	**11**
ALD	**88**	**80**	**73**	**44**	**42**	**10**	**16**	**-**	**-**	**-**
Autres actes	**-**	**-**	**-**	**5**	**-**	**-**	**-**	**9**	**7**	**-**
Dispositifs médicaux	**-**	**-**	**7**	**-**	**-**	**-**	**-**	**32**	**30**	**26**
Biologie										**26**
Masseurs kinésithérapeutes	**-**	**-**	**-**	**-**	**55**	**53**	**47**	**31**	**49**	**0**
Accords avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	**33**	**25**	**107**	**101**	**47**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Prescriptions hospitalières de transports	**-**	**-**	**-**	**48**	**23**	**52**	**65**	**73**	**112**	**45**
Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail (IJ)	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**20**	**22**	**4**
Total	**754**	**606**	**490**	**482**	**523**	**501**	**612**	**592**	**602**	**460**
Objectif	**-**	**816**	**683**	**635**	**660**	**590**	**550**	**550**	**550**	**600**
Taux d'atteinte de l'objectif	**-**	**74%**	**69%**	**76%**	**79%**	**85%**	**111%**	**1,08**	**109%**	**77%**

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 2014 (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% et de 62,3% en 2020. En 2015, le périmètre du taux global a été élargi pour refléter davantage l'ensemble de l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales (*cf. précisions méthodologiques*). Ce changement de périmètre augmente mécaniquement les cibles nationales à atteindre : 54,7% en 2016 et 66,2% en 2020.

Priorité nationale depuis 2010, le développement de la chirurgie ambulatoire fait l'objet d'un programme de travail commun pluriannuel mené par la Haute autorité de Santé et par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance qui se conclura en 2016. Il s'inscrit, en outre et désormais, dans le cadre plus global du « virage ambulatoire », axe fort de la Stratégie nationale de santé et du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Identifié comme enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins par les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS-PRS) pour les années 2012-2016, le développement de la chirurgie ambulatoire fait partie intégrante du plan d'économie triennal 2015-2017 (déclinés au travers des plans d'actions régionaux mis en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie.

Des actions plurielles et complémentaires ont été menées ces dernières années portant sur les domaines de la régulation, de la réglementation, de la politique tarifaire (généralisation d'un tarif unique à tous les GHM de chirurgie ambulatoire et suppression des bornes basses de chirurgie de niveau 1 pour favoriser les prises en charge innovantes en 2014), de formation, des organisations et de la mise sous accord préalable des établissements de santé. La mise sous accord préalable des établissements a été étendue de 17 à 38 gestes marqueurs en 2012, 43 gestes en 2013 et 55 gestes en 2015. La liste a été diffusée largement en juillet 2015 afin que les professionnels et les établissements se l'approprient pour l'évaluation de leur pratique en chirurgie ambulatoire. L'objectif fixé pour 2014 d'un taux de chirurgie ambulatoire de 86% sur les 17 gestes marqueurs a été atteint.

Ainsi, le développement de la chirurgie ambulatoire a connu des avancées importantes. En 2014, elle représentait 45% des interventions chirurgicales en France, avec une progression significative sur les dernières années puisqu'en 2007, elle représentait environ 32% des interventions chirurgicales (soit +1,8 point par an en moyenne).

Pour autant, il existe encore un potentiel inexploité. Ainsi, sur la base des préconisations du rapport élaboré par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF) relatif aux « perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », rendu public en janvier 2015, le ministère a défini:

- les objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire, avec une cible de 62.3% de chirurgie ambulatoire à horizon 2020. Cette cible se fonde sur méthodologie unique de détermination des potentiels de substitution des séjours d'hospitalisation complète vers la chirurgie ambulatoire à partir de taux de transférabilité variables en fonction des durées moyennes de séjours et des niveaux de sévérité des séjours. Cette cible est modulée à horizon 2020 afin de tenir compte du temps nécessaire pour, d'une part, l'élaboration et la mise en œuvre effective des organisations de chirurgie ambulatoire au sein des établissements et d'autre part, la diffusion des bonnes pratiques ;
- un programme national de chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020 fondées sur 5 principaux axes :
    - améliorer l'organisation des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire ;
    - encourager l'innovation et maintenir un haut niveau de qualité et de sécurité des soins ;
    - renforcer la coordination des acteurs dans une logique de parcours ;
    - développer la formation des acteurs ;
    - assurer une large communication portant sur les bénéfices de la chirurgie ambulatoire.

Résultats : le tableau suivant présente le taux global de chirurgie ambulatoire et par secteur (selon l'ancien périmètre), sur la période 2010-2014 (en %) :

	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Établissements ex-DG	**26,4%**	**28,0%**	**29,5%**	**31,4%**	**33,5%**	
Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP)	20,5%	21,6%	22,4%	24,1%	25,9%	
Centres hospitaliers (CH)	29,4%	31,1%	32,6%	34,6%	36,7%	
Centres hospitaliers universitaires/régionaux (CH/CHR)	20,9%	22,5%	23,6%	24,8%	26,5%	
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	9,2%	12,0%	15,4%	17,3%	23,1%	
Établissements privés à but non lucratif (EBNL)	34,7%	36,6%	38,5%	41,4%	43,7%	
Établissements ex OQN	**46,0%**	**47,8%**	**49,1%**	**51,2%**	**53,7%**	
Ensemble (ancien périmètre)	**37,8%**	**39,5%**	**40,8%**	**42,7%**	**44,9%**	**50% en 2016 62,3% en 2020**
Ensemble (nouveau périmètre)	**43,3%**	**44,9%**	**46,1%**	**48,0%**	**49 ,9%**	**54,7% en 2016 66,2% en 2020**

Sources : ATIH, PMSI-MCO, 2010-2014.

