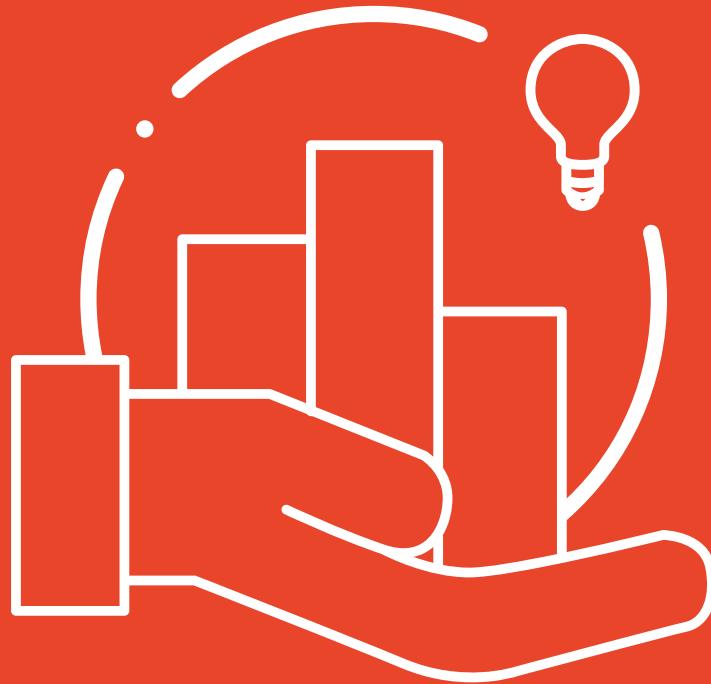




**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



SYNTHÈSE DU RAPPORT DE PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2023

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2023 (loi du 13 août 2004) pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses

JUILLET 2022

INTRODUCTION

La période que traverse notre pays est sans aucun doute inédite dans son histoire sanitaire. Jamais l'importance de disposer d'un système de santé et d'assurance maladie solide et efficace n'est apparue aussi clairement.

Un constat est évident à ce jour : de profondes évolutions sont nécessaires pour tirer les enseignements de ce moment, faire face aux urgences de très court terme, notamment en matière d'accès aux soins, et mieux répondre aux besoins de santé de la population, qu'il s'agisse de soins non programmés ou de soins coordonnés pour les maladies chroniques, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Ces évolutions, que beaucoup appellent de leurs vœux, doivent être pensées en regard de la raison d'être de l'Assurance Maladie qui est de contribuer à un très haut niveau de santé de la population française, un très haut niveau de qualité et d'accès aux soins et d'assurer les conditions de sa soutenabilité à long terme.

Cela nécessite de placer les réflexions et actions de l'ensemble des acteurs dans une double temporalité : apporter rapidement des réponses aux attentes légitimes de la population et initier les évolutions de long terme d'un système de santé qui doit se transformer en profondeur.

L'un des enseignements majeurs de la crise est que la santé publique et la prévention doivent désormais occuper une place de premier plan dans les politiques de santé, mais aussi dans les actions de l'Assurance Maladie. Cela demande une adaptation profonde des méthodes et modalités d'action de l'ensemble des acteurs, l'Assurance Maladie au premier rang. Pour faire progresser la vaccination, les dépistages organisés des cancers, mieux accompagner les populations aux besoins les plus importants comme les mères et les jeunes enfants, les patients porteurs de maladies chroniques, et aller vers les assurés précaires qui ne recourent pas aux prestations auxquelles ils ont droit.

La crise n'aura pas seulement été l'occasion de mesurer l'ampleur des changements nécessaires, elle aura, à bien des égards, montré la voie à suivre en matière d'organisation du système de santé en redessinant certaines frontières et en accélérant des changements parfois attendus de longue date : organisations coordonnées, nouveaux partages de tâches, nouveaux rôles pour des professions au cœur des soins primaires comme les infirmiers ou les pharmaciens, la télémédecine ou la chirurgie ambulatoire... Notre système de santé doit intégrer, renforcer et tirer tout le parti de ces évolutions. Il doit aller plus loin en promouvant ces nouvelles organisations coordonnées ou intégrées qui répondent mieux aux besoins de la population et en faisant évoluer un cadre de financement qui trop souvent en limite le développement.

Rien de tout cela n'est possible sans assurer la viabilité économique à long terme du système de santé. Proche avant la crise de l'équilibre financier, la branche maladie est confrontée à un déficit inédit et durable. Elle a commencé à rénover en conséquence son approche de la gestion du risque dont elle met en œuvre cette année les premières actions. Cette approche est fondée sur une analyse et une compréhension fine des postes de dépenses, mais aussi de leur destination médicale et des résultats qu'elle permet d'obtenir en matière de prévention et de santé publique, rendue possible par l'analyse des bases de données médico-administratives, dont les résultats doivent être mieux partagés avec les professionnels, mais aussi les assurés.

Le rapport que remet chaque année l'Assurance Maladie aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale et au Parlement, sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie, a pour objet d'éclairer la préparation et les débats du projet de loi de financement de la sécurité sociale et, plus largement, des politiques de santé. La présente édition de ce rapport entend tirer les enseignements des objectifs et du contexte qui viennent d'être exposés.

Afin de contribuer utilement à la réflexion et au débat public, l'Assurance Maladie a diversifié les approches et points de vue de description de ses dépenses pour mieux en comprendre les évolutions passées et à venir. En complément de la présentation médicalisée des dépenses, une cartographie des professionnels de santé libéraux est proposée en ouverture du rapport. Un effort particulier est réalisé pour rendre ces analyses plus accessibles avec le lancement d'un site de data visualisation sur les pathologies qui sera complété, dans les mois à venir, par d'autres thématiques.

Ce rapport est aussi l'occasion d'affirmer la place de la santé publique dans l'action de l'Assurance Maladie. Cela se traduit par la mise en avant d'un tableau de bord d'indicateurs de santé publique dans la cartographie qui ouvre les réflexions du rapport.

Enfin, il s'inscrit dans un cadre pluriannuel, par sa structure et son approche des sujets, notamment des mesures à impact financier. Il ne s'agit pas de renvoyer à demain des mesures ou des réflexions de court terme, dont beaucoup sont nécessaires. Il s'agit de prendre acte de la nécessité d'inscrire les constats et actions de gestion du risque dans une temporalité qui ne peut être réduite à une succession de réflexions et d'actions annuelles, indépendantes les unes des autres. Il s'agit également de suivre sur la durée des « fils rouges » correspondant aux grands enjeux de la gestion du risque et qui donneront à voir de manière plus lisible au fil des éditions du rapport, les analyses, les propositions et les mises en œuvre sur ces sujets.

Ces fils rouges sont les suivants : l'approche par pathologie, portant cette année sur l'insuffisance cardiaque, la santé mentale et introduisant la thématique du diabète ; l'approche par population, inaugurée par le sujet de la maternité et de la petite enfance ; l'organisation des soins qui est un des leviers majeurs que l'Assurance Maladie peut mobiliser à travers la vie conventionnelle, et l'efficacité correspondant à des mesures plus classiques de gestion du risque, incluant les contrôles et la lutte contre la fraude.

Le défi que représente la période actuelle est majeur et la liste des chantiers à mener, impressionnante. L'Assurance Maladie entend jouer son rôle avec le même engagement que lors de la crise sanitaire et avec le même souci d'inscrire son action en synergie avec l'ensemble des acteurs du système de santé, seul moyen d'atteindre les résultats durables que sont en droit d'attendre l'ensemble des assurés.



