



## **Conseil CNAMTS**

**11.07.13**

### **Charges et Produits pour 2014**

#### **VOTE FAVORABLE**

## **I. L'absence de propositions sur des thèmes primordiaux**

### **1. Tiers-Payant en médecine de ville**

La ministre de la santé a récemment chargé l'IGAS d'une mission consistant à évaluer l'option d'une généralisation à toute la population du tiers payant intégral (assurance maladie obligatoire et complémentaire) chez les médecins libéraux, généralistes et spécialistes.

Vraisemblablement, il n'existe plus d'opposition idéologique à cette généralisation et les parties prenantes ont toutes l'air ouvertes voire même, comme notre collectif, très allantes, tant pour améliorer les conditions d'accès aux soins que du point de vue de la philosophie sociale.

L'hypothèse d'une généralisation du tiers-payant intégral au profit de tous les usagers (tout au moins de ceux qui disposent d'une complémentaire santé) permettrait de lutter efficacement contre le renoncement aux soins qui s'enracine fortement dans notre système de santé, sans toutefois affecter le niveau de rémunération des médecins ou augmenter les dépenses de l'Assurance maladie.

Cette généralisation contribuerait en outre à simplifier et à clarifier la prise en charge de l'offre de soins ambulatoire si inéquitable et si peu lisible.

Les seuls freins seraient finalement d'ordre technique (éclatement de la facturation ou rôle de pivot donné à l'AMO ?).

Nous regrettons l'absence de proposition concrète de l'Assurance maladie en ce sens.

## 2. Encadrement des prescriptions de psychotropes

Le niveau de dépenses liées à la santé mentale devrait nous conduire à enquêter sérieusement et urgemment sur les modalités de traitements des troubles psychiques ou symptômes trop souvent associés à une pathologie exigeant la prescription de médicaments psychotropes.

22,6 milliards d'euros consacrés à la santé mentale ; 5,8 millions d'adultes sous traitement psychotrope soit une personne sur 10, c'est assez pour questionner la pertinence de la prescription médicale.

Le retard dans le diagnostic et la surconsommation de médicaments psychotropes (prescription abusive et non justifiée dans un nombre de cas inacceptable et durée de prescription non conforme) sont en partie imputables à l'information insuffisante des médecins généralistes en matière de psychiatrie<sup>1</sup>. Ce sont, par exemple, les médecins généralistes qui sont le plus souvent appelés à traiter les troubles du sommeil or la HAS estime que 85 % des cas d'insomnie chez les personnes âgées pour lesquels des psychotropes ont été prescrits ne relèvent pas de troubles de type psychiatrique. On peut, sur ce point, rappeler les recommandations de l'Opeps<sup>2</sup> en matière de bon usage des médicaments psychotropes singulièrement concernant le respect des bonnes pratiques et le besoin d'une meilleure coordination des médecins généralistes et des médecins psychiatres dans la prise en charge des troubles et insister pour que la formation à l'identification des troubles psychiatriques et au bon usage des traitements soit inscrite dans la formation initiale et continue des médecins généralistes ainsi que des spécialistes non psychiatres.

Une analyse prospective de l'utilisation des médicaments psychotropes a été effectuée sur une période de 6 mois dans un hôpital universitaire pédiatrique en 2009.

Les données, collectées à partir du logiciel de prescription, ont permis de conclure que 68% de toutes les prescriptions étaient hors AMM et qu'elles concernaient 66% patients.

La complexité du champ de la santé mentale et des troubles psychiques explique sûrement l'absence d'encadrement des pratiques professionnelles mais le taux de pénétration des médicaments psychotropes dans notre pays est tel qu'il convient maintenant de s'interroger sur le modèle, dominant, de la médicalisation de certains troubles et, par conséquent, de la médication prescrite sans discernement.

---

<sup>1</sup> Rapport n° 328 (2008-2009) de M. Alain MILON, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 8 avril 2009.

<sup>2</sup> Rapport nos 3187 (AN) et 422 (Sénat) de Maryvonne Briot au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur le bon usage des médicaments psychotrope, juin 2006.

### 3. La prévention

Si l'Etat de santé des Français apparaît globalement bon, la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans, reste l'une des plus élevées d'Europe.

Plus inquiétant encore, si l'espérance de vie de l'ensemble de la population augmente de manière constante, cette évolution mérite d'être relativisée par l'analyse de l'espérance de vie sans incapacité qui tend à décroître depuis 2008, passant de 62,7 ans en 2008 à 61,9 ans en 2010.

Des disparités perdurent entre hommes et femmes, entre territoires ou entre catégories sociales. Ainsi, de manière stable depuis 25 ans, les hommes cadres vivent en moyenne 6,3 ans de plus que les hommes ouvriers.

Pourtant, les dépenses dans ces domaines restent marginales et sont soumises à de fortes pressions et même à des menaces de diminution en cette période de crise économique. Investir dans la prévention semble pourtant crucial pour prévenir des risques sanitaires, éviter l'inflation des dépenses de santé et améliorer notre qualité de vie par des incitations à renoncer aux conduites à risques.

La seule concession faite à la prévention à travers les propositions qui nous sont soumises aujourd'hui porte sur la lutte contre le tabagisme et cette réduction à l'extrême de l'engagement de l'Assurance maladie pour mieux prévenir le recours aux soins aigus est regrettable.

### 4. Le DMP

Si l'ensemble des acteurs s'accorde à souligner le besoin d'améliorer la coordination des soins et de disposer d'un outil permettant le partage des informations médicales, le déploiement du DMP peine à atteindre sa masse critique et témoigne des difficultés du passage à l'acte. Deux ans après son lancement, on compte seulement 355 000 DMP créés en juin 2013.

Un groupe de réflexion travaille actuellement au DMP2, pour une meilleure appropriation de l'outil, recentré sur des fonctions opérationnelles de base.

Dans ce contexte, la CNAMTS ne devrait-elle pas jouer un rôle dans la gouvernance stratégique de ce projet « industriel » ? Ne peut-elle pas peser sur la maîtrise d'œuvre en soutenant l'intégration du DMP dans l'univers des téléservices proposés à l'ensemble des PS ?

L'aide au déploiement du DMP représente, pour l'Assurance maladie, un levier pour améliorer la coordination des soins dans une logique de parcours évoquée dans la proposition n°5.

## II. Points forts du document

### 1. Proposition n°23 consistant à ouvrir des droits aux IJ pour les salariés ayant une petite activité.

Certaines personnes, de par la spécificité ou la durée du travail effectué, ne remplissent pas les critères fixés pour l'ouverture des droits au versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, et sont *de facto* exclues des droits pour lesquels cependant elles cotisent.

C'est le cas notamment des personnes salariées travaillant à temps très partiel (inférieur au mi-temps soit moins de 17h30 par semaine), quand bien même justifieraient-elles de plusieurs années de cotisation, parce qu'elles ne remplissent ni le critère de durée de travail de 800h au cours de l'année précédant l'arrêt de travail, ni les 200h au cours des trois premiers mois.

Compte tenu du développement des emplois précaires et du temps partiel courant dans à certaines branches d'activité, cette condition n'apparaît donc plus en adéquation avec le marché de l'emploi, la réglementation du temps de travail et son mode de fonctionnement. D'une manière générale, le nombre d'assurés sociaux totalisant un nombre d'heures insuffisant s'accroît : ces assurés cotisent sans pouvoir prétendre à un quelconque revenu de remplacement en contrepartie lorsque la maladie les empêche de travailler.

Malgré l'adoption de plusieurs règles dérogatoires, le problème perdure.

Quelques mois à peine après la publication du décret instaurant les conditions au versement des indemnités journalières en 1968, un arrêté crée une série de règles dérogatoires pour certaines catégories professionnelles (écrivains non-salariés, journalistes rémunérés à la pige, VRP, concierges, nourrices et gardiennes d'enfants, travailleurs à domicile...).

En 1985, un décret établit une règle particulière pour les travailleurs saisonniers : pour ces salariés, la loi ne fait plus de distinction entre les arrêts inférieurs ou supérieurs à 6 mois, et pose dorénavant comme unique condition une durée de travail au moins égale à 800h sur l'année précédant l'arrêt maladie ou invalidité. En 2008, ce principe a été étendu par arrêté aux travailleurs rémunérés par chèque emploi service universel (CESU).

Pour les salariés travaillant à temps très partiel, et malgré la mobilisation de très nombreux députés et sénateurs depuis 1988, ainsi que de plusieurs CPAM, la situation est restée sans solution à ce jour.

Selon la LNCC, 15 000 personnes atteintes de cancer, dont 13 000 femmes, travaillant à temps très partiel (inférieur à un mi-temps) n'ont pas accès aux indemnités journalières.

Cette situation n'est socialement pas acceptable et les assouplissements proposés nous semblent aller dans le bon sens.

## 2. Proposition n°18 pour mieux encadrer la prescription des nouveaux anticoagulants oraux

Les NACO posent 2 problèmes :

- Tout d'abord, ils semblent présenter des risques d'accidents hémorragiques, depuis l'extension de leur indication d'AMM pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique dans la fibrillation auriculaire non valvulaire.

Ces risques sont aggravés par l'inexistence d'antidote ou de traitement correcteur validé en cas d'accident hémorragique ou de chirurgie ou acte interventionnel non programmé.

- Ensuite, le prix des NACO, élevés comparativement aux médicaments de sa classe pharmacothérapeutique de référence alors même qu'ils ne disposent que d'une ASMR V, est une énigme.

Et comment comprendre qu'un tel médicament soit admis au remboursement alors même qu'il ne conduit pas, loin s'en faut, à une économie dans le coût du traitement ?

Il est souhaitable, comme décrit dans la proposition n°18, de réguler la prescription des NACO mais aussi de réévaluer le prix de ce médicament inadapté dans de nombreux cas et ne présentant ni progrès par rapport aux traitements existants ni économie pour l'Assurance maladie. Son admission au remboursement par l'Assurance maladie devrait peut-être, pour ces mêmes raisons, être remise en question.

## 3. Proposition n°14 pour revoir le prix de la rosuvastatine en cohérence avec l'ensemble de la classe des statines compte tenu su SMR équivalent ou, à défaut, instaurer une procédure d'entente préalable sur cette molécule

Là encore, on comprends que le défaut de réévaluation de l'ASMR conduit à faire prospérer sur le marché de la prescription, un médicament n'apportant aucun progrès par rapport aux autres de sa classe thérapeutique mais portant plus cher que les autres donc n'apportant aucune économie à l'Assurance maladie, et qui plus est, délivré *larga manu*.

Le CISS est donc favorable à ce que l'ASMR, déterminante dans a fixation du prix du médicament, soit réévaluée à intervalle régulier pour tenir compte de l'évolution du prix des comparateurs, et pas seulement pour l'ASMR V comme proposé mais pour l'ensemble des médicaments.

Le SMR, utile dans la détermination du taux de remboursement par l'Assurance maladie, étant réévalué régulièrement, il serait cohérent d'en faire autant pour l'ASMR.

La solution alternative consistant à fixer un prix unique pour tous les médicaments d'une même classe thérapeutique, qu'ils soient génériques ou encore protégés par leur brevet représenterait d'importantes économies pour l'Assurance maladie mais ce procédé ne serait-il pas de nature à inhiber la recherche et à dévaloriser l'innovation thérapeutique ?

### III. Points de vigilance

#### 1. Propositions n°3 visant à développer les outils d'aides à la décision pour les patients pour leur permettre un choix mieux éclairé

Les constats établis soulignent le nombre important d'actes chirurgicaux pratiqués au mépris du bilan bénéfices/risques pour le patient et parfois sans avoir effectué des examens nécessaires préalables justifiant l'intervention.

Ces pratiques médicales, dont la pertinence est en cause, ne pourront évoluer que si l'on se résout à adresser des « messages plus ferme en direction de la communauté médicale, à l'instar de ce qui est fait dans d'autres pays » (proposition n°4) et à sensibiliser les médecins quant aux risques de leur stratégie de traitement sur la qualité de vie de leurs patients.

La difficulté de l'encadrement des pratiques professionnelles, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, ne doit pas conduire à reporter les besoins de régulation sur les patients.

La proposition n°3, *a priori* pavée des meilleurs intentions, pour éclairer le choix des patients « lorsqu'ils ont à faire face à plusieurs options ayant des bénéfices et des préjudices qui peuvent être appréciés différemment par chacun », ne responsabilise-t-elle pas les patients à l'excès ?

Dans la vraie vie, les patients qui se trouvent en situation de faire un choix entre deux techniques de traitement s'en remettent à l'expertise de leurs soignants en qui ils placent leur confiance. Le rôle de conseil du médecin est très souvent décisif et, même s'il convient d'informer au mieux les patients sur les risques encourus, le médecin n'en demeure pas moins responsable de sa stratégie thérapeutique.

Cette proposition d'aide à la décision en direction des patients héroïse les malades dans un but qui consiste, en réalité, à améliorer la pertinence des actes.

La responsabilité des actes médicaux et chirurgicaux inappropriés n'échoit pas aux malades mais aux professionnels, médecins, qui, aux termes de l'article 8 (article R.4127-8 du CSP) du code de déontologie, s'engage à « limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins » et à « tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ».

#### 2. Proposition n°19 pour favoriser l'usage des médicaments biosimilaires

Conscientes des marges d'économies offertes par les médicaments biosimilaires, nos associations restent toutefois réservées quant à la fixation d'objectifs de prescription, pour des raisons qui tiennent à la fois à l'efficacité thérapeutique de ces médicaments et à l'acceptabilité sociale de ces « me too », alors même que l'on cherche encore à rattraper les effets d'une communication approximative sur les médicaments génériques.