Le taux global de chirurgie ambulatoire s'élève à près de 45% en 2014. Il progresse de 2,2 points entre 2013 et 2014, une évolution plus importante que les années précédentes. Si le secteur ex-OQN concerne une avance importante par rapport au secteur ex-DG, on constate que ce dernier progresse plus rapidement depuis 2 ans (+4 points en 2012 et 2014, versus 3 points entre 2010 et 2012).

Selon le nouveau périmètre de chirurgie ambulatoire élargi, le taux global de chirurgie ambulatoire passe de 44,9% (ancien périmètre) à près de 50% en 2014.

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.

Par ailleurs, sur les sur le champ des actes relevant de la mise sous accord préalable, par secteur d'hospitalisation, le tableau suivant présente le taux de chirurgie ambulatoire, par catégories d'établissements sur la période 2010-2014 (en %) :

	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Ensemble des 17 gestes	78,3	81	83	85	87	**86% en 2014**
Ensemble des 38 gestes	70,3	72,6	78	77	79	

Sources : CNAMTS, ATIH, PMSI-MCO, 2010-2014.
Champ : France métropolitaine.

Le taux de chirurgie ambulatoire a atteint l'objectif de 86% fixé pour 2014 pour les 17 gestes marqueurs (87%) relevant de la mise sous accord préalable, avec une progression de 2 points entre 2013 et 2014. Le ratio progresse également sur les 38 gestes marqueurs. L'objectif spécifique de pratique de la chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes ne figure plus dans les CPOM État/ARS mais celui-ci (ainsi que ceux sur les 38, 43 et 55 gestes) pourra continuer à être suivi dans les CPOM Établissements/ARS.

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.

Une liste de 17 puis de 38 gestes a été élaborée (respectivement en 2009 et 2012), 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 (liste de 43 gestes en 2013 et 55 en 2015).

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 (taux global de chirurgie ambulatoire), hors CMD 14 et 15.

Le taux de chirurgie ambulatoire 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).

Comme évoqué supra, le périmètre de cet indicateur a évolué en 2015 : en plus des GHM en C (hors CMD 14 et 15), entrent dans le périmètre de cet indicateur, 7 racines de GHM (dents, accès vasculaires, biopsie prostatique, chirurgie esthétique et IVG instrumentales.

Indicateur n°4-9 : Recentrage des lits hospitaliers sur les soins aigus : évolution de la durée moyenne des 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 substitution à l'hospitalisation temps plein 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 ainsi 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. Comme 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 2016).

Résultats : l'évolution annuelle entre 2010 et 2014 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	2010	2011	2012	2013	2014	Objectif
Médecine	Ex-DG	7,9	7,5	7	6,7	6,4	**Réduction**
	Ex-OQN	6,2	5,8	5,7	5,4	5,2	
	Tous*	**7,6**	**7,1**	**6,7**	**6,4**	**6,1**	
Chirurgie	Ex-DG	9,3	9	8,7	8,59	8,19	
	Ex-OQN	7,7	7,5	7,4	7,31	7,03	
	Tous	**8,5**	**8,2**	**8,02**	**7,93**	**7,6**	

Source ATIH.

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)[2] pour les patients transférés en SSR ou en HAD il est observé une baisse notable de la DMS qui passe de 7,6 jours en 2010 à 6,1 en 2014, alors que tous niveaux de sévérité confondus, la DMS à tendance à stagner ;
- en chirurgie : on observe depuis 2010, une diminution notable de la DMS des séjours chirurgicaux de niveau 1 pour les patients transférés en SSR ou en HAD : elle est passée en moyenne de 8,5 jours à 7,6 jours en 2014. Une baisse s'observe également pour les séjours tous niveaux de sévérité confondus mais moins prononcée.

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

[2] 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),

Ces constats ne sont toutefois pas complets dans la mesure où l'indicateur n'aborde pas l'intégralité de la problématique des inadéquations hospitalières, en raison de la fragilité du recueil des variables du PMSI relatives aux mouvements du patient à sa sortie de MC (mode de sortie et destination : mutation, transfert, retour à domicile, orientation vers le secteur médico-social, …). La direction générale de l'offre de soins (DGOS[1]) a donc mené une étude nationale sur les inadéquations hospitalières en 2009. 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.

Afin d'approfondir cette question des inadéquations hospitalières, des indicateurs complémentaires ont donc été construits :

- l'évolution annuelle du nombre de journées d'hospitalisation en SSR et en HAD (*cf.* indicateur de cadrage n°12) Cet indicateur devra nécessairement être analysé au regard des transferts réalisés des services de médecine et de chirurgie (par un chainage des séjours SSR et HAD avec M/C) ;
- 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 les codes de la variable PMSI permettent de décrire les destinations de sortie à la fin du séjour MCO.