VUE D'ENSEMBLE

Cartographie des pathologies et des dépenses en 2020

66,3
millions de
personnes prises
en charge

168
milliards d'euros
remboursés

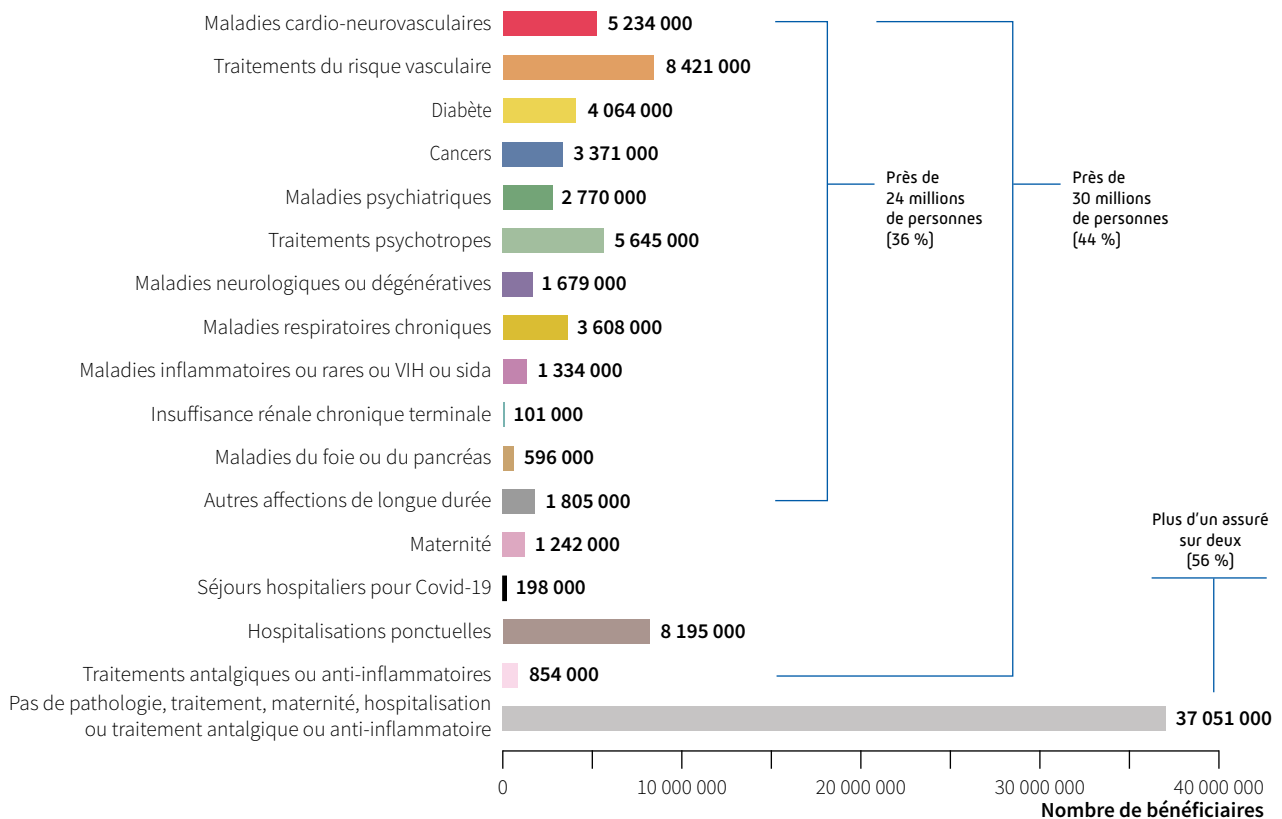
➤ +0,7 % par rapport à 2019

➤ +10 % par rapport à 2015

36 %
de la population prise en
charge pour pathologie
et / ou traitement
chronique

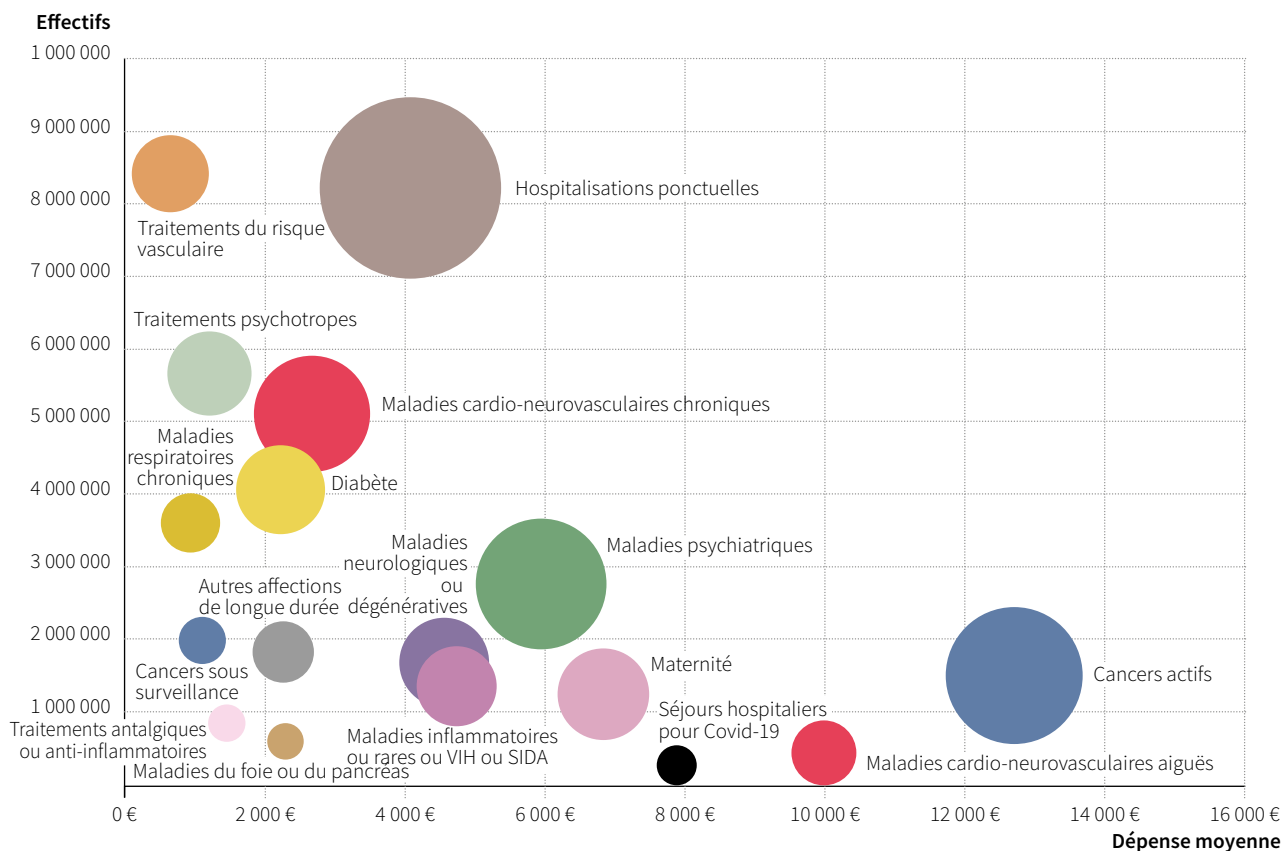
Pour une dépense moyenne de 4 360 euros

Nombre de bénéficiaires pris en charge en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (66,3 millions de personnes au total)



Remarque : les effectifs détaillés ne se cumulent pas, une même personne pouvant avoir plusieurs pathologies, événements de santé au cours de l'année.
Champ : tous régimes, France entière - Source : Cnam (cartographie - version de juin 2022)

Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.
 Champ : tous régimes, France entière – Source : Cnam (cartographie – version de juin 2022)

Maladies cardio-neurovasculaires aiguës
-2,0 % Évolution de la dépense globale par rapport à 2019

Cancers actifs
+4,9 % Évolution de la dépense globale par rapport à 2019

Diabète
+4,5 % Évolution de la dépense globale par rapport à 2019

Traitements psychotropes
+6,2 % Évolution de la dépense globale par rapport à 2019

Hospitalisations ponctuelles
-10,6 % Évolution de la dépense globale par rapport à 2019