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

	Sorties vers :	2010	2011	2012	2013	2014	Evol 2011-2010	Evol 2012-2011	Evol 2013-2012	Evol 2014-2013
Secteur ex-DG	Sortie vers SSR	441 007	447 377	459 026	466 443	472 422	1%	3%	2%	1%
	Sortie vers SLD	39 462	37 815	39 306	39 661	37 807	-4%	4%	1%	-5%
	Sortie vers HAD	10 964	12 249	13 595	15 162	17 012	12%	11%	12%	12%
	Sortie vers médico social	58 949	66 810	76 297	82 243	84 452	13%	14%	8%	3%
	Total	**550 382**	**564 251**	**588 224**	**603 509**	**611 693**	**3%**	**4%**	**3%**	**1%**
Secteur ex-OQN	Sortie vers SSR	165 074	168 872	166 995	166 929	165 796	2%	-1%	0%	-1%
	Sortie vers SLD	2 850	2 540	2 814	3 036	2 267	-11%	11%	8%	-25%
	Sortie vers HAD	1 592	1 843	2 012	2 087	2 469	16%	9%	4%	18%
	Sortie vers médico social	1 276	1 215	1 662	1 703	1 547	-5%	37%	2%	-9%
	Total	**170 792**	**174 470**	**173 483**	**173 755**	**172 079**	**2%**	**-1%**	**0%**	**-1%**

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

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 2014. L'HAD constitue un mode de sortie moins fréquent en proportion (3% 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 (14% 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.

[1] http://www.sante.gouv.fr/inadequations-hospitalieres,10230.html

En ce qui concerne l'HAD et le SSR, on note une croissance continue de l'activité en nombre de journées depuis 2010. En 2013 et 2014, le taux de croissance du nombre de journées de ces 2 activités est toutefois 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. L'augmentation de volume de séjours peut également s'expliquer par une augmentation des prescriptions d'HAD et de SSR en ville afin de répondre à des besoins de soins spécifiques identifiés par le médecin traitant en dehors de toute hospitalisation M/C, traduisant une meilleure utilisation par la ville d'alternatives à l'hospitalisation M/C.

Malgré l'accroissement du nombre de séjours d'HAD et de SSR, on constate que la DMS en médecine a augmenté pour les séjours de niveaux supérieurs à 1, ces séjours nécessitant plus souvent des soins d'aval hospitaliers, ce qui pourrait traduire des difficultés d'accès à ces structures pour cette catégorie de patients. Cette situation ne s'observe toutefois pas pour les niveaux 1 dont la DMS M/C est en baisse.

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)

L'évolution annuelle du nombre de transferts de médecine et de chirurgie vers d'autres services hospitaliers ou médico-sociaux, (2ème tableau) est construit à partir du recensement (via le PMSI) des séjours d'hospitalisation en médecine ou en chirurgie qui ont été suivis d'un transfert vers un service de SSR, une HAD, une USLD ou dans un établissement médico-social.

Les modalités de la variable PMSI décrivant les destinations de sortie à la fin du séjour hospitalier retenues sont les suivants : 2 - sortie vers une unité de soins de suite et de réadaptation 3 - sortie vers une unité de soins de longue durée, 6 - sortie avec hospitalisation à domicile et 7 - sortie vers une structure d'hébergement médico-sociale.

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'efficience des établissements se 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 2013. 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 2013.

Type d'établissement	2011*	2012*	2013	Objectif
Centres hospitaliers régionaux (CHR)	21%	22%	18%	Diminution
Centres hospitaliers (CH)	32%	30%	30%	
S/total Public	**31%**	**29%**	**28%**	
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	0%	0%	0%	
Autres établissements à but non lucratif (EBNL)	32%	34%	30%	
S/Total Privé à but non lucratif	**28%**	**29%**	**26%**	
Cliniques privées	**10%**	**10%**	**11%**	
Ensemble des établissements	**21%**	**20%**	**20%**	

Source : DGOS –ATIH. Champ : établissements publics et privés.
* Afin de comparer le taux d'évolution de l'IP-DMS à champ constant, seuls les établissements ayant un taux d'IP-DMS en 2013 ont été comptabilisés en 2013 (donc conservés en 2012 et 2011) ; les valeurs peuvent ainsi différer de celles présentées dans le PQE annexé au PLFSS pour 2015. En outre, la valeur du 8ème décile de référence a été recalculée pour 2013.

En 2013, 20 % des établissements de santé ont un IP-DMS MCO supérieur à 1,082, valeur du 8ème décile calculée pour l'ensemble des établissements de santé pour lesquels l'information est disponible. Selon le secteur, cette proportion d'établissements varie. Les cliniques privées ont de loin la proportion la plus faible (11 %). Le secteur privé non lucratif et le secteur public ont des proportions comparables, respectivement 26 % et 28 %. 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 efficients que les centres hospitaliers et les CLCC que les autres EBNL. A noter qu'aucun CLCC n'enregistre sur les trois dernières années une IP-DMS MCO supérieure au 8ème décile calculé sur l'ensemble des établissements de santé. 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 : caractéristiques 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 2011-2013, la proportion des établissements de santé ayant un IP-DMS MCO supérieur à 1,082 est orientée à la baisse, mais les évolutions sont hétérogènes selon les secteurs. Les EBNL comme les établissements publics ont réduit leur part alors que les cliniques privées ont augmenté d'un point la leur.

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 prudents dans l'analyse de cet indicateur par catégorie d'établissements.

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

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 (24 Md€) après la masse salariale. Le programme baptisé « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE), lancé en 2011, a des 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 en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients.

Le programme PHARE est intégré au plan triennal 2015-2017 qui vise à générer 3 milliards d'euros d'économies sur l'ONDAM, sur la période 2015-2017. Il constitue l'une des huit actions prioritaires identifiées dans ce cadre, pour un montant attendu d'économies budgétaires de 1,2 Mds € sur 3 ans.

Précisions sur le dispositif : concrètement, le programme PHARE promeut l'activation de l'ensemble des leviers d'un achat « réussi », notamment :

- 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'achat 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 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 de 2012 à 2014, ainsi que la valeur prévisionnelle de celui-ci, de 2015 à 2017, eu égard aux objectifs de gains achat fixés dans le cadre du programme PHARE. Les gains achat sont mesurés annuellement et de façon non cumulative. Ils mesurent ainsi la performance achat annuelle des établissements de santé.

	2012	2013	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	378			
Valeur-objectif de l'indicateur « Gains Achat »	**0,87%**	**1,33%**	**1,58%**	**1,75%**	**2.00 %**	**2,25%**
Valeur réalisée de l'indicateur « Gains Achat »	0,72%	1,21%	1,58%			
Gains budgétaires au titre du plan triennal (en M€)	**/**	**/**	**/**	**350**	**420**	**470**

Source : DGOS – Programme PHARE.

L'indicateur augmente progressivement depuis 2012, traduisant le déploiement de la démarche dans la totalité des régions métropolitaines (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 CLCC Unicancer).

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

En 2014, l'exhaustivité des remontées de gains par les établissements et les groupements territoriaux a très fortement augmenté : plus de 310 établissements ont participé à la campagne de remontée des gains de fin d'année, soit une augmentation de 80 % par rapport à l'année précédente. Les gains achat recensés ont atteint un montant de 378 M€ en 2014 pour un objectif initial de 380 M€, dont 162 M€ de gains achat au titre des établissements de santé et 96 M€ au titre des groupements territoriaux.

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.

La méthode de calcul des gains achat *vs* gains budgétaires s'effectue de la manière suivante :

1. Méthodologie de calcul des gains achat_arrêtée dans le cadre du programme PHARE:

   Trois modalités de calcul : pour les achats récurrents / les achats ponctuels / les actions de progrès

   - Prise en compte de la différence entre le prix historique /de référence et le prix nouvellement obtenu, à multiplier par le volume

   - Valorisation des gains achat uniquement, et non des pertes, sur la base de 12 mois glissants

   - Trois types de gains suivant l'étape d'achat: gains identifiés (sur la base du prix cible) / gains notifiés (sur la base du prix notifié) / gains réalisés (prise en compte des quantités consommées)

2. Réconciliation gains achat / gains budgétaires:

   - en termes comptables (budget N-1), en moyenne, environ 2/3 des gains achat ont un impact budgétaire

   - dans la perspective de maîtrise de l'ONDAM et/ou de construction des budgets hospitaliers (EPRD), tout gain achat permet de limiter la vitesse d'augmentation des dépenses (dépenses évitées).

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'efficience 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) pour la période 2008-2014, des établissements privés à but non lucratif et à but lucratif pour la période 2008-2013 (NB : pour les cliniques privées (ex-OQN), l'indicateur utilisé est la rentabilité économique – voir le paragraphe « Construction de l'indicateur »).

Résultat comptable en % des produits	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	Objectif
Établissements publics et privés non lucratifs (ex-DG)	**-0,9**	**-0,7**	**-0,8**	**-0,8**	**-0,2**	**-0,4**	**n.d.**	> 0
dont publics	**-1,0**	**-0,8**	**-0,8**	**-0,9**	**-0,2**	**-0,5**	**-0,5**	
CHR/U	-1,8	-1,8	-1,4	-1,3	-0,5	-0,7	-0,6	
CH	-0,6	-0,3	-0,6	-0,8	-0,2	-0,4	-0,6	
CH ex-Hôpitaux-locaux	2,0	2,2	1,5	0,9	1,1	0,5	0,2	
CHS	0,4	0,5	0,3	0,4	0,3	-0,2	0,0	
dont privés non lucratif	**-0,2**	**-0,2**	**-0,7**	**-0,4**	**-0,3**	**-0,2**	**n.d.**	
Centres de lutte contre le cancer	0,2	0,0	-0,3	-0,3	-0,5	-0,9	n.d.	
Autres EBNL	-0,2	-0,3	-0,8	-0,4	-0,2	0,0	n.d.	
Cliniques privées (ex-OQN)	**2,1**	**2,1**	**2,0**	**2,6**	**1,8**	**2,2**	**n.d.**	

*Données provisoires.
Sources : DGFIP - ATIH - Greffes des tribunaux de commerce, calculs DREES.
Champ : établissements publics et privés à but non lucratif et à but lucratif.
Légende : CHR/U : centres hospitaliers régionaux/universitaires ; CH : centres hospitaliers ; CHS centres hospitaliers spécialisés ; EBNL : établissements de santé privés à but non lucratif.

En 2013, le résultat du budget principal des établissements de santé publics et privés financés antérieurement par dotation globale (ex-DG) se creuse après une nette amélioration en 2012, passant de -170 M€ à -340 M€ entre 2012 et 2013. Rapporté aux produits, le déficit représente 0,4 % en 2013 contre 0,2 % l'année précédente. Pour les établissements publics, les premiers résultats provisoires pour l'année 2014 mettent à nouveau en évidence une dégradation modérée de leurs comptes. En 2014, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit du budget principal de 375 millions d'euros soit 0,5% des produits. Toutefois, malgré ces résultats négatifs à la fois en 2013 et en 2014, le niveau du déficit reste d'ampleur moindre que ceux constatés entre 2008 et 2011.

La dégradation en 2013 du résultat des établissements de santé ex-DG est surtout imputable aux établissements publics qui enregistrent une augmentation de leur déficit de près de 180 M€ sur leur compte principal, celui-ci passant de 140 M€ à 320 M€, soit 0,5% des produits en 2013. Pour les EBNL, la situation se stabilise, leur déficit passant de 30 M€ à 21 M€ entre 2012 et 2013.