Offre de soins en 2021

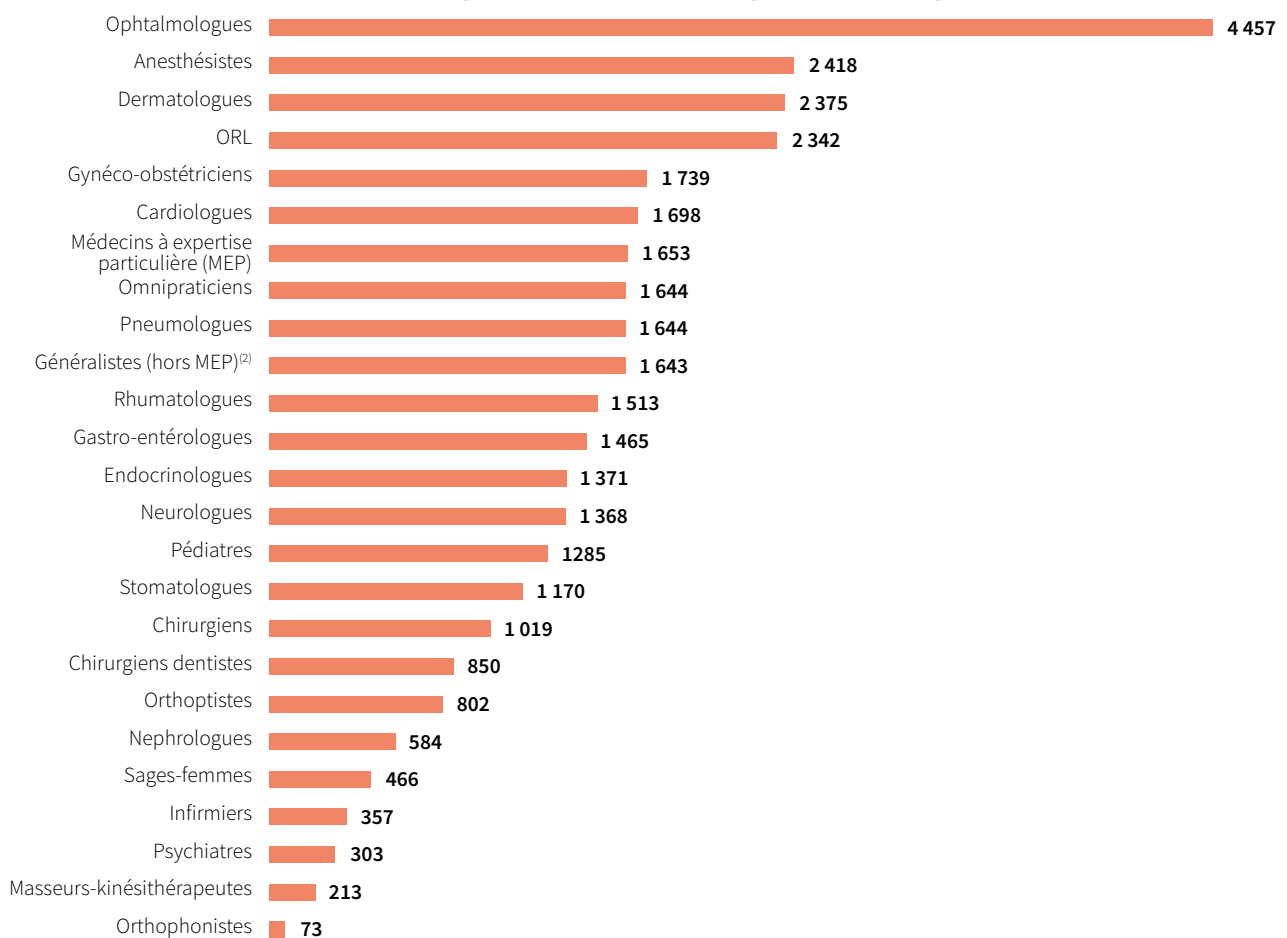
Une augmentation des effectifs des professionnels de santé libéraux avec des évolutions contrastées selon les professions

En 2021 en France...	Évolution depuis 2000
Plus de 365 000 professionnels de santé libéraux⁽¹⁾	+ 40 %
112 742 médecins	- 3,4 %
99 099 infirmières	+ 98 %
73 457 masseurs-kinésithérapeutes	+ 88 %
37 458 chirurgiens-dentistes	- 0,2 %
7 223 sages-femmes	+ 321 %

(1) Hors pharmaciens et hors professionnels de santé non conventionnés

Des files actives moyennes variables selon les professions

Files actives ⁽¹⁾ annuelles moyennes en 2021 selon la profession ou spécialité médicale



(1) File active : nombre de patients uniques ayant réalisé au moins un acte dans l'année auprès du professionnel. - (2) À noter : le nombre moyen de patients d'un médecin généraliste l'ayant déclaré comme médecin traitant est de 1 060.

Champ : professionnels de santé conventionnés, France entière - Source : Cnam (SNDS)

Les postes de prescription des médecins généralistes en 2021

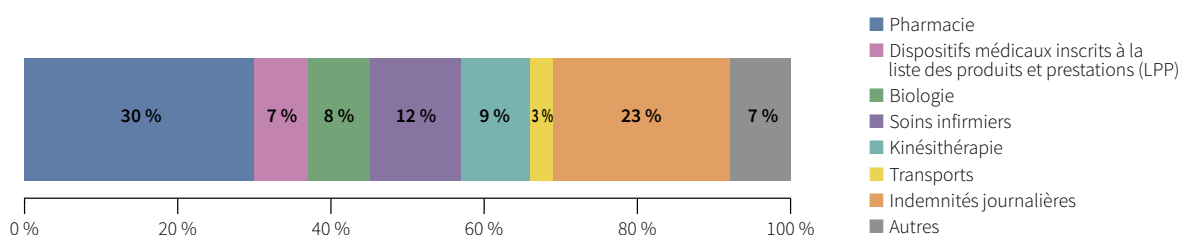
41,3 milliards d'euros de dépenses prescrites par des médecins généralistes (en base de remboursement)

soit **74 %** du total des prescriptions médicales (en valeur)

En moyenne **730 450 €** par médecin généraliste

et **451 €** par patient

Répartition de la base de remboursement par poste de prescription des médecins (MEP inclus) en 2021



Champ : professionnels de santé conventionnés, France entière – Source : Cnam (SNDS, Amos)

Prévention

Prévention des cancers

Participation au dépistage du cancer colorectal ⁽¹⁾ **34,6 %**
 ➤ objectif européen : 45 %

Couverture vaccinale HPV contre les infections par papillomavirus humains (2 doses, filles âgées de 16 ans) ⁽²⁾ **37,4 %**
 ➤ objectif : 80 % en 2030

Addictions

Fumeurs quotidiens de plus de 15 ans ⁽³⁾ **25,5 %**
 ➤ objectif : 16 % en 2027

Quantité d'alcool consommée ⁽⁴⁾ **11,40 litres/personne**
 ➤ objectif : 4,80 litres

Maternité – petite enfance

Suivi post-natal : recours à une sage-femme ou un médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie de la maternité ⁽⁵⁾ **79,9 %**

Vaccination ROR contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (2 doses, à l'âge de 33 mois) ⁽⁵⁾ **84,9 %**

Maladies chroniques

Patients en affection de longue durée (ALD) ayant un médecin traitant ⁽⁵⁾ **95 %**

Vaccination grippe
 Couverture vaccinale contre la grippe (population éligible) ⁽⁵⁾ **52,6 %**
 ➤ objectif OMS : 75 %

Sources : (1) Santé Publique France (à partir des données des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers et des estimations de population de l'Insee) – 2021, (2) Santé Publique France (à partir des données du SNDS et du DCIR de la Cnam) – 2021, (3) OCDE – 2020, (4) OCDE – 2019, (5) Cnam (SNDS) – 2021

FILS ROUGES THÉMATIQUES



Approche pathologie

L'approche par pathologie vise à inscrire les différentes actions menées ou soutenues par l'Assurance Maladie autour d'une pathologie, dans une perspective d'ensemble cohérente et pluriannuelle, fondée sur une approche de santé publique. Il s'agit de structurer ces actions en fonction du parcours de santé des assurés et de problématiques spécifiques aux différents temps de ce parcours, en mettant l'accent sur la prévention. Des analyses basées sur les données du SNDS, et en particulier la cartographie des pathologies et des dépenses, illustrent les principaux enjeux sanitaires et économiques des parcours de santé étudiés et permettent de souligner la pertinence des actions engagées. Ces analyses illustratives concernent l'ensemble des dépenses remboursées et pas exclusivement les soins liés à la prise en charge des pathologies étudiées. Elles sont complémentaires des résultats d'affectation des dépenses présentés par ailleurs.

Insuffisance cardiaque

Dans le précédent rapport, l'importance de prévenir les exacerbations aiguës pour les personnes déjà suivies pour insuffisance cardiaque (IC) a été mise en avant et illustrée par un exercice de modélisation. La prévention des décompensations aiguës permet de réduire le risque de mortalité et cette stabilisation de la pathologie est aussi associée à une différence de dépenses d'environ 4 000 à 5 000 € par patient et par an. Cette année, l'accent a été mis sur la nécessité de prévenir la survenue de l'IC chez les personnes à risque et les analyses ont concerné une cohorte de personnes avec maladie coronaire. L'incidence cumulée d'IC au cours de quatre années de suivi est élevée et dépend des pathologies à risque : de 14 % parmi l'ensemble des coronaropathies, à 18 % en cas d'association d'un diabète et 22,5 % en présence de troubles du rythme. Chaque année, par rapport aux personnes chez qui le diagnostic n'est pas repéré, et après avoir rendu comparables les deux groupes par un appariement, les personnes qui développent une IC ont une mortalité 3,5 fois supérieure et des dépenses près de 3 fois plus importantes.

Les écueils du parcours de soins de l'IC, soulignés par les professionnels de santé et objectivés dans les bases de données de l'Assurance Maladie, nous incitent à accompagner patients, aidants et acteurs de soins selon trois axes majeurs : reconnaissance des signes et symptômes d'entrée dans la maladie ou indicatifs de sa décompensation avec une campagne nationale d'information ; contribution à l'amélioration du suivi ambulatoire de la « phase de vulnérabilité » de ces patients en sortie d'hospitalisation avec la promotion active du programme Prado IC ; encouragement à la structuration de l'offre de soins territoriale de premier et second recours avec la constitution d'équipes de soins spécialisées en cardiologie et un recours accru aux solutions de télémédecine, notamment la télésurveillance.

Diabète

Une stratification de l'ensemble des personnes diabétiques selon quatre niveaux de sévérité croissante a été proposée. Cette stratification, depuis le niveau 1 (diabète sans complication spécifique ni recours aux traitements injectables), jusqu'au niveau 4 (diabète avec insuffisance rénale chronique terminale ou amputation au membre inférieur), permet de préciser les besoins de soins associés à chaque niveau et de détailler les différentes actions en fonction des enjeux spécifiques auxquelles elles répondent. Le niveau de sévérité le plus élevé regroupe 1 % des effectifs et représente 9 % des dépenses totales et 15 % des dépenses hospitalières annuelles. Au sein du niveau 3, les dépenses hospitalières sont près de 3 fois supérieures par rapport à celles du niveau 2 (environ 5 100 contre 1 800 €). Il est important de constater que les dépenses des personnes diabétiques dont la sévérité de la maladie évolue d'une année sur l'autre, sont plus élevées que celles des personnes déjà présentes au niveau supérieur et au moins 2 fois supérieures à celles des personnes dont le niveau de sévérité n'évolue pas. Parmi les diabétiques nouvellement pris en charge, une personne sur cinq présente d'emblée un diabète avec complications hospitalières (niveau 3), avec des dépenses annuelles 3 fois supérieures à celles qui entrent dans la maladie à un niveau non compliqué (environ 11 600 contre 3 800 €).

Afin d'éviter le passage d'un niveau de sévérité à l'autre et/ou l'apparition d'un diabète d'emblée compliqué, l'Assurance Maladie renforce ses actions :

- actions de prévention primaire pour repérer les personnes à risque et dépister les situations de pré diabète ;
- développement de l'accompagnement des personnes à risque par les professionnels de santé et des patients experts vers l'activité physique adaptée et les bonnes habitudes nutritionnelles ;
- suivi rigoureux dès l'entrée dans la pathologie qui permet de retarder les complications, par des programmes d'éducation thérapeutique destinés aux patients concernés au sein des centres d'examen de santé ; par le service sophia d'accompagnement des personnes diabétiques, qui renforcent aussi la capacité de l'adhérent à s'autogérer. Le service sophia, qui sera rapidement référencé dans Mon espace santé, a vocation à devenir l'outil de référence de suivi du diabète pour le patient et son équipe de soins.

La promotion des bonnes pratiques de prise en charge du diabète en lien avec l'actualisation des prochaines recommandations HAS (concernant le traitement du diabète de type 2), auprès des professionnels de santé complète le dispositif.



Impact COVID

Contribution de l'Assurance Maladie à la gestion de l'épidémie

L'épidémie de Covid a eu évidemment un impact majeur sur la vie des Français. L'Assurance Maladie s'est rapidement mobilisée pour répondre aux défis de la pandémie. Elle a fortement contribué à la mise en œuvre de la vaccination en créant et assurant l'évolution du système informationnel dédié permettant un suivi et un pilotage en temps réel de la vaccination et en investissant massivement dans le « aller vers ». Ainsi, 124 millions d'injections, pour 53 millions de personnes ont été enregistrées dans le système d'information (SI). Elle a aussi continué la mobilisation autour du *contact tracing*, avec près de 51 millions de contacts établis depuis deux ans.

Un impact important sur la santé de la population

L'épidémie a eu un fort impact direct en 2020 avec près de 200 000 patients hospitalisés pour Covid-19, dont 42 000 en soins critiques. Les soins pour ces assurés ont occasionné une dépense de 1,6 Md€, soit près de 7 800 € par patient, lié à 90 % aux dépenses d'hospitalisation.

Les patients hospitalisés en réanimation pour Covid-19 en 2020 ont eu des durées de séjours et une mortalité en réanimation supérieure à celle de la grippe saisonnière, ce malgré un âge moins élevé et des comorbidités moins fréquentes, hormis le diabète. Les parcours de soins dans l'année qui suit la réanimation sont marqués par une forte augmentation du recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR), à des soins de kinésithérapie et des soins infirmiers. Plus de 90 % des patients hospitalisés en réanimation sont retournés à domicile un an après la sortie de réanimation, une proportion plus élevée que pour la grippe saisonnière.

En réponse à l'apparition de cas nombreux de symptômes persistants de Covid-19 (« covid long »), une organisation spécifique a été conçue et mise en œuvre pour informer les professionnels de santé et les patients. Il s'agit de repérer ces patients et de leur proposer un accompagnement adapté. Des cellules d'accompagnement régionalisées ont été mises en place. Une plateforme a été mise en ligne pour accompagner les patients et leurs médecins traitants dans leurs démarches.

Un impact indirect également important pour le reste du système de santé

La Covid-19 et les mesures de lutte contre l'épidémie ont fortement perturbé le fonctionnement du système de santé en 2020. En 2021, l'activité est revenue à des niveaux proches de l'année 2019 pour l'ensemble des professions en soins de ville et pour la plupart des actes médicaux de la classification commune des actes médicaux (CCAM), effaçant l'essentiel de l'écart constitué en 2020. Concernant les actes diagnostics, les endoscopies digestives, l'épreuve d'effort en cardiologie, la mesure ambulatoire de la pression artérielle les actes diagnostics d'ORL et les biopsies du col de l'utérus n'ont toutefois pas retrouvé leur niveau de 2019.

On estime que près d'un million d'interventions chirurgicales ont été déprogrammées en 2020, soit 18 % de l'activité totale. Le recours important à la chirurgie ambulatoire, dont le taux a progressé entre 2019 et 2021, a permis d'atténuer l'effet des déprogrammations, sans l'effacer totalement.

En 2021, l'activité est revenue à des niveaux proches de l'année 2019 pour l'ensemble des professions en soins de ville et pour la plupart des actes médicaux de la CCAM, effaçant l'essentiel de l'écart constitué en 2020.

L'activité de soins de suite et de réadaptation a été très fortement perturbée par la Covid-19, avec plus de 12 % de journées produites en moins, avec une forte baisse y compris sur les activités en hospitalisation partielle. L'année 2021 a vu l'activité partielle reprendre, tandis que l'activité d'hospitalisation complète a continué sa diminution, témoignant dans certains cas de modifications ou d'altérations profondes des parcours de soins dont témoigne la baisse des prescriptions des séjours en SSR enregistrée par le dispositif *via* trajectoire.

Le dépistage organisé des cancers a lui aussi été très perturbé en 2020, en particulier pour le cancer colorectal et le cancer du sein. Au plus fort du premier confinement, on a enregistré des baisses importantes de l'ensemble des examens et des traitements de ces deux cancers. Des actions de rattrapage ont été mises en place précocement, par les acteurs de terrain, auxquelles l'Assurance Maladie a prêté son concours. À l'issue de l'année 2021, on peut considérer qu'il y a eu un rattrapage total ou partiel des perturbations liées à la crise covid et à l'année 2020. Ceci ne doit pas occulter les résultats préoccupants du dépistage des cancers en France, le taux de participation pour le cancer colorectal, même s'il rejoint en 2020-2021 le taux maximal atteint antérieurement (34,6 %), restant très inférieur à l'objectif souhaitable européen de 65 %.

L'étude de la consommation de médicaments en 2020-2021 montre, par ailleurs, la persistance d'une surconsommation de médicaments psychotropes, avec une hausse importante des antidépresseurs notamment chez les jeunes en 2021. Le recours aux vaccins, en particulier la vaccination HPV, reste très en-deçà de l'attendu et des objectifs de santé publique. Enfin, la consommation d'antibiotiques en 2021 demeure en retrait par rapport à 2019, conséquence heureuse des mesures de contrôle de l'épidémie de Covid-19.



Approche populationnelle : maternité – petite enfance

La maternité et la petite enfance constituent une période essentielle, en raison de ses conséquences sur le développement de l'enfant, ses capacités d'apprentissage, ainsi que son avenir en bonne santé et les risques futurs de maladie à l'âge adulte. Il s'agit de surcroît d'une période au cours de laquelle les inégalités sociales jouent un rôle majeur dans la détermination des inégalités de santé.

L'Assurance Maladie poursuit l'ambition d'améliorer la santé des femmes enceintes et des enfants, en permettant un accompagnement continu du parcours, de la grossesse aux 6 ans de l'enfant, au plus près des besoins et en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès de ces publics. Cette ambition s'articule avec des priorités nationales, notamment la stratégie des « 1 000 premiers jours » et la stratégie nationale de santé 2018-2022. Elle s'appuie également sur les nombreuses actions d'ores et déjà engagées par l'Assurance Maladie vis-à-vis de ces publics et sur une politique de partenariats déclinée localement, notamment avec l'Éducation nationale et la Caisse nationale des allocations familiales.