Au sein du secteur public, la dégradation en 2013 et en 2014 des comptes financiers concerne les quatre catégories d'établissements (CHR, CH, CH ex-Hôpitaux locaux et CHS) : les CHR replient leur déficit de près des deux tiers et les CH de plus de 80 %, les CH ex- Hôpitaux locaux enregistrent toujours un excédent mais qui est en baisse entre 2013 et 2014. Toutefois, comme en 2012 et en 2013, le déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissements : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 40 établissements en 2012, en 2013 et en 2014. Au total, le nombre

d'établissements publics enregistrant un déficit sur leur compte principal augmente, passant de 41 % des établissements publics en 2012, à 49 % en 2013 et 52 % en 2014.

La détérioration du résultat des établissements publics de santé en 2013 s'expliquerait en partie par une augmentation des charges de personnel liée au relèvement du taux de cotisation pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. En contrepartie, la croissance de l'activité a permis de limiter le déficit alors que les tarifs pour l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) restaient stables. La situation des établissements de santé privés à but non lucratif, après un exercice 2010 difficile car marqué par une forte dégradation de leur résultat, se stabilise en 2013. En 2013, leur déficit passe de 29 M€ en 2012 à 21 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 de nouveau son déficit entre 2012 et 2013. Pour ces établissements, la part du déficit dans les produits est passée de -0,3 % en 2011 à -0,5 % en 2012 et -0,9 % en 2013.

S'agissant des établissements de santé privés à but lucratif, leur situation reste dans l'ensemble excédentaire sur la période 2008 à 2013. La rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte leur résultat net à leur chiffre d'affaires, est évaluée, en 2013, à 2,2 %, soit une hausse de 0,4 point par rapport à 2012. Ce niveau de rentabilité est assez stable depuis 2008 : l'année 2011 a cependant fait exception suite à des cessions immobilières de certaines cliniques en MCO, qui ont ponctuellement augmenté leur résultat net. Pour l'année 2013, l'amélioration du résultat net s'explique en partie par une baisse des cotisations sociales relatives aux frais de personnel. Cette baisse de cotisations sociales est liée à la mise en place en 2013 du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) qui correspond à un avantage fiscal pour les entreprises. Considérant que les cliniques privées sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE en 2013 et 2014, puis neutralisé cet effet en 2015, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers[1].

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. En 2013, un quart des cliniques privées sont en déficit. Toutefois, cette part est en légère diminution (24 % en 2013 contre 28 % en 2012). Par ailleurs, le secteur de la psychiatrie demeure le plus rentable avec une rentabilité de 6,1 % (+0,9 point) en 2013, devant celui du SSR avec 3,9 % (+0,7 point) puis du secteur MCO avec 1,5 % (+ 0,3 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 : (total des produits du CRP – total des charges du CRP) / total des produits du CRP.

Le CRP couvre uniquement les activités de soins des établissements sanitaires (court séjour, moyen séjour et psychiatrie). 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 (utilisé 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 2014 centralisés par la DGFiP ; les données 2014 sont considérées comme provisoires ;
- pour les EBNL ex-DG, les données sont issues des comptes financiers 2008 à 2013 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 proviennent des greffes des tribunaux de commerce ;

Des analyses plus détaillées pour le secteur public ainsi que pour le secteur privé à but lucratif seront disponibles dans l'ouvrage de la Drees, Comptes nationaux de la santé – édition 2015.

Concernant les cliniques privées à but lucratif, les entités étudiées sont celles figurant dans la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) en 2013 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, une partie d'entre elles ne l'ont pas encore fait au moment de l'étude (15 à 25 % selon les années).

[1] Une plainte de la FHP contestant juridiquement cette décision a été rejetée par le Conseil d'État le 24 février 2015 (n°367961).

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 rapportée 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) pour la période 2008-2014, des établissements privés à but non lucratif et des cliniques privées (approché par le taux d'excédent brut d'exploitation) pour la période 2008-2013.

Marge brute d'exploitation en % des produits	2008	2009	2010	2011	2012*	2013	2014**	Objectif
Établissements publics et privés non lucratifs (ex-DG)	**6,3**	**6,8**	**6,7**	**7,1**	**7,2**	**6,6**	**n.d.**	**Progression**
dont publics	**6,4**	**7,0**	**7,0**	**7,4**	**7,5**	**7,0**	**6,5**	
CHR/U	5,2	5,8	6,2	7,2	7,7	7,1	6,2	
CH	7,1	7,9	7,5	7,6	7,5	7,1	6,7	
CH ex-Hôpitaux-locaux	9,8	10,3	10,3	9,6	8,9	8,2	8,1	
CHS	5,6	6,2	6,4	6,4	5,9	5,5	5,5	
dont privés non lucratif	**5,4**	**5,3**	**4,8**	**5,0**	**5,3**	**4,5**	**n.d.**	
Centres de lutte contre le cancer	7,4	7,1	6,8	7,2	6,5	6,2	n.d.	
Autre EBNL	5,0	4,9	4,3	4,5	5,0	4,2	n.d.	
Cliniques privées (ex-OQN)	**5,9**	**6,1**	**6,1**	**5,7**	**5,6**	**6,5**	**n.d.**	

* La méthode de calcul a été modifiée pour les établissements ex-DG en 2012 (cf. construction de l'indicateur).
** Données provisoires.
Sources : DGFIP - ATIH - Greffes des tribunaux de commerce, calculs DREES.
Champ : établissements publics et privés à but non lucratif et à but lucratif.
Légende : CHR/U : centres hospitaliers régionaux/universitaires ; CH : centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés ; EBNL : établissements de santé privés à but non lucratif.

Après une période de stabilisation, le taux de marge brute de l'ensemble des établissements de santé publics et privés non lucratifs (ex-DG) diminue sensiblement en 2013 pour atteindre 6,6 % contre 7,2 % en 2012. La diminution de cet indicateur de gestion concerne toutes les catégories d'établissements publics et privés non lucratifs (ex-DG) et est à mettre en regard de la dégradation du résultat comptable (cf. sous-indicateur n°4-12-1). Ce taux global recouvre de fortes disparités entre secteurs. En particulier, les établissements publics affichent un taux de marge brute supérieur aux EBNL, 7,0 % contre 4,5 % en 2013. Les premiers résultats 2014 pour les établissements publics mettent en évidence de nouveau une baisse de cet indicateur.

Au sein du secteur public, les CH ex-Hôpitaux locaux présentent toujours le taux le plus élevé (8,1 %) suivi des centres hospitaliers (6,7 %) et des CHR (6,2 %). Les CHS enregistrent quant à eux un taux de marge brute à 5,5 %.

Au sein des EBNL, les CLCC enregistrent en 2013 de nouveau un taux de marge brute supérieur à celui des autres EBNL, 6,2 % contre 4,2 %.

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). Contrairement aux années précédentes, l'EBE enregistre une augmentation en 2013 de 0,9 point : il est estimé à 6,5 % en moyenne en 2013, contre 5,6 % en 2012, 5,7 % en 2011 et 6,1 % en 2010. Cette hausse de l'EBE s'explique en grande partie par une baisse des cotisations sociales relatives aux frais de personnel. Cette baisse de

cotisations sociales est liée à la mise en place en 2013 du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) qui correspond à un avantage fiscal pour les entreprises. Considérant que les cliniques privées sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE en 2013 et 2014, puis neutralisé cet effet en 2015, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers[1].

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 calculé 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 »). De ce fait, l'évolution de cet indicateur sur la période 2008-2014 est à prendre avec précaution. Ainsi, à méthodologie constante, le taux de marge brute pour les établissements publics passerait de 7,4 % en 2011 à 7,2 % en 2012.

Pour les établissements privés à but lucratif, l'indicateur proche à la marge brute correspond à l'excédent brut d'exploitation (EBE) mesurant les opérations liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement. L'EBE se calcule à partir du chiffre d'affaires dont on déduit notamment les charges de personnel, les impôts liés à l'exploitation i.e. l'activité, et les achats-fournitures qui lui sont nécessaires en dehors de l'amortissement. 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 2014 ;
- pour les EBNL, les données sont issues des comptes financiers 2008 à 2013 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 proviennent des greffes des tribunaux de commerce.

[1] Une plainte de la FHP contestant juridiquement cette décision a été rejetée par le Conseil d'État le 24 février 2015 (n°367961).

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

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

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

	2012	2013	2014	2015 (p)	2016 (p)	2017 (p)	2018 (p)	2019 (p)	Objectif
Recettes (Mds€)	155,0	157,9	161,9	166,6	171,7	178,0	183,3	189,4	Redressement
Dépenses (Mds€)	160,9	164,7	168,4	174,1	177,9	182,7	186,2	189,7	
Solde (Mds€)	**-5,9**	**-6,8**	**-6,5**	**-7,5**	**-6,2**	**-4,7**	**-2,9**	**-0,3**	
Recettes / dépenses	**96,4%**	**95,9%**	**96,1%**	**95,7%**	**96,5%**	**97,4%**	**98,5%**	**99,8%**	

Source : PLFSS pour 2016.

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 poursuivi en 2010, malgré le respect de l'ONDAM, pour la première fois depuis 1997. A cette date, les recettes de la CNAMTS ne couvraient que 92,4% des dépenses. Le redressement amorcé en 2011 s'est poursuivi en 2012, sous l'effet d'une progression contenu des dépenses et d'une progression plus dynamique des recettes accompagnée d'un apport substantiel de nouvelles recettes. 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 s'est améliorée grâce à la maîtrise continue des dépenses et l'affectation de recettes nouvelles pour environ 1 Md€. En 2015, les recettes et les dépenses de la branche maladie sont profondément modifiées par les mesures du pacte de responsabilité ; ces mesures s'accompagnent d'un adossement du RSI au régime général, ce qui explique une augmentation significative des charges. Cette intégration est toutefois neutre pour la CNAM, puisque des recettes supplémentaires lui ont été affectées. En revanche, les réaffectations de recettes entre organismes de sécurité sociale qui ont découlé du pacte se traduiraient par une légère perte de recettes, le produit des prélèvements sur les tabacs et sur les revenus du capital étant peu dynamique en 2015. De fait, même si l'ONDAM serait inférieur de 0,4 Md€ à l'objectif voté en LFSS 2015, les recettes progresseraient à un rythme inférieur à celui des charges, entraînant une dégradation du solde.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016 prévoit une progression de 1,75% de l'ONDAM, dans le prolongement des efforts de maîtrise de la dépense d'assurance maladie engagés depuis plusieurs années. En 2016, la progression des recettes serait supérieure à celle des dépenses, en raison d'une part d'une progression de la masse salariale supérieure à celle de 2015, au dynamisme des principales recettes fiscales dont elle dispose, et à un apport transitoire (sur 2016 et 2017) de recettes nouvelles matérialisées par un transfert de cotisations de la branche AT/MP vers la branche maladie. Le déficit de la branche maladie du régime général s'établirait à 6,2 Md€, soit une couverture des dépenses par les recettes à hauteur de 96,5%, en amélioration de 0,8 point par rapport à 2015. Les années suivantes, la branche maladie poursuivrait son redressement sous l'effet de la poursuite de la maitrise 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 2014 puis prévisionnels pour 2015 à 2019, 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 2016. 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. 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% depuis 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	2015 (p)	Objectif
ONDAM arrêté (Md€)	140,7	144,8	152	157,6	162,4	167,1	171,1	175,4	178,3	182,3	
Dépenses réalisées (Md€)	142,1	147,6	152,9	158,1	161,9	166,3	170,0	173,7	178,0	181,9	
Écart à l'objectif (Md€)	**1,4**	**2,8**	**0,9**	**0,6**	**-0,5**	**-0,8**	**-1,2**	**-1,8**	**-0,3**	**-0,4**	
Écart à l'objectif, en %	**1,0%**	**1,9%**	**0,6%**	**0,4%**	**-0,3%**	**-0,5%**	**-0,7%**	**-1,0%**	**-0,2%**	**-0,2%**	**inférieur à 0,5%**

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale – septembre 2015, DSS.

Entre 2006 et 2015, les dépenses dans le champ de l'ONDAM sont passées de 142,1 Md€ à 181,9 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.

En 2014, on constate une sous-exécution de 0,3 Md€ de l'objectif rectifié lors de la LFRSS pour 2014 qui avait révisé l'objectif de la LFSS 2014 de 0,8 Md€ à la baisse. Cette sous-exécution est porte majoritairement sur les établissements de santé (-0,3 Md€). En effet, afin de garantir le respect de l'ONDAM en fin d'année 2014, 250 M€ de crédits ont été annulés.

Enfin, en 2015, les dépenses devraient s'établir à 181,9 Md€ en sous-exécution de 0,4 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFSS pour 2015 et serait donc conforme à l'objectif revu dans le cadre du programme de stabilité et de croissance d'avril 2015.

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 2014 provisoire et 2015 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% 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) :

M€ courants	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Part 2014 de chacun des régimes	Évolution annuelle 2009/2014	Objectif
CNAMTS	742,4	643,4	508,8	466,2	677,2	565,1	85,5%	-5,3%	
MSA - salariés	17,4	17,3	12,3	17,8	16,0	18,1	2,7%	0,8%	
MSA - exploitants	10,2	10,3	8,3	11,8	10,1	12,5	1,9%	4,1%	
CNMSS	12,0	10,4	9,0	9,7	9,0	10,4	1,6%	-2,8%	
CANSSM	1,5	3,1	2,0	1,4	0,9	1,2	0,2%	-4,0%	
SNCF	-2,9	5,1	5,1	5,5	6,0	4,2	0,6%	-208,0%	
Banque de France, CRPCEN, CAVIMAC, RATP,ENIM	1,9	0,8	0,8	1,4	1,8	1,6	0,2%	-3,0%	
RSI	31,2	35,9	30,3	37,0	38,5	47,8	7,2%	8,9%	
Tous régimes de base	**813,8**	**726,5**	**576,5**	**551,0**	**759,5**	**661,0**	**100%**	**-4,1%**	**Augmentation**

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - septembre 2015.

En 2014, les montants récupérés par les régimes de base de la branche maladie au titre de la procédure de recours contre tiers nets ont atteint 661 M€ en 2014 dont 85% par le régime général (CNAMTS).

Après avoir baissé continuellement depuis 2009, les montants récupérés ont exceptionnellement augmenté en 2013 (+38%) avant de repartir à la baisse en 2014 (-13%). Leur rendement est resté inférieur aux niveaux observés avant la baisse entamée en 2009. Sur la période 2009-2014, ces montants récupérés ont diminué de 4,1% 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 traduit par une forte hausse du provisionnement les deux années. En 2013, l'augmentation est imputable à une variation négative des provisions pour dépréciation de créances. En 2014, la baisse est attribuable à un important provisionnement pour le risque de non recouvrement de créances passées.

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 : 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 activités fautives détectées et stoppées et, d'autre part, les activités abusives. L'indicateur 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		
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Résultats	**137,6**	**185,6**	**150**	**141**	**147,2**	**161,1**
Objectifs	**120**	**125**	**130**	**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 161,1 M€ en 2014 versus 147,2 M€ en 2013. 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.

<table>
<tr><th rowspan="2">Thèmes</th><th colspan="2">Fraudes détectées</th><th colspan="2">Économies réalisées</th></tr>
<tr><th>Résultats</th><th>Objectif</th><th>Résultats</th><th>Objectif</th></tr>
<tr><td>Obtention de droits</td><td>5,2</td><td rowspan="6">160</td><td rowspan="3">133,7</td><td rowspan="6">130</td></tr>
<tr><td>Prestations en espèces (arrêts de travail, rentes AT, invalidité, ...)</td><td>29</td></tr>
<tr><td>Prestations en nature / Soins de ville</td><td>102,5</td></tr>
<tr><td>Établissements (T2A MCO, HAD, EHPAD)</td><td>52,6</td><td>27,4</td></tr>
<tr><td>Autres fraudes (professionnels de santé et assurés)</td><td>6,9</td><td></td></tr>
<tr><td>TOTAL 2014</td><td>196.2</td><td>161,1</td></tr>
</table>

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 199 établissements MCO était programmé au titre de la campagne 2014. Une sanction

financière a été notifiée par les Directeurs généraux des Agences régionales de santé pour 101 d'entre eux pour un montant financier total de 5,7 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 2014, le taux de séjours contrôlés atteint 0,74% (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 équivalent par rapport à 2013 et 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'État.

Activités abusives : sont qualifiées d'activités abusives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques.

Activités fautives : Sont qualifiées d'activités fautives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives.

Indus notifiés : Montants réclamés par un organisme dans des dossiers mettant en évidence des fraudes, des activités fautives ou abusives ouvrant des voies de recours adaptés aux cas d'espèces et hors transactions.

Pénalités financières : l'article 23 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie donne compétence au directeur d'un organisme local d'assurance maladie pour notifier, après avis d'une commission ad hoc, une pénalité financière à un assuré, un employeur, un professionnel de santé ou un établissement de santé en cas d'inobservation de règles du code de la Sécurité sociale (CSS) exhaustivement listées par décret. L'article 120 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 harmonise, quant à lui, la jurisprudence des organismes locaux d'assurance maladie concernant le prononcé des pénalités financières et des mises sous accord préalable. Celles-ci sont notifiées après avis conforme du Directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. L'avis était réputé conforme à compter du 1er juillet 2011.

Sanctions financières : le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 a introduit le principe d'une sanction financière. Selon l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale "les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée".

Préjudice subi : montant des prestations versées à tort tel que l'évalue la caisse après investigations et décision d'entreprendre une ou plusieurs actions.

Préjudice évité : dans le cas où la fraude a été découverte avant paiement et où le préjudice subi est donc nul, le préjudice évité est égal au montant des prestations que la caisse aurait versé à tort si la fraude n'avait pas été détectée. Dans le cas où la fraude a été découverte après paiement, un préjudice a été subi et le préjudice évité est égal au montant des prestations que l'assurance maladie aurait continué à régler si la fraude n'avait pas été découverte et le paiement arrêté.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

A

ACS	Aide à la complémentaire santé
ADELI	Automatisation des listes
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 médicale d'État
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMO	Assurance maladie obligatoire
ANI	Accord national interprofessionnel
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament
AP-HP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris
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
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles

B

BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BMR	Bactérie multirésistante
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive

C

CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CAQOS	Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes
CBUM	Contrat de bon usage du médicament
CCAM	Classification commune des actes médicaux
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
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM	Classification internationale des maladies
CIMAP	Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique
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
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRP	Compte de résultat principal
CRPA	Comptes de résultat prévisionnel annexe
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CSG	Contribution sociale généralisée
CSS	Code de la sécurité sociale

D

DADS	Déclaration annuelle de données sociales
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
DG	Dotation globale
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de santé
DI	Dépistage individuel
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DMS	Durée moyenne de séjour
DO	Dépistage organisé
DOM	Département d'outre mer
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
DTCP	Diphtérie, tétanos, coqueluche et poliomyélite
DTS	Dépense totale de santé

E

EARSS	European antimicrobial resistance surveillance network
EBE	Excédent brut d'exploitation
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
ENP	Enquête nationale de prévalence
EPAS	Échantillon permanent d'assurés sociaux
EPS	Établissement public de santé
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
Eurostat	Office statistique de l'Union européenne
EU-SILC	Enquête sur les revenus et les conditions de vie

F

FAC	Fonds d'actions conventionnelles
FBCF	Formation brute de capital fixe
FCU	Frottis cervico-utérin
FIR	Fonds d'intervention régional
FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
FNPEIS	Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire
FSE	Feuilles de soins électroniques

G

GERS	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
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
HFA-DB	European health for all database
HL	Hôpital local
HTA	Hypertension artérielle

I

IARC	International agency for research on cancer
IAS	Infection associée aux soins
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques
IEC	Inhibiteur d'enzyme de conversion
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IJ	Indemnité journalière
IMC	Indice de masse corporelle
IN	Infection nosocomiale
INED	Institut national des études démographiques
INES	INSEE-Études Sociales, modèle de micro simulation développé par l'INSEE et la DREES
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut de veille sanitaire
IOTF	International obesity task force
IP	Incapacité permanente
IP-DMS	Indice de performance - durée moyenne de séjour
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRMN	Imagerie par résonance magnétique nucléaire

L

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	Médecins correspondant du SAMU
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
MECSS	Maison d'enfants à caractère sanitaire et spécialisée
MEP	Médecins à exercice particulier
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MSA	Mutualité sociale agricole

N

NACO	Nouveaux anticoagulants oraux

O

OC	Organisme complémentaire
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMAR	Outil de micro-simulation pour l'analyse des restes-à-charge
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
OQN	Objectif quantifié national

P

PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PGFP	Plan global de financement pluriannuel

PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
PHMEV	Prescription hospitalière médicamenteuse exécutée en ville
PIB	Produit intérieur brut
PIN	Prévalence des infections nosocomiales
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI	Protection maternelle et infantile
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
PROPIAS	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
PRS	Plan stratégique régional de santé
PSPH	Participant au service public hospitalier

R

RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections associées aux soins
RATP	Régie autonome des transports parisiens
RDB	Revenu disponible brut
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPPS	Répertoire partagé des professions de santé
RSA	Revenu de solidarité active
RSI	Régime social des indépendants

S

SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline
SCI	Société civile immobilière
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SFD	Société francophone du diabète
SLM	Section locale mutualiste
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SNCF	Société nationale des chemins de fer
SNIIRAM	Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie
SNIR	Système d'information inter-régimes
SNS	Stratégie nationale de santé
SPS	Santé et protection sociale (enquête)
SRCV	Statistique sur les ressources et condition de vie
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation

T

T2A	Tarification à l'activité
TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
TSA	Taxe de solidarité additionnelle

U

UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
USID	Unité du système d'information décisionnel
USLD	Unité de soins longue durée

V

VIH	Virus de l'immunodéficience humaine