La construction d'une approche populationnelle repose sur la connaissance des principales caractéristiques de santé de cette population. Les indicateurs de mortalité maternelle et infantile mettent en évidence des perspectives d'amélioration substantielles. Certaines pathologies, bien que leur prévalence reste faible, peuvent avoir des effets sur la santé de la future mère et le développement de l'enfant in utero et au cours des premières années de vie. Le repérage et la prise en charge précoces du surpoids et de l'obésité, des troubles psychiques chez la femme enceinte et la jeune mère, et des écarts inhabituels du développement chez l'enfant, constituent ainsi une priorité.

On observe ainsi d'importantes marges d'amélioration dans l'accompagnement et le suivi des femmes enceintes, des mères et des enfants de 0-6 ans. En 2018, 20 % des femmes enceintes étaient en surpoids (11,8 % en situation d'obésité) avec une tendance à l'augmentation. La vaccination reste très insuffisante pour les femmes enceintes (seules 7,9 % des femmes enceintes entre 18 et 44 ans ont bénéficié d'une vaccination contre la grippe en 2021-2022). Si la France se situe dans une situation peu favorable en matière de consommation de tabac au cours de la grossesse, on observe de fortes inégalités sociales : 94,2 % des femmes cadres déclarent ne pas avoir fumé durant leur grossesse, contre 76,7 % des femmes employées et 66,3 % des ouvrières. Le suivi effectif de la réalisation des examens réalisés demeure également insuffisant : 25 % des enfants ont eu moins de huit consultations avec un médecin généraliste ou un pédiatre au cours de leur première année de vie alors que onze examens sont recommandés et pris en charge.

L'Assurance Maladie entend poursuivre et renforcer son action, tout particulièrement autour de quatre enjeux prioritaires : les

addictions, la vaccination, la surconsommation de médicaments et le suivi effectif de la femme enceinte et de l'enfant jusqu'à ses 6 ans. De nouveaux outils de prévention seront mobilisés, notamment en s'appuyant sur les outils numériques, et son champ sera élargi à d'autres enjeux, notamment les questions environnementales. Le repérage et la prise en charge précoces, notamment des écarts inhabituels du développement chez l'enfant et du surpoids chez l'enfant et la femme enceinte, devront être renforcés, notamment en s'appuyant sur la généralisation du dispositif « Mission : retrouve ton cap » et sur les expérimentations de dépistage des troubles visuels, du langage et de la communication en milieu scolaire.

L'amélioration de la connaissance et du suivi de la santé de l'enfant par le médecin et les parents sera poursuivie, en adaptant Mon espace santé pour en faire un vrai carnet de santé numérique de l'enfant. L'Assurance Maladie souhaite notamment dématérialiser les informations remplies par le médecin dans le cadre des examens obligatoires de l'enfant.

L'intervention et la coordination de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans le suivi de la femme enceinte et de l'enfant (sages-femmes, auxiliaires médicaux, professionnels de la santé scolaire et de protection maternelle et infantile...) seront soutenues, autour du médecin traitant qui constitue la clé de voûte d'un parcours de soins efficace et efficient. Le suivi de l'enfant est ainsi amené à s'inscrire dans une démarche pluriprofessionnelle territorialisée, reposant notamment sur le regroupement de professionnels de santé au sein de structures d'exercice coordonné. Compte tenu du rôle de premier plan qu'elles jouent auprès des publics les plus éloignés du système de santé, l'Assurance Maladie travaillera tout particulièrement à renforcer son partenariat avec les PMI.

Enfin, l'Assurance Maladie souhaite renforcer sa capacité à « aller vers » des publics ciblés, qu'il s'agisse des enfants dont le suivi sur le plan médical est insuffisant ou des publics les plus vulnérables, tant sur le plan sanitaire que socio-économique.

L'Assurance Maladie poursuit l'ambition d'améliorer la santé des femmes enceintes et des enfants, en permettant un accompagnement continu du parcours, de la grossesse aux 6 ans de l'enfant.



Analyses sectorielles

Mesurer les délais d'accès aux nouveaux médicaments

En France comme dans la plupart des pays d'Europe, l'accès des nouveaux médicaments au marché remboursé est régulé et relève d'un processus d'évaluation et de fixation des prix en plusieurs étapes. Dans un contexte d'arrivée de médicaments innovants et onéreux sur le marché, il est essentiel qu'ils puissent être disponibles le plus rapidement possible pour les patients.

Les données avancées sur les délais d'accès aux médicaments innovants sont plurielles et font l'objet d'incertitudes. L'indicateur de mesure « WAIT » de la Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques (EFPIA) positionne la France relativement loin derrière des pays comme l'Allemagne, l'Espagne ou l'Italie. Largement relayé, cet indicateur présente toutefois des limites méthodologiques importantes, ne prenant pas en compte les dispositifs d'accès précoce.

En France, des dispositifs d'accès précoce avant l'autorisation de mise sur le marché permettent aux patients de bénéficier de traitements jugés innovants. Des mesures récentes mises en œuvre en 2021 ont renforcé ces dispositifs afin de réduire les délais d'accès aux traitements. Ces constats font apparaître la nécessité d'une comparaison internationale transparente sur les délais d'accès.

En comparant les délais de mise à disposition de douze nouveaux médicaments en France et dans trois autres marchés européens (Allemagne, Espagne, Italie), il apparaît que le recours à des dispositifs d'accès précoce pour la majorité des molécules étudiées produit des délais moyens plus courts en France qu'en Espagne et en Italie. Plus précisément, la moyenne des délais de mise à disposition des médicaments (hors accès précoce nominatif) est de 169 jours en France derrière l'Allemagne (54 jours). Ces délais sont globalement plus courts qu'en Italie (372 jours) et en Espagne (388 jours).

Dans un contexte où les initiatives visant à mesurer les délais d'accès aux médicaments émanent pour la plupart des laboratoires pharmaceutiques, la diffusion de données transparentes produites directement par les institutions nationales chargées du médicament est donc centrale pour décrire les véritables délais d'accès aux produits, notamment innovants.

La biologie médicale de ville : un secteur en mutation appelant un cadre de régulation renoué

Depuis 2016, la rentabilité des laboratoires de biologie médicale, définie comme le rapport entre l'excédent brut d'exploitation et le chiffre d'affaires des laboratoires, a crû constamment avec une hausse de plus de 30 % de celle-ci entre 2016 et 2020 sous l'effet d'une concentration accélérée du secteur.

Ces deux dernières années, dans un contexte de forte activité relative aux tests de dépistage Covid-19, le chiffre d'affaires des laboratoires a connu une croissance exceptionnelle, passant de 5,1 Md€ en 2019 à 9,4 Md€ en 2021, soit une hausse de 85 %. Cette croissance est concentrée autour de six grands groupes

qui cumulent 61 % du chiffre d'affaires du secteur. Cette hausse du chiffre d'affaires devrait s'accompagner d'une forte hausse de la rentabilité encore en 2021 dans le prolongement de ce qui est observé sur la période de 2016 à 2020.

30 %
Augmentation de la rentabilité avant la crise (2016-2020), encore accrue en 2021 avec la forte activité de tests

Parallèlement, la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a placé les laboratoires de biologie médicale privés au cœur du parcours de soins du patient dans le cadre de la stratégie « tester-alerter-protéger » avec plus de 120 millions de tests RT-PCR réalisés depuis mai 2020. Le rôle du biologiste a ainsi évolué vers une nouvelle mission d'accompagnement du patient dans le cadre d'une pathologie le positionnant comme contact de premier recours pour le patient. Cette nouvelle mission s'appuie sur un maillage de proximité très développé : avec 4 060 sites de prélèvement recensés en 2021, les laboratoires de biologie médicale privés représentent 87 % de l'offre.

À cet investissement exceptionnel correspond un accompagnement très important par l'Assurance Maladie avec 7,3 Md€ remboursés depuis le début de l'épidémie pour les analyses en lien avec la Covid-19. Cet investissement a permis d'enrichir l'offre de soins de biologie médicale en ville. La grande majorité des laboratoires se sont ainsi dotés de machines pour réaliser des actes auparavant pris en charge uniquement à l'hôpital. Ces derniers pourront dorénavant être réalisés en ville dans le cadre de nombreux diagnostics et sur l'ensemble du territoire, élargissant ainsi l'accès aux examens et donc aux soins des patients.

L'ensemble de ces constats impose de réfléchir à un nouveau cadre pour la biologie médicale privée. Il semble nécessaire de rénover la vie conventionnelle avec les laboratoires pour y intégrer de nouvelles missions et améliorer la qualité des soins en consolidant les mutations initiées pendant la crise. Par ailleurs, la définition d'un nouveau pacte financier de régulation pluriannuelle, permettant de financer des innovations et d'ajuster les tarifs, est essentielle pour adapter la régulation économique aux évolutions du secteur et, par ailleurs, pour enrichir l'offre de soins de biologie médicale en ville.



Organisation et accès aux soins

La crise sanitaire a été un véritable révélateur des défis que le système de santé français doit relever et qui se structurent autour de trois grands enjeux : 1. Mieux répondre aux besoins de la population, en termes d'accès aux soins, géographique et financier, pour les malades chroniques, aussi bien que pour les soins non programmés 2. Adapter en conséquence les organisations et les modes de financement et 3. Assurer les conditions de soutenabilité financière du système de santé.

Le virage ambulatoire, bien réel, qui est à l'œuvre en France comme dans la plupart des pays de l'OCDE pour répondre à ces enjeux est aujourd'hui très incomplet, notamment pour les prises en charge médicales, du fait d'une structuration encore insuffisante des organisations en ville et d'une coopération entre la ville et l'hôpital largement perfectible. Alors que 11 % de la population n'a actuellement pas de médecin traitant déclaré, l'accès aux soins est un enjeu majeur pour la population française. Des solutions existent comme, par exemple, la création du métier d'assistant médical qui après 2 ans et demi a montré tout son intérêt pour permettre aux médecins de voir plus de patients. La situation actuelle appelle cependant à accélérer, renforcer et amplifier ces actions pour mieux répondre aux attentes de la population.

La prochaine convention médicale sera l'occasion de construire sur ces sujets les bases d'un modèle rénové d'organisation des soins à même de mieux répondre aux besoins de la population.

La prochaine convention médicale sera l'occasion de construire sur ces sujets les bases d'un modèle rénové d'organisation des soins à même de mieux répondre aux besoins de la population. Parmi les enjeux principaux de ces discussions, plusieurs sujets auront une importance particulière : libérer du temps médical en promouvant, notamment des organisations propices avec les assistants médicaux et des coopérations médecins infirmiers rénovées ; réduire les inégalités territoriales dans l'accès aux soins, notamment *via* un soutien particulier aux zones sous-denses et en rénovant le cadre de la télé-médecine ; donner un rôle plus important aux territoires en renforçant encore le rôle pivot des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans l'organisation territoriale de la réponse ambulatoire.

La convention médicale sera aussi l'occasion de revisiter le dispositif de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)

qui joue un rôle important dans la prise en compte de la qualité. Au-delà du seul champ des soins de ville, une attention particulière doit être portée à l'alignement des dispositifs d'incitation à la qualité en ville et à l'hôpital qui devront envoyer des signaux convergents aux acteurs et favoriser la mise en place des politiques de santé publique, comme le parcours de l'insuffisance cardiaque. Enfin, il convient de continuer à innover et expérimenter dans ce domaine en développant de nouveaux indicateurs et en expérimentant de nouvelles modalités de prise en compte de la qualité dans le financement des soins.

La prise en charge des maladies chroniques est un champ dans lequel notre système de santé doit largement progresser. Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, de nombreux modèles sont expérimentés, souvent sous la forme d'épisodes de soins financés de manière forfaitaire, parfois communs entre la ville et l'hôpital. Alors que les premiers résultats de ces travaux sont prometteurs, il convient de préparer le cadre d'entrée dans le droit commun de ces organisations, qu'il s'agisse de leurs modalités de tarification ou des conditions juridiques et techniques de leur mise en œuvre.

Enfin, l'accès financier aux soins reste un enjeu majeur, avec des nombreux biens et services pour lesquels il existe un reste à charge important pour les assurés. La mise en place du 100 % santé pour l'optique, les audioprothèses et les soins dentaires est une réponse à cette problématique. Son déploiement a rencontré un succès significatif, même s'il est variable selon les domaines : très important pour les audioprothèses, plus progressif mais réel pour les soins dentaires, et encore à consolider pour l'optique. L'Assurance Maladie a déployé des actions d'accompagnement et de contrôle pour assurer la mise en œuvre et la montée en charge de ce dispositif, et son appropriation par les professionnels et la population. Le succès de ce dispositif est bien réel et l'adaptation du panier de soins concernés, notamment pour l'optique, ainsi que son extension à d'autres types de soins et biens médicaux (prothèses capillaires, orthodontie), peut être envisagée



E-santé

La e-santé (ou santé numérique), qui peut se définir comme l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'ensemble des activités en rapport avec la santé, a connu un essor sans précédent ces dernières années, ce dont plusieurs chiffres témoignent : 1,4 million de téléconsultations en janvier 2022 contre moins de 40 000 en janvier 2020 (avec un pic à 4,5 millions en avril 2020), 31 millions de visiteurs uniques de l'application TousAntiCovid en septembre 2021 et un total de 929,4 M€ levé par 58 start-up françaises de la e-santé en 2021.

Conscient du potentiel des innovations en santé numérique, le ministère de la Santé a accentué ses efforts pour amorcer pleinement le virage du numérique en santé. En 2019, la création d'une délégation ministérielle du Numérique en santé (DNS) a permis la définition d'une stratégie partagée par tous les acteurs, la feuille de route du numérique en santé. La santé numérique a aussi vu les financements publics qui lui sont accordés s'accroître considérablement au cours des dernières années. Le Ségur de la santé inclut un plan historique de près de 2 Md€ auquel s'ajoute la stratégie d'Accélération « Santé Numérique » (SASN), lancée en octobre 2021 dans le cadre de France 2030, avec une enveloppe additionnelle de 650 M€.

Lorsque l'on effectue une comparaison internationale, on observe une convergence dans l'identification des enjeux et la définition des objectifs des pouvoirs publics pour la régulation de la e-santé. Mais si l'intégralité des pays développés s'est lancée, comme la France, dans un effort de structuration d'une stratégie en matière de santé numérique, il existe encore une grande diversité dans les approches des régulateurs, chacun essayant de définir le meilleur modèle d'accompagnement en fonction des caractéristiques propres à son système de santé. Malgré un cadre très propice au développement du numérique en santé (Estonie) ou la mise en place de cadres de remboursement très incitatifs (Allemagne), aucun pays n'a pu définir une stratégie globale de régulation des innovations en santé numérique, chacun faisant face aux mêmes défis (difficile évaluation du service médical rendu, incertitudes sur le caractère vertueux des modèles économiques, temps d'appropriation par les patients et professionnels de santé, etc.)

En France, L'Assurance Maladie est un acteur important de l'innovation en santé numérique et occupe une place centrale dans la structuration de son développement au travers plusieurs grands rôles selon les sujets (financier de dispositifs, opérateur de solutions, régulateur des tarifs, accompagnateur des professionnels et des assurés).

En dépit de cet investissement et de l'implication croissante de tous les acteurs publics dans le champ de la e-santé, le foisonnement des innovations dans tous les secteurs est tel qu'il requiert des pouvoirs publics un effort supplémentaire d'accompagnement et d'évaluation des innovations afin de réguler davantage

l'écosystème. En effet, de très nombreuses innovations sont actuellement utilisées sans avoir été évaluées par les autorités sanitaires et en dehors de tout cadre. Si cet effort d'évaluation n'incombe pas à une seule autorité sanitaire, le très grand nombre d'outils et de solutions déjà utilisés sur le terrain impose un effort préalable de priorisation des innovations en e-santé qui devront ensuite être évaluées. Cette priorisation peut être faite à l'aune de six dimensions (potentiel de déploiement, cohérence avec les objectifs stratégiques de la politique de santé, amélioration du service rendu, fluidification du système de santé, impact vertueux sur le financement du système de santé, contribution à la transition écologique).

Le foisonnement des innovations dans tous les secteurs est tel qu'il requiert des pouvoirs publics un effort supplémentaire d'accompagnement et d'évaluation des innovations afin de réguler davantage l'écosystème.

Bien que nécessairement incomplète, cette méthodologie de priorisation de l'innovation permet d'ores et déjà d'identifier trois champs à fort potentiel dont il s'agit désormais de faire progresser les usages en vie réelle : les applications de prévention et d'accompagnement des patients, les dispositifs médicaux avec télésurveillance pour le suivi des patients atteints de pathologies chroniques, et les solutions digitales de partage d'informations entre professionnels de santé permettant la numérisation des parcours de soins (e-parcours).



Effizienz et pertinence des soins

Au-delà de ses actions ciblées sur des pathologies ou sur des populations, l'Assurance Maladie poursuivra en 2023 ses travaux visant à une meilleure prise en charge des soins, à travers principalement des actions de maîtrise médicalisée ou de contrôles.

Effizienz et pertinence des soins : 750 millions d'euros

L'Assurance Maladie entend poursuivre et renforcer ses actions de maîtrise médicalisée en matière de bon usage des médicaments : accroître le taux de pénétration des médicaments biosimilaires pour atteindre un objectif volontariste de 80 % des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence, renforcer le bon usage de l'antibiothérapie afin de prévenir et diminuer l'antibiorésistance, mettre en œuvre le contrôle des médicaments onéreux tel qu'inscrit dans la convention avec les pharmaciens. Ces actions feront l'objet de campagnes d'accompagnement qui reposeront sur des modalités, méthodes et outils plus innovants favorisant des approches multicanales, plus personnalisées vis-à-vis des professionnels de santé, recourant à la datavisualisation pour une efficacité renforcée.

Les remboursements de dispositifs médicaux atteignent 8 Md€ en 2021 en forte reprise depuis la crise sanitaire, avec une part importante des prescriptions hospitalières exécutées en ville et une concentration sur quelques dispositifs médicaux. Afin de gagner en efficacité sur ce poste de dépenses, en complément d'actions d'accompagnement des établissements dans le cadre de leurs objectifs inscrits dans le dispositif de contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) et de contrôles, l'Assurance Maladie étudiera, en lien avec les partenaires conventionnels, la mise en place d'une dispensation adaptée de pansements permettant de limiter les quantités délivrées et de lutter contre le gaspillage, et engagera des contrôles sur la facturation des forfaits de traitements par pression positive continue (PPC) en fonction des données d'observance des patients transmises par les prestataires.

Pour renforcer l'efficacité des dépenses de transport des malades, l'Assurance Maladie mènera des actions visant à inciter le transport partagé de patients et à promouvoir l'adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient (ambulance vs véhicules légers). Les leviers à mobiliser dans ce cadre sont notamment le recours aux plateformes de centralisation des commandes de transports et la généralisation du service numérique « Mes remboursements simplifiés » qui vise à simplifier et à accélérer le remboursement des frais d'utilisation du véhicule personnel ou des transports en commun.

Sur le champ des indemnités journalières, l'Assurance Maladie a conçu en 2022 un plan d'action de gestion du risque équilibré, principalement à destination des prescripteurs. Cette stratégie renouvelée, qui sera déployée en 2023, est articulée autour de mesures de prévention, d'information et de contrôles et mobilise l'ensemble des acteurs impliqués au-delà des seuls

prescripteurs libéraux et hospitaliers, assurés, employeurs, services de santé au travail et Assurance Maladie.

Enfin, de façon transversale, la rénovation des demandes d'accord préalable sera mise en œuvre en 2023 en orientant ce dispositif vers des sujets à fort enjeu et s'intégrant facilement dans la pratique de prescription des professionnels notamment *via* une dématérialisation du processus.

Contrôles et lutte contre la fraude et les abus : 300 millions d'euros

La politique de contrôle des prestations sera également renouvelée, permettant d'optimiser les processus de contrôles à tous les niveaux : évaluation renforcée, détection optimisée, contrôles pédagogiques à visée préventive, contrôles a posteriori et lutte contre la fraude et les abus.

La démarche d'accompagnement de toute nouvelle installation, initiée avec les infirmiers libéraux, autour du respect des règles de facturation, sera poursuivie et étendue à d'autres professions de santé, en premier lieu aux masseurs-kinésithérapeutes.

Au-delà de l'intensification des contrôles embarqués sur les actes facturés, des analyses de la facturation des professionnels *via* des outils de datamining et de requêtage automatisés permettront de déclencher des plans de contrôle a posteriori. Ces plans porteront sur le respect des règles de facturation des actes médicaux et paramédicaux et des dispositifs médicaux.

En matière de lutte contre la fraude et les abus, les priorités de l'Assurance Maladie pour 2023 viseront notamment à renforcer, en mobilisant tous les moyens disponibles, ses actions de contrôle, en particulier concernant les pratiques déviantes en lien avec de nouvelles mesures ou dispositifs, celles se développant sur les réseaux sociaux (faux arrêts de travail, trafic de médicaments...) ou l'activité atypique de centres dentaires.

IMPACTS PLURIANNUELS DES ACTIONS MENÉES PAR DE L'ASSURANCE MALADIE SUR L'ONDAM

Le programme de gestion du risque que propose l'Assurance Maladie devrait générer des impacts financiers attendus sur 2023 estimés à 1,2 Md€ sur l'année 2023. Ce programme repose sur trois principales approches :

- Une approche structurelle avec des actions centrées sur la prise en charge de pathologies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, santé mentale...) et des actions tournées vers des populations jugées particulièrement stratégiques car plus vulnérables ou éloignées du système de soins (petite enfance, femmes enceintes...) dont l'impact sur 2023 est estimé à environ 160 M€, soit 13 % du programme de gestion du risque de 2023 ;
- L'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins ciblée sur des prestations pour lesquelles des gisements de non-efficacité ont été identifiés, pour des impacts attendus de 750 M€, soit plus de 60 % des impacts du programme de gestion du risque de 2023, répartis sur les actes médicaux et paramédicaux (9 %), les médicaments (12 %), les dispositifs médicaux (12 %), la biologie (15 %), les transports (8 %) et les indemnités journalières (6 %) ;
- Les contrôles et la lutte contre la fraude et abus concourent au programme de gestion du risque sur 2023 pour 300 M€, soit 25 % du programme.

Récapitulatif de l'impact annuel (en millions d'euros) des actions de l'Assurance maladie sur 2023

	IMPACT SUR 2023
>> Approche pathologie	136
Maladies cardiovasculaires	36
Diabète	36
Santé mentale	45
Autres pathologies	18
>> Approche populationnelle	25
Enfance-jeunes	15
Maternité	10
>> Efficience - pertinence	754
Actes	112
Médicaments	149
Dispositifs médicaux	146
Biologie	180
Transports	94
Indemnités journalières	74
>> Contrôles & LCF	299
Actes	51
Médicaments	23
Dispositifs médicaux	15
Indemnités journalières	5
Lutte contre la fraude et abus	206
TOTAL GÉNÉRAL	1 213

Au-delà des impacts sur 2023, un certain nombre d'actions générera des impacts à plus long terme estimés à 300 M€ dont 270 M dès les cinq prochaines années qui correspondent à la valorisation :

- D'actions de prévention telles que la campagne annuelle de vaccination antigrippale qui devrait permettre, à moyen terme, d'atteindre le taux de vaccination antigrippal préconisé par l'OMS (75 %), le programme de prévention du surpoids et de l'obésité chez les jeunes enfants « Mission : retrouve ton cap », l'application mobile Tabac info service, outil d'accompagnement au sevrage tabagique ;
- De campagnes d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins initiées en 2023 qui monteront en charge dans les prochaines années (antibiotiques, biosimilaires, CAQES).

LISTE DES PROPOSITIONS



Propositions sur l'approche par pathologie

1

Renforcer le parcours de soins sur l'insuffisance cardiaque :

- Faire connaître les quatre signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque ;
- Amplifier le déploiement de Prado Insuffisance cardiaque pour une sortie organisée de l'hôpital ;
- Créer des « équipes de soins spécialisées » de cardiologie couvrant l'ensemble du territoire, composées de cardiologues et d'infirmiers aux missions élargies (délégation de tâches) ;
- Proposer une télésurveillance à l'ensemble des patients présentant une insuffisance cardiaque sévère (notamment de la prise de poids rapide, *via* une balance connectée).

2

Permettre aux patients diabétiques d'être pleinement acteurs de leur santé grâce aux innovations numériques :

- Déployer les innovations connectées (suivi de la glycémie, administration automatique d'insuline) et la télésurveillance ;
- Ouvrir le service sophia en ligne et le rendre accessible à tout patient diabétique ;
- Personnaliser Mon Espace Santé pour les patients diabétiques, et référencer dans le store les applications de santé les plus pertinentes.



Propositions sur la réponse aux impacts de la covid-19

3

Améliorer le taux de participation aux dépistages organisés des cancers (sein, col de l'utérus, colorectal) :

- Simplifier et renforcer l'efficacité du modèle de gestion des invitations au dépistage dans la continuité du rapport IGAS, *Le dépistage organisé des cancers en France* ;
- Structurer une démarche d'« aller vers », sur le modèle de la vaccination covid ;
- Mettre à disposition des médecins traitants la liste de leur patientèle éligible n'ayant pas réalisé son (ses) dépistage(s).

4

Améliorer le taux de vaccination HPV :

- Renforcer la promotion de la vaccination HPV chez les jeunes adolescents (au collège, lycée, sur les réseaux sociaux, etc.) ;
- Organiser une campagne d'invitations et de relances systématiques aux parents d'enfants de 11 et 12 ans non (ou incomplètement) vaccinés ;
- Introduire un indicateur ROSP pour les médecins traitants de l'enfant.



Propositions sur la maternité et la petite enfance

5

Améliorer l'accompagnement des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement :

- Repérer et prévenir la dépression du post-partum (nouvel entretien post-natal et ouverture du dispositif « MonPsy » aux sages-femmes) ;
- Promouvoir la vaccination chez les femmes enceintes (grippe, coqueluche, covid) ;
- Encourager les femmes à choisir une « sage-femme référente ».

6

Améliorer le suivi et la prise en charge des enfants :

- Limiter la surprescription de médicaments constatée en France (antidouleurs, antibiotiques, antihistaminiques, corticoïdes), à travers une campagne de sensibilisation des médecins généralistes et des pédiatres ;
- Améliorer le recours à la vaccination (ROR, penta et hexavalents) ;
- Soutenir le développement de maisons de santé pluriprofessionnelles dédiées à la santé de l'enfant.

7

Organiser le repérage systématique des troubles visuels et du langage, à l'école, pour tous les enfants de 3 ans, via la généralisation de l'expérimentation de repérage précoce par les orthophonistes et les orthoptistes en milieu scolaire.

8

Faire de Mon Espace Santé le carnet de santé numérique de l'enfant :

- Proposer une version de Mon Espace Santé adaptée aux enfants (calendrier vaccinal, courbes de croissance, etc.) ;
- Dématérialiser les compte rendus des 20 examens obligatoires de l'enfant ;
- Conduire, sur la base de ces résultats, une politique ambitieuse de réduction des inégalités de santé dès le plus jeune âge.

9

Renforcer le partenariat entre l'Assurance Maladie et la protection maternelle et infantile (PMI), pour garantir un suivi exhaustif de l'ensemble des enfants et renforcer l'action des pouvoirs publics à destination des enfants vulnérables.



Propositions sur les approches sectorielles

10

Définir une nouvelle stratégie pour le secteur de la biologie médicale, dans le cadre d'une convention renouvelée ouvrant de nouvelles missions aux biologistes et visant à améliorer la pertinence des examens de biologie.

11

Définir un nouveau pacte financier avec le secteur de la biologie médicale, visant à soutenir l'innovation et à mettre en œuvre une régulation tarifaire pluriannuelle ambitieuse compte tenu de la très forte croissance de la rentabilité du secteur.

12

Créer un Observatoire sur les délais d'accès aux médicaments innovants, à l'échelle européenne, en coopération avec les institutions chargées du médicament dans les pays voisins.



Propositions sur l'organisation et l'accès aux soins

13

Déployer une boîte à outils pour améliorer l'accès à un médecin traitant dans un contexte de raréfaction des médecins généralistes installés en ville :

- Miser sur les assistants médicaux pour libérer du temps médical ;
- Inciter à l'installation des infirmiers de pratique avancée (IPA) en ville, en revalorisant leur modèle économique ;
- Proposer des modèles innovants de collaboration médecins-infirmiers ;
- Alléger la charge administrative des médecins ;
- Déployer les protocoles de coopération nationaux et locaux, pour faciliter le partage de tâches entre professionnels de santé.

14

Déployer de nouveaux leviers pour lutter contre les déserts médicaux et les inégalités territoriales d'accès aux soins :

- Organiser la présence de médecins spécialistes en zones sous-denses, *via* des consultations avancées ;
- Proposer un contrat unique et simplifié d'installation en zones sous-denses *via* des « consultations avancées » régulières en dehors de leurs cabinets, dans des déserts médicaux.

15

Finaliser un cadre structurel pour l'activité de téléconsultation, afin d'améliorer l'accès aux soins tout en préservant la qualité de la prise en charge :

- Déployer la téléconsultation assistée/avancée par les infirmiers, (personnes à domicile, urgences, etc.) ;
- Créer un statut ad hoc « d'offreur de télémédecine » et encadrer le déploiement des télécabines ;
- Supprimer la prise en charge des arrêts de travail prescrits en téléconsultation (hors médecin traitant) et améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses (lutte contre l'antibiorésistance) ;
- Accélérer le déploiement des organisations territoriales de téléconsultation.

16

Redonner la main aux professionnels de santé, *via* la couverture par des CPTS de l'ensemble des bassins de vie du pays, afin qu'ils construisent localement des solutions pour améliorer l'accès aux soins adaptées à leurs territoires.

17

Améliorer l'accès aux « soins non programmés » en journée (consultation/visite sans rendez-vous), pour désengorger les urgences :

- Déployer un « service d'accès aux soins » (SAS) dans chaque territoire (numéro de régulation, sur le modèle du 15), en simplifiant les modalités de fonctionnement et de rémunération du dispositif. Les mesures d'urgence mises en place pendant l'été 2022 à titre dérogatoire (« mission Braun »), notamment sur le SAS, feront ainsi l'objet d'une évaluation à la rentrée ;
- Déployer la plateforme nationale construite pour les régulateurs médicaux (SAS, SAMU) permettant d'identifier les créneaux immédiatement disponibles pour un RDV avec un médecin (modèle « vite ma dose »).

18

Harmoniser et simplifier les dispositifs d'incitation à la qualité en ville et à l'hôpital (ROSP, IFAQ, CAQES), et introduire des mécanismes d'incitation collectifs fondés sur les indicateurs populationnels pour les acteurs volontaires d'un territoire.

19

Améliorer la qualité de la lettre de liaison à la sortie des patients hospitalisés en proposant aux établissements de santé un accompagnement par l'Assurance Maladie pour l'utilisation de cet outil clé de la continuité des soins en ville et indicateur de qualité établi par la HAS sur lequel les établissements de santé sont rémunérés (IFAQ).

20

Expérimenter de nouvelles manières de mesurer et d'inciter à la qualité comme le « best-practice tarif » en chirurgie, selon un principe d'automatisme et de transparence des indicateurs cliniques retenus. Innover dans le sens d'une plus grande participation des patients à l'évaluation de leurs soins.

21

Faciliter le passage à l'échelle des expérimentations innovantes accompagnées dans le cadre de l'article 51 en créant un nouveau cadre de tarification permettant le financement de « forfaits », pouvant être adaptés à chaque dispositif.

22

Poursuivre l'amélioration de l'accès financier à certains soins particulièrement coûteux pour les patients dans le prolongement du 100 % Santé :

l'orthodontie de l'enfant, les prothèses capillaires (perruques pour les femmes en chimiothérapie) et les semelles orthopédiques.

23

Permettre l'accès individuel à la C2S aux enfants majeurs de moins de 25 ans dont les parents sont allocataires du RSA.



Propositions sur la e-santé

24

Accélérer et structurer le développement de la santé numérique :

— Créer un nouveau statut pour les « thérapies digitales » au sein des « produits de santé » (*en sus* des médicaments et des

dispositifs médicaux), avec des modalités d'évaluation et de prise en charge à définir ;

— Repérer et accompagner les innovations de rupture.



Propositions sur l'efficience et la pertinence des soins

25

Améliorer l'observance, la pertinence de la prescription et la délivrance des produits de santé :

- Accroître la pénétration des médicaments biosimilaires ;
- Renforcer le bon usage de l'antibiothérapie ;
- Promouvoir la dispensation adaptée (pansements, compléments nutritionnels oraux) ;
- Mettre en place une opération de contrôle de l'observance des traitements pression positive continue (PPC) ;
- Vérifier l'authenticité des ordonnances de médicaments onéreux.

28

Sécuriser la facturation des professionnels de santé libéraux à l'Assurance Maladie :

- Accompagnement des nouveaux professionnels installés, *via* des contrôles pédagogiques (extension du dispositif mis en place, des infirmiers libéraux aux masseurs-kinésithérapeutes) ;
- Déploiement du nouvel outil d'identification automatique des anomalies de facturation, permettant de construire un plan d'accompagnement personnalisé par professionnel de santé ;
- Blocage *a priori* d'associations d'actes incompatibles.

26

Soutenir la vaccination par les pharmaciens et les infirmiers, afin d'améliorer la couverture vaccinale de la population.

29

Déployer la feuille de route de rénovation des demandes d'accord préalable : mise en œuvre de nouvelles DAP sur des prescriptions à forts enjeux financiers, suppression des DAP à faible valeur ajoutée (bilans orthophonistes) et dématérialisation de l'ensemble des DAP.

27

Définir un nouveau plan d'action sur la pertinence des arrêts de travail, de la formation des professionnels (MOOC IJ) à une stratégie rénovée de prévention des mésusages par un accompagnement et un contrôle renforcé des prescripteurs atypiques.

30

Relancer les travaux de pertinence en matière d'imagerie médicale en lien avec les représentants des radiologues, afin de limiter les examens inutiles, inappropriés ou redondants. Travailler de surcroît sur le mésusage des produits de contraste utilisés pour l'imagerie médicale en coupe (scanners, IRM).

Découvrez l'intégralité du Rapport Charges et Produits sur
<https://assurance-maladie.ameli.fr>
en scannant ce QR code :



Directeur de publication : Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)

50 avenue du Professeur-André-Lemierre, 75986 Paris cedex 20

Design et réalisation : Hopscotch Groupe



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun