



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2023

Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale • PLACSS

Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale

ANNEXE 1 Maladie

**RAPPORT D'ÉVALUATION DES
POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE**

MALADIE

Edition 2024

L'article L0111-4 du code de la sécurité sociale modifié par LOI organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit que « sont jointes au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale des annexes : « 1° Présentant les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale relatifs à chaque branche de la sécurité sociale. Ces rapports rappellent les objectifs assignés dans chacun des domaines couverts, résumant les principaux résultats obtenus et précisent les actions mises en œuvre afin d'atteindre ces objectifs. Ils s'appuient sur un diagnostic de situation fondé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, sur des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, sur une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et sur l'exposé des résultats atteints lors des trois dernières années. « S'agissant de la branche vieillesse, cette annexe analyse l'évolution de la soutenabilité financière de l'ensemble des régimes de retraite de base et complémentaires légalement obligatoires, en précisant les hypothèses de prévision et les déterminants de l'évolution à long terme des dépenses, des recettes et du solde de ces régimes; »

Les six rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS), sont ainsi destinés à mesurer la performance des politiques de sécurité sociale et leur impact sur les conditions de vie des Français. Ils se composent de trois parties:

- une synthèse qui rappelle les objectifs assignés aux politiques de sécurité sociale dans chacun des domaines couverts, résume les principaux résultats obtenus, et précise les actions mises en œuvre par le Gouvernement et les acteurs du système de sécurité sociale afin de poursuivre ou d'infléchir ces résultats ;
- des indicateurs de cadrage permettant d'appréhender l'évolution des politiques structurantes de chaque domaine, au regard du contexte économique, sanitaire, social et financier ;
- des indicateurs objectifs/résultats qui détaillent les évolutions observées au regard de chacun des objectifs.

Le présent rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, consacré à la « maladie », est élaboré par la Direction de la sécurité sociale, en collaboration avec l'ensemble des institutions et régimes partenaires qui produisent les données statistiques et financières (ANSM, CNAM, DGOS, DGS, DREES, HAS, Santé publique France).

SOMMAIRE

SYNTHESE	7
Chiffres clés	19
1. Données de cadrage	21
1.1. Dépenses de santé	22
1.1.1. Dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB).....	22
1.1.2. Dépenses de santé par habitant	28
1.1.3. Les coûts moyens annuels par pathologie	30
1.2. Mortalité	33
1.2.1. Principales causes de mortalité	33
1.2.2. Mortalité prématurée	35
1.3. Espérance de vie	37
1.3.1. Espérance de vie en comparaison internationale.....	37
1.3.2. Espérance de vie par catégorie socioprofessionnelle et niveau de vie	40
1.3.3. Espérance de vie en bonne santé en France et en Europe.....	42
1.4. Répartition et honoraires des médecins	45
1.4.1. Densité départementale des médecins généralistes et spécialistes	45
1.4.2. Honoraires des médecins libéraux.....	49
1.5. Soins hospitaliers	52
1.5.1. Capacité d'accueil des établissements	52
1.5.2. Dépenses de personnel des établissements de santé	56
1.5.3. Effectifs salariés dans les établissements de santé	59
1.6. Consommation de soins par habitant	62
1.6.1. Consultations de médecins en comparaison internationale.....	62
1.6.2. Séjours dans les établissements de santé par région, discipline et catégorie d'hospitalisation.....	64
1.6.3. Recours aux soins et consommation moyenne par âge.....	68
1.7. Personnes en affections de longue durée	71
1.7.1. Effectif de malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépenses associées	71
1.7.2. Dépenses d'assurance maladie des assurés en affections de longue durée.....	74
1.8. Couverture de la population par l'assurance maladie complémentaire	76
1.9. Contribution de l'assurance maladie à la redistribution des revenus	78
2. Objectifs / Résultats	81
Objectif n°1 : Développer la prévention	82
2.1. Réduire les facteurs de risques	82
2.1.1. Obésité et surpoids chez l'enfant.....	82
2.1.2. Personnes diabétiques bénéficiant des examens recommandés	84
2.1.3. Prévalence du tabagisme quotidien.....	85
2.1.4. Consommation d'alcool par habitant.....	88
2.1.5. Pollution de l'air	90
2.2. Améliorer le dépistage des cancers et du VIH	93
2.2.1. Dépistage organisé des cancers.....	93
2.2.2. Limiter la propagation du VIH	96
2.3. Augmenter la couverture vaccinale	98
2.3.1. Vaccinations des nourrissons inscrites au calendrier vaccinal	98
2.3.2. Vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus et les autres groupes à risque	101
2.3.3. Vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV)	103
2.3.4. Vaccination contre la COVID-19.....	105
2.4. Limiter le reste à charge des ménages	106
2.4.1. Consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques.....	106
2.4.2. Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé	111
2.4.3. Assurés bénéficiant de soins en tiers payant	113
2.4.4. Dépassements tarifaires : répartition des médecins de secteur 2 et taux moyen de dépassement pratiqué	115
2.4.5. Dispositif 100 % Santé en optique, audiologie et dentaire.....	117

2.4.6. Faciliter l'accès à la contraception.....	119
2.5. Améliorer l'accès au système de santé pour les personnes les plus démunies	123
2.5.1. Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).....	123
2.5.2. Renoncement aux soins pour raisons financières	126
Objectif n°2 : Garantir les moyens nécessaires au système de santé	130
2.6. Garantir une offre de soins adaptée sur tout le territoire	130
2.6.1. Inégalités territoriales de répartition des médecins généralistes	130
2.6.2. Inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes.....	132
2.6.3. Population ayant accès aux soins de médecine d'urgence en moins de 30 minutes	133
2.6.4. Garantir l'accès à l'interruption volontaire de grossesse.....	136
2.7. Assurer une juste rémunération aux professionnels de santé.....	139
2.7.1. Assurer une juste rémunération dans les établissements de santé	139
2.7.2. Assurer une juste rémunération aux professionnels de santé libéraux	143
2.7.3. Réduire les inégalités de rémunération entre spécialités.....	145
Objectif n°3 : Améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins	149
2.8. Renforcer la coordination de prise en charge ville établissements de santé	149
2.8.1. Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation.....	149
2.8.2. Recours aux urgences évitables	151
2.8.3. Bénéficiaires de PRADO, le service de retour à domicile	153
2.8.4. Simplifier le parcours santé des usagers et les échanges avec les professionnels de santé avec le déploiement de Mon espace santé	155
2.8.5. Développer l'exercice coordonné en ville (maisons, centres de santé et CPTS).....	157
2.9. Améliorer la qualité des soins	159
2.9.1. Etablissements certifiés par la Haute Autorité de Santé	159
2.9.2. Atteinte par les médecins traitants des objectifs de santé publique	161
2.9.3. Prévalence des infections associées aux soins.....	164
2.9.4. Satisfaction et expérience des patients hospitalisés.....	166
Objectif n°4 : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses	170
2.10. Favoriser l'accès aux médicaments tout en maîtrisant leur dépense.....	170
2.10.1. Dynamique des dépenses de médicaments en ville	170
2.10.2. Dynamique des produits de santé à l'hôpital	172
2.10.3. Nombre moyen de molécules prescrites par patient.....	175
2.10.4. Taux de pénétration des médicaments génériques	177
2.10.5. Taux de pénétration des médicaments biosimilaires	180
2.10.6. Consommation d'antibiotiques en ville	182
2.10.7. Pénuries et ruptures de stock de médicaments.....	184
2.11. Garantir la pertinence des soins hospitaliers	187
2.11.1. Contrats relatifs à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins dans les établissements.....	187
2.11.2. Performance des établissements de santé dans la gestion des achats hospitaliers	191
2.11.3. Respect de l'objectif de prescriptions hospitalières exécutées en ville.....	194
2.11.4. Chirurgie ambulatoire.....	196
2.11.5. Transferts des patients vers des unités de soin adaptées	200
2.12. Développer la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie	202
2.12.1. Dynamique des indemnités journalières versées par la branche maladie.....	202
2.12.2. Atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie	205
2.12.3. Les participations forfaitaires et les franchises médicales	208
Objectif n°5 : Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie	211
2.13. Limiter la dette des établissements de santé et soutenir l'investissement.....	211
2.14. Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie	213
2.14.1. Equilibre financier de la branche maladie.....	213
2.14.2. Respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)	215
2.14.3. Montants enregistrés dans le cadre des recours contre tiers.....	218
2.14.4. Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus.....	219
<i>Liste des sigles utilisés</i>	<i>221</i>

RAPPORT D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

SYNTHESE

Maladie

Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale présentent tous les ans les grands objectifs poursuivis par la sécurité sociale et permettent d'identifier les réussites mais également les marges de progrès ou les difficultés rencontrées.

La branche maladie prend en charge plus des trois quarts des dépenses engagées par les Français au titre des soins (*indicateur 2-4-1*). Elle concourt ainsi de façon décisive au financement de la dépense courante de santé, qui s'établit à 11,9 % du produit intérieur brut en 2022 (*indicateur n°1-1-1*), un niveau élevé au plan international. Cette prise en charge est complétée par les complémentaires santé.

Ce rapport consacré à l'assurance maladie et à la politique sanitaire permet d'évaluer la contribution de la sécurité sociale à cette politique, autour de **six objectifs principaux** :

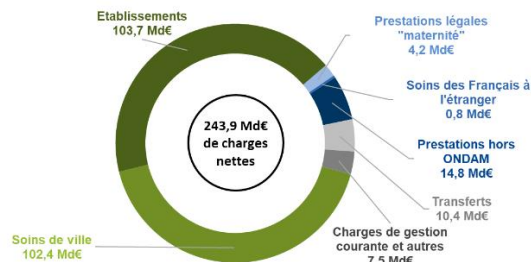
- 1/ développer la prévention ;
- 2/ assurer un égal accès aux soins ;
- 3/ garantir les moyens nécessaires au système de santé ;
- 4/ améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ;
- 5/ renforcer l'efficacité du système de santé et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ;
- 6/ améliorer la situation financière de la branche maladie, des établissements de santé et promouvoir l'investissement.

Avant de présenter les résultats des indicateurs selon ces dimensions, la synthèse revient sur les dépenses financées par la branche, qui font l'objet de la première partie du rapport (données de cadrage), et sur les mesures récentes et prévues en matière de politique de santé.

La branche maladie a dépensé 244 Md€ en 2023

La branche maladie a dépensé 243,9 Md€ en 2023. Ces charges couvrent principalement les prestations nettes versées en 2023 qui s'élèvent à 226,0 Md€, consacrées aux soins de ville, aux établissements de santé et aux prestations maternité. La branche contribue également au financement du fonds d'intervention régional (FIR), du fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS), ainsi que d'autres fonds.

Graphique 1 • Dépenses de la branche maladie en 2023



Source: Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2024.

L'objectif national de dépense d'assurance maladie (Ondam) est un objectif interbranches mais qui concerne dans sa grande majorité la branche maladie¹. L'Ondam s'est ainsi élevé à 247,8 Md€ en 2023, en dépassement de 3,6 Md€ par rapport à l'Ondam initial fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Grâce à la baisse des dépenses liées à la crise sanitaire (1,1 Md€ en 2023, contre 11,7 Md€ en 2022), les dépenses qui relèvent du champ de l'Ondam ont vu une quasi-stabilité par rapport à 2022 (Cf. *indicateur 2-14-2*).

Des réformes structurantes pour améliorer le système de santé, axées sur la prévention et la revalorisation des métiers de santé

La stratégie nationale de santé 2023-2033 fait de la promotion de la prévention un des axes stratégiques majeurs du système de santé publique. Depuis la précédente stratégie, plusieurs mesures préventives ont été mises en place par les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans la lignée de la réorganisation en 2019 des consultations obligatoires des enfants, les LFSS 2023 et 2024 ont mis en place quatre rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans, et 70-75 ans). Il s'agit de prévenir l'apparition de facteurs de risques ou de pathologies spécifiques à chacun de ces âges de la vie. Ces rendez-vous prévention sont intégralement pris en charge par l'Assurance maladie sans avance de frais. La loi de financement pour 2024 avait mis en place une expérimentation de ces rendez-vous de prévention dans le département des Hauts-de-France.

Toujours dans le volet prévention, la LFSS 2023 poursuit les efforts en matière de santé sexuelle, après la LFSS 2022 qui avait permis aux assurés une prise en charge intégrale du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), sans prescription. La LFSS 2023 a prévu d'étendre cette mesure à d'autres infections sexuellement transmissibles (qui seront précisées par décret). En matière de contraception, à la suite du recul de l'usage de contraceptifs à efficacité élevée, la LFSS 2022 a étendu pour les jeunes femmes de moins de 26 ans la gratuité sans avance de frais des coûts de la

¹ Certaines dépenses dans le champ de l'Ondam relèvent notamment de la branche autonomie, au sein de l'objectif global de dépenses, qui a atteint 28,2 Md€ en 2022.

contraception et des actes qui y sont liés depuis janvier 2022 (elle ne concernait avant que les jeunes filles mineures jusqu'à 18 ans). De même, La LFSS 2023 a étendu la gratuité de la contraception hormonale d'urgence à toutes les femmes sans avance de frais et sans condition de prescription médicale depuis janvier 2023. Cette gratuité ne concernait que les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans auparavant.

En ce qui concerne la prévention des maladies infectieuses et notamment virales, la LFSS 2024 a entériné, en accord avec les annonces du Président de la République en février 2023 l'organisation d'une campagne de vaccination au collège dès cette année. Une première phase avait été lancée à l'automne dernier. Dès ce printemps, une campagne est lancée dans tous les collèges et s'adresse à tous les élèves en classe de 5e qui peuvent se faire vacciner gratuitement, après autorisation parentale. Les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les infirmiers seront mobilisés.

Enfin, s'agissant de la prévention des facteurs de risque, le Gouvernement poursuit ses objectifs de lutte contre le tabagisme dans la continuité du programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 avec un nouveau PNLT pour la période 2023 à 2027. La LFSS 2023 avait supprimé le gel de la fiscalité sur le tabac et a réévalué à la hausse les montants d'accises spécifiques et de minimum de perception avec une indexation sur l'inflation depuis 2023. Elle a aussi créé une nouvelle catégorie fiscale pour les produits de tabac à chauffer qui seront désormais soumis à un régime fiscal similaire au reste des produits du tabac. Le PNLT 2023-2027 poursuit ces réformes en fixant un objectif de prix moyen du paquet à 13 euros en 2027. Il met en place une interdiction des produits de vapotage à usage unique, et étend également l'interdiction de fumer dans davantage d'espaces publics, dont les plages, les parcs, et aux abords des écoles.

Un autre levier du projet de stratégie nationale de santé 2023-2033, et dans l'esprit de la loi dite « Kouchner », est celui de la participation citoyenne à la gouvernance du système de santé. Ce levier reconduit de la stratégie pour 2018-2022 était porté auparavant par plusieurs actions de consultations et concertations citoyennes, dont la plus récente est le volet santé du Conseil National de Refondation (CNR santé). Le CNR santé met les citoyens, les professionnels de santé, les élus, le réseau de l'Assurance maladie, des ARS et des préfectures au cœur de concertations sur quatre thématiques, notamment la prévention, l'attractivité des métiers de santé, l'accès aux soins, et la permanence de ces soins. Il s'agit en particulier d'identifier, après une première phase de diagnostic sur les principales difficultés rencontrées, des initiatives prometteuses à soutenir voire à diffuser, en partant des besoins des acteurs de terrain, et en mobilisant le cas échéant des financements issus du fonds d'intervention régional pour un montant total de 30 M€ en 2023.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui traduit les ambitions de « Ma Santé 2022 », a posé les premiers jalons d'une réforme de notre système de santé. Le Ségur de la santé a accéléré cette dynamique et a permis d'engager rapidement les transformations visant à revaloriser les métiers de la santé. La transformation

de l'hôpital sera poursuivie, conformément aux annonces du Président de la République de janvier 2023.

La LFSS 2022 a poursuivi les engagements du Ségur de la santé. L'Ondam 2022 a ainsi intégré 12,5 Md€ de financement au titre des composantes du Ségur, dont 7,7 Md€ consacrées aux revalorisations salariales des personnels de santé (hors secteur médico-social). En 2022, il s'agit en particulier de l'extension de la revalorisation socle du Ségur au secteur médico-social ainsi que de la mesure de renforcement de l'attractivité, qui consiste en une revalorisation des grilles de plusieurs métiers de la fonction publique hospitalière, pour 635 millions d'euros. L'Ondam 2022 prévoit également le financement des mesures prévues dans l'avenant n°9 à la convention médicale signé en juillet 2021. Cet avenant définit notamment les modalités de rémunération des médecins libéraux au titre de leur participation au service d'accès aux soins (SAS) prévu dans le pilier 4 du Ségur de la santé qui poursuit ainsi son déploiement en 2022. Avec la fin de la montée en charge du Ségur, l'Ondam 2023 avait intégré un financement de 13,4 Md€.

Ces revalorisations se sont poursuivies par les mesures de revalorisation dans la fonction publique qui concernent en partie la fonction publique hospitalière. La revalorisation du point d'indice de 3,5 % au 1^{er} juillet 2022 puis de 1,5 % en juillet 2023 ainsi que l'attribution de 5 points d'indice supplémentaires à tous les agents à partir de janvier 2024 sont financées par la branche maladie à hauteur de 3,7 Md€ en année pleine. Ces revalorisations visant à augmenter le pouvoir d'achat des agents de la fonction publique ont été accompagnées de mesures ciblées vers les bas salaires qui ont été les plus touchés par l'inflation, notamment le versement d'une prime de pouvoir d'achat jusqu'à 800 € (670 M€ pour la branche maladie en 2023) et l'attribution de points supplémentaires à hauteur de 9 points (130 M€ pour la branche maladie à partir de 2024).

Enfin, d'autres revalorisations ont concerné les composantes salariales des professionnels de santé en établissement, principalement à travers les majorations recommandées par la mission sur les urgences et les soins non programmés. Ces revalorisations ont été prorogées jusqu'en août 2023 puis pérennisées dans la LFSS 2024 avec un financement à hauteur de 1,1 Md€ à partir de 2024. Ce financement permettra ainsi de financer une majoration de 50 % pour les gardes des personnels médicaux, de 25 % pour le travail de nuit pour le personnel non médical, et de 20 % pour les dimanches et jours fériés travaillés.

L'accès aux soins constitue également une ambition majeure. Pour mieux répondre aux besoins d'accès aux soins et aux différents professionnels de santé, le numerus clausus limitant le nombre d'étudiants en médecine a été remplacé par des objectifs nationaux pluriannuels. Ces objectifs sont fixés en collaboration entre les agences régionales de santé (ARS) et les universités de médecine pour répondre aux besoins régionaux en termes de médecins tout en respectant la capacité de formation des universités. D'autres mesures ont été actées, notamment la possibilité pour les infirmiers, pharmaciens, et sages-femmes de vacciner, et une majoration de 15 euros pour les médecins libéraux qui prennent en charge des soins non programmés pour des personnes hors de leur patientèle.

L'accès aux soins s'articule également sur la lutte contre la difficulté d'accès aux produits de santé pour des

raisons financières. La réforme « **100% santé** » par exemple garantit une prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) et des contrats de complémentaire santé responsables sur un panier de soins et d'équipements d'optique, d'audiologie, et dentaire. Ces secteurs représentaient les restes à charges et les taux de renoncement aux soins les plus élevés, notamment dans le segment des traitements dentaires où le taux renoncement est de 5,1 % comparé à 2 % de taux de renoncement aux soins médicaux au global en 2022 (*indicateur 2-5-2*). La réforme a été mise en place progressivement depuis 2019 à travers des plafonnements de prix et des baisses de reste à charge, jusqu'à une prise en charge intégrale de l'ensemble des soins et équipements relevant du panier désigné en janvier 2021.

De même, la LFSS 2024 a instauré la gratuité des protections hygiéniques réutilisables pour toutes les jeunes femmes âgées de moins de 26 ans ainsi qu'à toutes les bénéficiaires de la C2S pour un coût estimé de 94 M€ en 2024.

L'année 2023 a vu l'ouverture d'un nouveau **cycle de négociations conventionnelles** avec les professionnels de santé en ville, avec notamment les médecins, les transporteurs sanitaires, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes.

Lors de la négociation de la convention médicale, diverses mesures ont été envisagées et pour certaines retenues dans le cadre du règlement arbitral notamment pour lutter contre les difficultés d'accès aux soins. En effet, le règlement arbitral simplifie les modalités de recrutement des assistants médicaux, prévoit des revalorisations spécifiques (revalorisation de la consultation à 26,50 €, augmentation du forfait patientèle médecin traitant pour les patients en ALD et les patients de plus de 80 ans, création d'une consultation initiale d'inscription en tant que médecin traitant pour les patients en ALD, etc.) et intègre les mesures prises à l'été 2022 sur les soins urgents et non programmés avec une majoration de 15€ pour les soins non programmés adressés par le centre 15 ou le SAS ainsi que la rémunération au taux horaire de 100€ des médecins libéraux régulateurs.

L'année 2023 a également vu l'ouverture des négociations avec les chirurgiens-dentistes libéraux en vue de la signature d'une nouvelle convention. Ces négociations s'articulent autour de quatre objectifs prioritaires : renforcer la prévention bucco-dentaire, assurer un égal accès aux soins dentaires sur l'ensemble du territoire, engager une évolution du dispositif 100% santé dentaire et améliorer la prise en charge des publics fragiles.

Ce dynamisme a été confirmé dans les négociations conventionnelles avec les sages-femmes (Avenant n°5 en 2021 et avenant n°6 en 2022) avec l'ouverture d'une nouvelle négociation en 2023 relative à l'avenant n°7 à la convention nationale pour renforcer le rôle des sages-femmes en matière de prévention, lutter contre les difficultés d'accès aux sages-femmes libérales sur le territoire et améliorer le lien entre la ville et l'hôpital.

L'avenant n°10 à la convention nationale avec infirmiers a notamment permis d'acter la généralisation du déploiement du bilan de soins infirmiers (BSI) et la revalorisation de 10 % des indemnités forfaitaires de déplacement.

Enfin, conformément aux annonces du ministre de la Santé et de la prévention, plusieurs négociations ont été

lancées à l'été 2023 pour apporter un soutien aux professionnels de santé paramédicaux dans un contexte de forte inflation. Trois avenants ont ainsi été également signés avec les orthoptistes, les orthophonistes et les pédicures-podologues.

Conformément aux engagements du Ségur de la Santé, un soutien massif est apporté à l'investissement en santé. Ce plan exceptionnel, reposant sur une enveloppe de 19 Md€, comporte un accompagnement de l'investissement en santé de 6 Md€ (dont 2,5 Md€ pour les établissements sanitaires, 1,5 Md€ pour les établissements médico-sociaux et 2,5 Md€ pour le numérique en santé) et un programme de 13 Md€ prévu par l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021. Ce dernier est destiné à permettre aux établissements assurant le service public hospitalier de retrouver rapidement les leviers de financement permettant de maintenir et renouveler leur outil de production de soins. Il vise à permettre la restauration des capacités de financement des établissements et à accompagner la transformation du service public hospitalier sur le territoire en limitant leur recours à l'endettement.

Par ailleurs, une réforme du financement des établissements de santé a été engagée dans la LFSS 2024, conformément aux annonces présidentielles en date du 6 janvier 2023, pour aller vers un système de financement plus équilibré en réduisant la part de financements à l'activité et comportant une part structurante de la rémunération des établissements de santé publics et privés qui repose sur des objectifs de santé publique, une rémunération des missions réalisées et le maintien d'une part de financement à l'activité.

La suite de cette synthèse revient sur les résultats obtenus au regard des six grands objectifs retenus dans ce rapport en matière de politique de santé.

Objectif n°1 : Développer la prévention

Selon les dernières données internationales disponibles, la France occupe en 2020 le quatrième rang parmi les pays de l'OCDE pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et le neuvième chez les hommes, avec respectivement 23,3 ans et 19,2 ans (*indicateur n°1-3-1*). En revanche, la mortalité prématurée, avant 65 ans, est relativement élevée. En 2017 (dernière année disponible), la France se situe au niveau de la moyenne européenne : 190 décès pour 100 000 habitants contre 202 décès pour 100 000 dans l'UE-28 (*indicateur n°1-2-2*). Des écarts substantiels d'espérance de vie existent selon la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de vie, même si l'espérance de vie a globalement augmenté pour toutes les catégories (*indicateur n°1-3-2*). Ces résultats sont à mettre en relation avec les conditions de vie et notamment l'exposition à certains facteurs de risques, tels que la pollution de l'air, la consommation de tabac et d'alcool ou les déséquilibres nutritionnels.

Des actions de prévention pour réduire les facteurs de risque

La sécurité sociale met en œuvre un grand nombre d'actions de prévention au profit des assurés. Des programmes d'accompagnement des patients, de participation aux campagnes de prévention ciblées

(dépistages du cancer, vaccination antigrippale, etc.), ainsi que des dispositifs conventionnels et d'accompagnement individualisé des professionnels de santé.

Santé publique France estime que 30 % de la mortalité prématurée est imputable aux conduites individuelles, au premier rang desquelles le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation ou le manque d'exercice. En particulier, la prévalence du tabagisme quotidien demeure élevée en 2022 : elle concerne près d'un quart de la population de 18 à 75 ans (*indicateur 2-1-3*), même si elle baisse légèrement ces dernières années (29,4 % en 2016, contre 24,5 % en 2022).

Face à ce constat, le Gouvernement a renforcé la lutte contre le tabagisme afin de concrétiser les objectifs ambitieux¹ du programme national de réduction du tabagisme 2018-2022 : il a procédé à un relèvement important de la fiscalité, ainsi qu'à la suppression du gel de la fiscalité sur le tabac comme indiqué *supra*. Il a en parallèle intensifié les actions de prévention auprès des populations les plus touchées et promu des dispositifs d'accompagnement de l'arrêt de la consommation en parallèle de la prise en charge des substituts nicotiniques par l'assurance maladie obligatoire. Le PNLT 2023-2027 a poursuivi ces objectifs en généralisant l'interdiction de fumer à plus d'espaces publics et en interdisant les produits de vapotage à usage unique. Il ambitionne de bâtir la première génération sans tabac à l'horizon 2032 notamment à travers un signal prix fort sur le tabac qui devrait atteindre 13 euros par paquet en moyenne en 2027.

Depuis le début de la décennie 2010, la prévalence moyenne de l'obésité et du surpoids se réduit chez les enfants de grande section de maternelle et chez les élèves de CM2, pour lesquels la prévalence de la surcharge pondérale est la plus importante des classes d'âge étudiées (18 % des élèves de CM2 en 2014-2015, *indicateur n°2-1-1*). Par ailleurs la généralisation de l'expérimentation « mission retrouve ton cap » par la LFSS 2022 met en place un parcours pluridisciplinaire (diététicien, psychologue, activité physique) pour les enfants de 3 à 12 ans afin d'éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques.

Après une dégradation du suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques dans le suivi du diabète en 2020 en raison de la crise sanitaire, la situation s'est améliorée sur la période 2021-2022, avec des indicateurs de suivi en augmentation pour tous les examens recommandés, à l'exception du dosage de la microalbuminurie et des consultations d'ophtalmologie, qui sont restés stables. En 2022, la proportion de personnes ayant bénéficié de 3 dosages d'hémoglobine glyquée a de nouveau reculé (-1,6 point), alors qu'elle avait retrouvé en 2021 son niveau d'avant-crise (*indicateur n°2-1-2*). Ces résultats sont à mettre en relation avec le programme d'accompagnement SOPHIA développé par la Cnam, 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, le suivi étant inégal selon les examens recommandés.

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 prévoit de renforcer les programmes de dépistage grâce à des évolutions organisationnelles et technologiques. Elle prévoit également le renfort de la recherche dans le domaine des dépistages afin de disposer de tests plus efficaces, de développer de nouveaux dépistages (cancer du poumon, cancer de la prostate) et d'orienter chacun vers un dépistage plus personnalisé prenant mieux en compte les risques individuels. Le dépistage précoce des cancers permet en effet de limiter la mortalité liée à ces pathologies. À l'horizon 2025, la stratégie vise à dépasser les objectifs de couverture recommandés au niveau européen en matière de dépistage des cancers (70 % pour le cancer du sein, 65 % pour le cancer colorectal, 70 % pour le cancer du col de l'utérus), notamment en levant les inégalités d'accès et de recours au dépistage. À cette fin, elle prévoit la réalisation d'un million de dépistages en plus en 2025, qui viendraient s'ajouter aux 9 millions de dépistages réalisés chaque année. Après une baisse continue depuis de nombreuses années suivie d'une chute en 2020 liée à la crise sanitaire du Covid-19, les taux de participation/couverture des programmes de dépistage organisé des cancers ont augmenté en 2021, pour atteindre 51 % pour le cancer du sein, 60 % pour le cancer du col de l'utérus et 35 % pour le cancer colorectal. L'année 2022 marque une nouvelle baisse des taux de participation aux dépistages des cancers, suivant la tendance des années avant la crise Covid : le taux est de 45 % pour le cancer de sein, et de 34 % pour le cancer colorectal. (*indicateur n°2-2-1*).

Un renforcement de la couverture vaccinale

Les résultats sont encourageants concernant les actions de prévention par la vaccination (*indicateur n°2-3-1*). Pour rendre efficace la protection collective contre des maladies évitables, l'obligation vaccinale a été étendue pour les enfants de moins de 18 mois, nés à compter du 1^{er} janvier 2018, à onze vaccins, c'est-à-dire les huit vaccins déjà recommandés en sus des trois auparavant obligatoires. Après une phase d'expérimentation, une campagne de vaccination gratuite contre le papillomavirus humain (HPV) a également été mise en place en 2024 pour tous les élèves en classe de 5^{ème} dont les parents souhaitent protéger leurs enfants des cancers liés au HPV.

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe des personnes fragiles (en particulier les personnes âgées de plus de 65 ans) s'établit à 54 % en 2023-2024 (*indicateur n°2-3-2*). L'augmentation constatée depuis 2020 s'explique par le contexte de l'épidémie de Covid-19 qui a encouragé la vaccination au moment de la présence d'une double épidémie. Cette couverture vaccinale diminue ces deux dernières années, bien que pour les personnes plus de 65 ans, elle reste supérieure à son niveau d'avant Covid-19. Par ailleurs, la LFSS 2019 permet aux personnes majeures ciblées par les recommandations vaccinales de se faire vacciner par le professionnel de leur choix : médecin, sage-femme, infirmier et pharmacien volontaire.

¹ Ces objectifs sont de réduire à moins de 22 % la part de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, et à moins de 20 % la part de fumeurs

quotidiens chez les adolescents de 17 ans, pour atteindre une génération de non-fumeurs d'ici 2032 (moins de 5 % de fumeurs chez les jeunes de 18 ans)

Objectif n°2 : Assurer un égal accès aux soins

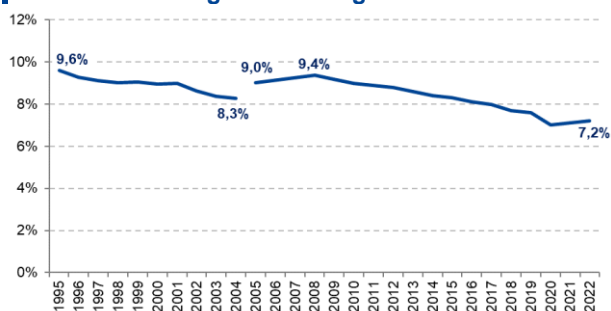
L'égalité d'accès aux soins est un objectif majeur des politiques de santé publique. Il recouvre d'une part l'accessibilité à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur le territoire, et d'autre part un niveau maîtrisé des dépenses de santé restant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

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages la plus faible des pays de l'OCDE : 7 % en 2021

Sur le plan financier, le niveau de prise en charge par les administrations publiques (principalement par la sécurité sociale, et à titre secondaire par l'État et les collectivités locales) est élevé : il s'établit à 80,2 % en 2022, en progression de 2,7 points par rapport à 2012 (*indicateur n°2-4-1*). Cela tient notamment à la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des dépenses liées à l'épidémie (téléconsultations, vaccins et tests PCR, etc.) qui a représenté une économie équivalente pour les organismes complémentaires. En arrêtant les chiffres à 2019, le taux de prise en charge par les administrations publiques avant les dépenses liées à la crise sanitaire était 0,8 point plus bas, mais demeure élevé à 79,4% et croît depuis 10 ans. 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 niveau de vie.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages après intervention des complémentaires santé s'établit à 7,2 % en 2022, en légère diminution par rapport à 2019 (- 0,4 point) (*cf. graphique 1*). Sur une période plus longue, la baisse est quasi-généralisée à toutes les composantes de la consommation à l'exception de l'optique médicale (du fait d'une pénétration encore limitée du « 100 % santé » et d'une baisse de la prise en charge de l'Assurance maladie sur les produits au tarif libre).

Graphique 2 • Part des dépenses directes de santé restant à la charge des ménages



Source : *indicateur n°2-4-1* et Drees, Comptes de la santé 2022.
Champ : Consommation de soins et de biens médicaux prise (CSBM)

Sur longue période, ce recul est en partie dû à des facteurs structurels (en particulier, progression des effectifs en affection de longue durée exonérés de ticket modérateur sur les soins en lien avec l'affection et

croissance plus dynamique des postes de dépenses les mieux remboursés, mais aussi hausse de la qualité des contrats complémentaires), et plus récemment à la mise en place du 100 % santé ainsi qu'au ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins.

Les obstacles financiers à l'accès aux soins

Les indicateurs d'accès aux soins des assurés aux revenus modestes présentent un bilan plus contrasté.

D'une part, les efforts financiers en matière de soins restent contenus pour les ménages disposant de faibles revenus : selon les dernières évaluations disponibles, en 2019, le reste à charge en santé représentait ainsi 5,5 % du revenu disponible des 10 % de personnes aux revenus les plus faibles (contre 2,6 % pour les personnes du dernier décile, *indicateur n°2-4-2*).

Mais, d'autre part, selon les statistiques sur les ressources et les conditions de vie de l'Insee, en 2022, 2,0 % de la population âgée de 16 ans et plus a déclaré avoir dû renoncer à des soins pour raisons financières. Cette proportion est plus élevée parmi les 20% les plus modestes (4,3%), et plus élevée pour certains soins comme les soins dentaires (respectivement 5,1% et 10,0%). La mise en place du panier sans reste à charge dans le cadre du 100% santé devrait faire baisser le renoncement aux soins des plus vulnérables¹.

Les deux dispositifs historiques d'accès aux soins à destination des populations précaires (CMU-c et ACS) ont fusionné en novembre 2019 pour constituer la complémentaire santé solidaire (C2S). Celle-ci offre une assurance santé complémentaire, prenant en charge la quasi-totalité des frais engagés, sur un large panier de soins (au-delà de la prise en charge des tickets modérateurs en ville et à l'hôpital, en optique, dentaire, aide auditive, mais aussi un grand nombre de dispositifs médicaux antérieurement non pris en charge par l'ACS, au-delà de la part couverte par l'Assurance maladie obligatoire). Cette réforme est particulièrement favorable aux personnes âgées (dont les niveaux de primes d'assurance sont élevés) mais aussi aux personnes en situation de handicap (à travers l'accès à une prise en charge intégrale des dispositifs médicaux – fauteuils roulants, pansements, sondes par exemple).

A fin décembre 2023, 7,4 millions de personnes sont couvertes par la C2S pour l'ensemble du territoire et des régimes d'assurance maladie. 5,8 millions bénéficient de la C2S sans participation et 1,6 million de la complémentaire santé participative (C2SP). Cette participation financière s'élève au plus à 1 euro par jour et par personne. Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 4,6 % par rapport à décembre 2022 (7,1 millions), ce qui s'explique par des mesures de la LFSS 2022 en faveur de l'accès aux droits à la C2S : l'attribution automatique de la C2SG pour les nouveaux allocataires du RSA et la simplification des déclarations de ressources pour les non allocataires du RSA, grâce à l'utilisation par les caisses du dispositif des ressources mensuelles (*indicateur n°2-5-1*). Par ailleurs, les LFSS 2023 et 2024 prévoient la mise en place d'une présomption de droit et l'allègement des démarches de demande de C2S pour les bénéficiaires de certains minima sociaux (ASPA, ASI, AAH, ASS et ACEJ).

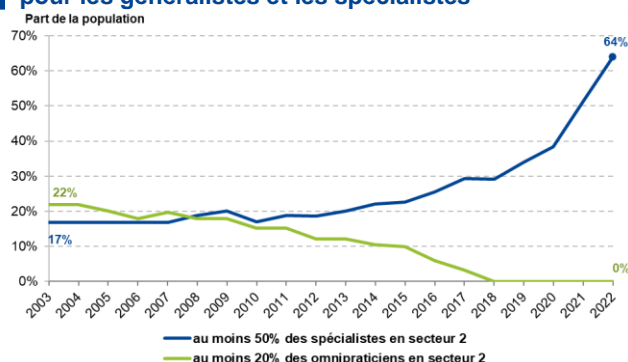
¹ Cf. DREES, Etudes et résultats n°1236, juillet 2022.

La régulation des dépassements d'honoraires et des tarifs des soins

Dans certaines zones telles que les grandes agglomérations, les patients peuvent rencontrer des difficultés à accéder à une offre de soins à tarifs opposables, sans dépassements d'honoraires.

Depuis 2018, dans tous les départements, moins de 20 % des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres. Néanmoins, l'accès à des spécialistes libéraux à tarifs opposables demeure moins aisé. En 2022, la proportion de la population vivant dans des départements où plus de la moitié des spécialistes définissent librement leurs honoraires (spécialistes de secteur 2) est de 64 %. Elle a augmenté de 47 points entre 2010 et 2022 (*indicateur n°2-4-4 et graphique 3*), avec de fortes disparités en fonction des spécialités.

Graphique 3 • Accès aux soins à tarifs opposables, pour les généralistes et les spécialistes



Source : Cnam.

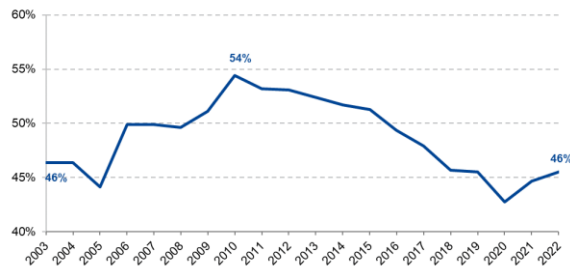
Lecture : en 2022, 64 % de la population réside dans des départements où plus de la moitié des spécialistes exercent en secteur 2 (autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires).

Le taux de dépassement moyen – rapport du montant des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – s'établit à 46 % en 2022, retrouvant son niveau de 2019 et en baisse de 9 points depuis 2010 (*cf. graphique 4*).

Ce résultat traduit les efforts de l'Assurance maladie et des médecins libéraux pour maîtriser les dépassements tarifaires. Le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place fin 2013 et remplacé ensuite en 2017 par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), a contribué à modérer les dépassements d'honoraires.

En étant signataire de l'OPTAM, les médecins s'engagent à ne pas dépasser le taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires, basé sur les tarifs du secteur 1. Ce taux moyen de dépassement est calculé par l'Assurance Maladie en fonction de l'activité des trois dernières années.

Graphique 4 • Taux de dépassement moyen des médecins en secteur 2



Source : Cnam.

Enfin, les dépassements d'honoraires et tarifaires de certains soins ou dispositifs médicaux représentent une part importante de l'ensemble du reste à charge des ménages, notamment en dentaire, optique et audiologie. En concertation avec les professionnels de ces secteurs, le Gouvernement a défini un panier de soins « 100 % santé » en optique, dentaire et aides auditives pour lequel les assurés bénéficient d'un reste à charge nul après remboursement par les assurances maladie obligatoire et complémentaire. Le taux de pénétration des dispositifs « 100 % Santé » diffère selon les domaines. Au deuxième trimestre 2023, il est plus important pour le dentaire (55,5 %) et pour les audioprothèses (37,9 %) que pour l'optique (19,8 %).

Objectif n°3 : Garantir les moyens nécessaires au système de santé

La crise sanitaire a eu un impact majeur sur l'activité des établissements de santé. Les services de réanimation ont été très fortement sollicités dans les régions les plus exposées à l'épidémie et les capacités ont été globalement doublées sur l'ensemble du territoire. A l'inverse, certaines interventions non urgentes ont été déprogrammées et l'activité des services et établissements moins directement en lien avec la crise a baissé à partir de la mi-mars 2020. En réponse à cette situation, le Gouvernement a aménagé la tarification à l'activité pour l'année 2020 et substitué à ce mécanisme un dispositif de garantie de ressources des établissements de santé. Au regard de la persistance de la crise sanitaire et de son impact durable sur le fonctionnement des établissements de santé, il a été décidé de prolonger la garantie de recettes, dans un premier temps au premier semestre 2021, puis à l'ensemble de l'année 2021, et enfin à l'ensemble de l'année 2022. En 2023, une sécurisation modulée à l'activité (SMA) a été mise en œuvre avec une plus forte part des ressources directement corrélée à l'activité (30%), le reste des ressources faisant toujours l'objet d'une garantie de recettes.

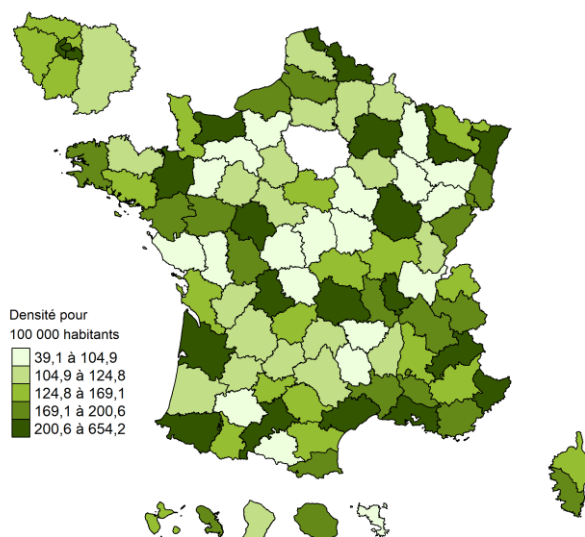
La LFSS 2024 a prévu une réforme du modèle de financement des établissements de santé. En plus de la tarification à l'activité (T2A), il est prévu de diversifier les modes de financement en augmentant la part de financements par dotations pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. L'objectif est de parvenir à un mode de financement mixte des établissements de santé : T2A pour les activités standard, dotations spécifiques pour les activités répondant à des objectifs de santé publique, financement mixte pour les activités de soins aigus. En 2024, la SMA a été prolongée mais avec un niveau de référence réduit

à 50% (70% en 2023) afin d'accompagner la reprise d'activité des établissements.

Des inégalités de répartition des professionnels de santé persistantes

En 2023, on comptait en France 230 000 médecins généralistes et spécialistes, en forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population mais qui a progressivement ralenti depuis 2006 (*indicateur n°1-4-1*). Même si la densité moyenne de médecins spécialistes (libéraux et salariés) a augmenté en dix ans, les écarts de densité observés se maintiennent, avec un nombre de spécialistes pour 100 000 habitants deux fois plus élevé dans les départements les mieux dotés que dans ceux les moins bien dotés. Les densités les plus élevées correspondent aux départements contenant les grandes agglomérations, avec Paris en tête (654 pour 100 000 habitants), ou au pourtour méditerranéen. Les départements les moins bien dotés sont ceux de Mayotte et de l'Eure (respectivement 41 et 73 spécialistes pour 100 000 habitants). 13 autres départements n'atteignent pas 100 spécialistes pour 100 000 habitants.

Carte 1 • Densité de médecins spécialistes en 2023



Sources : REPPS 2023, ASIP-Santé ; estimations de population 2023, Insee ; traitements Drees. Fonds de cartes Admin Express.
Champ : France entière

L'évolution de la rémunération des professionnels de santé

En 2020, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 479 € : 2 531 € dans le secteur public, 2 463 € dans le secteur privé non lucratif et 2 145 € dans le secteur privé lucratif (cf. *indicateur n°2-7-1*). Les salaires ont connu une hausse de 5,7 % à euros constants entre 2019 et 2020. Cette hausse s'explique principalement par le versement de la prime Covid-19 et des premières mesures salariales du Ségur versées en septembre 2020, l'essentiel de la montée en charge ayant cependant eu lieu en 2021.

En effet, pour augmenter les salaires de deux millions de salariés du secteur sanitaire et médico-social et

accompagner la nécessaire transformation des métiers, les pouvoirs publics, et au premier rang la sécurité sociale, ont augmenté leurs dépenses de 12,5 Md€ (montant annuel, après montée en charge) dont 7,7 Md€ pour les professionnels des établissements de santé en année pleine.

En ce qui concerne les professionnels de santé libéraux, le revenu d'activité des médecins libéraux a augmenté de 6 % entre 2015 et 2021, soit une croissance proche de celle du salaire moyen dans le secteur privé. Les spécialistes ont vu leur revenu progresser de 7 %, tandis que la rémunération des généralistes a augmenté de 7 % sur la période (cf. *indicateur n°2-7-2*).

Objectif n°4 : Améliorer 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.

Renforcer la transversalité de prise en charge entre les établissements de santé et la médecine de ville

La lettre de liaison est un document clé de la transmission d'informations relatives aux patients entre les professionnels de santé de ville et ceux exerçant en établissement de santé. La qualité de la lettre de liaison fait l'objet d'une évaluation. On note une amélioration de la qualité entre 2016 et 2023 avec notamment la filière de soins médicaux et de réadaptation (SMR) qui atteint l'objectif du score 80 (sur 100). La filière de médecine chirurgie et obstétrique (MCO) reste en deçà de l'objectif avec un score de 59 suivie par la filière psy avec un score de 52 (cf. *indicateur n°2-8-1*).

Les programmes d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) des patients après une hospitalisation visent à mieux coordonner la transition de la prise en charge entre hôpital et ville. Initié en maternité en 2010, ce dispositif a été étendu depuis à cinq autres domaines : chirurgie, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, accidents cardio-vasculaires et suivi des personnes âgées. Depuis 2020, le nombre de patientes ayant bénéficié du PRADO maternité a diminué du fait de la crise sanitaire, mais aussi de la priorisation des volets pathologies chroniques et personnes âgées qui ont augmenté depuis. Une augmentation du recours est également constatée pour le volet chirurgie depuis 2020. Il est à noter que l'épidémie de Covid-19 a entraîné le report d'opérations programmées, notamment en chirurgie, et a conduit à mobiliser les conseillers de l'Assurance maladie sur l'accompagnement des sorties de patients Covid (*indicateur n°2-8-3*).

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019, modifiée par l'article 98 de la loi d'accélération et de simplification de l'action publique du 7 décembre 2020, a prévu la mise en place d'un espace numérique de santé. Ce dispositif prolonge et complète le Dossier Médical Partagé (DMP) mis en place en 2016. Ces dispositions législatives ont notamment prévu une création automatique des profils « Mon espace santé » pour les assurés de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire sauf pour ceux s'étant opposés à cette création automatique. Depuis

juillet 2019, on constate une progression de l'alimentation du DMP sur mon espace santé. Cette progression s'est accélérée avec l'arrivée des logiciels référencés « Ségur » avec 29,8 millions de DMP alimentés en février 2024, en croissance de 13,9 % comparé à novembre 2023 (*indicateur n°2-8-4*).

Améliorer la qualité des soins

Plusieurs indicateurs permettent d'évaluer la qualité des soins.

La prévalence des infections contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé (infections nosocomiales) est un élément d'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier. Après avoir baissé de 6,9 % à 5,0 % entre 2001 et 2006, la prévalence des infections nosocomiales s'est stabilisée sur la période 2007-2017 (5,1 % en 2012 puis 5,0 % en 2017), avant d'augmenter en 2022 pour atteindre 5,7 %. Cette augmentation est notamment liée à la prise en compte des cas de Covid-19 nosocomiaux dans l'enquête nationale de prévalence 2022. Après exclusion des Covid-19 nosocomiaux, la prévalence des patients infectés (*indicateur n°2-9-3*).

Deux indicateurs traitent de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. Chaque année, les établissements peuvent être certifiés avec ou sans réserve par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les critères de certification deviennent de plus en plus exigeants entre les différentes versions des procédures de certification. Fin 2022, 2 372 établissements de santé ont fait l'objet d'une visite, 47 % ont obtenu une certification sans réserve et 52 % ont reçu une certification avec recommandation d'amélioration. (*indicateur n°2-9-1*).

En 2020, la procédure de certification a été profondément réformée afin de renforcer l'adhésion par l'ensemble des professionnels et des usagers à la démarche de certification et de mise en cohérence de l'ensemble des éléments du dispositif : manuel, visite, rapport, processus décisionnel, diffusion publique des résultats. Le référentiel de certification reste universel mais celui-ci se veut aussi adapté en fonction du profil de l'établissement. Ainsi, en plus des critères génériques définis pour tous les établissements s'ajoutent des critères spécifiques qui se déclinent en fonction du type de population pris en charge, des modalités de prise en charge et également des activités de chacun des établissements. La nouvelle certification conserve le compte qualité qui sera structuré en cohérence avec le référentiel. Il sera utilisé par les établissements pour les évaluations internes avant visite et en suivi régulier, et par les experts-visiteurs au moment de la visite. La visite, dans ses modalités, ne va pas fondamentalement changer. Cependant, elle intégrera davantage la méthodologie des patients-traceurs. La méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. La nouvelle procédure de certification des établissements de santé pour la qualité et la sécurité des soins (CQSS) a été lancée en 2021. En 2022, 85 % des établissements de santé ont obtenu la certification CQSS avec 22 % ayant la mention « Haute qualité des soins ».

Par ailleurs, en 2023, la satisfaction moyenne des patients hospitalisés en Médecine ou chirurgie ou obstétrique (MCO) est de 74,3 %, elle est de 78,9 % en chirurgie ambulatoire (CA) et de 75,7 % en soins de suite et de réadaptation (*indicateur 2-9-4*).

Concernant les médecins libéraux, les indicateurs confirment les progrès des pratiques cliniques réalisés en matière de suivi des pathologies chroniques et de prescription dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique ou ROSP (*indicateur n°2-9-2*). Ces progrès restent cependant contrastés sur l'année 2022. A titre d'exemple, sur le diabète, les indicateurs relatifs au fond d'œil et au dépistage de la maladie rénale chronique progressent respectivement de +1,6 point et +1,1 point, tandis que celui sur les dosages d'HbA1c diminue légèrement (-0,5 point). L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus s'améliore significativement (+1,9 point) : 40 % des médecins dépassent l'objectif cible.

Objectif n°5 : Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée

L'Assurance maladie a, à l'issue du plus fort de la crise sanitaire, repris ses efforts pour contenir la progression tendancielle des dépenses de santé.

Les actions de maîtrise médicalisée visent notamment à un meilleur usage des soins et des produits de santé en incitant les offreurs de soins à améliorer leurs pratiques, à la fois en ville et à l'hôpital. Elles cherchent à réduire les consommations de soins médicalement non justifiés, et à promouvoir le respect de bonnes pratiques, notamment celles faisant l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé. Compte tenu de la diminution de l'impact des actions de gestion du risque (GDR) depuis quelques années, l'Assurance maladie a engagé un programme ambitieux de rénovation de sa stratégie de gestion du risque (incluant la maîtrise médicalisée).

Un bilan de la maîtrise médicalisée contrasté

L'objectif d'économies à atteindre dans le cadre de la maîtrise médicalisée est devenu de plus en plus ambitieux au cours du temps. Toutefois, en raison de la crise sanitaire, cet indicateur a été neutralisé en 2020 et les résultats présentés sont ceux des années antérieures. L'Ondam 2022 a réintégré les actions de maîtrise médicalisée, après une suspension au plus fort de la crise sanitaire.

En 2022, le plan d'action de l'Assurance maladie comportait 58 actions dont un impact financier était attendu pour un total de 540 M€. Au cours de l'année, 39 parmi ces 58 actions ont effectivement démarré au cours de l'année, ramenant les impacts attendus à 368 M€ (549 M€ en année pleine). Le taux d'atteinte de l'objectif global d'économies fixé en annexe 5 de la LFSS est de 43 % (*indicateur 2-12-2*).

Dynamique des dépenses, notamment de médicaments, et mesures de régulation

En matière de médicaments, après trois années d'une croissance dynamique mais inférieure à 4,0 %, les dépenses de médicaments délivrés en officine de ville

relevant du régime général (y compris les anciens affiliés au régime des indépendants) ont augmenté rapidement entre 2020 et 2023 avec un taux de croissance annuel moyen de 8,4% en termes bruts (avant remises), portées par le transfert du circuit hospitalier au circuit officinal de certains anticancéreux et de produits indiqués dans le traitement de la cardiomyopathie et celui de la mucoviscidose initialement délivrés en rétrocession, puis inscrits au remboursement de droit commun et délivrés en officine de ville (*indicateur 2-10-1*).

Plus globalement, les dépenses des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) relevant de l'ONDAM, en ville et en établissements, ont fortement progressé en 2023, au rythme de +7,8 % en termes bruts. Cette progression est ramenée à +2,4 % après déduction des recettes atténuatives (remises de prix, clause de sauvegarde).

L'un des moyens de maîtriser les dépenses de médicaments est d'encourager l'usage de génériques et biosimilaires quand ils existent. Après l'atteinte de l'objectif de 90 % de part des génériques dans le répertoire en 2020, cet objectif a été revu à la hausse en 2022 pour viser un taux de pénétration de 100 % des génériques dans le répertoire. En décembre 2023, la part des génériques dans le répertoire continue sa hausse pour atteindre 92,7 %, se rapprochant davantage du nouvel objectif. Ce résultat fait suite à la mise en œuvre de différentes mesures depuis juin 2012, comme la généralisation du « tiers payant contre génériques », la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique pour les pharmaciens d'officine, le plan national de promotion des médicaments génériques 2015-2017 et la mesure dite article 66 (LFSS pour 2019) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020 (*indicateur n°2-10-4*). Afin d'accompagner et d'encourager le développement des biosimilaires, la LFSS 2022 a permis la substitution par le pharmacien entre médicaments biologiques d'un même groupe, levier supplémentaire à l'expérimentation article 51 débutée fin 2018 pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques délivrés en ville (*indicateur n°2-10-5*). Bien que la part des biosimilaires reste encore modeste (32 % des volumes de vente des spécialités appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires en 2023, soit 7 points de plus qu'en 2021), le développement des biosimilaires devrait davantage augmenter grâce au dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biosimilaires prévu à l'avenant 9 à la Convention Médicale est entré en vigueur en 2022, basé sur le partage de l'économie générée par la prescription de certains biosimilaires à hauteur de 20 % pour les médecins libéraux en 2023. La LFSS 2024 a assoupli davantage les règles de la substitution de la prescription par de biosimilaires par les pharmaciens.

La maîtrise des dépenses d'indemnités journalières maladie (IJ) constitue un autre levier d'action important, dans la mesure où ces indemnités, à destination des salariés en arrêt maladie, représentent plus de 10 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville de l'ONDAM (*indicateur n°2-12-1*). Les dépenses d'indemnités journalières maladie ont cependant été très dynamiques depuis la crise. Les indemnités journalières hors crise Covid relevant du champ de l'ONDAM ont augmenté de 6% pour atteindre 10,5 Md€ en 2023. Ce rythme d'augmentation est dû principalement à un effet prix (4,7 %) lié au contexte inflationniste. L'effet volume est faible (+1,1 %) dû principalement à la montée en charge des indemnités journalières des professions libérales. D'autre part, le passage à la phase endémique de la

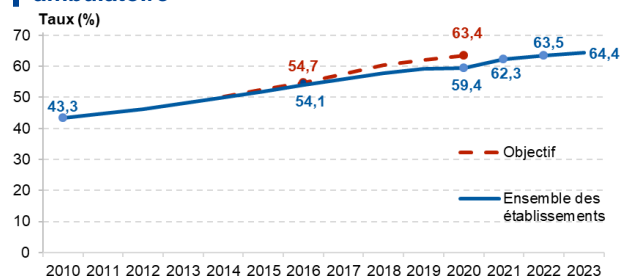
Covid-19 en 2023 est venu en conjonction avec un repli inédit (-92,2 %) des indemnités journalières liées à la crise sanitaire passant de 1,7 Md€ à 0,1 Md€.

Des actions destinées à renforcer l'efficacité de la prise en charge à l'hôpital

Les capacités de soins dépendent notamment du nombre de lits disponibles et de la durée moyenne de séjour (DMS). Une part de l'efficacité des établissements de santé peut être approchée par la durée moyenne de séjour.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie ambulatoire (*indicateur n°2-11-4*) contribue également à une meilleure efficacité des dépenses de santé. Le taux national de chirurgie ambulatoire est en progression continue passant de 43,3 % en 2010 à 64,4 % en 2023, correspondant à un taux de croissance annuel moyen de 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, ainsi que le maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité des soins.

Graphique 5 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire



Sources : ATIH, PMSI-MCO

La diminution de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en court séjour, puis transférés en soins de suite et de réadaptation (SSR), traduit une meilleure articulation entre soins aigus et SSR, notamment par une augmentation de l'offre de soins d'aval (*indicateur n°2-11-5*).

Enfin, l'épidémie de Covid-19 avait mis en lumière certains risques associés à une réduction du nombre de lits. Le Ségur de la santé prévoit ainsi de financer l'ouverture ou la réouverture de 4 000 lits « à la demande ».

Par ailleurs, les établissements publics hospitaliers 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 2023, 328 M€ de gains ont été réalisés (hors énergie), soit 109 % de l'objectif PHARE. Le gain 2022 s'élevait à 671 M€ (*indicateur n°2-11-2*).

Des établissements publics de santé en déficit

En 2021, les comptes financiers des hôpitaux publics ont clôturé sur un déficit de 381 M€ sur leur budget principal. Ce déficit reste principalement concentré sur quelques catégories d'établissements, notamment l'assistance

publique – hôpitaux de paris (AP-HP). Il s'élevait à 1 031M€ en 2022.¹

Selon la Drees, l'encours de la dette a augmenté en 2021 pour atteindre 31,1 Md€, son point le plus haut depuis 2005. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics continue à reculer lentement mais régulièrement. Il s'établit à 33 % des recettes en 2021, après 36 % en 2019. Notons toutefois que 26 % des hôpitaux sont en situation de surendettement (*indicateur 2-13*). Les investissements des hôpitaux publics représentent 4,4 Md€ en 2021 après 3,9 Md€ en 2021. Après une légère baisse en 2020, l'effort d'investissement a de nouveau rebondi en 2021 pour s'établir à 4,7 % des produits.

Afin de répondre à cette double problématique de réduction de la dette et de relance de l'investissement, le Ségur de la santé met en œuvre un plan d'investissement de 6 Md€ sur cinq ans dans le système de santé, venant s'ajouter aux 13 Md€ de dotations prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021. Ce dispositif se répartit en deux volets poursuivant deux objectifs :

- Le soutien à la restauration des capacités financières des établissements permettant d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité du service public hospitalier (6,5 Md€)
- Le soutien à des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé assurant le service public hospitalier (6,5 Md€)

Limiter et prévoir les pénuries de médicaments

La crise sanitaire a également mis en lumière les risques de pénuries de médicaments et de vaccins en France. En 2023, environ 807 médicaments ont fait l'objet d'un signalement de rupture de stock, ou de risque de rupture, à un moment de l'année, contre 214 en 2016. Les classes les plus touchées par ces signalements sont celles des médicaments cardiovasculaires, du système nerveux central et des anti-infectieux. Cette augmentation de signalements s'explique également par une fabrication des médicaments de plus en plus complexe, à la fois réglementairement et techniquement, du fait d'un morcellement des étapes de fabrication. Elle provient également d'une demande mondiale croissante, notamment de la part de pays émergents, avec des capacités de production qui n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions (*indicateur n°2-10-7*). Le Gouvernement a engagé un plan de lutte contre ces ruptures, qui s'appuie en premier lieu sur le « décret stock » prévoyant pour les industries de santé une obligation de stock pour certains médicaments pouvant aller jusqu'à 4 mois. La LFSS 2024 a mis en place un nombre de mesures visant à lutter contre les pénuries d'approvisionnement, notamment en pénalisant la cessation de production pour le exploitants des autorisations de mises en marché (AMM), en conditionnant la délivrance de certains antibiotiques en rupture à la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) ou en les interdisant à la prescription en téléconsultation, et en étendant l'autorisation de production de certains médicaments aux pharmacies d'officine dans un cadre de « préparations officinales spéciales ». Ces mesures s'inscrivent également dans la suite des recommandations de la

mission Borne relative à la régulation des produits de santé qui a remis son rapport en août 2023.

Objectif n°6 : Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie

Durant la décennie 2010-2019, la maîtrise des dépenses avait permis un redressement de la situation financière de la branche maladie, dont le déficit avait été ramené à 0,8 Md€ en 2018 et 1,5 Md€ en 2019. Entre 2020 et 2022, la crise sanitaire a fortement affecté la branche, qui accuse des déficits de 30,5 Md€, de 26,1 Md€, puis de 21,0 Md€ respectivement.

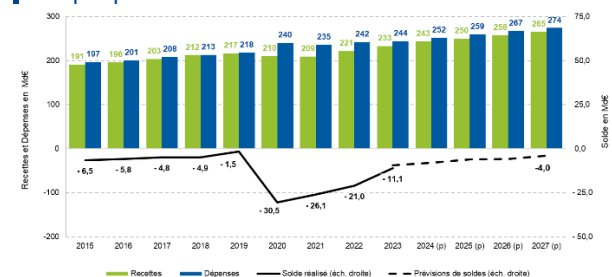
En 2023, le déficit de la branche maladie demeure à un niveau élevé mais se résorbe pour atteindre 11,1 Md€, principalement grâce à la poursuite du rebond de la conjoncture économique et du contexte inflationniste favorable à l'équilibre financier de la branche à court terme. Une part importante de l'amélioration tient cependant à la quasi-extinction des coûts Covid (passés de 11,7 Md€ en 2022 à 1,1 Md€ en 2023, toutes branches confondues).

En effet, les recettes de la branche maladie ont vu une croissance de 5,2 % entre 2022 et 2023, principalement grâce à une progression de 5,7 % de la masse salariale privée, mais également grâce au nouveau transfert de 2 Md€ de la part de la branche famille au titre du congé maternité post-natal.

Les dépenses sont restées quasi-stables (+0,7 % en 2023), d'une part tirées à la hausse à cause de la dynamique des dépenses d'établissements de santé dans l'Ondam (+5,4 Md€), et d'autre part tirées à la baisse par la quasi-extinction des dépenses de crise Covid, dont notamment la baisse de la dotation à Santé publique France liée à la Covid (-3,4 Md€), ainsi que par la baisse des dépenses Ondam en ville (-1,5 Md€).

Le solde de la branche maladie devraient continuer à se redresser sur la période 2024-2027, passant ainsi de 7,9 Md€ en 2024 à 4 Md€ en 2027 selon les plus récentes projections de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Graphique 6 • Solde financier de la branche



Source : CCSS mai 2024 pour les comptes clos, LFSS 2024 pour les prévisions.
P : prévisions

Lutte contre la fraude et recours contre tiers

Un plan de lutte contre la fraude est mis en place annuellement par l'assurance maladie afin de dissuader les fraudes, pratiques fautives et abusives de l'ensemble des acteurs. Depuis 2011, à la demande de la Direction de la sécurité sociale et de la Délégation nationale à la

¹ Périmètre de l'annexe 6 de la LFSS 2024, différent du périmètre Drees présenté dans l'indicateur 2-13.

lutte contre la fraude, ce plan distingue d'une part, les fraudes et les activités fautives détectées et stoppées et, d'autre part, les activités abusives. Le montant des économies directes réalisées dans ce domaine a atteint près de 436 M€ en 2023, en croissance inédite de 82 % par rapport à 2022, dépassant largement ainsi l'objectif de 212 M€ pour l'année (*indicateur 2-14-4*). Cette croissance est marquée par la sortie du contexte de crise sanitaire qui avait marqué fortement la mobilisation des équipes de l'assurance maladie, mais également par l'accroissement des outils de détection, de prévention et de sanction de l'ensemble des fraudes à l'assurance maladie permis grâce au plan de lutte contre les fraudes aux finances publiques présenté par le Gouvernement en mai 2023, dans la continuité des dispositions de la LFSS 2023.

Un dernier enjeu mentionné dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « 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 848 M€ en 2023, soit 0,38 % des prestations légales nettes des régimes de base (*indicateur n°2-14-3*).

Conclusion

Jugée à l'aune des principaux indicateurs de ce rapport, la politique de sécurité sociale « maladie » remplit globalement les objectifs qui lui sont assignés, mais présente certaines marges de progrès.

Les efforts portés sur la prévention doivent se poursuivre. Si les comportements à risque se réduisent avec une diminution du tabagisme, de la consommation d'alcool et de la prévalence moyenne du surpoids des enfants, certains facteurs de risque ne dépendent pas des comportements individuels. La pollution de l'air par exemple a un fort impact sur la santé de la population. Le taux de vaccination contre la grippe et les dépistages du cancer n'atteignent pas les cibles fixées.

La proportion de personnes à revenus modestes qui déclarent renoncer à des soins pour des raisons financières reste élevée, et justifie la poursuite des efforts dans ce domaine, via l'amélioration de la prise en charge des soins pour les personnes modestes au travers de la mise en place de « la complémentaire santé solidaire » et de la réforme « 100 % santé » visant à assurer un reste à charge nul pour les patients en optique, prothèses auditives et dentaire, et la montée en charge progressive du tiers payant.

La crise sanitaire traduit une rupture en termes de politiques publiques de santé. Les capacités en lits de soins critiques ont été globalement doublées sur l'ensemble du territoire afin de garantir l'accès au système de soins. La mise en place de 4 000 lits « à la demande » doit permettre de continuer à mieux adapter l'offre de soins aux besoins. Toutefois, des inégalités de répartition des professionnels de santé persistent.

L'accès aux soins devrait s'améliorer également à travers une offre renforcée, notamment en luttant davantage contre les pénuries des médicaments à intérêt thérapeutique majeur, en anticipant la baisse du nombre de médecins libéraux et surtout généralistes dont près de la moitié aujourd'hui ont plus de 55 ans, et en s'adaptant à la dynamique soutenue des prix de nouvelles molécules dans le marché international du médicament.

La nécessité d'un système équilibré financièrement a été reléguée au second plan lors de la crise sanitaire afin de garantir la sécurité de tous. Les mesures adoptées se sont traduites par des déficits importants qu'il convient désormais de résorber



11,9 %

du PIB est consacré à la dépense courante de santé en 2022

(11,2 % en 2010)

Fiche 1.1.1



147

médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2023

(-8 % par rapport à 2010)

Fiche 1.4.1

193

médecins spécialistes pour 100 000 habitants en 2023

(+6 % par rapport à 2010)

Fiche 1.4.1



7 %

des dépenses de santé restent à la charge des ménages en 2022

(9% en 2010)

Fiche 2.4.1



45 %

des femmes de 50 à 74 ans ont effectué un dépistage du cancer du sein en 2022

(-7 points depuis 2010)

Fiche 2.2.1



25 %

en 2022

des 18-75 ans fument du tabac

(-5 points depuis 2010)

Fiche 2.1.3

93 % des médicaments délivrés en générique parmi les produits disposant d'un générique en 2023

(+14 points depuis 2010)

Fiche 2.10.4



54 %

en 2023-24

des personnes âgées de plus de 65 ans vaccinées contre la grippe

(-2 points depuis 2010-11)

Fiche 2.3.2



64 %

en 2021

des actes chirurgicaux sont pratiqués en ambulatoire

(+21 points depuis 2010)

Fiche 2.11.4



12,3 %

de baisse de consommation d'antibiotiques par personne entre 2012 et 2022

Fiche 2.10.6



11,1

Md€

de déficit pour la branche maladie en 2023

(30,5 Md€ en 2020)

Fiche 2.14.1

1. DONNEES DE CADRAGE

1.1. Dépenses de santé

1.1.1. Dépenses de santé dans le produit intérieur brut (PIB)

La dépense courante de santé représente 11,9 % du PIB en France en 2022

En 2022, avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi¹) représentant 18,2 % de leur produit intérieur brut (PIB), les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE en matière de dépenses de santé. Plus de cinq points derrière les États-Unis, l'Allemagne, premier pays de l'UE-27, dépense 12,6 % de son PIB pour la santé, juste devant la France (11,9 %) et l'Autriche (11,4 %).

En moyenne, en 2021 (dernière année pour laquelle les données sont disponibles pour tous les pays de l'OCDE), les États membres de l'UE-27 consacrent en moyenne 11,0 % de leur PIB aux dépenses de santé. Il existe néanmoins une division géographique marquée en Europe au regard de la santé : les pays de l'UE-14 consacrent, en 2021, en moyenne 11,4 % de leur PIB aux dépenses de santé, mais ces dernières sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (de 9,2 % en Grèce à 10,7 % en Espagne). Pour les nouveaux membres de l'UE qui ont intégré l'OCDE (NM-13), les dépenses de santé représentent en moyenne 7,5 % du PIB en 2021.

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque l'indicateur de comparaison retenu est la dépense courante de santé exprimée en parité de pouvoir d'achat en santé (PPA santé) et par habitant (voir encadré ci-dessous). Cet indicateur est fondé sur une comparaison des prix pratiqués dans chaque pays pour un panier de produits et services de

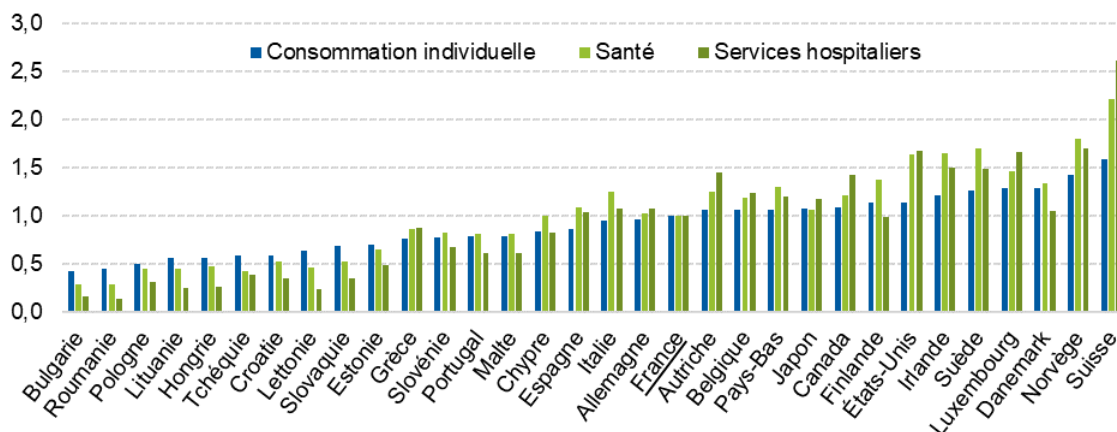
santé standards, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant. Il permet d'ajuster les dépenses de santé par les prix, pour apprécier les différences de volume de produits et de services consommés. En pratique, on utilise les estimations de PPA santé en base France pour comparer les dépenses moyennes par individu : avec cette mesure, dans chaque pays, tout euro PPA santé correspond à un euro en France pour ce domaine de dépense.

En 2022, parmi les pays de l'OCDE, c'est toujours aux États-Unis que la DCSi par tête est la plus élevée : elle atteint 6 780 € PPA santé par habitant. Ce montant est presque 50 % supérieur à la dépense moyenne en France : 4 650 € en PPA santé par habitant.

En moyenne, en 2021, les pays de l'UE-14 et les NM-13 consacrent respectivement 3 860 euros PPA et 2 860 euros PPA par habitant. L'Allemagne, où les prix des biens et services de santé sont comparables à ceux de la France (encadré) a la DCSi par habitant la plus élevée de l'UE-27, avec 5 710 euros PPA par habitant en 2022. La Suisse, où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, n'est qu'au 12^e rang pour ce qui est de la DCSi par habitant en euros PPA santé (4 030 euros PPA). À l'inverse, la Tchéquie, pays où les prix de santé sont parmi les plus faibles d'Europe, se situe au 3^e rang des dépenses par habitant en € PPA santé, juste derrière l'Allemagne.

En 2021, et pour cet indicateur, la France se situe au 5^e rang des pays étudiés ici, à un niveau proche des Pays-Bas, du Luxembourg ou de la Norvège.

Graphique 1 • Dépense courante de santé au sens international (DCSi), base France = 1



* Les pays de l'UE-27 correspondent aux 27 pays membres de l'Union européenne (UE) en juillet 2022 (le Royaume-Uni n'en fait donc pas partie). Les pays de l'UE-15 correspondent aux pays qui appartenaient à l'UE entre 1995 et 2004 (le Royaume-Uni en fait partie). Les NM-13 correspondent aux 13 nouveaux membres de l'UE à partir de 2004. Les données pour Malte, seul pays de l'UE-27 à n'avoir pas communiqué sa DCSi 2021 à l'OCDE, portent sur l'année 2020. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.

Les parités de pouvoir d'achat santé (PPA santé) utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services de santé standards pour l'année 2017 (OCDE, 2021). Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé. Nous faisons ici l'hypothèse qu'elles n'ont pas été modifiées entre 2017 et 2020. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

¹ La DCSi agrégat de référence au niveau international, inclut la consommation de soins et de bien médicaux ainsi que les dépenses de

soins de longue durée, les dépenses de gouvernance et les dépenses de prévention.

Note : Les données pour la France ont été actualisées pour l'année 2022 par rapport aux données diffusées par l'OCDE ou Eurostat pour tenir compte des dernières données. Elles correspondent aux données de la partie sur la France de l'édition 2023 du panorama des comptes de la santé de la DREES.

Sources : DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

• Les niveaux de prix des biens et services de santé varient considérablement suivant les pays

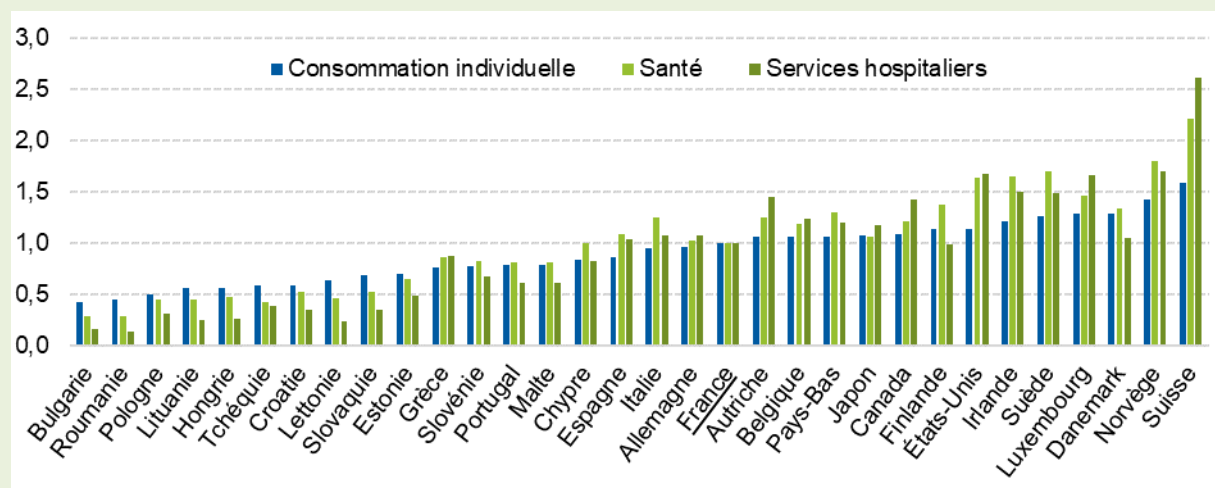
Les variations de dépenses entre pays peuvent être dues à des différences liées aux prix des produits et des services achetés, ou à des différences de « volume », c'est-à-dire liées à la quantité de biens et services utilisés par les individus. C'est pour tenir compte de cette décomposition que l'on utilise les indices de prix, qui indiquent le ratio des prix du même panier de produits et services dans différents pays. Sur le graphique ci-dessous, trois indices de prix sont présentés : la consommation individuelle effective (qui correspond à l'ensemble des biens et services acquis par les ménages), la santé (l'ensemble des biens et services de santé acquis par les ménages, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant) et les services hospitaliers. Ces données permettent d'ajuster les dépenses concernées par les prix, pour apprécier les différences de volume des produits et services consommés.

Les niveaux de prix varient considérablement selon le pays. En règle générale, plus le PIB par habitant est élevé, plus les prix pratiqués sont élevés. Les prix des biens durables (par exemple, les voitures) varient moins que les prix des services (par exemple, l'éducation et la santé), ces biens étant soumis à la concurrence internationale ce qui réduit les écarts de prix ; les services, en revanche, sont généralement produits localement. Les niveaux de salaire étant supérieurs dans les pays les plus développés, les prix des services sont eux aussi plus élevés.

Les variations de prix entre pays dans le secteur de la santé, secteur relativement intensif en main-d'œuvre, ont donc tendance à être plus prononcées que les différences de prix de l'ensemble de l'économie. C'est pourquoi, en utilisant la France comme pays de référence (base 1 et alors que les niveaux de prix liés à la consommation individuelle effective en Suisse sont de 1,59, ceux liés aux biens et services de santé et aux services hospitaliers sont respectivement de 2,22 et 2,61. Cela signifie que les prix pratiqués en Suisse sont 59 % plus élevés qu'en France pour l'ensemble des biens et services achetés par les ménages, 122 % plus élevés qu'en France pour les biens et services de santé et 161 % plus élevés qu'en France pour les services hospitaliers.

Les niveaux de prix sont mesurés par les services en charge de la comptabilité nationale des instituts statistiques nationaux. Pour les services hospitaliers, une enquête triennale est réalisée afin d'analyser la structure des prix. La dernière enquête en date diffusée date de 2017. Pour plus d'informations, voir Eurostat et OCDE¹. La méthodologie de la PPA santé ne tient donc pas compte d'une éventuelle hausse des prix des produits de santé, entre 2017 et 2022, en lien avec la crise sanitaire du Covid-19.

Graphique • Niveaux des prix d'achat par catégories de biens et services en 2017, base France = 1



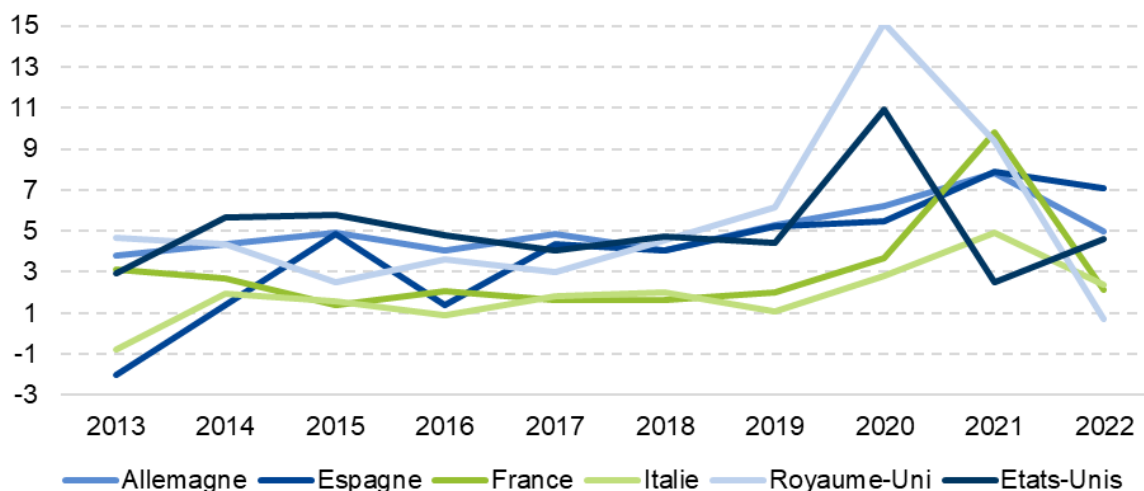
Lecture : Aux États-Unis, en 2017, les niveaux des prix dans le secteur de la santé, avec la France comme pays de référence (base 1), s'élèvent à 1,64. Cela signifie que pour un panier de biens similaires en santé, les prix aux États-Unis sont 64 % supérieurs à ceux pratiqués en France.

Note : Les niveaux des prix présentés ici proviennent de calculs effectués à partir des parités de pouvoir d'achat de l'OCDE pour l'année 2017 – l'OCDE ne fournit pas de données plus récentes pour les biens et services de santé. Les niveaux de prix correspondent à : PPA x taux de change. Plus précisément, ils ont été calculés à partir d'une base de l'OCDE indiquant les parités de pouvoir d'achat en monnaie nationale par euro en 2017, utilisant l'UE-28 comme base 1. Nous avons ajusté ces données du taux de change des monnaies nationales par rapport à l'euro, et choisi la France comme pays de référence (base 1). Donc, sur ce graphique, les niveaux de prix utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

Source : OCDE, Statistiques sur le pouvoir d'achat et les taux de change (2022).

¹ > Eurostat et OCDE (2012). Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012th ed.). Union européenne.

Graphique 2 • Taux de croissance annuel moyen de la DCSi, en pourcentage



Source : OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA)

La dépense courante de santé s'est accrue dans l'ensemble des pays de l'OCDE pendant la crise sanitaire

Après une croissance modérée des dépenses de santé entre 2013 et 2019, principalement due à de fortes contraintes budgétaires, la DCSi, en valeur, a augmenté dans la quasi-totalité des pays ayant communiqué des données pour 2021 et pour 2022.

Avant la crise sanitaire de la Covid-19, les dépenses de santé progressent ainsi d'environ 4 % par an entre 2013 et 2019 en Allemagne. La croissance est du même ordre aux États-Unis, avec néanmoins un dynamisme plus marqué à partir de 2014 et la mise en œuvre du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*). L'Espagne et le Royaume-Uni connaissent également une croissance dynamique de leurs dépenses de santé, avec un peu plus de variations au cours de la période observée, voire une progression heurtée pour l'Espagne (notamment entre 2015 et 2016). La France et l'Italie ont des profils plus stables et une croissance de leurs dépenses à prix courants parmi les plus faibles d'Europe avec environ 2 % en moyenne d'augmentation par an. En France, cette progression est régulée par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam).

En 2020 et en 2021, avec la crise sanitaire, la DCSi en valeur a augmenté dans la totalité des pays étudiés. On observe toutefois des évolutions très différenciées suivant les pays. En valeur, en 2020 et parmi les pays étudiés, la variation s'échelonne entre 2,8 % en Italie et 15,1 % au

Royaume-Uni. En 2021, elle s'échelonne de 2,5 % aux États-Unis à 9,8 % en France. La hausse généralisée de la DCSi sur cette période tient pour l'essentiel aux dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de Covid-19 : achats de masques, tests de dépistage, primes aux soignants, etc. Au Royaume-Uni, la hausse spectaculaire des dépenses de santé provient en particulier des coûts très élevés des masques et des équipements de protection individuelle (qui ont été achetés en très grande quantité et au-dessus des prix du marché), ainsi qu'à la mise en place du système de dépistage et de suivi des malades britanniques, le « Test and Trace System »¹.

En 2022, la DCSi continue de croître dans tous les pays étudiés, mais de manière moins prononcée qu'en 2020 et en 2021. Parmi les pays étudiés, c'est en Espagne que la DCSi augmente le plus en 2022 (+7,1 %), devant l'Allemagne (+5,0 %) et les États-Unis (4,6 %), contre 2,0 % en France. Si les dépenses de prévention ont chuté en 2022 dans la majorité des pays avec le reflux progressif de l'épidémie de Covid-19, les autres composantes de la DCSi croissent à un rythme plus élevé que celui observé avant la crise (en raison notamment de la poursuite de la hausse des rémunérations des personnels hospitaliers, de l'introduction de médicaments innovants et de la reprise des soins courants). En parallèle, l'inflation et l'augmentation des prix de l'énergie pèsent sur les charges fixes en 2022 et tirent à la hausse les dépenses de santé, notamment dans les hôpitaux.

¹ > Chardon-Boucaud, S. (2022). Dépense de santé en Europe : une forte hausse en 2020 sous l'effet de la pandémie de Covid-19. DREES, Études et Résultats, 1238.

Tableau 1 • Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en France - en milliards d'euros

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CSBM	185,3	190,0	193,1	197,3	200,4	202,8	207,1	210,4	226,9	235,8
dont CSBM hors mesures de garantie des dont mesures de garantie des revenus	185,3 0,0	190,0 0,0	193,1 0,0	197,3 0,0	200,4 0,0	202,8 0,0	207,1 0,0	208,0 2,4	226,2 0,8	235,1 0,7
Hors CSBM	55,9	57,7	58,4	59,5	60,9	62,2	63,4	69,4	80,6	77,8
dont soins de longue durée	36,3	37,6	38,4	39,3	40,4	41,4	42,7	45,5	47,7	49,5
dont soins de prévention	5,2	5,1	5,1	5,1	5,3	5,5	5,5	8,7	17,5	12,7
Dépense courante de santé au sens intern	241,3	247,8	251,5	256,7	261,2	264,9	270,6	279,8	307,6	313,6
DCSi (en % du PIB)	11,4	11,5	11,4	11,5	11,4	11,2	11,1	12,1	12,3	11,9
Evolution (en%)		2,7	1,5	2,1	1,8	1,4	2,1	3,4	9,9	2,0

Source : DREES, comptes de la santé, édition 2023.

Tableau 2 • Structure de la consommation de soins et de biens médicaux - en milliards d'euros

Milliards d'euros	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
1-Soins hospitaliers	80,5	82,6	84,7	86,9	89,2	90,5	92,4	94,0	95,2	97,2	103,3	110,2	114,9
Hôpitaux du secteur public	61,6	63,2	64,8	66,8	68,5	69,6	71,0	72,2	73,0	74,5	79,8	84,9	88,7
Hôpitaux du secteur privé	18,9	19,5	19,9	20,1	20,7	20,9	21,4	21,7	22,1	22,7	23,5	25,2	26,2
2-Soins ambulatoires	92,9	95,4	97,1	98,4	100,9	102,6	104,9	106,4	107,6	109,9	107,2	116,8	120,9
Soins de ville	44,6	46,2	47,4	48,6	49,8	51,3	52,8	53,8	54,9	56,6	54,8	60,3	62,2
Transports sanitaires	3,7	3,8	4,1	4,3	4,4	4,6	4,8	5,0	5,1	5,1	4,7	5,6	6,0
Médicaments en ambulatoire	32,4	32,4	32,1	31,6	32,0	31,5	31,5	31,5	30,9	30,7	29,8	31,1	32,8
Dispositifs médicaux*	12,2	12,9	13,5	14,0	14,6	15,2	15,8	16,1	16,8	17,6	17,8	19,8	20,0
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	173,4	178,0	181,8	185,3	190,0	193,1	197,3	200,4	202,8	207,1	210,4	226,9	235,8

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source : DREES, comptes de la santé, édition 2023.

La dépense courante de santé au sens international ralentit fortement en 2022

En 2022, la DCSi s'élève à 313,6 milliards d'euros en France, soit 11,9 % du PIB (cf. tableau 1). La DCSi retrouve ainsi son rythme de croissance pré-crise : +2,0 % en 2022, proche de la croissance moyenne observée entre 2013 et 2019 (+1,9 % en moyenne par an), après une forte hausse en 2021 (+9,9 %). Ce ralentissement provient notamment de la chute des dépenses de vaccination et de dépistage pour la Covid-19. Les dépenses de prévention diminuent ainsi de -27,9 % en 2022, tout en restant plus hautes qu'avant la crise, à 12,7 milliards d'euros (contre 5,5 milliards d'euros en 2019). La croissance de la DCSi reste cependant positive, entraînée par celle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

La consommation de soins et de biens médicaux ralentit, mais reste dynamique

En 2022, le reflux progressif de l'épidémie au cours de l'année contribue également au ralentissement de la CSBM (+3,9 % en 2022 après +7,8 % en 2021, cf. tableau 3). Elle continue cependant de croître à un rythme supérieur à celui observé pendant la période pré-crise (entre 2013 et 2019, le taux de croissance annuel moyen de la CSBM est de +1,9 %). Elle atteint ainsi 235,8 milliards d'euros en 2022, soit une dépense moyenne de 3 475 euros par habitant.

L'ensemble des secteurs contribue à la croissance de la CSBM en 2022. Les principaux secteurs contributeurs sont les soins hospitaliers, les soins de médecins et les transports sanitaires.

Tableau 3 • Contribution à la croissance de la CSBM en valeur

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Soins hospitaliers publics	1,0	1,1	0,9	0,6	0,7	0,6	0,4	0,7	2,6	2,4	1,7
Soins hospitaliers privés	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,3	0,4	0,8	0,4
Soins de ville hors laboratoires	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,5	0,6	0,8	-0,8	2,5	0,9
Laboratoires d'analyses	-0,2	-0,3	0,2	-0,3	0,0	0,0	-0,3	-0,1	-0,4	0,6	0,7
Médicaments	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Dispositifs médicaux	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,1	1,0	0,1
Transports sanitaires	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	-0,2	0,4	0,2
CSBM	2,1	2,0	2,5	1,6	2,2	1,6	1,2	2,2	1,6	7,8	3,9
CSBM (croissance en volume)	2,5	1,9	3,1	2,6	2,9	1,4	1,8	1,6	-4,4	8,1	1,8

Source : DREES, comptes de la santé, édition 2023.

Les soins hospitaliers continuent d'augmenter fortement

Les dépenses de soins hospitaliers augmentent en valeur de +4,3 % en 2022, après +6,7 % en 2021 et +6,3 % en 2020. À l'hôpital public, cette forte hausse depuis trois ans est la conséquence de trois années d'augmentation des rémunérations des personnels et de surcoûts liés à la lutte contre le Covid-19. En 2022, elle est portée par la

revalorisation du point d'indice dans la fonction publique et des mesures exceptionnelles de soutien à l'attractivité dans le secteur public (mission « flash » sur les urgences, revalorisation des gardes et astreintes). En clinique privée en 2022, la hausse des dépenses est entretenue par le maintien de la garantie de financement, destinée à assurer un niveau de revenus au moins équivalent à celui de 2019. Ainsi, au global, les prix des soins hospitaliers ont

augmenté de +23 % entre 2019 et 2022, alors qu'ils étaient globalement stables depuis 2010.

La hausse des dépenses de soins hospitaliers ne traduit pas une augmentation de l'activité : l'activité hospitalière mesurée en volume se réduit ainsi à nouveau en 2022, de -0,5 %, alors même que le nombre de séjours à l'hôpital public et en clinique privée augmente, conséquence du vieillissement de la population et une légère hausse du recours. Cela caractérise une évolution tendancielle de la structure des séjours hospitaliers, qui raccourcissent avec la sortie de la crise sanitaire (les affections traitées à l'hôpital, au premier rang desquels les cas de Covid-19 graves, sont moins lourdes).

La consommation de médicaments en ambulatoire (y compris rétrocessions hospitalières, rémunérations forfaitaires et remises conventionnelles) s'élève à 32,8 milliards d'euros en 2022. Elle augmente de +5,3 % par rapport à 2021, après +4,3 % en 2021. Cette hausse depuis deux ans fait suite à six années consécutives de baisse, de 2014 à 2020. Cette progression est due à la hausse des volumes de médicaments (+9,0 %), qui poursuit la hausse déjà observée en 2021 (+7,8 %). Les prix de la consommation de médicaments en ambulatoire, à l'inverse, continuent de baisser (-3,4 % en 2022, après -3,3 % en 2021). Le dynamisme du volume s'explique par l'accroissement de la consommation de plusieurs classes thérapeutiques spécifiques (traitements du cancer, traitements de la mucoviscidose, immunosuppresseurs), portée par l'arrivée sur le marché de traitements innovants et coûteux. Le nombre de boîtes de médicaments délivrées augmente également en 2022, s'accroissant de +4,5 % par rapport à 2021.

La consommation de **soins de médecins** ralentit après avoir bondi en 2021 : elle augmente de +3,8 % pour les généralistes et de +4,1 % pour les spécialistes. Pour les médecins généralistes, cette croissance est essentiellement liée à une hausse du volume (de +3,3 %), tandis que pour les médecins spécialistes, la croissance des dépenses est à la fois due à une croissance des volumes (+2,3 %) et des prix (+1,8 %). Ainsi, le volume de soins de médecins dépasse en 2022 son niveau d'avant la crise.

La consommation de **soins courants infirmiers** s'élève à 9,5 milliards d'euros en 2021. Elle continue d'être dynamique : +2,4 % en 2022, après +3,0 % en 2021.

La consommation de **soins d'auxiliaires médicaux** (hors soins infirmiers) s'élève à 8,3 milliards d'euros en 2022, soit +3,7 % par rapport à 2021. Elle retrouve globalement la tendance observée entre 2012 et 2019 (+3,3 % par an en moyenne entre 2012 et 2019).

Les dépenses des produits concernés par **la réforme du 100 % santé (audioprothèses, optique médicale et prothèses dentaires)** se stabilisent en 2022, après avoir augmenté très fortement en 2021. Quatre années après la mise en place de cette réforme, la part dans la consommation totale des produits sans reste à charge ou à tarifs modérés se stabilise en 2022. Pour le secteur de l'optique médicale, la part du 100 % santé représente 6 % des 7,3 milliards d'euros de dépenses en 2022. Elle représente 24 % des 2,0 milliards d'euros de dépenses d'audioprothèses, et 43 % des 7,1 milliards d'euros de dépenses de prothèses dentaires. L'offre 100 % santé en optique ne connaît pas un essor comparable à celle des prothèses dentaires et des audioprothèses.

La consommation des **biens médicaux** tous confondus (y compris optique médicale, postes du 100 % santé, véhicules pour handicapé physique, matériels, aliments, pansements, prothèses et orthèses) atteint ainsi 20,0 milliards d'euros en 2022, en augmentation modérée par rapport à 2021 (+1,0 %).

Les dépenses de **soins de dentistes** sont en hausse (+2,6 % en 2022), s'établissant à 13,8 milliards d'euros. Elles ralentissent cependant, après une année 2021 très dynamique, portée par le rattrapage de la crise sanitaire et la montée en puissance de la réforme du 100 % santé.

Les dépenses de **laboratoires de biologie médicale** hors tests PCR, s'élèvent à 4,6 milliards d'euros, en baisse de -1,6 % par rapport à 2021. Les dépenses de tests PCR en laboratoire (2,1 milliards d'euros en 2022), hors CSBM (comptabilisées en dépenses de prévention) sont divisées par deux entre 2021 et 2022, en raison du reflux de l'épidémie de Covid-19 ainsi que d'une baisse du prix des tests.

La consommation de **transports sanitaires** s'élève à 6,0 milliards d'euros en 2022. Ce poste très dynamique croît pour la deuxième année : +7,7 % en 2022, après +17,7 % en 2021. Cette croissance est particulièrement marquée pour les transports de malades en taxi, dont les dépenses augmentent de +10,0 % en 2022, une croissance plus rapide que celle des dépenses de transports en ambulance ou en véhicule sanitaire léger.

• Précisions méthodologiques

Les comptes de la santé, publiés chaque année par la DREES, présentent différents agrégats :

Dépense courante de santé au sens international (DCSi) :

La dépense de santé au sens international (DCSi) est l'agrégat utilisé pour les comparaisons internationales. Celle-ci inclut la consommation des soins et de biens médicaux (CSBM) ainsi que les dépenses de soins de longue durée, de prévention et celles liées à la gouvernance des systèmes de santé. Les dernières données harmonisées au niveau international disponibles portent sur l'année 2021.

Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) :

La CSBM représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD).

La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux relevant des régimes français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État (AME) ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

La CSBM regroupe ainsi :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés (y compris les médicaments et les dispositifs médicaux à l'hôpital) ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins, sages-femmes et auxiliaires médicaux, soins dentaires, analyses médicales et cures thermales, rémunérations forfaitaires des professionnels de santé) ;
- la consommation de transports sanitaires ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux en ambulatoire (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine).

Pour plus de détails se reporter à la publication « Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé », DREES, Collection Panoramas de la DREES - Santé, septembre 2023.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

1.1.2. Dépenses de santé par habitant

Les soins hospitaliers représentent la moitié des dépenses de santé

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD) ; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense relatives notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée et aux soins de prévention, comptabilisées par ailleurs dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Son périmètre s'étend à l'ensemble du territoire national et concerne à la fois les assurés sociaux qui relèvent de régimes français et les personnes prises en charge pour des soins urgents ou au titre de l'aide médicale d'État (AME).

En 2022, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 235,8 Md€ (cf. Tableau 1), soit 3 471 euros par habitant. Le premier poste de dépenses correspond aux soins hospitaliers (publics et privés), qui représentent environ la moitié de la CSBM, devant les soins de ville (26 %). Les dépenses de soins hospitaliers sont particulièrement dynamiques depuis 2020 : elles augmentent de +5,3 % en moyenne par an entre 2020 et 2022. Cette hausse est portée par une hausse des prix, qui s'explique à la fois par les mesures du Ségur de la santé impliquant des hausses de rémunérations des personnels ainsi que par les prises en charges liées à la crise sanitaire. Les dépenses de médicaments ont évolué en moyenne de +4,4 % par an depuis 2020, après huit ans de baisse régulière tendancielle, de -1,3 % en moyenne entre 2012 et 2020. Cette hausse est la conséquence de l'arrivée sur le marché de médicaments innovants coûteux et d'une progression du nombre de boîtes délivrées. La hausse tendancielle des soins de ville et des biens médicaux se poursuit sans inflexion liée aux années de crise sanitaire.

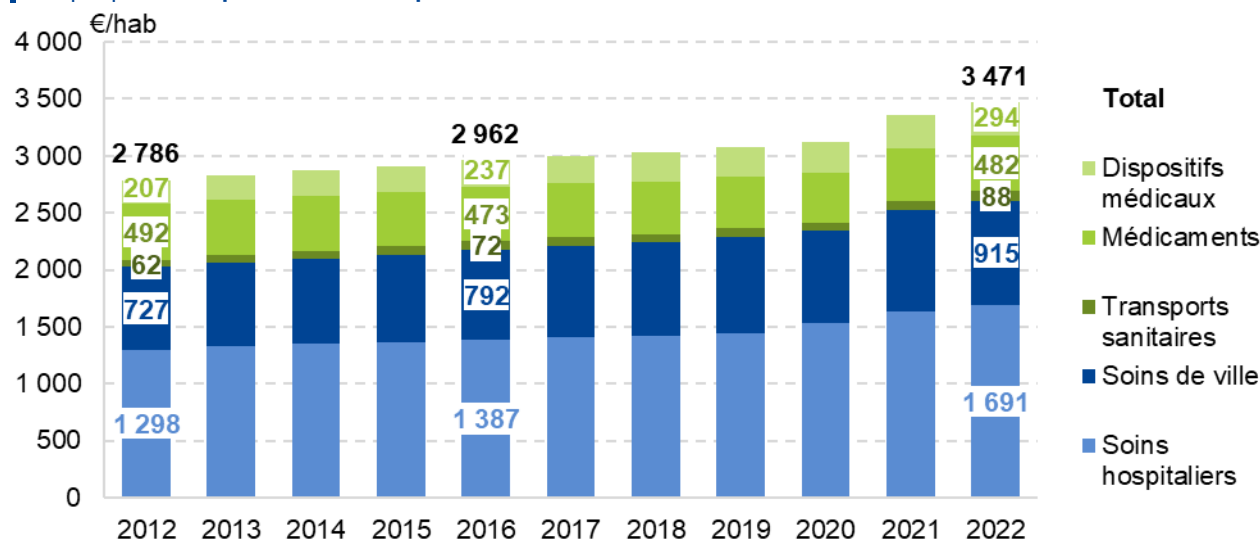
Tableau 1 • Dépenses de santé

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
CSBM (en milliards d'euros)	181,8	185,3	190,0	193,1	197,3	200,4	202,8	207,1	210,4	226,9	235,8
Population moyenne (en millions)	65,2	65,6	66,1	66,4	66,6	66,8	67,0	67,3	67,5	67,6	67,9
CSBM par habitant (en euros)	2 786	2 827	2 874	2 907	2 962	3 000	3 027	3 080	3 120	3 356	3 471
Soins hospitaliers	1 298	1 326	1 348	1 362	1 387	1 407	1 420	1 445	1 531	1 629	1 691
Soins de ville	727	741	754	772	792	805	820	842	812	891	915
Transports sanitaires	62	65	67	69	72	75	76	75	70	82	88
Médicaments	492	482	484	474	473	472	461	456	442	460	482
Dispositifs médicaux	207	214	221	229	237	241	250	261	264	293	294

Sources : DREES, comptes de la santé, édition 2023 ; INSEE pour la population.

Champ : Population hors Mayotte jusqu'en 2013 ; population y compris Mayotte à partir de 2014.

Graphique 1 • Dépenses de santé par habitant



* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Sources : DREES, comptes de la santé, édition 2023 ; INSEE pour la population.

Champ : Population hors Mayotte jusqu'en 2013 ; population y compris Mayotte à partir de 2014.

• Précisions méthodologiques

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par habitant est calculée à partir des Comptes nationaux de la santé, publiés chaque année par la DREES.

Elle retrace :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins et les auxiliaires médicaux, soins dentaires, analyses médicales et cures thermales, rémunérations forfaitaires des professionnels de santé) ;
- la consommation de transports sanitaires ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux en ambulatoire.

Pour plus de détails se reporter à la publication « Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé », DREES, Collection Panoramas de la DREES - Santé, septembre 2023

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Drees

1.1.3. Les coûts moyens annuels par pathologie

Les coûts moyens annuels (remboursés) associés à la prise en charge des pathologies, traitements et événements de santé qui sont présentés ici, ont été estimés à partir de l'analyse médicalisée des dépenses développée par la Cnam qui consiste à établir une cartographie des dépenses en fonction des pathologies prises en charge et non plus de la seule structuration de l'offre de soins. Pour cela, les dépenses remboursées par l'assurance maladie pour l'ensemble des régimes ont été réparties, selon une méthode de type descendante (« top down »), entre chacun des 58 groupes de populations identifiés grâce aux algorithmes médicaux et le reste de la population.

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

En 2020, un nouvel algorithme a été créé permettant de repérer les personnes ayant eu une hospitalisation complète dans le cadre d'une prise en charge de la Covid-19. Les dépenses affectées à ces séjours sont ainsi bien spécifiques et indépendantes de celles affectées aux hospitalisations ponctuelles (qui n'intègrent pas les hospitalisations complètes pour Covid-19).

La méthodologie et les principaux résultats de cette cartographie des dépenses développée par la Cnam ont été publiés dans son rapport annuel pour le Parlement¹.

Coûts moyens annuels des pathologies, traitements et événements de santé en 2021

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 aiguë/active d'une maladie ou dans une phase chronique/de surveillance.

C'est pour l'**insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)** que le coût moyen annuel est le plus élevé : environ 43 086 € par patient par an en moyenne avec de forts écarts selon les modalités de prise en charge considérées (cf. *tableau 1*). En effet, le coût moyen est d'environ 62 952 € pour les patients en dialyse, 71 154 € pour ceux ayant été greffés dans l'année et de l'ordre de 13 445 € 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 3 657 € par patient. Outre les disparités attendues² entre les coûts moyens inhérents à la prise en charge de phases aiguës (environ 10 204 €/patient en moyenne) et celles des phases chroniques (environ 2 884 € par patient en moyenne), on observe également de forts écarts entre les pathologies en phases aiguës elle-mêmes. Ainsi, le coût moyen de prise en charge est de 10 096 €/patient pour le syndrome coronaire aigu, 14 120 €/patient pour l'AVC aigu, 8 164 €/patient pour l'insuffisance cardiaque aiguë et d'environ 5 330 € pour l'embolie pulmonaire aiguë. Pour les pathologies cardio-neurovasculaires en phase chronique, l'amplitude, en valeur absolue, des variations est moindre : 1 721 €/patient pour les troubles du rythme et de la conduction versus 2 786 €/patient pour la prise en charge de séquelles d'AVC.

Les disparités sont également importantes pour les **cancers** (environ 6 682 € par an par patient) en particulier entre les phases actives (13 406 € en moyenne) et de surveillances (1 213 € en moyenne). Parmi les cancers en phase active, le coût moyen annuel est de 27 427 €/patient pour le cancer du poumon et 8 414 €/patient pour le cancer de la prostate.

Concernant les **pathologies psychiatriques** dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD et pour lesquelles un diagnostic a donc 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 6 303 €, dont plus de 4 000 € (65 %) 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 à une consommation régulière (au moins 3 délivrances au cours de l'année) de médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques, hypnotiques) est d'environ 1 308 € par an. Les coûts moyens des pathologies en lien avec la santé mentale sont cependant 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 d'environ 7 244 €, l'essentiel de ce coût étant induit à parts quasiment égales par les hospitalisations (3 078 €, soit 42 %) et les prestations en espèces (3 046 €, soit 42 %) qui correspondent principalement au paiement des indemnités journalières maternité.

On retrouve également des coûts annuels moyens élevés (supérieurs 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 2 296 € par an dont plus de 1 952 € pour les soins de ville (85 %). C'est également le cas des **maladies inflammatoires/rares/VIH** (5 128 €/an) et des

¹ Cnam. « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2024 ». Juillet 2023.

² Les algorithmes de repérage des phases aiguës 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.

maladies neurologiques (5 479 €/an), des **maladies dégénératives** (3 762 €/an), ainsi que des **maladies du foie et du pancréas** (2 342 €/an).

Pour les autres pathologies, traitements ou états de santé identifiés le coût moyen de prise en charge est majoritairement inférieur à 1 500 €/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).

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-inflammatoires¹ (41 %) mais aussi pour celles traitées par psychotropes (41 %).

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.

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

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).

Les coûts moyens annuels de prise en charge des grandes pathologies, traitements ou état de santé ont évolué de façon contrastée sur la période 2015-2021

Les taux d'évolution moyens annuels sur la période 2015-2021 sont positifs pour l'ensemble des groupes de pathologies présentés, excepté les maladies du foie et du pancréas (-7,1 % par an) et l'IRCT (-0,3 % par an). Toutefois ces évolutions sur la période 2015-2021 doivent s'interpréter avec précaution, en raison des impacts de la pandémie de Covid-19 sur le recours aux soins en 2020 et 2021.

Pour cette raison, le tableau 1 distingue les évolutions observées en moyenne annuelle jusqu'à 2019, puis les évolutions annuelles en 2020 et 2021.

Coûts moyens annuels des séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19 en 2021

En 2021, le coût moyen estimé pour un séjour en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19 s'élève à 9 331 €.

Tableau 1 • Effectifs et coûts moyens annuels, décomposés par grands postes de dépenses, en 2021 pour différentes pathologies et évolution sur la période 2015-2021

	Effectifs (milliers)	Coût total moyen en 2021	Structure des coûts moyens			Évolution annuelle moyenne du coût moyen 2015-2021	Évolution annuelle moyenne du coût moyen 2015-2019	Évolution annuelle du coût moyen 2019-2020	Évolution annuelle du coût moyen 2020-2021
			Soins de ville	Hospitalisations	Prestations en espèces				
Pathologies cardio-neurovasculaires	5 294	€3 657	46%	48%	6%	1,2%	0,7%	-2,0%	6,7%
dont pathologies cardiovasculaires aiguës	443	€10 204	16%	82%	3%	1,5%	0,3%	3,6%	4,3%
dont pathologies cardiovasculaires chroniques	5 146	€2 884	55%	38%	7%	1,6%	1,1%	-1,7%	6,9%
Traitements du risque vasculaire (1)	8 449	€718	78%	5%	17%	1,8%	0,4%	1,5%	7,7%
Diabète	4 172	€2 296	85%	8%	7%	1,4%	0,7%	2,1%	3,5%
Cancers	3 380	€6 682	40%	56%	5%	4,6%	3,3%	4,4%	10,4%
dont cancers actifs	1 506	€13 406	36%	61%	3%	4,6%	2,9%	6,3%	10,0%
dont cancers surveillés	1 977	€1 213	70%	13%	16%	4,2%	3,2%	5,0%	7,6%
Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes	8 527	€2 930	30%	47%	23%	2,6%	2,1%	0,8%	6,2%
dont maladies psychiatriques	2 770	€6 303	21%	65%	15%	0,2%	-1,6%	1,3%	7,0%
dont traitements psychotropes	5 757	€1 308	52%	7%	41%	3,7%	2,7%	4,1%	7,1%
Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	949	€3 762	71%	27%	2%	1,2%	1,3%	-0,8%	2,8%
Maladies neurologiques	777	€5 479	56%	31%	13%	0,9%	0,5%	-1,8%	5,2%
Maladies respiratoires chroniques (2)	3 630	€1 028	64%	25%	11%	0,5%	0,3%	-0,9%	3,2%
Maladies inflammatoires, rares et VIH	1 371	€5 128	73%	18%	8%	0,8%	-0,9%	0,7%	7,7%
Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	101	€43 086	30%	68%	2%	-0,3%	-1,2%	-0,6%	4,1%
dont dialyse chronique	57	€62 952	27%	72%	1%	-0,2%	-1,1%	0,3%	2,9%
dont transplantation rénale	3	€71 154	22%	75%	3%	0,5%	-1,0%	-1,0%	8,2%
dont suivi de transplantation rénale	41	€13 445	50%	42%	8%	0,4%	0,0%	-2,1%	4,4%
Maladies du foie et du pancréas	599	€2 342	49%	41%	11%	-7,1%	-8,3%	-10,2%	1,1%
Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19	247	€9 331	8%	89%	3%				15,8%
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 006	€1 327	53%	6%	41%	4,9%	3,5%	24,4%	-6,9%
Maternité	1 256	€7 244	15%	42%	42%	2,4%	1,7%	1,8%	5,9%
Hospitalisations ponctuelles (3)	9 665	€4 046	17%	74%	10%	1,2%	0,5%	2,2%	3,4%
Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique repérés dans la cartographie.	38 456	€374	68%	7%	25%	3,2%	10,8%	10,3%	5,6%

Source : Cnam.

Champ : dépenses remboursées, tous régimes.

(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.

• Précisions méthodologiques

Seules sont précisées ici les grandes lignes de la méthodologie ainsi que les informations nécessaires à une bonne compréhension des résultats. Pour plus d'informations sur la méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses développée par la Cnam, il est conseillé de se reporter aux annexes du rapport annuel pour le Parlement (juillet 2023).

En raison des modifications apportées dans la méthodologie chaque année, il n'est pas possible de comparer directement les résultats d'une année avec ceux des années précédentes. Toutefois, afin de pouvoir disposer de données en évolution sur plusieurs années, à chaque version de la cartographie, les programmes relatifs aux algorithmes médicaux de repérage des pathologies, à la constitution des postes de dépenses et à l'affectation des montants remboursables aux différents groupes de pathologies ou épisodes de soins, sont appliqués aux données de chaque année de la période couverte par la version de la cartographie.

La population de la cartographie d'une année donnée est celle des individus de France entière ayant consommé au moins un soin (ville ou hôpital) au cours de cette année, quel que soit son régime d'affiliation.

Les données sont issues du SNDS (SNIIRAM et PMSI).

Champ des dépenses : l'ensemble des dépenses remboursées individualisables (i.e. rattachables à un individu) relevant de l'ONDAM, auxquelles 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 du secteur médico-social.

A noter : les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics sont incluses dans le champ de la Cartographie et affectées aux différentes pathologies et traitements en lien avec la santé mentale.

Affectation des dépenses aux pathologies : L'affectation descendante (« top-down ») des dépenses (pour chacun des postes de soins) consiste à répartir les montants remboursés entre les différentes pathologies/épisodes de soins des individus.

Les dépenses d'hospitalisations de MCO, psychiatrie, SSR et HAD sont affectées « directement » : la dépense du séjour est affectée à la pathologie à laquelle le séjour est rattaché (d'après le motif d'hospitalisation).

Les autres dépenses (défalquées des montants attribuables à la consommation courante de soins) sont cumulées par combinaison de pathologies ou épisodes de soins puis affectées aux différentes pathologies, traitements ou épisodes de soins par le biais d'une règle de proratisation. Ainsi :

- pour les combinaisons composées d'une seule pathologie chronique identifiée (ou d'un seul épisode hospitalier ponctuel), la dépense cumulée de chaque combinaison (hors soins courants) est affectée directement à la pathologie ou à l'épisode de soins concerné;

- pour les autres combinaisons de pathologies ou épisodes de soins (celles contenant au moins deux pathologies ou épisodes de soins), la dépense cumulée des personnes ayant une combinaison donnée est répartie au prorata des dépenses moyennes de chaque pathologie et épisode de soin composant la combinaison (les dépenses moyennes considérées étant celles calculées parmi les personnes ne possédant que cette pathologie/cet épisode de soins).

Définition des grandes catégories de dépenses :

Les « pathologies cardio-neurovasculaires » regroupent les dépenses affectées au titre des pathologies suivantes : maladie coronaire, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque, troubles du rythme et de la conduction, maladie valvulaire ; embolies pulmonaire aiguë, autres pathologies cardio-neurovasculaires.

Les « traitements du risque cardio vasculaire » regroupent les dépenses affectées au titre des consommations régulières de traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants des individus n'ayant ni pathologie cardio-neurovasculaire, ni diabète, ni IRCT.

Les « maladies psychiatriques » regroupent les dépenses affectées au titre des pathologies psychiatriques dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD et pour lesquelles un diagnostic a pu être établi à partir des données médicalisées présentes dans les bases (SNIIRAM et PMSI). Ces maladies se composent des troubles psychotiques, troubles névrotiques et de l'humeur, déficience mentale, troubles addictifs, troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance, autres troubles psychiatriques.

Les « traitements psychotropes » regroupent les dépenses affectées au titre 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 dépenses affectées au titre des démences (dont la maladie d'Alzheimer) et de la maladie de Parkinson.

Les « maladies neurologiques » regroupent les dépenses affectées au titre de la sclérose en plaque, des paraplégies, des myopathies ou myasthénies, de l'épilepsie et des autres affections neurologiques.

Les « hospitalisations ponctuelles » regroupent les dépenses affectées aux séjours hospitaliers sans rapport avec une pathologie/traitement/épisode de soins identifié ; elles comprennent ainsi les dépenses hospitalières des individus n'ayant aucune des pathologies/traitements/épisode de soins identifiés mais ayant été hospitalisés au moins une fois dans l'année, ainsi que celles de personnes ayant au moins une des pathologies/traitements/épisode de soins identifiés mais dont le (les) séjours hospitaliers ne sont pas en lien avec ces pathologies/traitements/épisode de soins

Les « traitements antalgiques ou anti-inflammatoires » regroupent les dépenses affectées au titre de la consommation régulière de traitements antalgiques ou anti-inflammatoire des individus n'ayant aucune des pathologies/traitements/épisodes de soins identifiés ni hospitalisation ponctuelle.

Précisions sur les coûts :

- Les coûts moyens sont calculés en rapportant les dépenses remboursées affectées à la pathologie/épisode de soins considérés aux effectifs correspondants.

- Les dépenses affectées à l'hôpital regroupent les dépenses des séjours des établissements publics et privés de MCO (y compris les produits en sus), celles des actes et consultations externes des établissements publics de MCO, ainsi que celles des séjours de psychiatrie (y compris ambulatoire), de SSR (hors activité externe) et de HAD.

A noter : les honoraires des actes effectués en établissement privé (de MCO, psychiatrie et SSR) sont inclus dans les dépenses hospitalières.

- Les « prestations en espèces » regroupent les indemnités journalières versées au titre de la maladie, des accidents du travail et des maladies professionnelles et de la maternité ainsi que les prestations d'invalidité. comprennent les honoraires des actes effectués en établissement privé.. Le poste « hôpital »

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

1.2. Mortalité

1.2.1. Principales causes de mortalité

Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire sont les causes de plus de la moitié des décès en 2017

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies (cf. *Tableau 1*) évolue peu d'une année sur l'autre, mais de manière relativement régulière. Les tumeurs restent, depuis 2004, la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population devant les maladies de l'appareil circulatoire, dont la part continue de chuter. En 2021, 660 000 décès ont été enregistrés en France entière, dont 170 000 des suites de tumeurs et 138 000 de maladies circulatoires. Ces deux groupes représentent près de la moitié (47 %) de l'ensemble des décès. La Covid-19 est la 3^{ème} cause de décès avec 61 000 décès enregistrés en 2021, mais ce résultat devrait baisser sur les années qui suivent, notamment avec la montée en charge de la vaccination anti-Covid. La part des morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès) diminue également, représentant un décès sur quinze en 2021.

La part des grands groupes de causes est différente chez les hommes et chez les femmes. Chez les hommes, les tumeurs (28 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (20 %) constituent les deux premières causes de décès. Chez les femmes, les tumeurs sont également la première cause de décès mais avec une part nettement inférieure que chez les hommes (23 %). Cependant, la part des décès pour des maladies de l'appareil circulatoire est supérieur chez les femmes (22 %) que chez les hommes.

Une surmortalité masculine

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 1,7 fois plus élevé chez les hommes. Pour la mortalité par tumeur, cette surmortalité masculine est également marquée : le taux standardisé de mortalité par tumeur (243,3 pour 100 000 habitants) est 74 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes (309,2 et 177,3 pour 100 000 habitants respectivement). On retrouve ici le poids des maladies liées aux comportements à risque et à la prévention primaire, dont la mortalité attribuable à l'alcool et au tabac, plus faible chez les femmes. Cependant, l'augmentation des taux standardisés de mortalité féminine observés depuis 40 ans pour les tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon témoigne de la modification des comportements féminins vis-à-vis de la consommation de tabac au cours des décennies

précédentes. La surmortalité masculine reste également très marquée pour les morts violentes (2,2 fois plus élevée), particulièrement par les accidents de transports (3,8) et les suicides (3,5).

La France présente le taux de mortalité standardisé parmi les plus faibles de l'Union européenne en 2021, malgré des disparités en fonction des causes de mortalité

Au sein de l'Union européenne, la France présente en 2021 le deuxième taux standardisé le plus faible (848 décès pour 100 000 personnes) derrière l'Espagne (828 décès pour 100 000 personnes), et bien au-dessous de la moyenne européenne calculée sur la moyenne (1 073 pour 100 000 personnes). Ce taux est le second plus bas pour les femmes mais le cinquième pour les hommes. Pour la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire, la France présente d'assez loin le taux standardisé de décès le plus bas, et ce pour les deux sexes. Pour la mortalité par tumeur, chez les hommes, et dans une moindre mesure chez les femmes, la France, bien qu'ayant un taux inférieur à la moyenne européenne, se situe dans une position plus défavorable que ses voisins proches. C'est en particulier le cas pour les cancers du foie ou du sein chez les femmes, cancers pour lesquels la mortalité est à un taux supérieur à la moyenne européenne. Cette surmortalité, particulièrement du cancer du sein dans certaines sous-population, peut s'expliquer par un faible recours au dépistage dans certaines sous-populations, malgré les dispositifs de prévention (cf. *indicateur 2-2-1*). Depuis 2004, le programme de dépistage organisé du cancer du sein invite les femmes de 50 à 74 ans à réaliser une mammographie de dépistage tous les deux ans, sans avance de frais.

Crise Covid-19

Si la distribution de la mortalité par cause n'a a priori pas connu de changements majeurs durant les années 2017 à 2019, l'année 2020 et 2021 ont été marquées par la pandémie de Covid-19. Plus de 61 000 décès par la Covid-19 en cause initiale ont été enregistrés au cours de l'année 2021. Avec 660 000 décès, un excès total de 49 000 morts est enregistré par rapport à 2019, soulignant à la fois le caractère exceptionnel de la situation sanitaire, mais également le fait qu'une proportion non négligeable des décès avec contribution de la Covid-19 serait survenue en 2021 même en l'absence de pandémie.

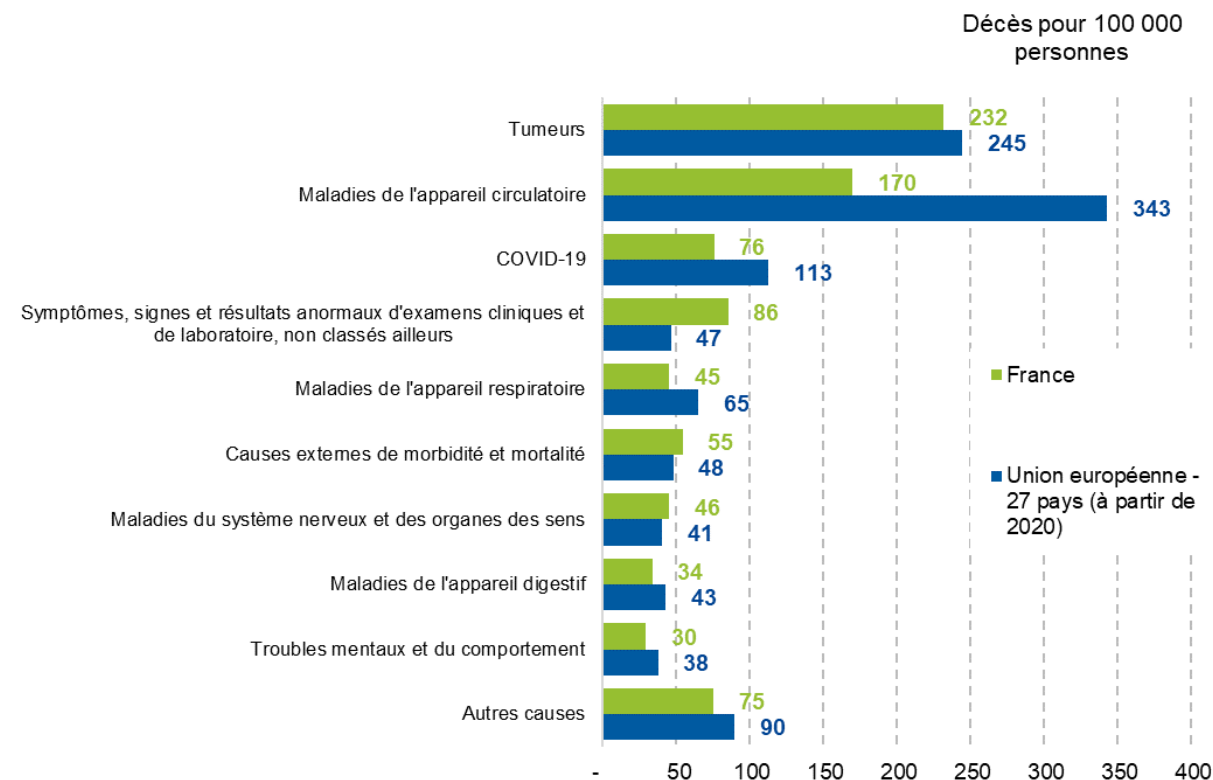
Tableau 1 • Principales causes de décès en 2021

En 2021	Hommes		Femmes		Total	
	Effectifs	en %	Effectifs	en %	Effectifs	en %
Tumeurs	95 000	28	75 000	23	170 000	26
dont Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon	21 000	6	10 000	3	30 000	5
dont Tumeur maligne du côlon, rectum et anus	9 000	3	8 000	2	17 000	3
dont Tumeur maligne du sein	000	0	13 000	4	13 000	2
Maladies de l'appareil circulatoire	65 000	20	72 000	22	138 000	21
dont Cardiopathies ischémiques	11 000	3	7 000	2	18 000	3
dont Maladies cérébrovasculaires	13 000	4	18 000	5	31 000	5
Maladies de l'appareil respiratoire	19 000	6	17 000	5	36 000	6
COVID-19	32 000	10	29 000	9	61 000	9
Maladies du système nerveux et des organes des sens	15 000	4	21 000	6	36 000	5
Causes externes de morbidité et mortalité	24 000	7	17 000	5	41 000	6
dont Suicides et lésions auto-infligées	2 000	1	1 000	0	2 000	0
dont Accidents de transport	7 000	2	2 000	1	9 000	1
Autres causes	82 000	25	96 000	29	178 000	27
Toutes causes	333 000	100	328 000	100	660 000	100

Source : Inserm-CépiDc.

Champ : Décès de personnes résidant en France et étant décédées en France, Métropole et DROM.

Graphique 1 • Principales causes de décès France et dans l'union européenne en 2021



Note de lecture : en 2021 sur 100 000 personnes résident en France 232 sont décédées d'une tumeur contre 245 dans l'union européenne

Source : Eurostat

Champ : France et UE 27

• Précisions méthodologiques

Sources des données : 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 et les taux standardisés utilisés pour la comparaison hommes/femmes 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 niveau de qualité et de comparabilité internationale des données de mortalité. La population utilisée pour la standardisation a été révisée par Eurostat en 2013 sur la base de la population 2010 EU-28 et Association européenne de libre-échange (AELE).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Inserm

1.2.2. Mortalité prématurée

La mortalité prématurée décrite dans cette fiche concerne les décès survenus avant l'âge de 65 ans. 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), sur le dépistage et sur la prise en charge du cancer à un stade plus précoce seraient susceptibles de limiter la mortalité prématurée (voir les indicateurs de l'objectif 1 en partie 2 de ce rapport : Développer la prévention).

Une tendance à la diminution du taux de mortalité prématurée

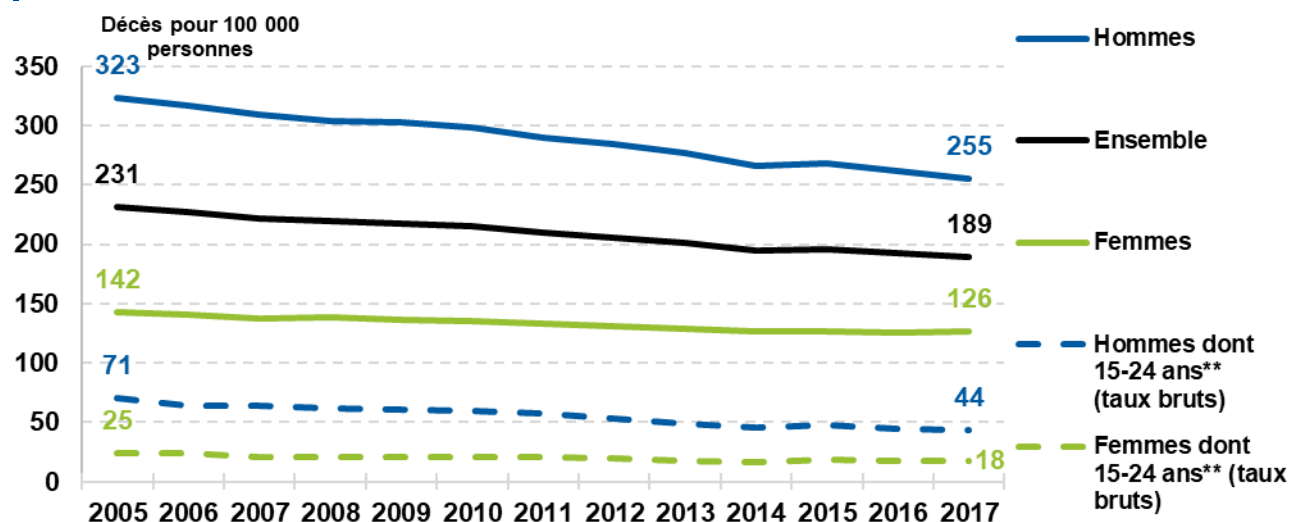
En 2017, le taux de mortalité prématurée standardisé (cf. *précisions méthodologiques*) s'élève à 189,0 décès pour 100 000 personnes, et est inférieur à celui de 2016 (192,2 pour 100 000 personnes). Le taux de mortalité est très inférieur chez les femmes (126,3) comparé à celui des hommes (255,2) et ce également pour les 15-24 ans (cf. *Graphique 1*).

En 2017, le nombre de décès prématurés survenus avant 65 ans s'élevait à 101 576 pour la France entière, ce qui représente globalement 16,7 % de l'ensemble des décès, mais 22,2 % des décès masculins et 11,4 % des décès féminins. Avant 65 ans, deux tiers des décès sont masculins.

Le taux de mortalité prématurée diminue fortement sur la période 2005-2017, en particulier chez les hommes (-68 décès pour 100 000 personnes pour -16 décès pour 100 000 personnes pour les femmes, qui demeurent néanmoins largement moins concernées).

La comparaison des taux standardisés de mortalité prématurée dans les pays de l'Union européenne place la France un peu en dessous de la moyenne européenne mais derrière ses principaux voisins européens de niveau économique comparable pour l'année 2017. Le classement de la France est moins bon chez les hommes (15/28) que chez les femmes (10/28) (cf. *Graphique 2*). Dix des treize 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 (hormis la Slovaquie, Malte et Chypre).

Graphique 1 • Taux standardisés* de mortalité prématurée



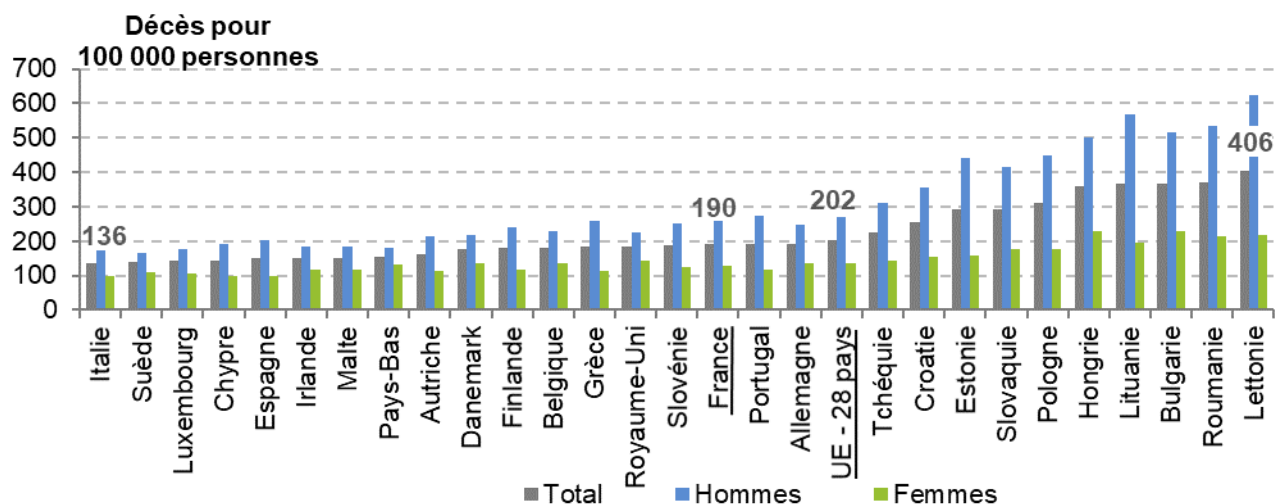
* Taux de mortalité prématurée standardisé : taux de mortalité pour 100 000 personnes que l'on observerait dans une zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence.

** France métropolitaine pour taux brut 15-24 ans.

Champ : France entière pour taux standardisé,

Sources : Cépidc

Graphique 2 • Mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2017 - Taux standardisés



Source : Eurostat.

• **Précisions méthodologiques**

Construction de l'indicateur :

Le taux de mortalité prématurée standardisé 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 présent (sous forme standardisée) dans les bases d'Eurostat.

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 au cours du 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 fondant sur la structure démographique de la population standard européenne publiée par Eurostat en 2013.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : CépiDc-Inserm

1.3. Espérance de vie

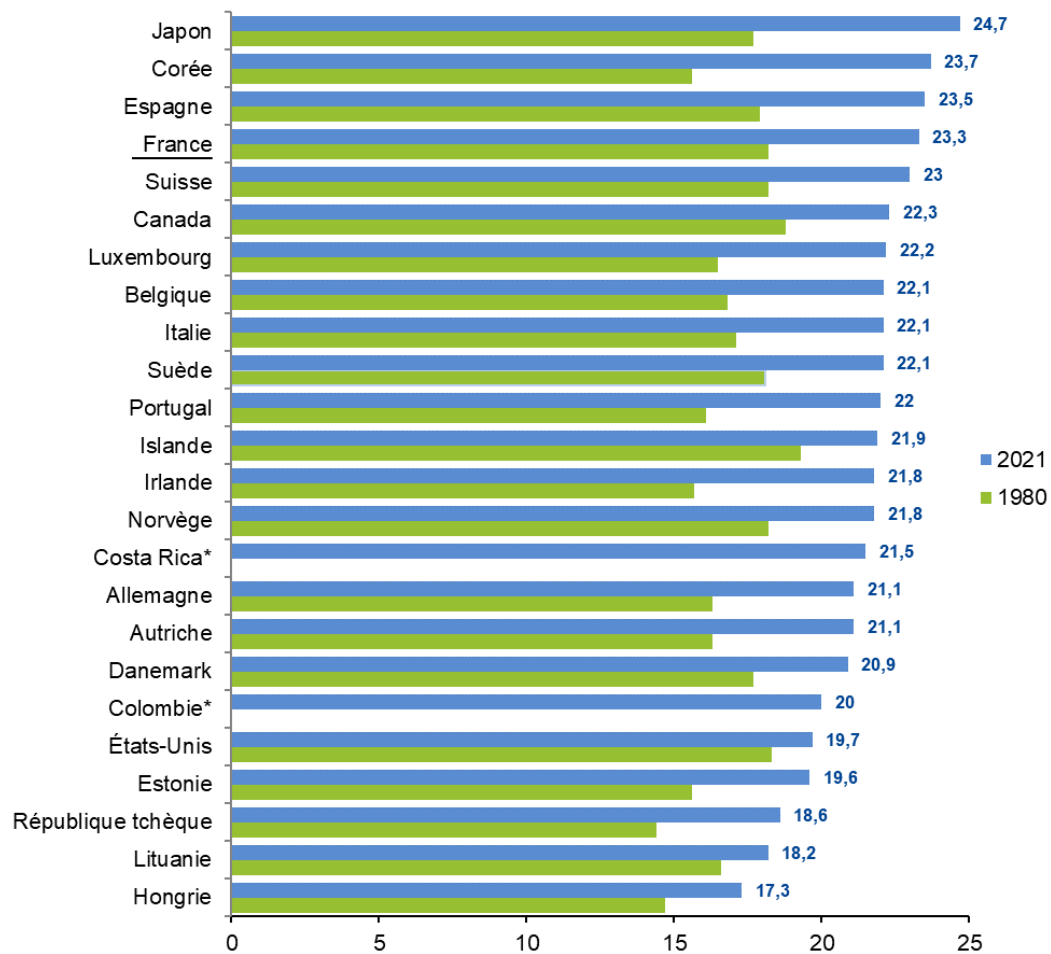
1.3.1. Espérance de vie en comparaison internationale

En 2021, la France demeure parmi les pays de l'OCDE où l'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée.

En 2021, la France occupe le quatrième rang des 38 pays de l'OCDE avec 23,3 ans d'espérance de vie à 65 ans pour les femmes, (cf. *graphique 1*). Elle reste située derrière le Japon (24,7 ans) et la Corée (23,7 ans), et se voit aussi devancer par l'Espagne (23,5 ans). La dernière place est occupée par la Hongrie, avec une espérance de vie à 65 ans de 17,3 ans. La moyenne des pays de l'OCDE est de 21,4 ans pour les femmes.

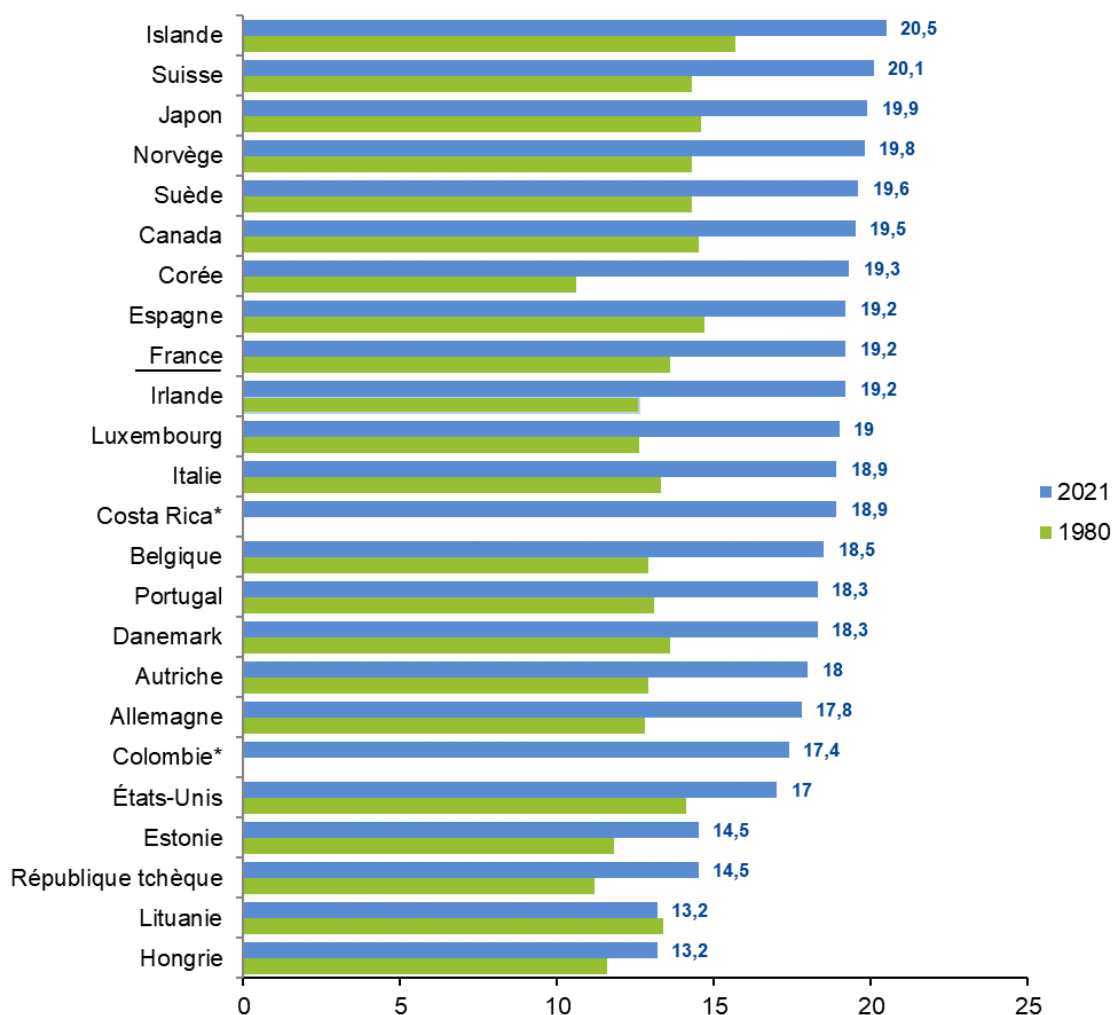
En 2021, l'espérance de vie à 65 ans des hommes en France reste supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE (19,2 contre 18,1). La France occupe ainsi le 8^e rang en termes d'espérance de vie pour les hommes. En plus de la Hongrie, la Lituanie affiche l'espérance de vie des hommes à 65 ans la plus basse dans l'OCDE (13,2 ans), et la seule qui s'est détériorée comparée à 1980. (cf. *graphique 2*).

Graphique 1 • Espérance de vie des femmes à 65 ans en 1980 et 2021*



2021* : données 2020 pour les pays ne disposant pas des informations pour 2021

Source : Eco-Santé OCDE 2023.

Graphique 2 • **Espérance de vie des hommes à 65 ans en 1980 et en 2021**

2021* : données 2020 pour les pays ne disposant pas des informations pour 2021

Source : Eco-Santé OCDE 2023.

Une augmentation de l'espérance de vie à 65 ans des hommes et des femmes depuis 1980

Depuis 1980, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté pour les hommes comme pour les femmes dans tous les pays de l'OCDE (+ 5,9 ans en moyenne) (cf. graphiques 1 et 2). En France, l'espérance de vie a augmenté de 5,1 ans pour les femmes et de 5,6 ans pour les hommes entre 1980 et 2021, soit un taux de croissance annuel moyen de respectivement 0,6 % et 0,8 %.

Selon l'OCDE, le Japon et la Corée ont enregistré la plus forte progression de l'espérance de vie à 65 ans, mais les gains ont été beaucoup plus faibles en Hongrie, en Slovaquie et au Mexique. 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 et l'évolution des comportements individuels en matière d'hygiène et de prévention.

L'écart d'espérance de vie à 65 ans est en faveur des femmes depuis 1980 dans les cinq pays étudiés, notamment au Japon où l'écart entre hommes et femmes s'élève à 4,8 ans en 2021. Cet écart s'est légèrement creusé en faveur des femmes entre 1980 et 2017 au Japon et en Hongrie, mais les écarts se sont réduits dans les

autres pays. En France, après s'être stabilisé entre 1980 et 2011 autour de 4,5 ans, l'écart entre les hommes et les femmes s'est réduit pour atteindre 3,9 ans en 2016. Cet écart s'élève depuis 2018 à 4,1 ans.

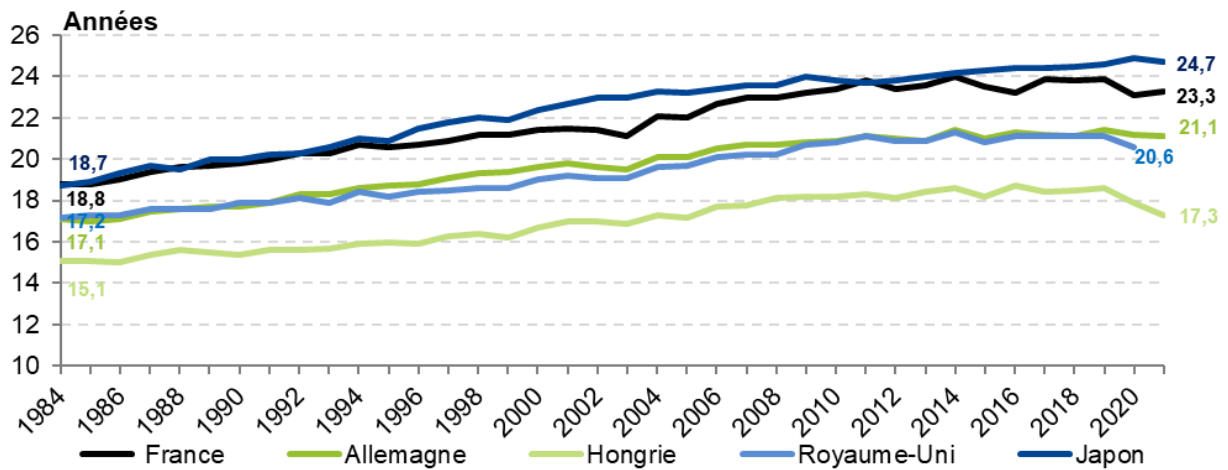
Depuis 2019, une baisse significative de l'espérance de vie liée à la crise sanitaire, qui s'atténue progressivement

En 2020, l'espérance de vie à 65 ans a significativement diminué dans la plupart des pays de l'OCDE, en raison de l'augmentation de la mortalité liée à la Covid-19. (-3,2 % en moyenne).

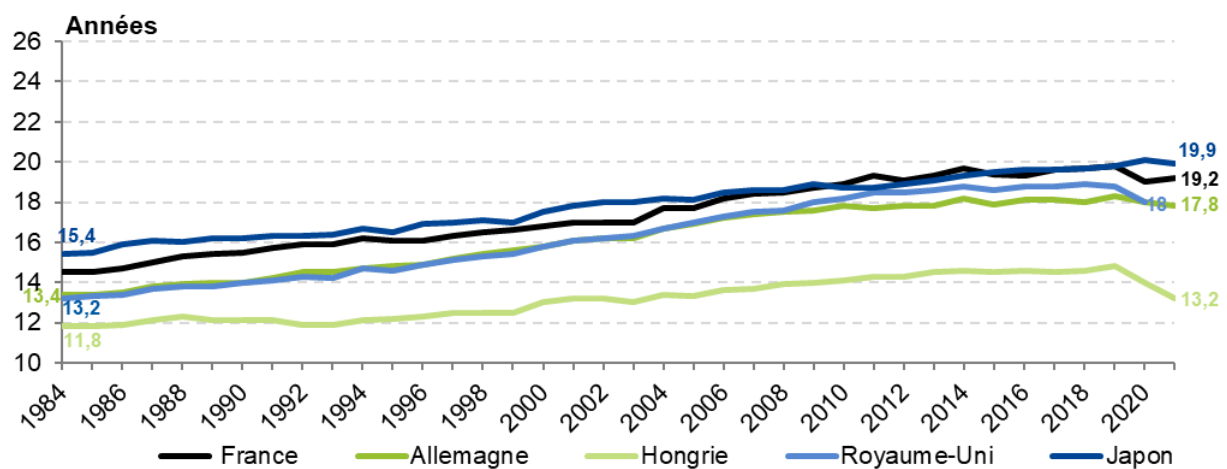
Les données 2021 soulignent encore les conséquences de la crise sanitaire dans de nombreux pays. Toutefois, la baisse de l'espérance de vie ralentit globalement (-1,5 % en moyenne dans les pays de l'OCDE), voire repart à la hausse dans certains pays, notamment en Suède, en France, en Espagne ou en Corée. En France, l'espérance de vie à 65 ans des femmes et des hommes a augmenté de 3 mois en 2021.

Graphiques 3 • Espérance de vie à 65 ans pour les femmes et les hommes

a. Femmes



b. Hommes



Source : Eco-Santé OCDE 2021

Note : Ruptures de série en 2014 pour la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

• Précisions méthodologiques

Définition :

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).

Pour aller plus loin :

Pour plus de détails sur les analyses pour la France, l'Ined réalise une étude tous les ans publiée dans la revue « Population ».

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.3.2. Espérance de vie par catégorie socioprofessionnelle et niveau de vie

L'indicateur d'espérance de vie à 35 ans permet de mettre en évidence les inégalités importantes de risque de décès des actifs existant entre catégories sociales en France. Afin de disposer d'effectifs suffisants, les comparaisons d'espérance de vie à 35 ans dans le temps et par catégorie sociale se font par période.

De fortes disparités d'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles

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 49 ans chez les hommes et 53 ans chez les femmes à 35 ans (cf. graphique 1). L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers est de 6,4 ans chez les hommes et de 3,2 ans chez les femmes sur la période 2009-2013.

Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles sont restés stables par rapport à la période précédente (2000-2008). 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 peu moins d'un an, 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 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 en bonne santé : les ouvriers ont non seulement une espérance de vie plus courte que les cadres mais vivent moins

longtemps en bonne santé. En 2003, les hommes cadres vivaient dix années de plus en bonne santé que les ouvriers hommes.

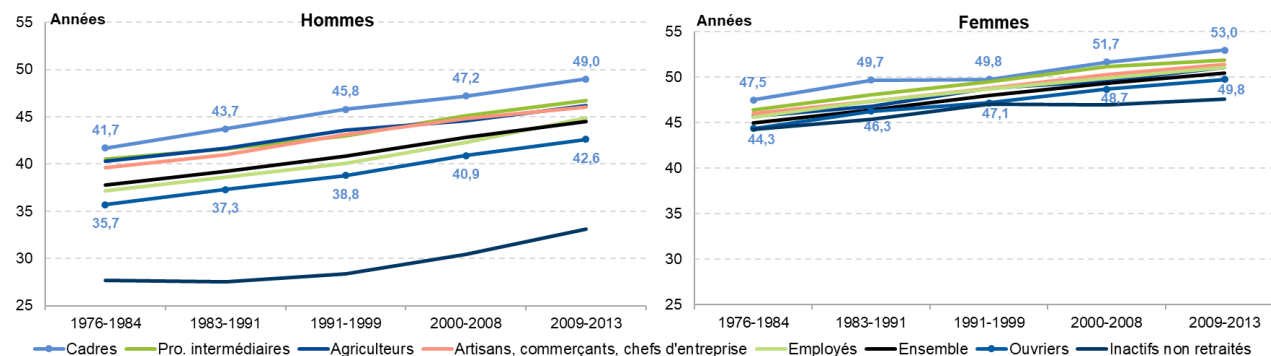
Les natures mêmes des professions exercées expliquent en partie ces écarts. En effet, les cadres ont moins d'accidents, de maladies ou d'expositions professionnelles que les ouvriers. Par ailleurs, ils appartiennent à un groupe social dont les modes de vie sont favorables à une bonne santé : moins de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

Des écarts d'espérance de vie importants selon le niveau de vie

L'espérance de vie à 35 ans augmente selon le niveau de vie. L'écart d'espérance de vie par niveau de vie à 35 ans entre les plus aisés et les plus modestes est de près de 9 ans chez les hommes et de 5 ans chez les femmes sur la période 2012-2016 (cf. graphique 2).

Cette augmentation de l'espérance de vie avec le niveau de vie s'observe avec ou sans diplôme. En effet, chez les non diplômés, l'espérance de vie à 35 ans des hommes parmi les 25 % les plus aisés est de 46 ans, contre 39 ans pour ceux appartenant aux 25 % les plus modestes. De plus, les hommes les plus aisés sans diplôme ont une espérance de vie plus élevée à 35 ans que les hommes diplômés du supérieur les plus modestes (46 ans contre 42 ans). Un diplôme plus élevé ou le fait d'exercer la profession de cadre ne suffisent donc pas à expliquer l'espérance de vie plus élevée des personnes les plus aisées. Un niveau de vie plus élevé, facilitant les comportements de prévention et l'accès aux soins, permet aussi d'expliquer un meilleur état de santé. D'autres facteurs doivent également être pris en compte pour expliquer le niveau d'espérance de vie, comme l'existence de difficultés de santé ou le comportement plus ou moins favorable à une bonne santé du conjoint éventuel.

Graphique 1 • Espérance de vie à 35 ans par genre et catégorie sociale

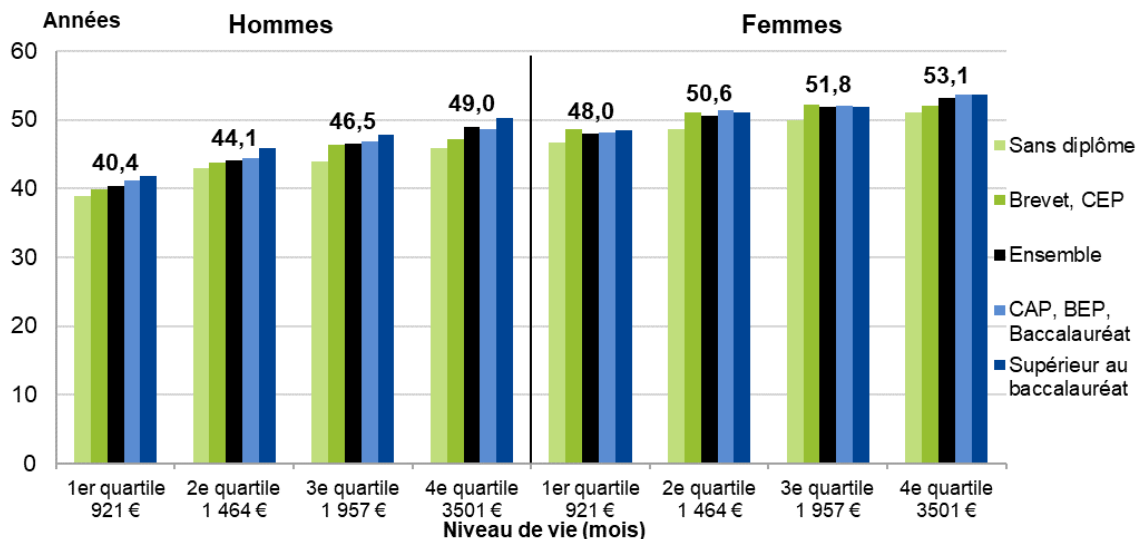


Source : Insee, Échantillon démographique permanent.

Champ : France métropolitaine

Note de lecture : Durant la période 2009-2013, l'espérance de vie des cadres à 35 ans était de 49 ans pour les hommes et de 53 ans pour les femmes.

Graphique 2 • Espérance de vie à 35 ans, selon le niveau de vie et le diplôme (période 2012-2016)



Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent

Champ : personnes âgées de 35 ans ou plus, France hors Mayotte.

Note de lecture : Pendant la période 2012-2016, parmi les 25 % les plus aisés, dont le niveau de vie moyen est de 3 500 euros par mois, l'espérance de vie à 35 ans des hommes est de 49 ans contre 53,1 ans pour les femmes.

• Précisions méthodologiques

Source des données :

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 avant 2008, pour 4 % depuis, des données d'état civil (dont les décès), de recensements et de données socio-fiscales. Il permet de suivre la mortalité des personnes au fil du temps, en fonction de caractéristiques sociodémographiques, observées au recensement (par exemple le diplôme) et dans les données socio-fiscales (par exemple le niveau de vie).

Indications complémentaires :

La mortalité par catégorie sociale était précédemment analysée sur quatre périodes de neuf années, amplitude retenue pour disposer d'effectifs suffisants de décès et de population : la mortalité moyenne des années 1976-1984 était étudiée 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 »). Le nouveau dispositif de recensement et l'élargissement de l'EDP ont conduit à étudier la mortalité sur 2009-2013 de personnes recensées entre 2004 et 2012.

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 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 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 aller plus loin :

Pour plus de détails, se reporter aux publications de l'Insee :

Blanpain N., (2016), « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », Insee Première n°1584.

« L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », Insee Première n°1687 – Février 2018.

Et à la publication de l'INED :

E. Cambois, C. Laborde, J-M Robine, « La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », Populations et Société n°441 – Janvier 2008.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.3.3. Espérance de vie en bonne santé en France et en Europe

L'espérance de vie à 65 ans est présentée dans l'indicateur n°1-3-1 jusqu'en 2021. Cet indicateur détaille l'espérance de vie en bonne santé et avec limitation d'activité, la dernière année disponible étant 2022.

L'espérance de vie « en bonne santé » à 65 ans (EVBS), aussi appelée espérance de vie sans incapacité (EVSI) ou années de vie en bonne santé (AVBS), représente le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans limitation d'activité dans la vie quotidienne ni incapacités dans les conditions de morbidité de l'année considérée. En France, l'espérance de vie en bonne santé est l'un des dix indicateurs de richesse nationale adopté par le gouvernement en 2015 et est régulièrement mobilisé dans les rapports du Conseil d'orientation des retraites (COR) dans les débats sur l'aptitude des seniors à pouvoir allonger leur durée de travail au regard des années de retraite espérées passées en bonne santé. En Europe, il existe des disparités notables en matière d'espérance de vie à 65 ans. La France est le pays où l'espérance de vie est la plus élevée.

Espérance de vie en bonne santé à 65 ans : un écart femmes-hommes trois fois moins important que l'écart d'espérance de vie à 65 ans

En 2021, les Français peuvent espérer, à l'âge de 65 ans, vivre 21,4 ans dont plus de la moitié en bonne santé (12,0 ans). Les femmes peuvent espérer vivre plus longtemps en bonne santé (12,6 ans) que les hommes (11,3 ans) (cf. graphique 1). Cet écart (1,3 an) est moins important que pour ; l'espérance de vie à 65 ans (19,2 ans pour les hommes, 23,3 ans pour les femmes, soit un écart de 4,1 ans). L'écart d'espérance de vie avec limitation modérée est de 2,8 ans en faveur des femmes (données 2022).

La crise sanitaire s'est traduite par une diminution de l'espérance de vie

Depuis 2004, l'espérance de vie en bonne santé a progressé plus faiblement pour les hommes (+2,8 an) que pour les femmes (+3,3 ans). L'espérance de vie avec limitation d'activité modérée a augmenté plus

fortement pour les hommes (+1,4 an) que pour les femmes (1,1 an).

En 2020, les données d'enquête utilisées pour estimer les prévalences de limitation d'activité ont été collectées au début de l'année. Ainsi, les effets de la crise sanitaire ne se sont reflétés que sur la donnée 2021.

La crise sanitaire a entraîné une forte augmentation du nombre de décès entre 2019 et 2020 (+9 %), ce qui s'est traduit par une baisse de l'espérance de vie à 65 ans de 5 mois pour les femmes et de 6 mois pour les hommes. Dans le même temps, la part de personnes déclarant des incapacités modérées a baissé pour certaines classes d'âge (notamment pour les personnes de 75 ans ou plus), si bien que l'espérance de vie sans incapacité a dans l'ensemble progressé en 2021, pour les hommes (2 ans et 8 mois) comme pour les femmes (2 ans et 7 mois), malgré la hausse de la mortalité.

En 2022 cependant, au sortir de la crise sanitaire, les espérances de vie sans incapacité et sans incapacité forte à 65 ans baissent et retrouvent leur niveau de 2020. Malgré ce recul de 2022, ces indicateurs restent sensiblement supérieurs à leur niveau de 2008. Les données des années suivantes devraient permettre de vérifier si la baisse observée en 2022 est momentanée, effaçant l'évolution anormale observée en 2021 avant un retour aux évolutions usuelles observées avant la crise, ou si cette baisse se poursuit et marque une rupture dans la tendance de long terme de l'indicateur.

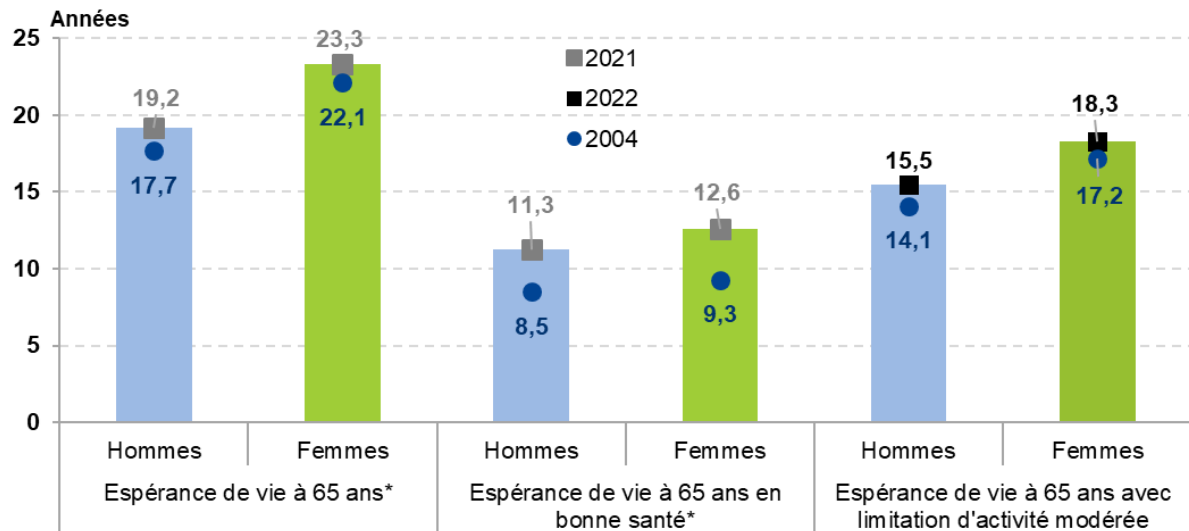
Par ailleurs, en raison du caractère déclaratif de l'indicateur et de la taille de l'échantillon, les évolutions annuelles de l'espérance de vie sans incapacité sont toujours à analyser avec précaution.

De fortes disparités en Europe en termes d'espérance de vie en bonne santé

En 2021, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans est en moyenne de 9,7 ans dans l'Union européenne à 27 pays. Elle est la plus élevée en Suède (14,6 ans) et la plus faible en Roumanie (4 ans). Avec une espérance de vie en bonne santé à 65 ans de 12,0 ans, la France se situe au-dessus de la moyenne européenne.

Les pays de l'Est disposent d'une espérance de vie en bonne santé plus faible, tout comme certains pays méditerranéens (Croatie, Portugal, Grèce, etc.) qui malgré une espérance de vie plus élevée que les pays de l'Est disposent d'une espérance de vie en bonne santé plus faible que la moyenne européenne.

Graphique 1 • Espérance de vie selon le degré de limitation d'activité en France, en 2022



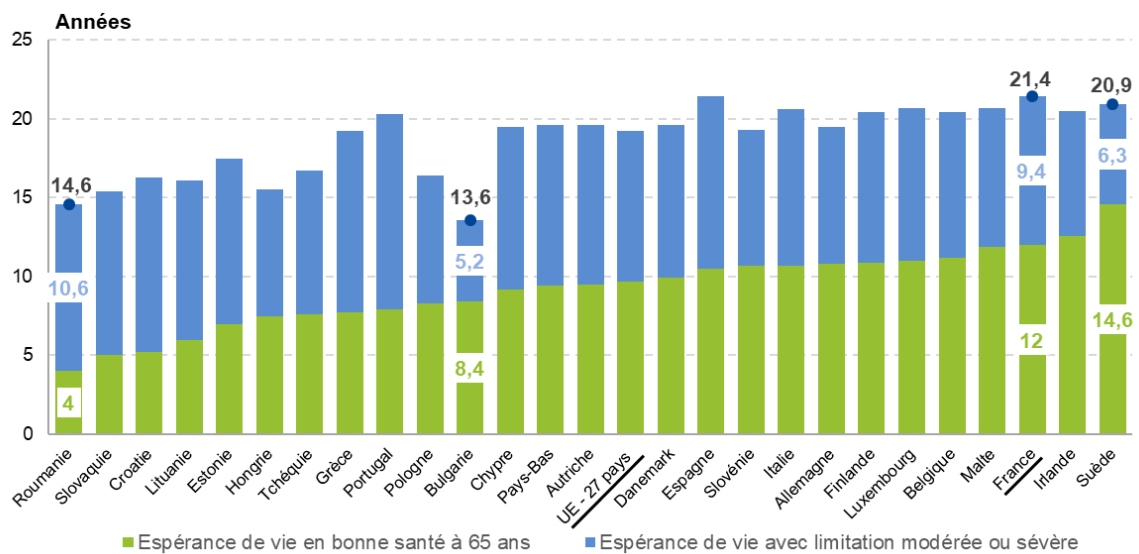
Sources : Eurostat et enquête EU-SILC

Champ : France entière

*Données Eurostat 2021

Note de lecture : En France, en 2022, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans est de 11,3 ans pour les hommes et de 12,6 ans pour les femmes.

Graphique 2 • Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé dans l'Union Européenne en 2021



Source : Eurostat

Champ : Pays UE 27

Note de lecture : En 2021, la France et l'Espagne sont les pays de l'Union Européenne dont l'espérance de vie est la plus élevée avec 21,4 ans ; dont respectivement 12 et 10,5 ans en bonne santé.

• Précisions méthodologiques

Source des données :

Le dispositif EU-SILC (*European Union-Statistics on Income 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 ».

Construction de l'indicateur :

Les données sur la prévalence de l'incapacité utilisées dans le calcul des années de vie en bonne santé (indicateur AVBS) sont fournies par la question GALI (Indicateur général de limitations d'activités) de l'enquête statistique européenne sur les revenus et conditions de vie (European Union- Statistics on Income and Living Conditions (UE-SILC)) depuis 2004. La question est la suivante : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins 6 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. Elles correspondent ici aux limitations « sévères » ou « modérées » ou « sans limitation d'activité ». C'est en combinant les fréquences de déclaration de ces limitations avec les tables de mortalité que l'on obtient les espérances de vie sans incapacité ici décrites.

Certes, ces données comportent une part de subjectivité, liée à la perception de l'état de 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 considérée.

Pour en savoir plus :

Deroyon, T. (février 2023). [L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1213.pdf) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1213.pdf> – Etudes et résultats N°1258 - DREES

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.4. Répartition et honoraires des médecins

1.4.1. Densité départementale des médecins généralistes et spécialistes

Au 1^{er} janvier 2023, on comptait en France 230 143 médecins (médecins généralistes et spécialistes). En forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population, les effectifs de médecins augmentent à un rythme qui a progressivement ralenti depuis 2006. La densité de médecins s'élève à 339 médecins pour 100 000 habitants en 2023, un niveau similaire à celui observé en 2022 (il y avait alors 340 médecins pour 100 000 habitants). 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.

Des disparités territoriales

En 2023, en France, la densité moyenne des médecins généralistes est de 147 pour 100 000 habitants, avec 57 % de libéraux. Pour les spécialistes la densité est de 193 pour 100 000 habitants avec 33 % de libéraux. Si l'offre de soins de premier recours est globalement satisfaisante sur l'ensemble du territoire, et si les distances d'accès restent correctes, l'accès aux soins spécialisés semble plus contrasté.

Pour les omnipraticiens (définition dans la méthodologie), la densité la plus forte est constatée dans le département des Hautes-Alpes (291 généralistes pour 100 000 habitants), puis dans les départements de Paris *intra-muros* (234 généralistes pour 100 000 habitants), et des Pyrénées Atlantiques (206 généralistes pour 100 000 habitants). A contrario, les départements qui présentent les plus faibles densités sont, outre Mayotte (50 généralistes pour 100 000 habitants), l'Eure-et-Loir, la Seine-et-Marne, l'Eure, le Val-d'Oise, le Cher et la Seine-Saint-Denis qui présentent une densité de généralistes inférieure à 100 praticiens pour 100 000 habitants (*cf. Carte 1*).

Pour les médecins spécialistes, les densités les plus élevées sont observées dans les départements des plus grandes agglomérations, avec Paris en tête (654 pour 100 000 habitants), puis à niveau moindre les

départements du Rhône avec Lyon, des Alpes-Maritimes avec Nice, et les Bouches-du-Rhône avec Marseille (respectivement 293, 288 et 275 spécialistes pour 100 000 habitants). Les départements les moins denses sont ceux de Mayotte et de la Meuse (respectivement 39 et 73 spécialistes pour 100 000 habitants). 13 autres départements n'atteignent pas les 100 spécialistes pour 100 000 habitants, soit autant qu'en 2021.

Une baisse du nombre de généralistes et une hausse de celui des spécialistes

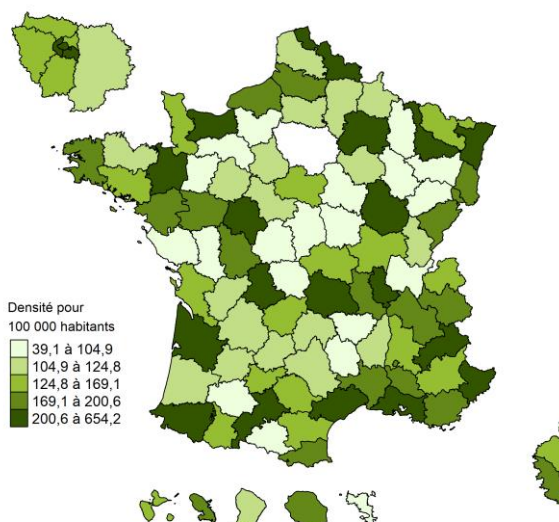
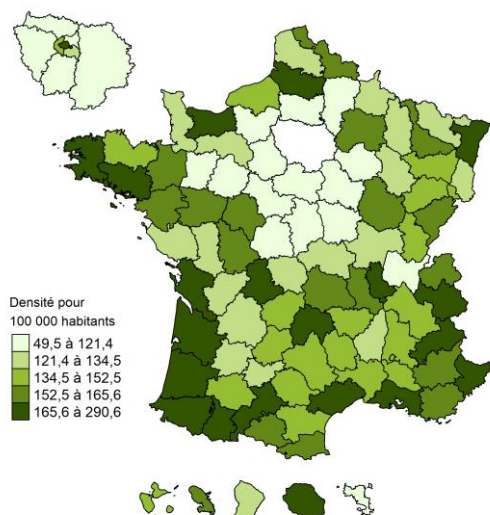
Entre 2013 et 2023 la densité des médecins généralistes baisse (-5%) au niveau national, mais les évolutions sont très contrastées selon les départements (*cf. Carte 2*). Le département dont la densité a crû le plus fortement est les Hautes-Alpes (+26,4 % sur les dix dernières années). Viennent ensuite la Martinique et la Guadeloupe (+23 % chacun), le Morbihan (+20 %), et la Réunion (+15 %). En revanche, l'Île de France concentre de fortes décroissances : les huit départements qui composent la région connaissent tous une baisse comprise entre 12 et 23 % de leur densité sur la période (à l'exception de Paris *intra-muros* (-4% de sa densité). Au total, 79 départements sur 96 enregistrent une diminution de leur densité de médecins généralistes en 2023.

S'agissant des spécialistes, la densité est en revanche en hausse entre 2013 et 2023, avec un taux de croissance de 9 %. Les départements dont la densité de spécialistes à le plus fortement progressé sont la Guyane (+53 %), le Territoire de Belfort, La Réunion, et Mayotte et la Guadeloupe (respectivement +43 %, +42 %, +39 % et +36 %). En région Île de France, l'évolution positive la plus marquée concerne Paris *intra-muros* (+18 %). A contrario, les départements où la baisse de la densité de spécialistes est la plus forte sont le Gers (-15 %), l'Ain et la Meuse (-11 % chacun), le Val d'Oise (-8 %) et la Seine-et-Marne (-7 %) Au total, 73 départements voient leur densité de médecins spécialistes augmenter en 2023.

Carte 1 • Densité de médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2023

a. Généralistes

b. Spécialistes

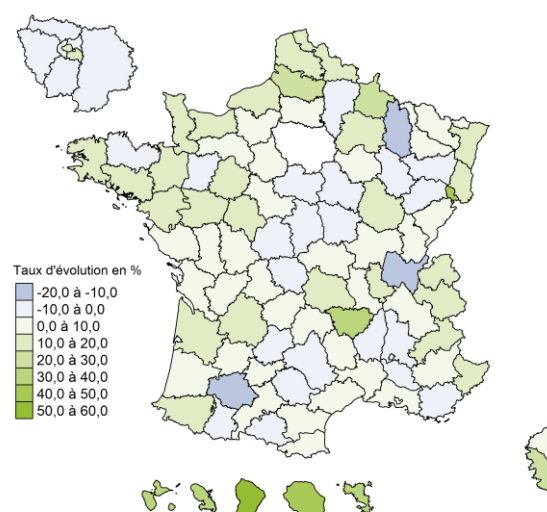
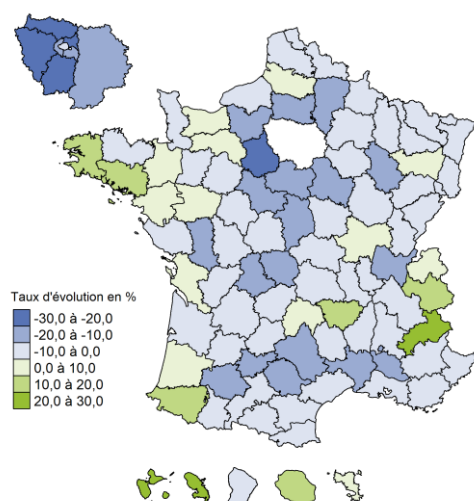


Sources : RPPS 2023, ASIP-Santé ; estimations de population 2023, Insee ; traitements Drees. ©IGN 2022

Carte 2 • Taux d'évolution des densités des médecins entre 2013 et 2023

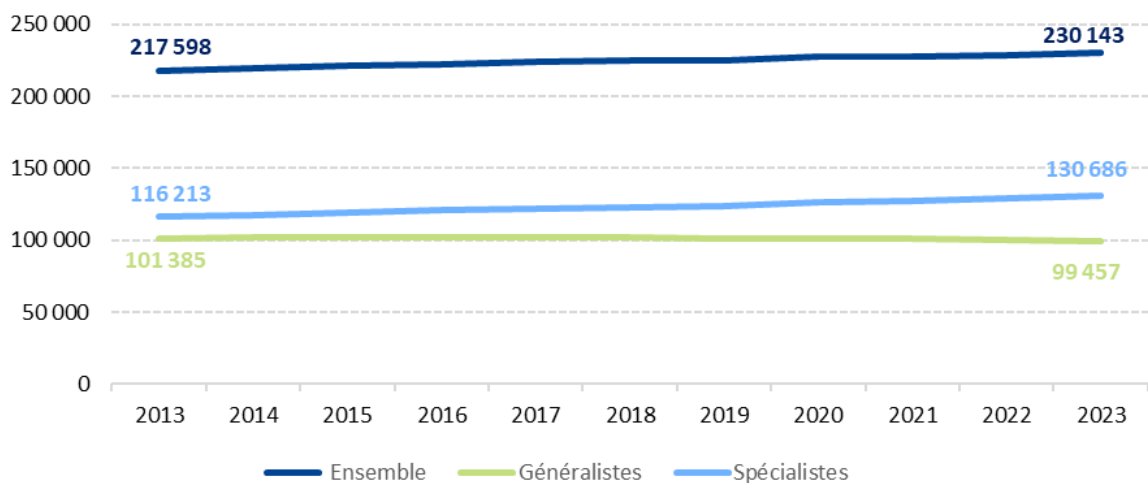
Généralistes

Spécialistes



Note : Les données représentées pour Mayotte sont celles de 2013 et 2023, les données 2012 n'étant pas disponibles.
Sources : RPPS 2023, ASIP-Santé ; estimations de population 2012 et 2023, Insee ; traitements Drees. ©IGN 2022.

Graphique 1 • Evolution du nombre de médecins généralistes et spécialistes entre 2013 et 2023



Champ : France entière.

Source : ASIP-Santé RPPS - traitements Drees - données au 1er janvier de chaque année

Près d'un généraliste sur deux a plus de 55 ans

Au niveau national, 45 % des médecins généralistes sont âgés de 55 ans ou plus. La part des généralistes de plus de 55 ans est particulièrement faible en Guyane (31 %) et n'atteint pas les 40 % dans 23 autres départements. (cf. Carte 3). Elle dépasse les 50 % dans 42 départements et 60 % dans 8 départements.

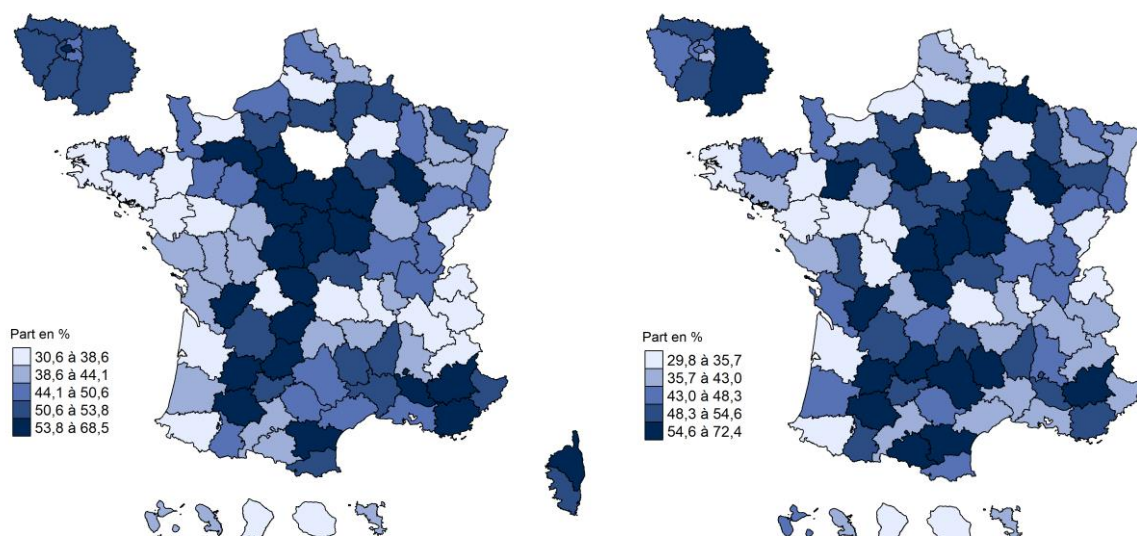
La part des spécialistes âgés d'au moins 55 ans est de 41 % au niveau national. Elle atteint son plus bas niveau en Loire-Atlantique et en Puy-de-Dôme (30 %) et reste inférieure à 40 % dans 30 départements. Elle est la plus élevée en Lozère et dans le Lot avec 72 % et 68 %. Dans 36 départements, la part des 55 ans et plus est supérieure à 50 %, dans 4 elle est supérieure à 60 %.

On retrouve une densité de médecins au-dessous de la moyenne dans les départements où le vieillissement des praticiens est fort. Combiné au vieillissement général de la population française, l'accès aux soins dans ces départements pourrait être fragilisé davantage dans les années à venir

Carte 3 • Part des médecins âgés de 55 ans et plus au 1^{er} janvier 2022

a. Généralistes

b. Spécialistes



Source : RPPS 2022, ASIP-Santé ; estimations de population 2022, Insee ; traitements Drees. ©IGN 2022

Précisions méthodologiques

Définition :

Les omnipraticiens regroupent les médecins généralistes et les MEP (médecins à expertise particulière). Les MEP ne sont pas considérés comme des spécialistes bien qu'ils aient un domaine « d'expertise particulière ». Ils sont regroupés en deux catégories principales :

- Les « MEP proches de la médecine générale » : médecine gériatrique, médecine du sport, médecine d'urgence, médecine de catastrophe, etc.;
- Les « MEP éloignés de la médecine générale » : allergologie, angiologie, diabétologie, médecine légale etc.

Sources des données :

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 1^{er} 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 Cnam) 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.

Construction de l'indicateur :

Le taux d'évolution de la densité de médecins généralistes et de spécialistes est calculé à partir des effectifs départementaux de praticiens des années 2013 et 2023. Les données sont issues du répertoire 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.

Pour aller plus loin :

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 et aux études de la Drees sur le sujet :

« [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?](#) », Dossier de la Drees n°76, mars 2021
 « [Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2021](#) », Dr P. Bouet, Président de l'Ordre National des Médecins

« [10 000 médecins de plus depuis 2012](#) », Études et Résultats, n°1061, mai - Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier (Drees), 2018,

« [Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?](#) », Dossier de la Drees n°17, 2017;

« [Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée](#) », Études et Résultats n°1011 (Drees), 2017 ;

« [L'accessibilité potentielle localisée \(APL\) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux](#) », Études et Résultats n°795 (Drees), 2012.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.4.2. Honoraires des médecins libéraux

En 2022, 42 % des médecins exercent une activité régulière libérale, 48 % une activité salariée et 10 % une activité mixte.

Les omnipraticiens, qui représentent un peu plus de la moitié des médecins libéraux, ont perçu en moyenne 16 000 € d'honoraires par mois en 2022

En 2022, les médecins libéraux actifs à part entière (cf. encadré « précisions méthodologiques ») ont perçu en moyenne 274 000 euros d'honoraires issus de leur activité libérale. Les honoraires sont en moyenne plus élevés pour les médecins disposant d'une liberté tarifaire

(27 % des médecins exercent en secteur 2, en 2022), soit des honoraires s'élevant à 403 000 € contre 226 000 € pour les médecins de secteur 1. Les médecins de secteur 1 sont tenus de pratiquer les tarifs conventionnés (correspondant à la base de remboursement); en contrepartie d'une prise en charge partielle de leurs cotisations par l'assurance maladie. Les omnipraticiens, qui représentent un peu plus de la moitié des médecins libéraux et exercent pratiquement exclusivement sans dépassement d'honoraires (98 % d'entre eux exercent en secteur 1), ont perçu en 2022, 178 000 €, contre 389 000 € pour les médecins spécialistes, qui ont cependant des charges souvent plus élevées.

Tableau 1 • Honoraires annuels des médecins libéraux par spécialité

	Honoraires totaux par tête (k€)					Évolution annuelle moyenne 2018-2022	Évolution 2021/2022	Effectifs APE en 2022	Part des dépassements en 2022	
	2018	2019	2020	2021	2022				Parmi les honoraires des médecins tous secteurs confondus	Parmi les honoraires des médecins secteur 2
Total médecins	247	255	245	270	274	2,6%	1,4%	80 941	15%	45%
Omnipraticiens	167	173	166	181	178	1,6%	-1,3%	44 162	1%	31%
Total spécialistes	346	355	339	379	389	3,0%	2,8%	36 779	25%	45%
Gériatrie	107	123	127	143	129	4,8%	-10,3%	82	11%	50%
Maladies infectieuses et tropicales	nd	139	108	152	141	nd	-7,0%	11	11%	12%
Endocrinologie et métabolisme	136	139	136	145	150	2,6%	3,6%	625	23%	37%
Allergologie	133	135	129	150	153	4%	2,4%	178	6%	34%
Médecine d'urgence	nd	216	165	142	161	nd	13,3%	16	0%	nd
Psychiatrie	152	155	152	162	166	2,2%	3,1%	3 679	24%	56%
Pédiatrie (1)	162	166	158	172	180	2,8%	4,6%	1 945	22%	43%
Rhumatologie	189	188	176	191	192	0,3%	0,2%	1 027	22%	40%
Médecine Physique et de Réadaptation	170	174	160	187	195	3,6%	4,3%	212	19%	34%
Médecine interne (2)	200	202	197	205	196	-0,4%	-4,5%	351	9%	25%
Neuropsychiatrie	237	288	184	194	196	-4,6%	1,4%	2	6%	nd
Dermato-vénérologie	181	185	175	191	197	2,1%	3,1%	1 745	23%	51%
Neurologie	242	240	227	243	243	0,1%	0,0%	720	7%	17%
Médecine vasculaire	251	237	217	249	258	0,6%	3,6%	556	7%	28%
Pneumologie	243	250	240	259	264	2,0%	2,1%	797	5%	20%
Néphrologie	301	299	300	304	286	-1,3%	-6,1%	367	0%	17%
Gastro-entérologie et hépatologie	282	281	262	298	296	1,2%	-0,6%	1 430	18%	33%
Gynécologie (3)	266	275	273	302	306	3,5%	1,2%	2 671	44%	54%
Oto-rhino-laryngologie	274	285	261	296	311	3,2%	5,1%	1 216	33%	44%
Chirurgie (4)	328	326	301	336	342	1,1%	1,7%	2 144	52%	58%
Pathologie cardio-vasculaire	329	338	326	351	358	2,1%	1,7%	3 123	6%	19%
Stomatologie (5)	340	348	331	402	426	5,8%	6,0%	411	75%	78%
Anesthésie réanimation (6)	405	410	387	441	455	3,0%	3,3%	2 915	39%	52%
Chirurgie urologique	414	415	404	448	457	2,5%	2,1%	802	47%	49%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	475	481	441	481	512	1,9%	6,5%	1 997	56%	58%
Neurochirurgie	542	553	496	548	563	0,9%	2,7%	173	73%	79%
Ophtalmologie	466	497	477	563	610	7,0%	8,3%	2 812	40%	51%
Anatomo-cyto-pathologie	613	644	631	755	770	5,9%	1,9%	465	3%	7%
Radiologie (7)	703	730	699	782	792	3,0%	1,4%	4 307	10%	30%

Source : AMOS, CNAM, traitement DSS.

Champ : ensemble des médecins actifs à part entière en secteur 1 ou secteur 2 (les médecins en secteur 1 avec droit permanent à dépassement ont été retirés), France entière.

(1) y compris médecine génétique ; (2) y compris hématologie et oncologie médicale ; (3) gynécologie médicale et/ou obstétrique ; (4) chirurgie médicale, maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique, thoracique et cardio-vasculaire, vasculaire, viscérale et digestive, générale ; (5) y compris chirurgie orale, maxillo-faciale et stomatologie ; (6) y compris réanimation chirurgicale ou médicale ; (7) médecine nucléaire, oncologie radiothérapie, radiothérapie, radiodiagnostic et imagerie médicale.

Note de lecture : Les honoraires totaux des omnipraticiens s'élèvent à 178 000 euros en 2022. Entre 2021 et 2022, ils ont diminué de -1,3 %. Parmi l'ensemble des omnipraticiens, la part des dépassements dans leurs honoraires totaux était de 1 %.

En 2022, l'augmentation des honoraires post-crise se confirme sans pour autant atteindre la croissance d'avant crise

Après une baisse marquée des honoraires des médecins en 2020 pendant la crise sanitaire, la tendance est à nouveau à la hausse des honoraires en 2021 et 2022. Les honoraires des médecins ont augmenté fortement de 10,6 % entre 2020 et 2021 puis plus faiblement de 1,4 % entre 2021 et 2022. Malgré une hausse globale des honoraires sur la période, les médecins n'ont pas retrouvé une croissance d'honoraires égale à celle observée avant l'épidémie (+3,3 % par an entre 2016 et 2019¹⁰ et +2,4 % par an entre 2019 et 2022). Une baisse de la croissance a été observée pour les omnipraticiens (+2,5 % par an entre 2016 et 2019 et +1,1 % par an entre 2019 et 2022). Concernant les médecins spécialistes, une baisse moindre a été observée, et la croissance a presque retrouvé le niveau d'avant crise (+3,6 % par an entre 2016 et 2019 et +3,1 % par an entre 2019 et 2022).

Des disparités observées selon la spécialité, le secteur de conventionnement ...

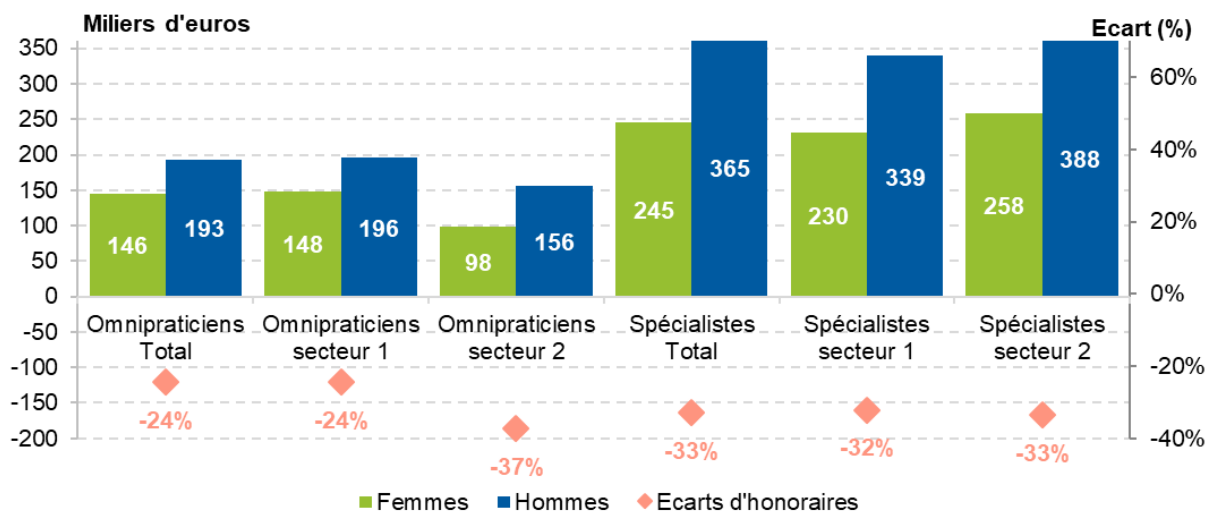
Les médecins spécialistes libéraux ont des niveaux de rémunération très variables selon leur spécialité. En 2022, se trouvent en haut de l'échelle les spécialistes de la radiologie (792 000 €), suivis par ceux de l'anatomo-cytopathologie (770 000 €) et par les ophtalmologues (610 000 €) dont l'activité se compose essentiellement d'actes techniques. La gériatrie et la médecine des maladies infectieuses et tropicales figurent en bas de l'échelle des honoraires (respectivement 129 000 € et 141 000 € en 2022).

Les honoraires des spécialistes de secteur 2 (qui représentent plus d'un spécialiste libéral sur deux), sont 12 % plus élevés que ceux des spécialistes du secteur 1, pour un montant de 401 000 € contre 358 000 €. Les spécialistes pour lesquels la différence d'honoraires entre secteur 1 et secteur 2 est la plus importante sont les ophtalmologues (+85 %) et les gynécologues (+65 %). Parmi l'ensemble des médecins, 15 % des honoraires proviennent des dépassements. Ces dépassements atteignent 25 % des honoraires chez les médecins spécialistes. Si l'on considère uniquement les médecins autorisés à dépasser, ces taux de dépassement représentent 31 % pour les omnipraticiens et 45 % pour les spécialistes.

... et le genre

En 2021, les données disponibles sur les honoraires des médecins par genre ont mis en évidence que les honoraires moyens perçus par les omnipraticiennes sont 24 % moins élevés que ceux de leurs homologues masculins (soit 47 000 € de différence annuelle, cf. graphique 1 et encadré « précisions méthodologiques » pour la différence de niveaux d'honoraires entre le graphique 1 et le tableau 1). Parmi elles, celles pouvant réaliser des dépassements ont un écart plus marqué, percevant 37 % d'honoraires en moins que leurs homologues masculins. L'écart moyen de rémunération entre hommes et femmes spécialistes est plus important que chez les omnipraticiens, soit de 33 % (120 000 € en moyenne annuelle), sans différence notable entre secteurs d'activité. La part de femmes exerçant en secteur 2 est légèrement en-deçà de celle des hommes chez les omnipraticiens (5 % contre 8 %), tandis qu'il n'y a pas de différence chez les spécialistes (52 %).

Graphique 1 • Honoraires annuels des médecins libéraux (issus de l'activité libérale) en 2021



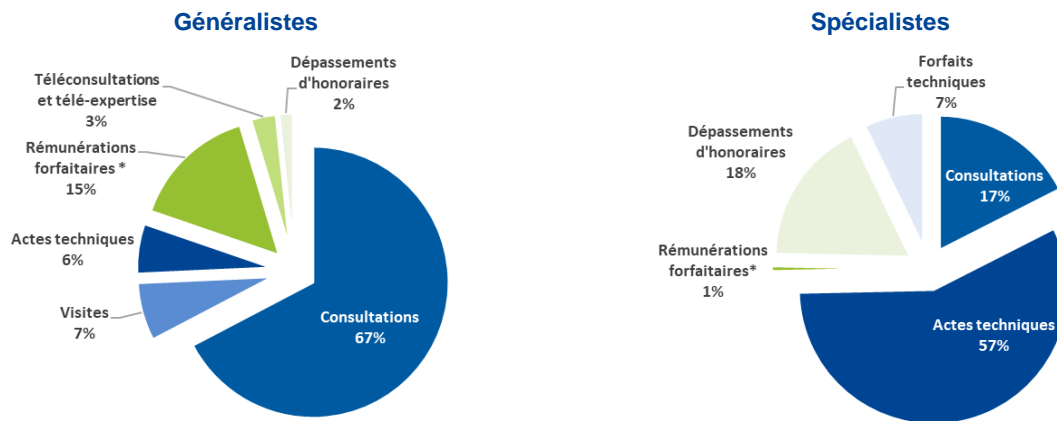
Source : AMOS, CNAM, traitement DSS.

Champ : ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année, France entière.

Note : le "secteur 2" désigne ici l'ensemble des médecins disposant d'une liberté tarifaire (y compris non conventionnés et secteurs 1 avec un droit permanent à dépassement).

¹⁰ Il est important de noter qu'une revalorisation de la consultation a eu lieu en 2017, augmentant ainsi artificiellement les honoraires sur la période, et s'ajoutant à l'augmentation d'activité des médecins libéraux.

Graphique 2 • Décomposition des honoraires des médecins en 2022 (tous secteurs de conventionnement)



Source : Source : données de remboursement en date de soins (CNAMTS), AMOS (CNAMTS), traitement DSS.

Champ : Tous régimes, France entière.

* Rémunération sur objectifs de santé publique, forfait structure, assistants médicaux, prescription de biosimilaires contrats démographiques (CAIM, COSCOM, COTRAM, CSTM), forfait patientèle médecin traitant, majoration personnes âgées, majoration SAS (Service d'accès aux soins).

Note : Par souci de lisibilité, les postes représentant sur le total des honoraires une part, arrondie à l'unité, inférieure à 1 % ont été enlevés du graphique (cf. annexe pour le détail des données).

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Les données du tableau 1 et du graphique 1 sont issues depuis 2016 de la base AMOS (assurance maladie-offre de soins) du Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM).

Les données du graphique 2 proviennent de la statistique mensuelle produite par la Cnam pour les données remboursables, et de la base AMOS pour les dépassements d'honoraires.

Indications complémentaires :

La Cnam a créé la sous-catégorie des **professionnels de santé actifs à part entière** (APE) afin d'avoir une base de données de professionnels de santé avec un « profil comparable et une activité homogène et complète, une année donnée ». Ainsi, un « professionnel de santé est dit actif à part entière lorsqu'il est âgé de moins de 65 ans et qu'il exerce son activité du 1er janvier au 31 décembre de l'année considérée dans un cadre conventionné avec l'Assurance Maladie. Les médecins salariés de l'hôpital (dits hospitaliers à temps plein ou HTP) qui exercent une activité libérale complémentaire au sein de l'hôpital (consultations privées) sont exclus du champ des APE ». L'utilisation de cette sous-population est conseillée lorsque l'on s'intéresse aux honoraires moyens des professionnels de santé ainsi que lorsque l'on souhaite comparer les données d'une année sur l'autre.

Les **données du graphique 1 et du tableau 1 divergent** pour plusieurs raisons : ces données ne sont pas de la même année (respectivement 2021 et 2022) et elles ne reposent pas sur la même base de données. En effet, le tableau 1 repose sur des effectifs APE (revoir précisions ci-dessus), tandis que le graphique 1 repose sur l'ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année, ce qui biaise vers le bas le montant moyen des honoraires des médecins libéraux. En effet, la moyenne des honoraires est tirée vers le bas par les médecins s'étant installés ou étant partis en cours d'année, les médecins de plus de 65 ans avec une activité partielle ainsi que les hospitaliers à temps plein.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.5. Soins hospitaliers

1.5.1. Capacité d'accueil des établissements

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation complète

Au 31 décembre 2020, le secteur hospitalier français est constitué de 2 987 structures disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places), en diminution de 4 % par rapport à 2013. Entre 2003 et 2021, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 400 à 382 700, soit une diminution de 85 700 lits d'hospitalisation depuis 2003. Cela représente une baisse moyenne annuelle de 1 %. (Cf. Graphique 1). La densité pour 10 000 habitants est ainsi passée de 75,8 lits en 2003 à 56,5 lits en 2021 (-25 %).

Durant cette période, 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, obstétrique et odontologie - MCO) a diminué de façon importante tout au long de la période (-17 %). Il en est de même en psychiatrie (-10 %) et les lits en long séjour (-62 %), en particulier suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités de soins de longue durée (USLD). Ces transformations des USLD en EHPAD ont mécaniquement occasionné une baisse du nombre de lits particulièrement marquée entre 2008 et 2010 (-44 %), qui s'est poursuivie à un rythme plus modéré depuis (-6 % entre 2011 et 2019). Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation - SSR) ont continué d'augmenter régulièrement (+12 % de lits entre 2003 et 2021).

... 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 2003 et 2021, 33 000 places d'hospitalisation partielle ont ainsi été créées, hors hospitalisation à domicile, dont 17 600 en MCO, qui sont venues compléter les 18 000 places déjà existantes (cf. Graphique 2). La densité de places pour 10 000 habitants, hors HAD, est passée de 8,0 places en 2003 à 12,2 places en 2021, soit une augmentation de 52 %.

En psychiatrie, le nombre de places a augmenté de 13 % entre 2003 et 2021 (3 400 places supplémentaires). Dans cette discipline, le recours à l'hospitalisation partielle est ancien dans les secteurs public et privé à but non lucratif, et plus récemment dans les cliniques privées, ce qui explique l'augmentation plus lente que dans les autres secteurs d'hospitalisation partielle. En moyen séjour (SSR), 12 000 places ont été créées depuis 2003, soit une augmentation de 240 %.

En hospitalisation à domicile (HAD), le nombre de places a fortement augmenté entre 2006 et 2021 (14 400 places supplémentaires), soit une augmentation de 230 %. Si on ajoute ces places au total des autres disciplines, il s'est ainsi créé 55 780 places d'hospitalisation sur la période 2003-2021. La densité de places pour 10 000 habitants était de 8,0 places en 2003 ; elle a quasiment doublé en 2021, passant à 15,5 places pour 10 000 habitants.

Un taux d'occupation qui diminue fortement avec la crise sanitaire, dont l'impact diffère selon la discipline

Au cours de l'année 2021, les établissements de santé ont pris en charge 10,6 millions de séjours en hospitalisation à temps complet et 16,9 millions de journées en hospitalisation partielle (sans nuitée). En 2021, le nombre de journées d'hospitalisation partielle a rebondi de 26,3 % et celui des séjours d'hospitalisation complète de 3,3 %. La crise sanitaire, ayant entraîné la déprogrammation de nombreuses hospitalisations en 2020 pour réduire les risques de contamination. Cette déprogrammation semble s'atténuer en 2021 tandis que la durée des séjours en hospitalisation complète diminue de 1,1 % en 2021, soit une diminution moins importante qu'en 2020 (-8,4 % de la durée de séjours d'hospitalisation complète). Par ailleurs, pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont été transformées en chambres simples, ce qui a réduit la capacité d'accueil des établissements de santé et, par conséquent, leur nombre de séjours et de journées.

Similairement, le taux d'occupation (cf. Graphique 3) diminue entre 2019 et 2021 (-6 points), alors qu'il était stable entre 2003 et 2019 (entre 81 % et 83 %). Il diffère cependant selon la discipline puisque, par nature, il est lié à la durée moyenne de séjour (DMS). Ainsi, le taux d'occupation est au plus bas dans le court séjour (MCO), qui s'élève à 74 % en 2021 (-4 points par rapport à 2019, + 2 points par rapport à 2020). Le plus fort recul du taux d'occupation est observé en soins de suite et de réadaptation, où il diminue de 8 points pour atteindre 78 %. En 2021, cette baisse s'accroît pour atteindre 75 % d'occupation des lits de SSR. En revanche, la psychiatrie et les séjours de longue durée connaissent, en 2021 des diminutions respectives de 4 et 6 points depuis 2019.

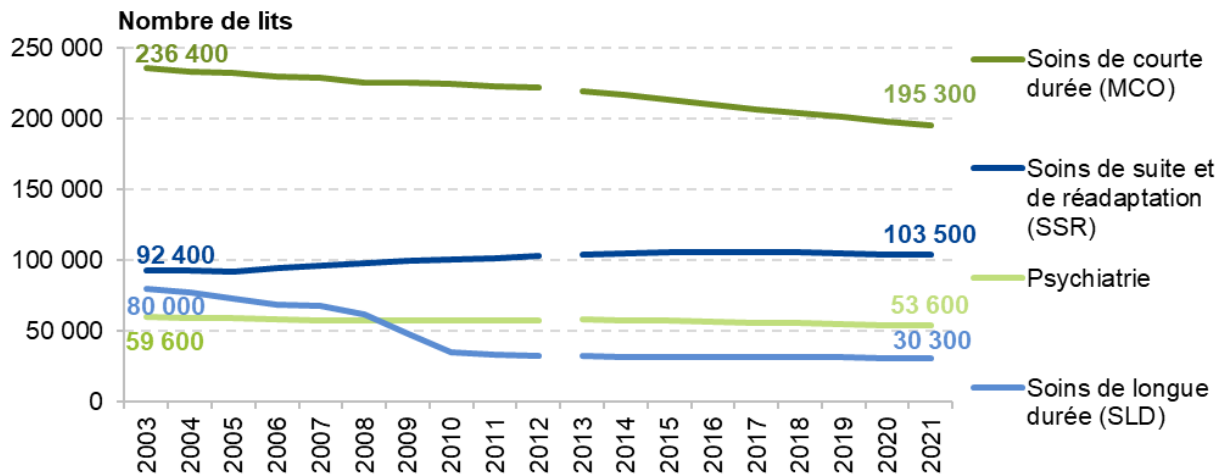
Depuis 2013, tendance à la progression des capacités en soins critiques

En 2021, on compte 20 074 lits en soins critiques, dont 30 % en réanimation, 30 % en soins intensifs et 40 % en surveillance continue. C'est 226 de moins qu'en 2020. Depuis 2013, leur nombre a augmenté de 9% (7 % entre 2013 et 2019, 2 % entre 2019 et 2021), dans des proportions différentes : alors qu'avant 2019, on enregistrait une augmentation bien plus importante du nombre de lits en soins intensifs et en surveillance continue (respectivement +10 % et +9 %) le nombre de lits en réanimation effectuée un rattrapage entre 2019 et 2020 (+15 %) (cf. Graphique 4). Cette forte hausse est le résultat direct de la crise sanitaire. Elle s'explique par

l'augmentation des capacités d'accueil des établissements déjà équipés en 2019 et par l'ouverture de lits de réanimation dans 63 établissements qui n'en disposaient pas avant la crise : afin de faire face à l'épidémie, des autorisations dérogatoires pour l'activité de réanimation ont été délivrées à partir de mars 2020. Certains lits de surveillance continue ont également été reconvertis en lits de réanimation, ce qui explique la

légère diminution de leur nombre (-1,3 %). En 2021, les capacités d'accueil en soins critiques diminuent de 1 % ; dont 4 % en réanimation et 1 % en surveillance continue. Seule la capacité en soins intensifs progresse de + 1 %, en 2021.

Graphique 1 • Lits d'hospitalisation complète

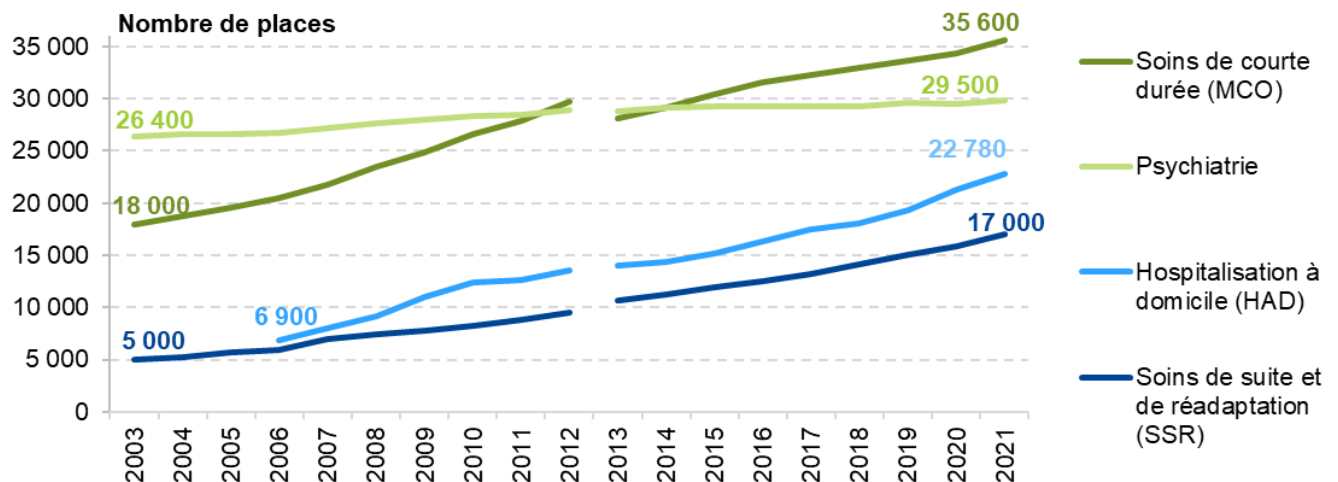


Note : Rupture de série en 2013 (cf. précisions méthodologiques) et nombres arrondis à la centaine.

Champ : France métropolitaine et DROM (avec Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources : Drees, SAE 2003-2020 ; traitements Drees.

Graphique 2 • Places d'hospitalisation partielle

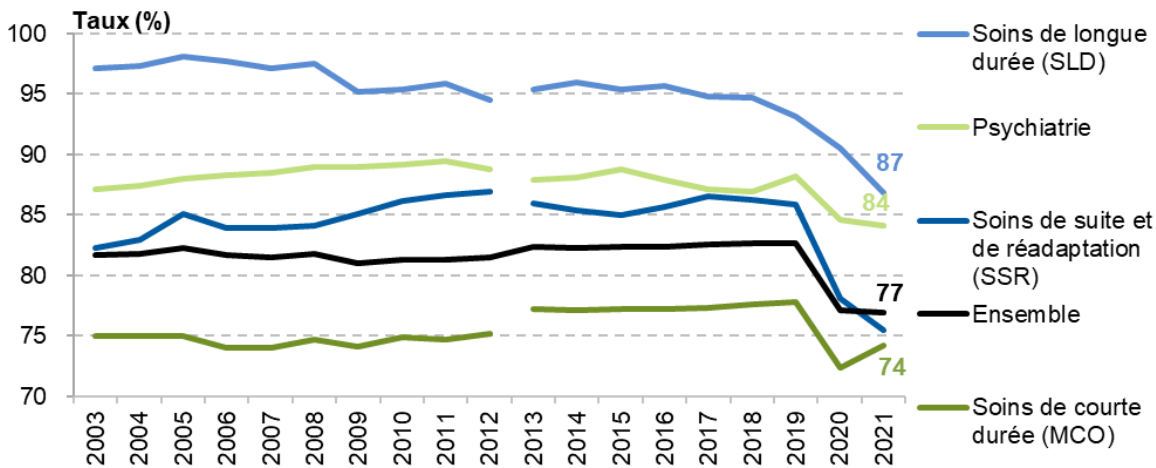


Note : Rupture de série en 2013 (cf. précisions méthodologiques) et nombres arrondis à la centaine. Les données pour l'HAD ne sont pas disponibles avant 2006.

Champ : France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources : Drees, SAE 2003-2020 ; traitements Drees.

Graphique 3 • Occupation des lits

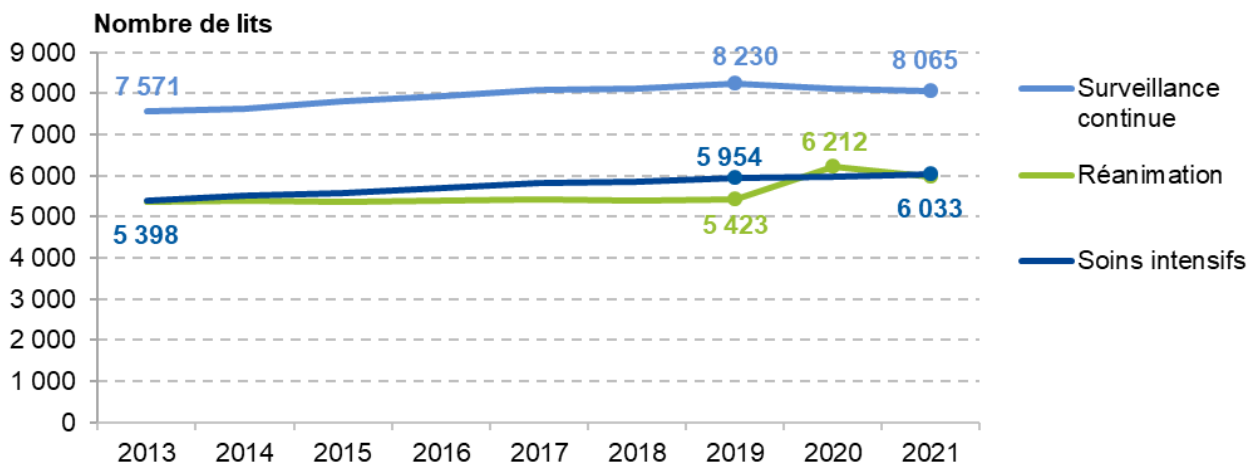


Note : Rupture de série en 2013 (cf. précisions méthodologiques).

Champ : France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources : Drees, SAE 2003-2021, traitements Drees.

Graphique 4 • Lits en soins critiques



Champ : France métropolitaine et DROM, y compris le SSA.

Sources : Drees, SAE 2013-2021, traitements Drees.

• Précisions méthodologiques

Définitions :

L'hospitalisation complète est définie comme celle 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 simultanément). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre, 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.

La densité est le nombre de lits (ou de places) pour 10 000 habitants.

Le taux d'occupation (en %) est calculé à partir du ratio : (nombre de journées réalisées/365) / nombre de lits installés*100.

Sources des données :

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 DROM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Depuis 2002, les services de santé des armées (SSA) sont intégrés au champ de la SAE.

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 l'établissement et les ARS) ;

- une base dite « statistique » : destinée aux études, elle contient des données redressées par la Drees à partir de la base administrative.

Les indicateurs présentés ici sont calculés à partir de la base statistique de la SAE. Ces indicateurs (capacités d'accueil et taux d'occupation) 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, en France métropolitaine et dans les DROM 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 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, pour certaines variables jusque-là déclarées par les établissements, la SAE bénéficie d'un pré-remplissage par des données d'activités issues du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et en hospitalisation à domicile (HAD) depuis 2014, ainsi qu'en soins de suite et de réadaptation (SSR) depuis 2017. La refonte de la SAE a introduit une rupture de série en 2013 pour de nombreuses variables, ce qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013 : celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.5.2. Dépenses de personnel des établissements de santé

En 2022, la croissance des dépenses de personnel des établissements publics continue portée essentiellement par celle du personnel non médical

Les dépenses de personnel des **établissements publics** (cf. encadré méthodologique) s'élèvent à 59,3 Md€ en 2022, après avoir atteint 56,2 Md€ en 2021, et constituent leur premier poste de dépenses. Elles ont progressé de 5,5 % en 2022, moins dynamiques qu'en 2021 (7,0 %) et qu'en 2020 (7,7 %), marquées par le début de la baisse des dépenses en lien avec la crise sanitaire de la Covid-19. Auparavant, les dépenses progressaient plus faiblement (+1,0 % en 2018).

L'augmentation des dépenses de personnel non médical explique plus que la moitié de la croissance des dépenses de personnel entre 2021 et 2022 (cf. graphique 2). Les dépenses de personnel médical contribuent à 24 % de cette évolution. Le reste de la dynamique est alimentée par le poste « autres charges de personnel ».

Sur long terme, la progression des dépenses de personnel médical des hôpitaux publics est plus dynamique que celle du personnel non médical (cf. graphique 1). Entre 2005 et 2022, le taux de croissance moyen est de +6,6 % par an pour les dépenses de personnel médical, contre +3,3 % par an pour celles du personnel non médical.

La structure des dépenses de personnel des établissements publics est restée quasiment stable entre

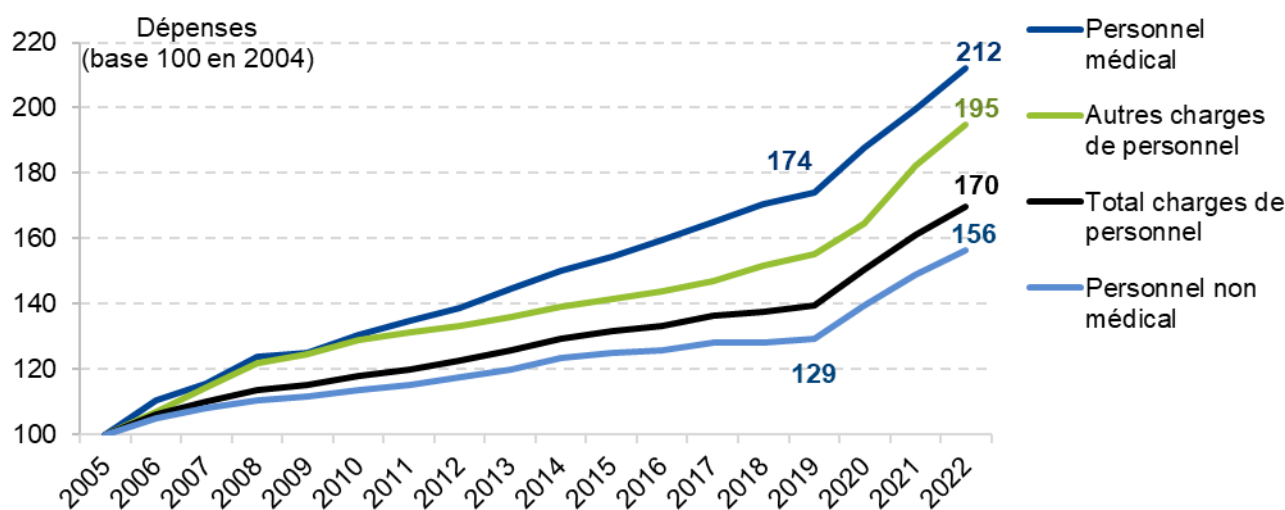
2019 et 2021. Ainsi, les dépenses de personnel non médical sont le principal poste et représentent plus des deux tiers des dépenses (67 % en 2022 contre 68 % en 2019, cf. graphique 3). Viennent ensuite les dépenses de personnel médical (21 % en 2022 comme en 2019) puis les autres dépenses (12 % en 2022 contre 11 % en 2019).

Les dépenses regroupées sous « autres charges de personnel » sont composées principalement de taxes et d'impôts, mais également de charges liées au personnel extérieur et d'autres charges (allocations chômage, fonds de solidarité, diverses indemnités, etc.).

Les dépenses de personnel des établissements privés à but lucratif progressent moins fortement en 2021

Quant aux **établissements privés à but lucratif** (cf. graphique 4), leurs dépenses de personnel progressent de 6,5 % en 2021 après une croissance exceptionnelle de 8,9 % en 2020, toujours en réponse à la crise sanitaire. Avant celle-ci, leurs dépenses de personnel augmentaient plus rapidement que dans les établissements publics (+2,5 % en 2019). Sur la période longue, elles ont augmenté de 3,7 % par an en moyenne entre 2006 et 2021 (contre 3,4 % pour les établissements publics sur la même période).

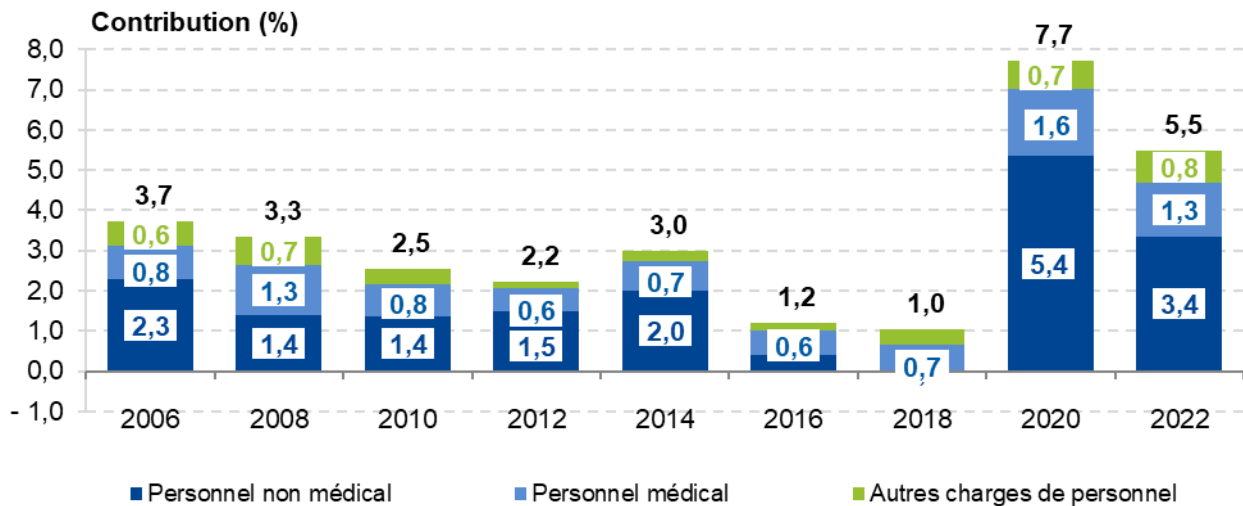
Graphique 1 • Dépenses de personnel des établissements publics, par type de dépenses



Sources : DGFIP, base de comptabilité publique, calculs Drees.

Champ : France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors service de santé des armées (SSA).

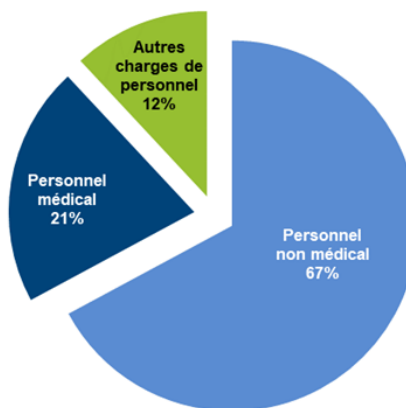
Graphique 2 • Contribution de chaque catégorie de personnel dans l'évolution globale des dépenses de personnel des établissements publics



Sources : DGFIP, base de comptabilité publique, calculs Drees. Champ : France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors service de santé des armées (SSA).

Note de lecture : En 2022, les dépenses totales de personnel progressent de 5,5 %, dont 3,4 points dédiés aux dépenses de personnel non médical, 1,3 point aux dépenses de personnel médical, et 0,8 point aux dépenses de personnel.

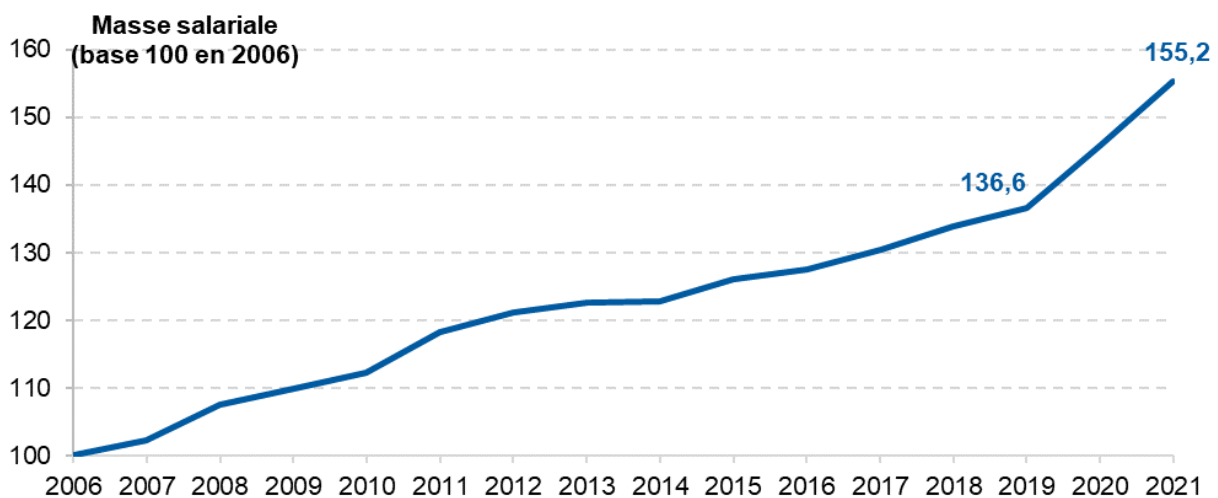
Graphique 3 • Répartition des dépenses de personnel dans les établissements publics en 2021



Champ : France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors SSA.

Source : DGFIP, base de comptabilité publique, calculs Drees.

Graphique 4 • Masse salariale* des cliniques privées à but lucratif



* Masse salariale = salaires et traitements bruts + charges sociales.

Sources : greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2020, calculs Drees.

Champ : France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors service de santé des armées (SSA).

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

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 privés d'intérêt collectif (Epic) sont quant à elles issues des comptes financiers remontés annuellement par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Construction de l'indicateur :

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.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

1.5.3. Effectifs salariés dans les établissements de santé

Les effectifs salariés du secteur hospitalier¹, exprimés en personnes physiques en emploi au 31 décembre, ont progressé entre 2011 et 2021, plus rapidement dans le secteur privé (+5,8 %) que dans le secteur public (+5,2 %). En 2020, année marquée par la crise sanitaire, les effectifs salariés du secteur hospitalier public progressent fortement (+1,9 %), alors que ceux du secteur hospitalier privé diminuent légèrement (-0,4 %). Cette hausse se poursuit en 2021 dans le public quoique de façon moins soutenue (+0,6 %) et les effectifs du privé repartent à la hausse (+1,0 %).

En 2021, les effectifs médicaux salariés² progressent plus fortement dans le public que dans le privé

Dans le secteur public, les effectifs médicaux salariés ont augmenté de 19,2 % entre 2011 et 2021 (cf. graphique 1), passant de 119 270 à 144 600 personnes physiques salariées au 31 décembre. Cette hausse est plus forte pour les internes (+45,5 %) que pour les médecins et assimilés (+12,4 %) et les sages-femmes (+9,5 %). En 2021, les effectifs médicaux salariés du public progressent par rapport à 2020 (+1,9 %). Cette augmentation se concentre sur les internes (+4,6 %) et les médecins et assimilés (+1,1 %), les effectifs de sages-femmes progressant plus modérément (+0,2 %).

Ces effectifs ont continué à progresser en 2022 à un rythme comparable de +2,2 %.

Dans le secteur privé, les effectifs médicaux salariés³ ont connu une progression régulière entre 2011 et 2021. Sur cette période, les effectifs médicaux salariés des établissements privés ont augmenté de 17,9 %, pour atteindre 26 000 personnes physiques présentes au 31 décembre 2021, contre 22 100 en 2011. Les évolutions sont toutefois contrastées selon les professions : les effectifs d'internes enregistrent une très forte hausse (+58,7 %), les médecins et assimilés progressent fortement (+21,1 %) alors que les effectifs de sages-femmes diminuent (-12,1 %)⁴. En 2021, les effectifs médicaux salariés du privé progressent plus modestement que dans le public (+1,4 %). Cette augmentation est portée par la hausse des effectifs de médecins et assimilés salariés dans le privé (+2,0 %).

En 2021, les effectifs de personnel non médical progressent légèrement dans le public comme dans le privé

Dans le secteur public, les effectifs salariés de personnel non médical des établissements de santé ont augmenté de 3,4 % entre 2011 et 2021, passant de 900 250 à 932 900 personnes physiques salariées au 31 décembre. Après une augmentation au début des années 2010 (+0,8 % en moyenne annuelle entre 2011 et 2014), une légère baisse des effectifs non médicaux s'est amorcée ensuite jusqu'en 2019 (-0,3 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2019). L'année 2021 enregistre une légère progression des

effectifs de personnel non médical (+0,4 %) (cf. graphique 2).

La progression des effectifs infirmiers entre 2011 et 2021 (+6,4 %) contribue à plus de la moitié de la hausse des effectifs de personnel non médical dans le secteur public. En 2021, la dynamique des effectifs de personnel non médical soignant est contenue voire à la baisse dans toutes les filières (-0,8 % pour les infirmiers +0,2 % pour les aides-soignants, -0,1 % pour les autres personnels soignants. Quant à la filière administrative et de direction, leurs effectifs ont cru de +2,7 % et +1,5 % pour les autres personnels non soignants).

En 2022, les effectifs de personnel non médical dans le secteur public renouent avec une baisse, comme c'était le cas avant la crise. Les effectifs ont ainsi diminué de 0,5 % en 2022, marquant la première baisse depuis 2019.

Dans le secteur privé, les effectifs de personnel non médical augmentent de 4,9 % entre 2011 et 2021, passant de 272 900 à 286 150 personnes physiques salariées au 31 décembre. Comme pour le public, cette progression est portée par celle des effectifs d'infirmiers, qui passent de 82 800 à 89 500 salariés au 31 décembre sur la période (+8,2 %).

Cette hausse globale résulte toutefois d'une forte augmentation des effectifs entre 2011 et 2016 (+1,2 % en moyenne annuelle), suivie depuis 2016 d'une diminution jusqu'à 2020 de 0,5 % en moyenne annuelle.

Les personnels soignants très largement majoritaires, dans le public comme dans le privé

Le personnel médical représente une part plus importante des effectifs dans le secteur public (13,2 %) que dans le secteur privé (8,3 %), où la plupart des médecins exercent en libéral et ne sont pas comptabilisés dans les effectifs salariés. Dans ces deux secteurs, la part représentée par le personnel médical connaît une augmentation faible mais constante sur la période : en 2011, elle s'élevait à 12,0 % dans le secteur public et à 7,5 % dans le secteur privé.

La majorité du personnel non médical est constitué de personnels non médical soignant, respectivement 60,5 % des effectifs salariés au 31 décembre 2021 dans le public et 67,2 % dans le privé. Les aides-soignants (21,2 % des effectifs du public et 18,8 % du privé) et les infirmiers (24,3 % des effectifs du public et 28,7 % du privé) sont très largement majoritaires au sein de cette catégorie.

La catégorie de personnel la plus représentée ensuite est le personnel administratif et de direction, qui représente 13,7 % des effectifs dans les établissements privés et 10,1 % dans les hôpitaux publics (cf. tableau 1).

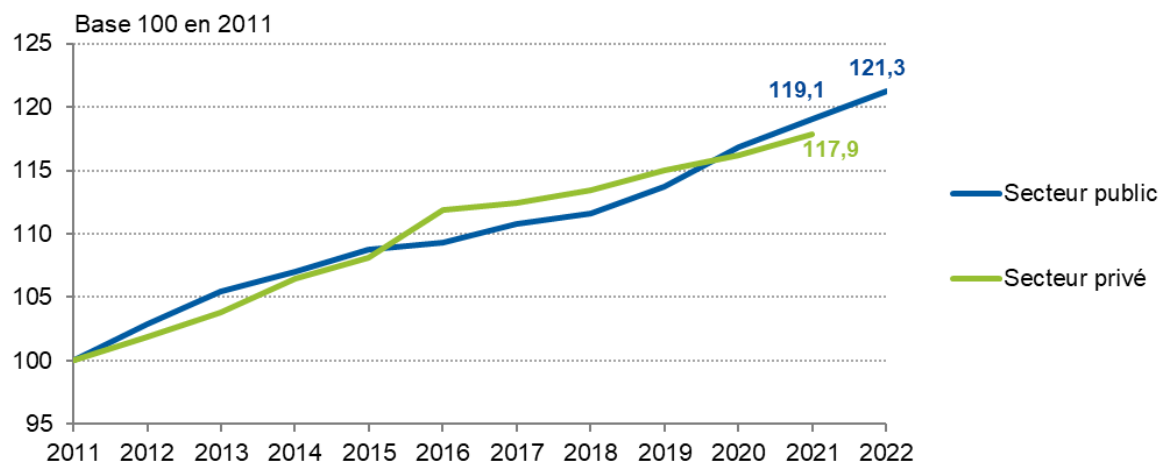
¹ Voir les précisions méthodologiques pour la définition du secteur hospitalier. Les séries ont été revues par rapport aux éditions précédentes et intègrent désormais Mayotte et les internes.

² La série a été revue par rapport à l'édition précédente et intègre désormais les internes.

³ Dans le secteur privé, la plupart des médecins exercent à titre libéral. Les effectifs salariés commentés ici ne représentent donc qu'une partie des effectifs de personnels médicaux intervenant dans les cliniques privées.

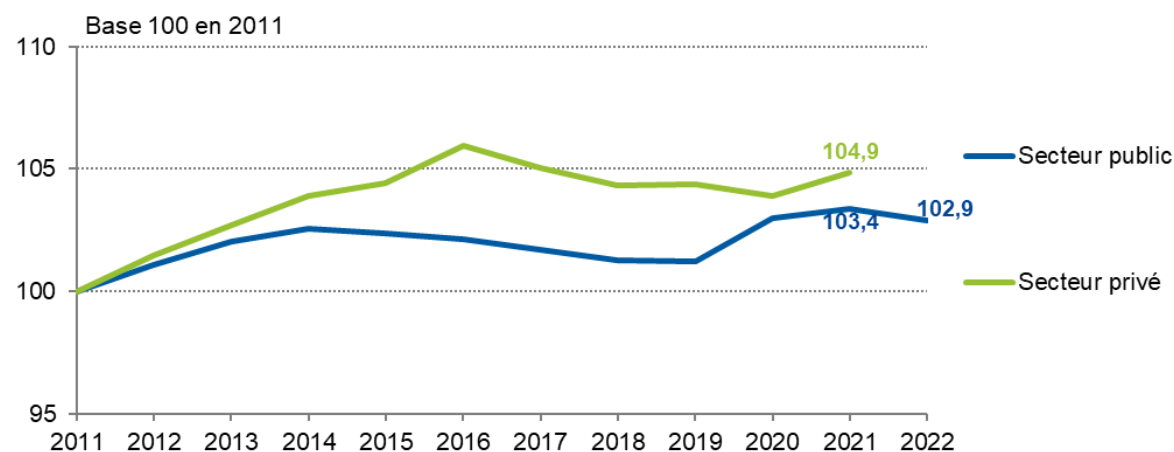
⁴ Dans un contexte où le secteur privé réduit son implication dans les activités périnatales et où le nombre de maternités privées a diminué (voir Liste des maternités de France depuis 2000).

Graphique 1 • Effectifs salariés de personnels médicaux au 31 décembre, par secteur



Champ : France, y compris le service de santé des armées (SSA) – voir encadré méthodologique. L'ensemble du personnel médical salarié du secteur hospitalier est inclus (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes), y compris les internes, à l'exception des externes.
Sources : Insee, Siasp et DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Graphique 2 • Effectifs salariés de personnels non médicaux au 31 décembre, par secteur



Champ : France, y compris le service de santé des armées (SSA) – voir encadré méthodologique. L'ensemble du personnel non médical du secteur hospitalier est inclus, y compris les contrats aidés, à l'exception des stagiaires, étudiants et apprentis.
Sources : Insee, Siasp et DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Tableau 1 • Structure des effectifs salariés au 31 décembre 2021

	Structure des effectifs en 2021 (en %)	
	Secteur public	Secteur privé
Personnel médical	13,2	8,3
Médecins et assimilés	8,6	6,3
Internes et faisant fonction d'internes	3,4	0,9
Sages-femmes	1,2	1,1
Personnel non médical soignant	60,5	67,2
Infirmiers	24,3	28,7
Aides-soignants	21,2	18,8
Autres personnels soignants	15,0	19,7
Personnel non médical non soignant	26,3	24,4
Filière administrative (dont direction)	10,1	13,7
Autres personnels non soignant	16,2	10,7
Ensemble	100,0	100,0

Champ : France, y compris le service de santé des armées (SSA) – voir encadré méthodologique. Salariés du secteur hospitalier présents au 31/12 (personnes physiques), y compris contrats aidés; hors stagiaires, externes et apprentis.
Sources : Insee, Siasp et DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Les séries ont été révisées par rapport aux précédentes fiches : des corrections sont désormais faites pour redresser le secteur d'activité des établissements, pour intégrer Mayotte, mais également pour comptabiliser les professeurs des universités praticiens hospitaliers ainsi que les internes dans les effectifs. La méthodologie reprend celle de ([Charnoz et al., 2020](#)) et les chiffres actualisés sont [mis à disposition sur le site de la DREES](#).

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent annuellement et pour chaque établissement un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). Il convient de distinguer la DADS, en tant que formalité déclarative, du fichier statistique dit « DADS grand format » (DADS-GF) produit par l'Insee, qui sert à estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier privé jusqu'en 2016. À compter de 2017, et pour prendre en compte la disparition progressive de la DADS dans le secteur privé, les effectifs salariés du secteur hospitalier privé sont estimés à l'aide d'un fichier de diffusion, produit par l'Insee à partir des DADS et des déclarations sociales nominatives (DSN). En outre, le fichier du système d'information des agents du secteur public (Siasp) exploite les informations contenues dans la DADS sur le champ de la fonction publique. Il intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). C'est ce fichier Siasp qui est mobilisé pour estimer les effectifs salariés du secteur hospitalier public. Enfin, les données de la SAE sont utilisées pour estimer les effectifs salariés hospitaliers de Mayotte et du SSA, mais aussi pour partager les effectifs d'internes et faisant fonction d'internes, intégralement recueillis dans Siasp, entre public et privé.

Cette étude est relative au secteur hospitalier, qui est composé :

- des hôpitaux publics relevant de la fonction publique hospitalière (FPH), repérés par, outre leur appartenance à la FPH, une catégorie juridique d'établissement égale à « 7364 – Établissement d'hospitalisation », « 7365 – Syndicat inter hospitalier » ou « 7366 – Établissement public local social et médico-social », hors secteur médico-social,
- des hôpitaux publics relevant du service de santé des armées (appartenance à la fonction publique d'état et secteur d'activité égal à « 8610Z – Activités hospitalières »),
- des établissements de santé privés, à but lucratif ou non, repérés comme les établissements du secteur privé dont le secteur d'activité égal à « 8610Z – Activités hospitalières ».

L'ensemble du personnel du secteur hospitalier est inclus dans les calculs, à l'exception des externes, stagiaires, étudiants et apprentis. Sont concernés tous les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM. Des compléments et les définitions des différentes filières de professionnels sont disponibles dans les [séries longues « effectifs salariés hospitaliers » de la Drees](#). Le panorama des établissements de santé de la DRESS, édition 2023 propose aussi une analyse (fiche 4) des effectifs salariés. Cependant, cette dernière n'a pas été révisée en avril 2024, comme ont pu l'être les séries longues, induisant la répartition des effectifs du secteur hospitalier public de 2003 à 2021 dus au triple changement - déclaratif - applicatif et conceptuel - lors du passage à la nouvelle source administrative de Déclaration Sociale Nominative (DSN) obligatoire pour tous les établissements du secteur public depuis le 1er janvier 2022

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Drees

1.6. Consommation de soins par habitant

1.6.1. Consultations de médecins en comparaison internationale

Le nombre moyen de consultations médicales par habitant est l'un des indicateurs permettant 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.

De grandes disparités du nombre de consultations de médecins par habitant entre les pays de l'OCDE

La France enregistre 5,5 consultations par habitant en 2021. Au sein de l'OCDE, les disparités du nombre de consultations entre pays sont importantes (de moins de 3 consultations annuelles par habitant en Suède à près de 16 en Corée). Il dépend de différences d'état de santé de la population, de facteurs culturels et 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 (Japon, Allemagne, Belgique), 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) en font relativement moins (Suède, Finlande, Espagne). Ceci ne se vérifie toutefois pas pour tous les pays. Aux Pays-Bas par exemple, la rémunération des médecins se fait principalement à la capitation et ce pays enregistrait ainsi 8,6 consultations par habitant en 2021.

Les disparités entre pays peuvent parfois s'expliquer par l'organisation des ressources humaines du secteur. En particulier, l'extension des compétences et responsabilités des professions infirmières et paramédicales (*physician assistants, advanced nurse practitioner*) peuvent contribuer à réduire les taux de recours à des médecins. En particulier, dans certains pays, les paramédicaux peuvent renouveler des prescriptions pour les malades chroniques. Tel est le cas, dans les pays scandinaves qui affichent des consultations médicales moindres par habitant.

Une chute brutale des consultations en 2020 en raison de la pandémie de Covid-19

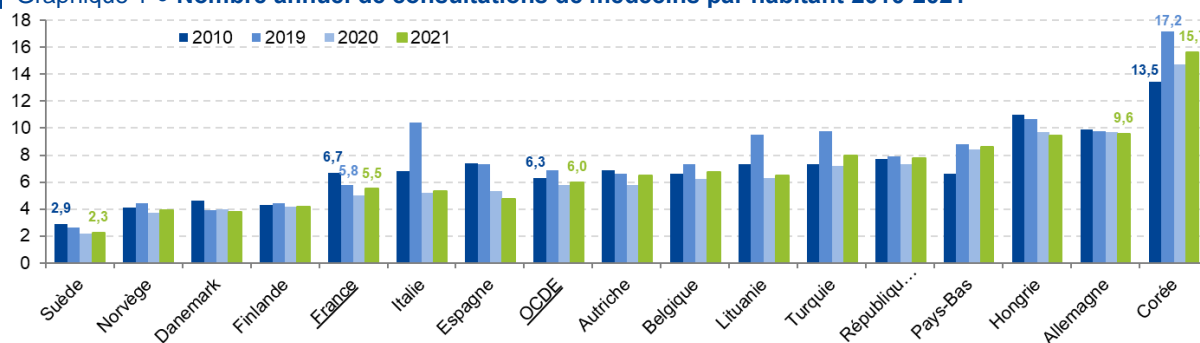
La pandémie a eu un impact substantiel sur la fréquence des consultations médicales. Les confinements, ainsi que les reports de soins programmés, particulièrement marqués lors des premiers mois de 2020, ont contribué à la baisse significative des consultations. A ce phénomène lié à l'offre médicale se combine un effet demande : la crainte de fréquenter des lieux de contamination éventuelle.

La grande majorité des pays ont connu une baisse des consultations en 2020, à l'exception du Danemark. Elle est particulièrement marquée en Italie (-50 %) ou en Espagne et Lituanie (autour de -30 %) et bien moindre aux Pays Bas et en Finlande (-5 %) ou en Allemagne (-1 %). A ce titre, la baisse observée en France (-14 %, soit 5,0 consultations par an) est proche de celle des pays de l'OCDE en moyenne (-16 %). Il convient de noter que la chute des consultations a été en partie limitée par le développement massif de la téléconsultation dans la même période (exclue de cet indicateur). Entre 2020 et 2021, le renoncement aux soins causé par les risques de contaminations à la Covid-19 semble s'estomper dans la majeure partie des pays de l'OCDE : Le nombre de consultations a cru en moyenne de 3 %, et de 10 % en France, atteignant 5,5 consultations en 2021 et se rapprochant ainsi du nombre de consultations pré-crise (5,8 en 2019)

Avant la crise sanitaire, une augmentation du nombre de consultations dans la majorité des pays depuis 2010

Le nombre moyen de consultations par habitant et par an a diminué entre 2010 et 2021, passant de 6,3 à 6 dans les pays de l'OCDE. Cette baisse s'explique avant tout par une diminution depuis la crise sanitaire, qui vient interrompre la tendance à la hausse, qui était à l'œuvre depuis 2010 dans la majorité des pays de l'OCDE. En 2021, le nombre de consultations en France passe de 6,7 à 5,8 par an (cf. graphique 1), ce qui la fait se situer en position médiane. Le faible nombre de consultations par habitant en Suède (2,3 en 2021) s'explique d'après l'OCDE par l'activité des médecins qui se concentrent sur les cas les plus graves ou complexes, les autres patients étant pris en charge par d'autres professionnels de santé comme les infirmiers. Cette différence entre la Suède et la France peut également s'expliquer d'une part, par l'existence d'un système d'orientation téléphonique, en Suède et d'autre part, par la visite préalable d'un généraliste en France donnant droit à de meilleures conditions de remboursement dans la suite du parcours de soins coordonnés, ce qui n'est pas de rigueur en Suède.

Graphique 1 • Nombre annuel de consultations de médecins par habitant 2010-2021



Source : OCDE 2021

• Précisions méthodologiques

Indications complémentaires :

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, l'Irlande et le Royaume-Uni).

Des disparités existent également entre pays dans la couverture des différents types de consultations, notamment les 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 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.

Enfin, un indicateur qui se fonde sur le nombre de consultations, ne reflète pas la productivité des médecins, dans la mesure où la durée et l'efficacité de la consultation peuvent varier et certains actes ne sont pas pris en compte dans cet indicateur (travaux administratifs et de recherche, suivi des patients chroniques).

Sources des données :

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 soient issues 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.

Pour aller plus loin :

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.6.2. Séjours dans les établissements de santé par région, discipline et catégorie d'hospitalisation

En 2022, la reprise de l'activité hospitalière post-épidémie se poursuit avec moins de nuitées

Après la forte baisse en 2020 du nombre de journées d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et psychiatrie (PSY) du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19, **cette activité hospitalière reprend depuis 2021**, sans pour autant revenir au niveau de 2019, **tandis que l'hospitalisation à domicile (HAD) n'a cessé de progresser** sur l'ensemble de la période (cf. Tableau 1).

Sur la période 2013-2022, qui englobe la baisse des prises en charge en 2020 et la légère reprise depuis, le nombre total de journées d'hospitalisation - complètes ou non - en **MCO, SMR et PSY** a diminué d'1 % en moyenne par an. **En 2022**, le secteur hospitalier a pris en charge **134,1 millions de journées d'hospitalisation**, soit une augmentation de 3,3 % par rapport à 2020 (+2,6 % entre 2020 et 2021, et +0,7 % entre 2021 et 2022).

Les journées en **MCO** constituent toujours plus de la moitié de l'activité globale (cf. Graphique 1) et restent en 2022 en dessous de la valeur de 2013. Dans cette discipline, entre 2013 et 2019, le nombre de séjours a eu tendance à progresser (cf. Tableau 2) mais le nombre de journées d'hospitalisation diminuait déjà car la durée moyenne de séjour passait de 5,7 à 5,5 nuitées et la part d'hospitalisations sans nuitée augmentait (2013-2022).

La baisse de 11,7 % du nombre de séjours MCO en 2020 est finalement compensée en 2022 pour revenir à **18,9 millions de séjours**. Après une augmentation en 2020, la **durée moyenne de séjour en hospitalisation complète** maintient le niveau de 2019 retrouvé en 2021 à **5,5 nuitées**. Et la part d'**hospitalisations sans nuitée** atteint **49 % des séjours MCO** en 2022, contre 38 % en 2013. Au-delà du développement des hospitalisations ambulatoires, la mise en œuvre en mars 2020 de l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires a engendré un déport d'une activité auparavant réalisée en consultation externe vers l'hospitalisation sans nuitée.

Un quart des journées d'hospitalisation concernent le **SMR**, où le nombre de journées a le plus augmenté (+2,7 %) entre 2021 et 2022 (cf. Graphique 1), du fait de la progression de l'hospitalisation partielle.

Sur toute la période 2013-2022, le nombre total de journées d'**hospitalisation à domicile (HAD)** a augmenté chaque année de 5% en moyenne. Plus précisément, le nombre de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète en MCO/ SMR/ PSY n'a cessé de progresser (+6,9% en moyenne par an), pour atteindre 63,5 jours en 2022. En effet, le développement de ce mode de prise en charge a fait l'objet de politiques incitatives.

Tableau 1 • Nombre de journées d'hospitalisation, par année

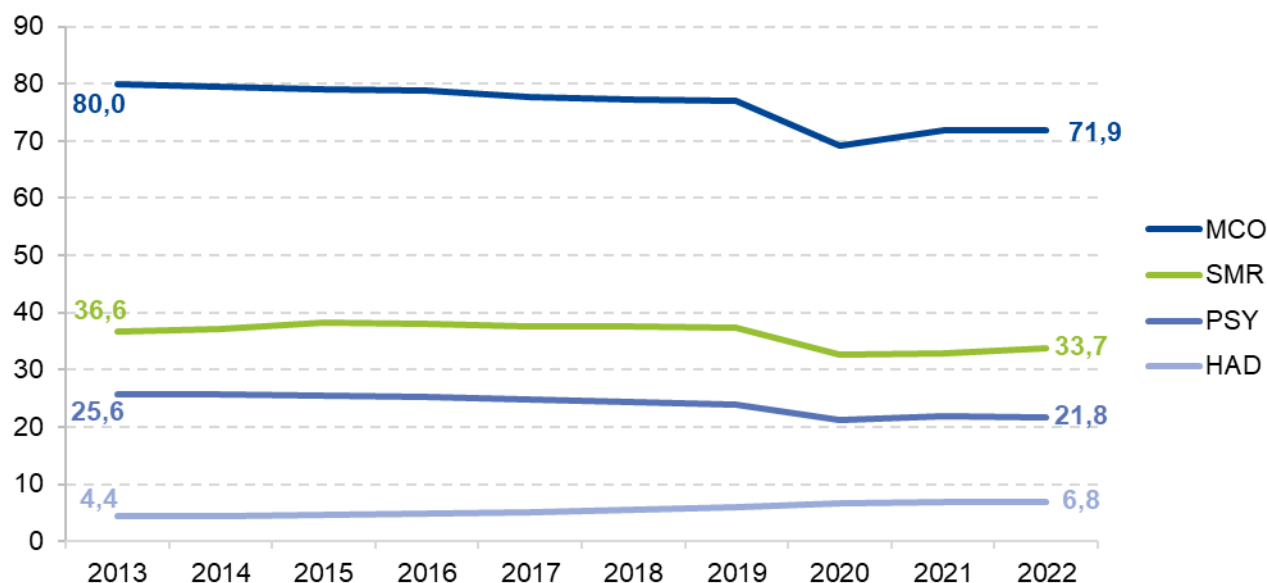
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TCAM** 2013-2019	Évolution 2019-2020	Évolution 2020-2021	Évolution 2021-2022
Nombre total de journées* (millions)	146,6	146,7	147,3	146,9	145,1	144,8	144,2	129,8	133,2	134,1	- 0,3%	- 10,0%	+ 2,6%	+ 0,7%
Nombre de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète en MCO/ SSR/ PSY	34,8	35,6	37,1	39,5	42,4	46,4	50,3	61,2	62,9	63,5	+ 6,3%	+ 21,8%	+ 2,8%	+ 0,8%

Source : PMSI, ATIH

*Nombre de journées= nombre total de nuitées +1 (exemple : 0 nuitée=1 journée)

**Taux de croissance annuel moyen

Graphique 1 • Nombre total de journées en hospitalisation complète ou partielle, par année et par discipline (en millions)



Source : PMSI, ATIH.

Tableau 2 • Nombre de séjours et durée moyenne de séjours en MCO, par année

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TCAM** 2013-2019	Évolution 2019-2020	Évolution 2020-2021	Évolution 2021-2022
Nombre de séjours (millions)	17,7	17,9	18,1	18,6	18,6	18,7	18,9	16,7	18,6	18,9	+ 1,2%	- 11,7%	+ 11,1%	+ 1,8%
dont hospitalisation complète (HC)	10,9	10,9	10,9	10,9	10,8	10,7	10,6	9,3	9,7	9,6	- 0,6%	- 11,6%	+ 3,5%	- 1,0%
dont hospitalisation partielle (0 nuitée)	6,7	7,0	7,2	7,7	7,8	8,1	8,4	7,4	8,9	9,3	+ 3,7%	- 11,7%	+ 20,7%	+ 4,9%
Durée moyenne des séjours en HC (nombre de nuitées)	5,7	5,6	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,6	5,5	5,5	- 0,6%	+ 2,4%	- 2,0%	+ 0,5%

Source : PMSI, ATIH.

Un nombre de séjours MCO qui a plus augmenté dans le secteur lucratif depuis 2020

En 2022 comme en 2021, **64 % des séjours de MCO sont réalisés dans des établissements de santé du secteur ex-DG** (publics et privés à but non lucratif).

Le nombre de séjours MCO en établissements de santé du secteur ex-OQN a davantage augmenté que celui des établissements ex-DG entre 2020 et 2022 (respectivement +15,8% et +11,9%). En 2022, 71% des séjours MCO en secteur ex-OQN étaient en hospitalisation partielle, contre 39% en secteur ex-DG.

La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est plus courte dans le secteur ex-OQN (4 nuitées en 2022), davantage centré sur l'activité chirurgicale et interventionnelle que le secteur ex-DG (6 nuitées), à l'activité majoritairement médicale.

L'écart de DMS entre secteurs est plus marqué en chirurgie (3,7 nuitées en ex-OQN contre 6,4 nuitées en ex-DG) qu'en médecine (5,4 nuitées en ex-OQN contre 6,5 nuitées en ex-DG), tandis qu'il est faible en obstétrique (respectivement 4 et 4,7 nuitées).

Toujours moins d'hospitalisation complète en SMR et à temps complet en psychiatrie

En **SMR**, la progression du nombre de journées en hospitalisation partielle (jour/nuit, ou séances), arrêtée en 2020, a repris jusqu'à atteindre 4,9 millions de journées en 2022, un maximum depuis 2013. Elles représentent ainsi 14,5% des journées réalisées dans cette discipline.

En **psychiatrie**, les journées d'**hospitalisation à temps complet** ("prise en charge à temps complet dont hospitalisation à temps plein") sont **en baisse constante de 2013 à 2022** (de 18,6 millions à 16 millions de journées). En 2022, toutes les autres formes d'activité représentaient 26% des journées facturées dans cette discipline. Leur nombre de journées hors hospitalisation à temps complet a remonté depuis 2020 mais reste inférieur à celui de 2019.

Des disparités régionales toujours marquées en 2022 dans les taux de recours aux soins

Les taux de recours à l'hospitalisation complète rapportent les séjours ou journées d'hospitalisation – selon les disciplines – au nombre d'habitants (*cf. précisions méthodologiques ci-après*).

Pour étudier les disparités de consommation entre régions, des taux de recours ont été calculés en fonction de la population domiciliée dans la région, quel que soit le lieu de réalisation des séjours, pour 10 000 habitants. 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).

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

La Carte 1.a présente les taux de recours standardisés (en neutralisant les différences de profil par âge et sexe) régionaux en **chirurgie en hospitalisation complète** avec au niveau national un taux de recours de **343 séjours pour 10 000 habitants en 2022**. Déclinés à une maille régionale, ces taux font apparaître des disparités régionales de consommation importantes. Mayotte, la Martinique, la Guadeloupe et l'Île-de-France se situent en dessous de 300 séjours pour 10 000 habitants. Dans d'autres régions (Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France, Occitanie, Corse, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Normandie), les taux sont au moins de 350 séjours pour 10 000 habitants.

Le recours aux soins de **médecine en hospitalisation complète** est plus fréquent qu'en chirurgie, avec **727 séjours pour 10 000 habitants**. Il révèle également des disparités régionales (*cf. Carte 1.b*). La Réunion, les Hauts-de-France, la Guyane et la Normandie présentent des taux de recours d'au moins 870 séjours pour 10 000 habitants, alors que Mayotte, la Martinique, la Corse, les Pays de la Loire et l'Occitanie sont à moins de 660 séjours pour 10 000 habitants.

Taux de recours standardisés en SMR

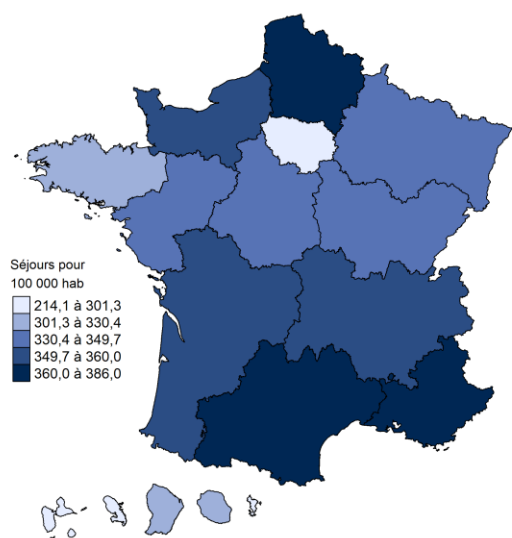
Les taux de recours standardisés en SMR varient aussi fortement selon les régions. Les Pays de la Loire, la Nouvelle-Aquitaine, la Martinique et Mayotte ont des faibles consommations alors que les populations de la Réunion, la Guadeloupe, la Corse, la Guyane et la Provence-Alpes-Côte d'Azur, sont très consommatrices de SMR (*cf. Carte 2*). Le taux de recours national en 2022 est de **4 990 journées pour 10 000 habitants en SMR**.

Taux de recours standardisés en psychiatrie

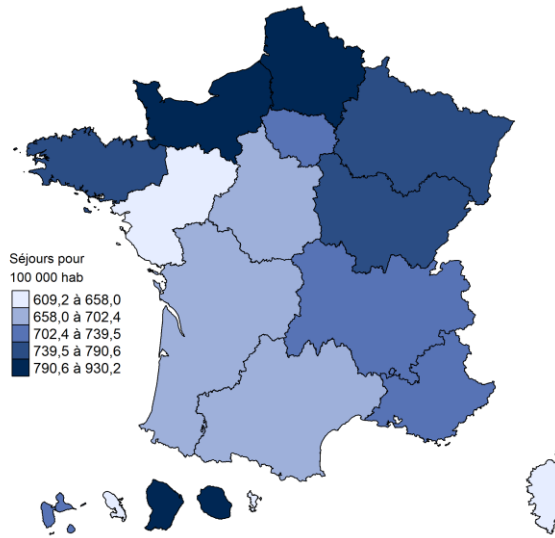
Pour la psychiatrie, les taux de recours sont également contrastés (*cf. Carte 3*). En France métropolitaine, les régions Pays de la Loire et Grand Est ont les taux de recours les plus faibles (respectivement 2 445 et 2 505 journées pour 10 000 habitants). En outre-mer, Mayotte est à 350 journées pour 10 000 habitants tandis que la Réunion et la Guadeloupe sont respectivement à 2 447 et 2 888 journées. Les taux de recours aux soins psychiatriques les plus élevés concernent les régions Bretagne et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec des taux supérieurs à 3 800 journées pour 10 000 habitants. Au niveau national, le taux de recours en 2022 est de **3 218 journées pour 10 000 habitants**.

Carte 1 • Taux de recours standardisés, en nombre de séjours en hospitalisation complète pour 10 000 habitants en 2022

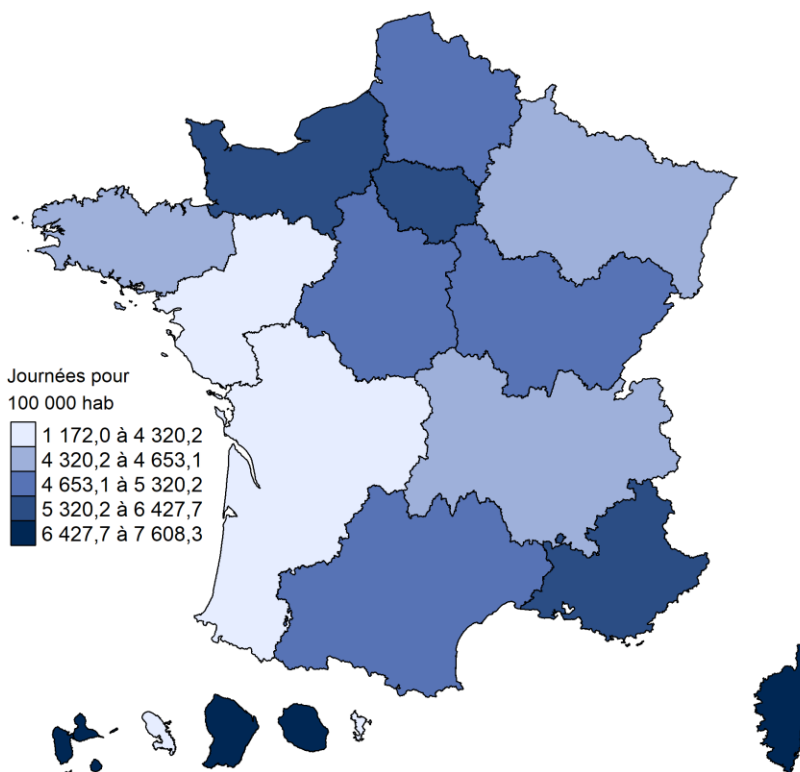
1.a Chirurgie



1.b Médecine

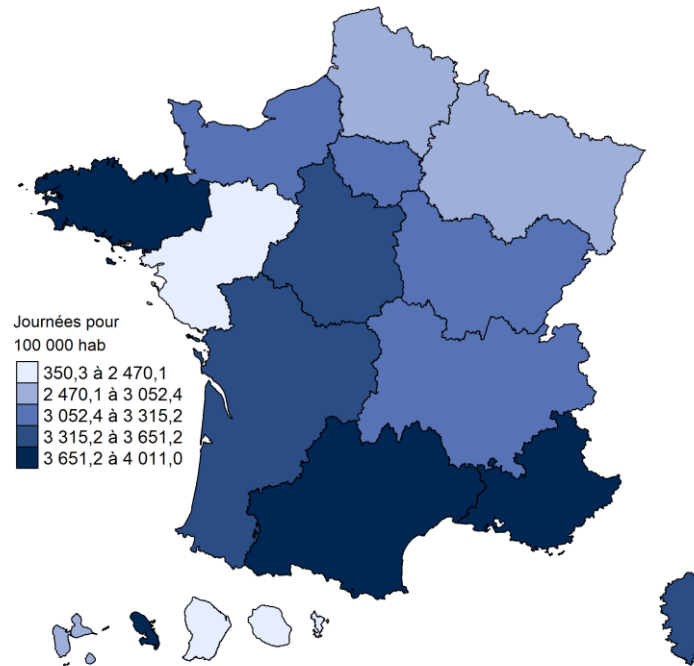


Carte 2 • Taux de recours standardisés en SMR, en nombre de journées pour 10 000 habitants en 2022



Sources : PMSI, ATIH ; recensement de la population, INSEE.

Carte 3 • Taux de recours standardisés en psychiatrie, en nombre de journées pour 10 000 habitants en 2022



Sources : PMSI, ATIH ; recensement de la population, INSEE.

• Précisions méthodologiques

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 d'un jour. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Les *taux de recours régionaux* bruts traduisent le recours à l'offre de soins de la population domiciliée dans la région, quel que soit le lieu de réalisation (au sein d'un établissement de la région ou non). Ils sont calculés pour 10 000 habitants à l'aide des données de population au 1^{er} janvier 2020, dans les limites territoriales des communes au 1^{er} janvier 2023 produites par l'Insee. Ils sont *standardisés* selon la méthode de standardisation directe et correspondent aux taux que l'on observerait si chacune des régions avait la même structure par âge et sexe que la population au niveau national. Les données relatives aux habitants de St Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Polynésie Française et Nouvelle Calédonie ne sont pas prises en compte au niveau national.

Pour la médecine et la chirurgie, les taux sont calculés à partir du nombre de *séjours* en hospitalisation complète et n'incluent pas l'activité interventionnelle, ni les séjours relatifs à la maternité. Concernant les SMR et la psychiatrie, les taux sont calculés à partir du nombre de *journées* d'hospitalisation, qu'elle soit complète ou à temps complet ou non.

Sources des données :

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information 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 (SMR), de la psychiatrie ou de l'hospitalisation à domicile (HAD). Sont comptabilisées les activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2022, en France métropolitaine et dans les DROM.

Références complémentaires utiles : ATIH, *Analyse de l'activité hospitalière 2022* ; publications par champ ; <https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2022>

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS.

1.6.3. Recours aux soins et consommation moyenne par âge

L'analyse des taux de recours est complétée par l'analyse de la dépense moyenne remboursable de soins de ville et d'établissement de santé qui permet de rendre compte de l'intensité du recours aux soins en termes financiers.

Le recours aux soins de ville augmente avec l'âge pour la plupart des postes de dépenses

En 2022, 83 % des assurés consommateurs couverts par le régime général ont eu recours au moins une fois à un omnipraticien (libéral ou en centre de santé). Ce recours élevé varie relativement peu avec l'âge : de 80 % pour les 2-16 ans ou les 17-59 ans à 93 % pour les 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 encore plus infirmiers). Ainsi, 76 % des assurés âgés de 75 à 84 ans ont bénéficié d'au moins un acte infirmier dans l'année soit 1,6 fois plus que les patients âgés de 17 à 59 ans.

Le taux de recours aux autres prestations de soins de ville varie tout d'abord selon les postes. Ainsi, en 2022 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, 93 % ont eu une délivrance de médicament, mais seulement 8 % ont eu recours à des transports.

Si pour le poste « médicaments » ce recours varie relativement peu selon l'âge (entre 91 % pour les 17-59 ans et 97 % pour les 75-84 ans), pour les autres postes il 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 65 %, passe de 21 % chez les moins de 2 ans à 88 % 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 39 % chez les 2-16 ans à 76 % chez les assurés âgés de plus de 84 ans (l'exception étant les moins de 2 ans pour lesquels le taux est de 52 %).

La diminution du taux de recours observée pour certains postes de soins de ville (soins de spécialistes et honoraires dentaires en particulier) 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).

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 2022 à 1 415 € (hors dépassements)

La dépense moyenne est fortement croissante avec l'âge : de 600 € en moyenne pour les assurés de 2 à 16 ans à 4 599 € pour les 85 ans et plus, hormis les 0-1 an pour lesquels la dépense moyenne s'élève à 716 €. Aux âges élevés, les écarts sont importants : les assurés âgés de plus de 85 ans dépensent en moyenne deux fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans (2 268 €). Le médicament est le principal poste de dépense de soins de ville (suivi de près par les consultations et visites pour les moins de 16 ans), 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 %).

En 2021, 39 % des assurés consommateurs couverts par le régime général ont eu recours à un établissement de santé

En 2021, en moyenne, 39 % des assurés consommateurs couverts par le régime général ont eu recours à un établissement de santé (établissements sanitaires, tous secteurs/activités confondus) que ce soit dans le cadre d'un séjour, d'actes ou de consultations externes (cf. *tableau 1*). Ce taux masque également de fortes disparités que ce soit en termes d'âge 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 (si l'on exclut les moins de 2 ans pour lesquels le taux est de 45 %) : de 8 % pour les 2-16 ans à 38 % pour les personnes âgées de plus de 84 ans. Le recours aux actes et consultations externes est fréquent puisqu'il est en moyenne de 30 %, et il varie avec l'âge (entre 24 % chez les 2-16 ans et 42 % chez les 75-84 ans).

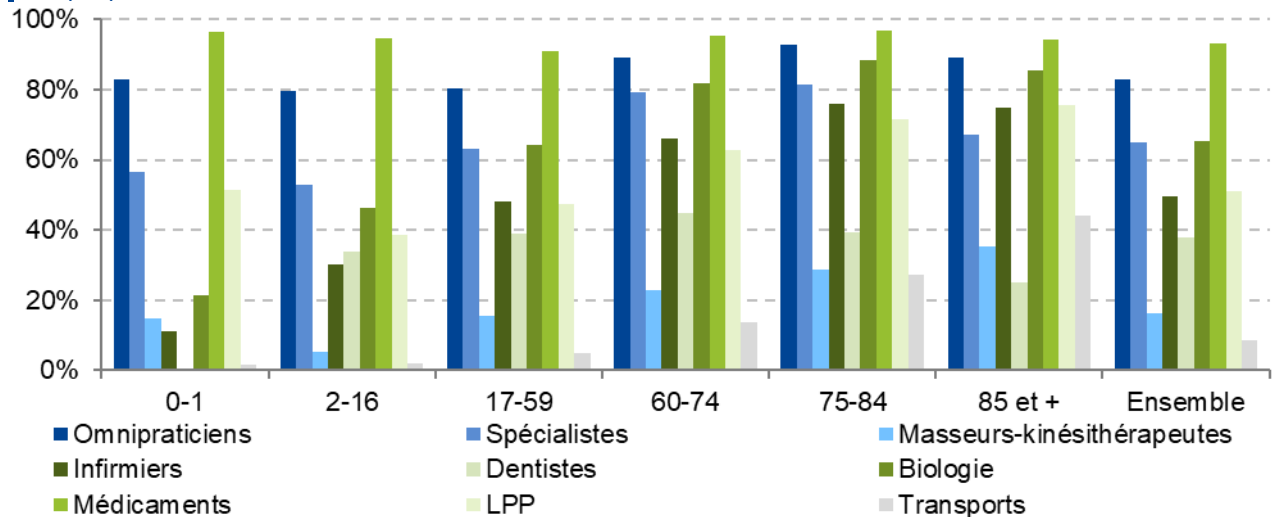
A l'inverse, le recours aux soins de suite et de réadaptation (SSR) est très faible (1 %) mais augmente avec l'âge, jusqu'à 4 % chez les 75-84 ans et 8 % chez les 85 ans et plus.

La dépense moyenne remboursable en établissements de santé pour un assuré (consommant) s'élève en 2021 à 1 123 € (hors dépassements)

La dépense moyenne est fortement croissante avec l'âge : mis à part les 0 à 1 an (1 419 €), elle passe de 270 € pour les assurés de 2 à 16 ans à 3 764 € pour les 85 ans et plus. Comme pour les soins de ville, aux âges élevés les écarts sont importants : la dépense moyenne remboursable des assurés âgés de plus de 84 ans est le double de celle des assurés âgés de 60 à 74 ans (1 927 €).

L'essentiel de cette dépense en établissements de santé est liée aux séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (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 soins de suite et de réadaptation, représentent tous deux 11 à 12 % des dépenses hospitalières moyennes considérées. Cette répartition varie cependant selon l'âge.

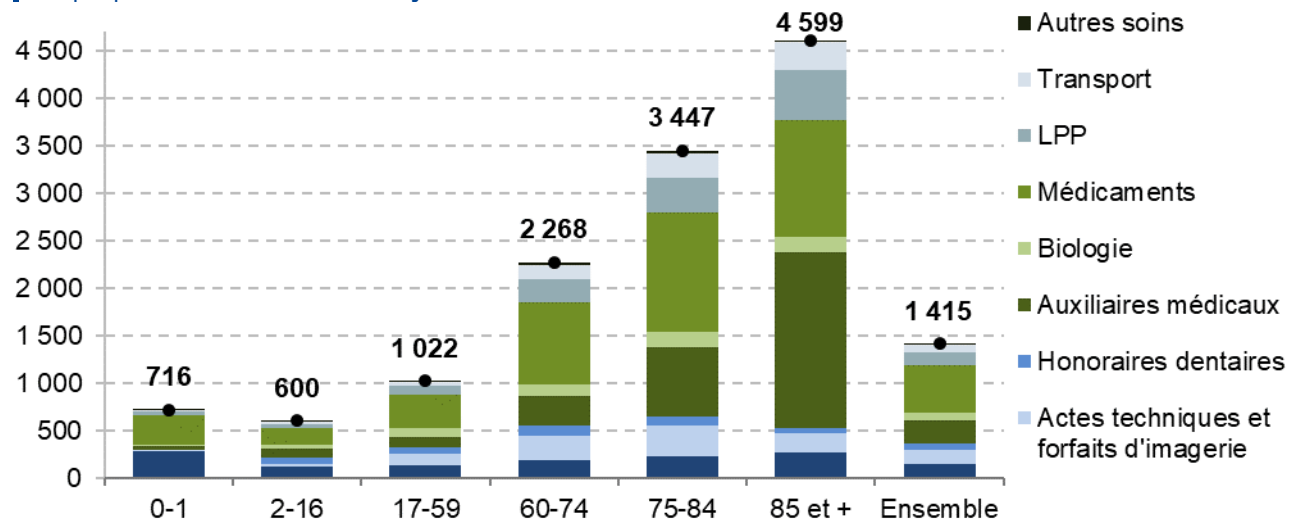
Graphique 1 • Taux de recours aux soins de ville en 2022



Source : Cnam, SNDS-DCIR.

Champ : régime général (y compris sections locales mutualistes [SLM] et travailleurs indépendants), France entière. Recours aux professionnels de santé libéraux (hors actes effectués en cliniques privées) ou exerçant en centre de santé.

Graphique 2 • Consommation moyenne remboursable de soins de ville en 2022



Source : Cnam, SNDS-DCIR.

Champ : régime général (y compris SLM et travailleurs indépendants), 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-cyto-pathologistes et des honoraires de cures thermales et d'autres prestations diverses.

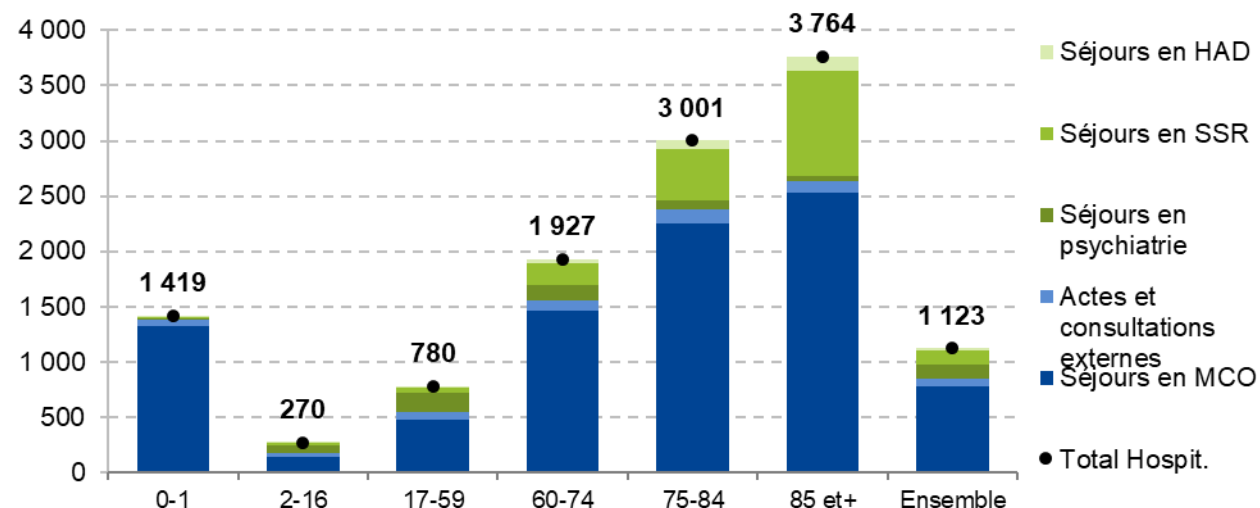
Tableau 1 • Taux de recours aux établissements de santé en 2021

	Tranche d'âge						
	0-1	2-16	17-59	60-74	75-84	85 et +	Ensemble
Médecine, chirurgie obstétrique (MCO)	45%	8%	17%	27%	35%	38%	19%
Actes et consultations externes	41%	24%	29%	36%	42%	39%	30%
Psychiatrie	0,06%	0,3%	0,7%	0,5%	0,4%	0,2%	0,6%
Soins de suite et réadaptation (SSR)	0,09%	0,2%	0,6%	2%	4%	8%	1%
Hospitalisation à domicile (HAD)	0,4%	0,02%	0,1%	0,3%	0,7%	1,5%	0,2%
Toutes hospitalisations	65%	28%	36%	47%	56%	56%	39%

Source : Cnam, SNDS-DCIR et PMSI.

Champ : régime général (y compris SLM et nouveaux travailleurs indépendants), France entière. Établissements publics et privés. Hors établissements de soins de longue durée et établissements médico-sociaux et y compris prestations effectuées en cliniques privées, actes et consultations externes et hospitalisation à domicile.

Graphique 3 • Dépense moyenne remboursable en établissements de santé en 2021



Source : Cnam, SNDS-DCIR.

Champ : régime général (y compris SLM et nouveaux travailleurs indépendants), France entière. Hors établissements de soins de longue durée et établissements médico-sociaux et y compris prestations effectuées en cliniques privées, actes et consultations externes et hospitalisation à domicile. Dépenses remboursables (hors dépassements).

Légende : MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, SSR : soins de suite et de réadaptation, HAD : hospitalisation à domicile.

• Précisions méthodologiques

Définitions :

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 remboursables 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 moyennes par tête, est la population consommatrice protégée par le régime général sur le champ France entière. Elle inclut donc les sections locales mutualistes (SLM) et, à partir de 2019, les nouveaux travailleurs indépendants (ceux qui n'étaient pas affiliés au RSI l'année précédente) et enfin, à partir de 2020, l'ensemble des travailleurs indépendants. La population consommatrice 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 considérant 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* rapportée, 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 consommateurs 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 soins » sont constitués principalement des honoraires des sages-femmes et des stomatologues, des actes codés en P des anatomo-cyto-pathologistes et des honoraires de cures thermales.

Construction de l'indicateur :

La méthodologie utilisée pour le calcul des taux de recours et des dépenses moyennes de soins de ville repose sur l'utilisation d'un identifiant « bénéficiaire » unique qui permet d'éviter de compter, à tort, plusieurs fois un même bénéficiaire qui aurait plusieurs identifiants, et donc de sous-estimer en particulier les dépenses moyennes. L'âge est calculé à la fin de l'année étudiée.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

1.7. Personnes en affections de longue durée

1.7.1. Effectif de malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépenses associées

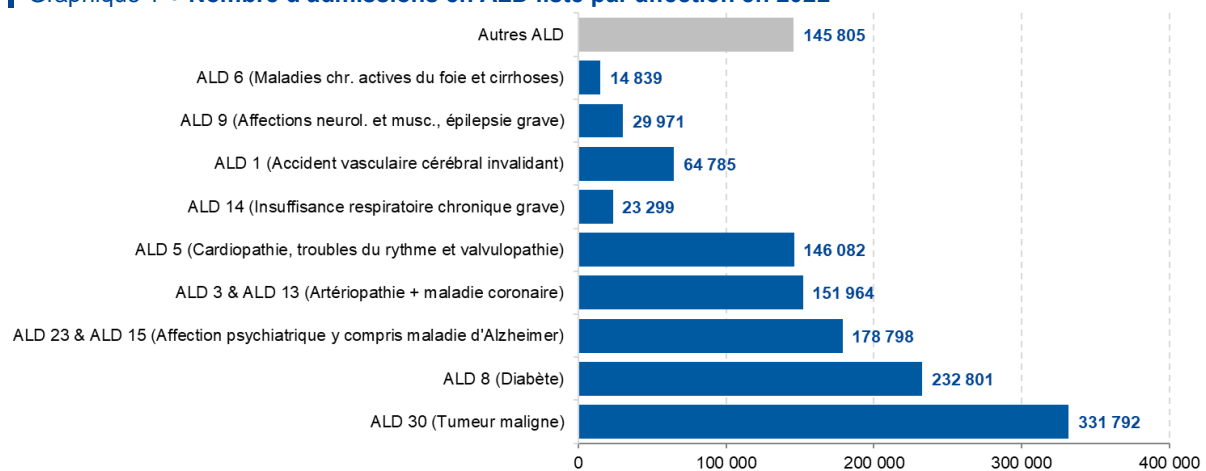
13,4 millions de personnes ont été prises en charge au titre d'une affection de longue durée en 2022

En 2022, 13,4 millions de personnes, tous régimes France entière (versus 13,2 en 2021) étaient prises en charges en ALD pour une affection sur liste (ALD 1 à ALD 30), soit 19% de la population couverte. Plus d'1,32 million de nouvelles prises en charge ont été enregistrées en 2022. Le suivi annuel du nombre de personnes en ALD sur liste représente donc un enjeu majeur.

Un quart des nouvelles ALD concernent des tumeurs malignes

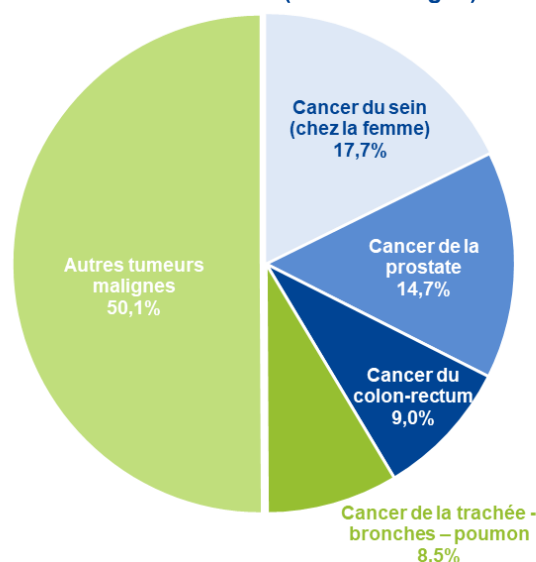
En termes d'incidence, les ALD sur liste les plus fréquentes sont, comme les années précédentes, celles pour tumeur maligne (ALD 30) et celles pour diabète (ALD 8) qui représentent respectivement 25% et 17% des admissions en 2022. Les cancers du sein, de la prostate, du colon-rectum et de la trachée/bronches/poumons représentent la moitié des admissions pour tumeur maligne (50%).

Graphique 1 • Nombre d'admissions en ALD liste par affection en 2022



Source : CNAM. Champ : régime général. Le numéro précédant chaque affection correspond à la nomenclature des ALD liste

Graphique 2 • Décomposition des admissions en ALD30 (tumeur maligne) en 2022



Source : CNAM. Champ : régime général

Le nombre d'admissions en ALD sur liste, en tous régimes est passé de 1 470 000 en 2015 à 1 320 000 en 2022. Entre 2015 et 2022, il a baissé à un rythme annuel moyen de - 1,5% vs +4,1% sur la période 2006-2011 et

+2,7% sur la période 2011-2015 (chiffres régime général).

Tableau 1 • Taux d'évolution annuel des admissions de 2011 à 2022

Nature de l'affection	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Évolution		
													2006/2011	2011/2015	2015/2022
30. Tumeur maligne	4,4%	-1,6%	1,3%	3,1%	5,7%	2,5%	1,7%	-0,1%	-0,5%	-4,2%	6,7%	1,2%	3,3%	2,1%	1,0%
8. Diabète	-1,8%	1,9%	1,1%	-0,3%	5,0%	0,7%	3,3%	-6,7%	2,1%	3,0%	6,0%	-10,0%	5,8%	1,9%	-0,4%
23 + 15 Affections psychiatriques (yc maladie d'Alzheimer)	1,6%	3,4%	3,3%	5,1%	8,0%	6,2%	-6,5%	-9,8%	-10,6%	-6,9%	7,5%	3,7%	6,6%	4,9%	-2,6%
3 + 13 Artériopathie et maladie coronaire	0,3%	0,6%	0,1%	6,3%	8,9%	5,0%	2,3%	-10,6%	-11,2%	-6,7%	2,8%	-3,4%	4,5%	3,9%	-3,3%
12. Hypertension artérielle sévère	-51,9%	-97,1%	-37,7%	3,6%	10,5%	-3,7%	-33,1%	-43,6%	-32,6%	3,3%	-23,6%	28,4%	-8,2%	-62,2%	-18,1%
5. Cardiopathie, trouble du rythme et valvulopathie	7,4%	6,4%	4,6%	9,9%	13,7%	5,9%	3,4%	-11,5%	-12,1%	-4,7%	2,4%	-0,7%	8,4%	8,6%	-2,7%
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	-4,6%	-3,0%	0,7%	6,3%	8,6%	-9,1%	-17,2%	-12,4%	-11,4%	-8,9%	-14,3%	2,4%	5,7%	3,0%	-10,3%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	4,2%	6,1%	11,2%	8,0%	12,3%	11,0%	2,9%	-10,9%	-9,2%	-1,9%	2,4%	-3,5%	8,6%	9,4%	-1,6%
9. Affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	1,9%	6,3%	6,5%	7,8%	12,2%	12,7%	8,5%	-9,7%	-8,6%	-7,0%	1,2%	-7,6%	4,3%	8,2%	-1,9%
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	-2,3%	-0,1%	-0,8%	0,7%	6,0%	9,2%	4,6%	-15,0%	-11,2%	-16,0%	-2,1%	-2,7%	1,1%	1,4%	-5,2%
Autres affections	7,1%	3,1%	5,6%	8,2%	9,3%	2,9%	3,2%	-7,2%	-0,7%	1,2%	4,4%	-8,0%	6,4%	0,4%	-0,7%
Total	-4,1%	-4,2%	2,6%	4,8%	8,2%	6,5%	4,4%	-12,5%	-4,8%	-4,8%	4,1%	-2,3%	4,1%	2,7%	-1,5%
Total hors ALD 12	2,4%	1,7%	2,7%	4,8%	8,1%	6,6%	4,5%	-12,5%	-4,8%	-4,8%	4,1%	-2,3%		4,3%	

Source : CNAM - DSES. Champ : régime général

En 2022, on observe une baisse notable du nombre d'admissions (-2,3%) succédant à des baisses de -4,8% en 2019 et en 2020 et une hausse dynamique en 2021 (+4,1%). Cette évolution contrastée peut correspondre à l'effet successif du retour progressif à des taux d'admission proches de ceux observés avant la simplification de la déclaration des ALD (2016) et également à un retour à la normale après la pandémie Covid.

Sur les années récentes, on observe une baisse du nombre d'admissions en ALD 6 (maladies cirrhotiques actives du foie et cirrhose) qui correspond probablement à la baisse du nombre de cas d'hépatite C suite à la diffusion des nouveaux antiviraux à action directe (arrivée sur le marché en 2014, généralisation des indications à toutes les personnes ayant une hépatite C chronique en 2017). On observe également une baisse du nombre d'admission de l'ALD 14 (Maladies respiratoires chroniques graves) malgré une légère reprise en 2022.

En 2022, le nombre de bénéficiaires ayant au moins une ALD sur liste a augmenté de 1,5 % par rapport à 2021. Parmi les ALD sur liste les plus fréquentes, des évolutions toujours soutenues ont été observées pour l'ALD 9 Affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave (+3,8%), mais également pour des ALD très fréquentes comme l'ALD 8 Diabète (+3%), l'ALD 5 Cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie (+3,5%) et le regroupement des ALD 3 et ALD 13 Artériopathie, maladies coronaires (+2%). Toutefois, l'impact de ces augmentations sur l'évolution globale de la prévalence des ALD liste est tempérée par la baisse régulière sur l'ALD 12 HTA (-11,1%).

En dehors de l'ALD 12, le nombre d'ALD liste a augmenté de 1,4% en 2022. L'ALD ayant le plus contribué à cette augmentation est l'ALD 8 (diabète), suivi des « autres ALD », des artériopathies et maladies coronaires (ALD 3 et ALD 13) de l'ALD 5 (cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie).

Évolution du nombre d'ALD liste prévalentes et de bénéficiaires d'une ALD liste

Tableau 2 • Prévalence des ALD liste par affection, en 2021 et 2022

Nature de l'ALD	2021	2022	Évolution 2022/2021	% dans le total des ALD 2022	Contribution à la croissance 2022
30 Tumeur maligne	2 645 900	2 643 567	-0,1%	16,4%	-1,3%
8 Diabète	3 526 851	3 634 317	3,0%	22,6%	59,4%
23 & 15 Affection psychiatrique y compris maladie d'Alzheimer	2 084 485	2 104 203	0,9%	13,1%	10,9%
3 & 13 Artériopathie + maladie coronaire	2 242 191	2 275 175	1,5%	14,2%	18,2%
12 Hypertension artérielle sévère	322 034	286 180	-11,1%	1,8%	-19,8%
5 Cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie	1 574 091	1 606 140	2,0%	10,0%	17,7%
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	387 265	376 402	-2,8%	2,3%	-6,0%
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	597 539	567 944	-5,0%	3,5%	-16,4%
9 Affections neurol. et muscul., épilepsie grave	435 212	451 712	3,8%	2,8%	9,1%
6 Maladies chr. actives du foie et cirrhoses	196 074	187 317	-4,5%	1,2%	-4,8%
Autres ALD	1 881 418	1 940 929	3,2%	12,1%	32,9%
Total ALD	15 893 060	16 073 886	1,1%	100,0%	100,0%
Total hors ALD 12	15 571 026	15 787 706	1,4%		
ALD liste non identifiée	3 891	3 705	-4,8%		
Ensemble (y compris ALD liste non identifiée)	15 896 951	16 077 591	1,1%		
Nombre de bénéficiaires en ALD (1)	13 163 240	13 360 701	1,5%		

Source : CNAM. Champ : régime général. Le n° précédant chaque affection correspond à la nomenclature des ALD liste

(1) Un patient peut avoir plusieurs ALD liste

• Précisions méthodologiques

Modifications médico-administratives susceptibles d'avoir eu un impact sur les données et leurs évolutions depuis 2011 :

- décret n°2011-77 du 19 janvier 2011 modifiant la durée d'exonération des ALD liste a donné lieu à une action par les caisses de révision des ALD liste avec généralisation de l'attribution d'une date de fin à 2 ans ou 5 ans en fonction de la pathologie. Ce décret supprime également la prise en charge de l'HTA sévère qui ne figure plus dans les admissions pour ALD liste.

- loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 198. L'application de cette loi au service du Contrôle Médical des CPAM a eu pour effet la mise en place d'un dispositif particulier dans la gestion des ald, qui n'a été effectif qu'à partir du mois de juin 2016. Celui-ci repose sur une gestion différenciée entre :

- les ALD dites à déclaration simplifiée bénéficiant d'un accord de principe du service du contrôle médical après engagement du médecin rédacteur du protocole de soins : il s'agit des ALD liste à l'exception des ALD liste concernées par la déclaration argumentée. Un contrôle a posteriori est prévu 6 à 12 mois après réception du protocole de soins.
- les ALD dites à déclaration argumentée reposant sur le maintien du contrôle a priori par le service du contrôle médical :
- l'insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14), pour laquelle un taux plus élevé de refus a été constaté ;
- les maladies métaboliques héréditaires (ALD 17), dont la complexité nécessite une gestion particulière relevant le plus souvent de l'avis d'un comité d'experts ;
- l'hypertension artérielle (HTA) sévère qui n'est plus une ALD liste, mais peut bénéficier, en prolongation, de l'exonération du ticket modérateur ;
- les hors liste, la polyopathie.

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 de la prévalence de l'obésité par exemple) ou démographique (vieillesse de la population).

Comme le montrent les évolutions observées ces dernières années, le nombre d'admission en ALD liste 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.

Une modification de la méthode de repérage des admissions en ALD a été apportée en 2020, avec une reprise rétrospective jusqu'en 2016 sur le tableau 2. Cela pourrait expliquer certaines ruptures de tendance (mais l'impact de la simplification de la déclaration des ALD en 2016 avait déjà été montré auparavant).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

1.7.2. Dépenses d'assurance maladie des assurés en affections de longue durée

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 les progressions d'effectifs les plus rapides. Entre 2015 et 2021, les effectifs de personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) se sont accrus de 2,4 % 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.

La part des dépenses relatives aux assurés en ALD dans le total des remboursements de l'assurance maladie est en augmentation continue

En 2021, les dépenses remboursées par l'assurance maladie relatives aux assurés en ALD sont estimées à près de 119 milliards d'euros sur un total de 182,3 milliards d'euros soit 65,3 % des dépenses remboursées (cf. *graphique 1*). Entre 2020 et 2021, les dépenses remboursées à l'ensemble des assurés (« ALD » et « non ALD ») ont fortement augmenté d'environ 18,8 Md€, ce qui s'explique notamment par le rattrapage de soins non réalisés en 2020 et par l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés au Covid-19 (dépistage et vaccination). Les dépenses remboursées aux assurés en ALD ont progressé bien plus en 2021 (+9,5 %) qu'en 2020 (+0,8 %). De même, les dépenses des assurés non ALD connaissent également une hausse en 2021 (+15,4 %) contrairement à 2020. La part des dépenses des assurés en ALD dans le total des dépenses remboursées a légèrement diminué et atteint 65,3 % en 2021 contre 66,5 % en 2020 (-1,2 point).

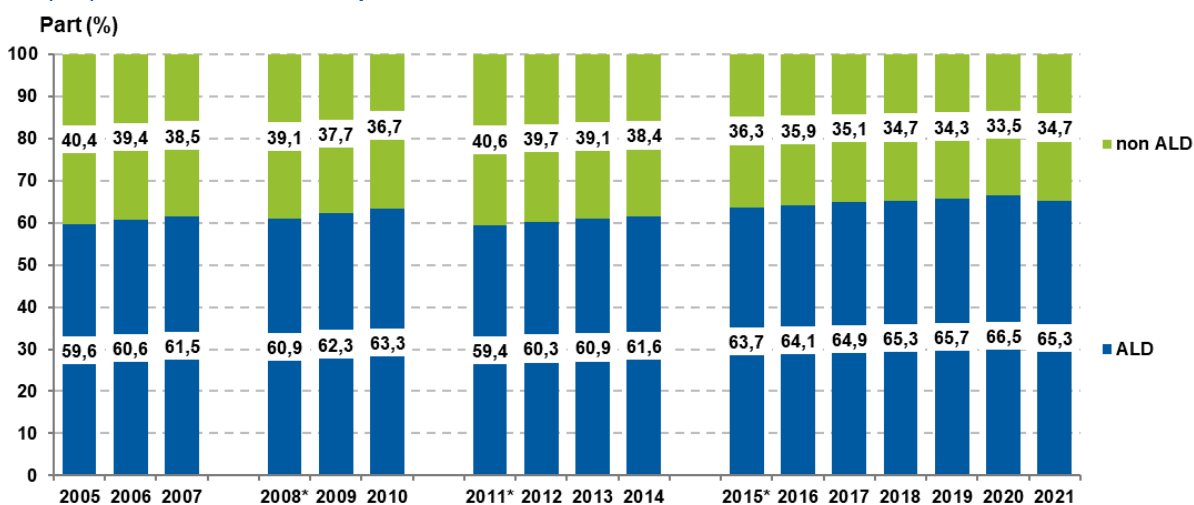
La dépense totale de santé continuera d'augmenter du fait du vieillissement de la population

Les évolutions sociodémographiques de la population accroissent les facteurs de risque qui pèsent sur elle. Le vieillissement a un effet indéniable sur l'accroissement du nombre de cas de pathologies lourdes. 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 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 Cnam 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 soient 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 2024).

Graphique 1 • Structure des dépenses de l'assurance maladie de 2005 à 2021



Source : Cnam.

* : la méthodologie d'estimation des dépenses a été modifiée, en 2008. Les valeurs ne sont pas directement comparables avant et après cette date. Il en est de même à partir de 2011 puis à partir de 2015 où l'on passe des données extrapolées tous régimes à des données tous régimes. Périodes avec méthodologie distincte : 2005-2007, 2008-2010, 2011-2014 et 2015-2021.

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Les données sont issues de la Cnam, extraites du Système National des Données de Santé (SNDS) comprenant en autres les bases du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) et également du PMSI pour la période 2011-2021.

Les méthodologies d'estimation des dépenses liées aux ALD sont différentes selon la période observée (2005-2007, 2008-2010, 2011-2014 et 2015-2021), et ne sont par conséquent pas directement comparables.

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 2012 à 2021 prennent en compte les améliorations méthodologiques apportées à la cartographie (amélioration notamment du chaînage des assurés en cas de changement de régime, prise en compte des dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques mais aussi des évolutions dans les données relatives à l'ONDAM pour la réalisation d'extrapolations sur la période de 2011 à 2014 et la prise en compte des dépenses de l'ensemble des régimes à partir de 2015). Les années 2012 à 2021 n'intègrent plus la prestation « rémunération médecin traitant patient ALD ». Cette modification fait suite à la création en 2018 du « forfait patientèle médecin traitant », prestation au caractère non individualisable, qui englobe notamment la « rémunération médecin traitant patient ALD ». Les années 2017 à 2021 comportent notamment les évolutions suivantes, relatives à certains postes de dépenses :

- En lien avec la réforme des établissements de SSR prévoyant la mise en place de la « Dotation Modulée à l'Activité (DMA) » à compter du 01/03/2017, la méthodologie relative aux dépenses de la cartographie a évolué, afin de prendre en compte la DMA dans les dépenses individuelles de séjours de SSR.

- L'intégration, à partir de 2017, dans la liste en sus des établissements publics et privés de MCO des médicaments sous ATU et post ATU délivrés au cours des séjours de MCO, se traduit par un élargissement du champ du poste de dépense liste en sus. En effet, ces médicaments étaient auparavant financés par une enveloppe MERRI (« dotation spécifique au titre des missions d'enseignement, recherche, référence et innovation ») hors champ de la cartographie.

- En 2017, la base de données remontant les factures des ACE n'est pas complète pour les ACE des établissements de l'AP-HP. Par conséquent, une baisse de l'évolution annuelle globale des dépenses du poste ACE s'observe en 2017.

Ces modifications ont eu un impact limité sur la répartition des dépenses des bénéficiaires ALD *versus* non ALD. Les données sont extraites pour le régime général (y compris SLM) en France entière puis extrapolées à l'ensemble des régimes jusqu'en 2014 puis à partir de 2015, les données sont extraites pour l'ensemble des régimes.

Précisions sur le champ de la méthode pour 2011-2021 : tous postes de l'ONDAM hors rémunération du médecin traitant + IJ maternité et invalidité, hors dépenses (non individualisables) relevant des MIGAC, FMESPP, FAC, FIR et hors dépenses relevant de l'ONDAM médico-social.

Les valeurs présentées dans les graphiques ne sont pas directement comparables avant 2011, entre 2011 et 2014 et après cette date.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

1.8. Couverture de la population par l'assurance maladie complémentaire

Avec 95 % des personnes couvertes, la couverture complémentaire privée joue un rôle majeur dans le financement des dépenses de santé en France, qui l'amène à figurer parmi les pays de l'OCDE où elle est la plus répandue.

La couverture par une complémentaire santé atteint 95 % de la population française

Selon la dernière enquête santé et protection sociale (ESPS), en 2014, 89 % des personnes vivant en France métropolitaine déclarent bénéficier d'un contrat de complémentaire santé et 7 % de la CMU-C (cf. graphique 1). 5 % de la population déclarent ne pas être couverts par une complémentaire santé. Le premier motif d'absence de couverture est financier (58 % des assurés non couverts concernés). Il est suivi par le fait de bénéficier d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale au titre d'une ALD (9 %). Enfin, 11 % sont en cours d'adhésion, près de 11 % n'y pensent pas ou n'ont pas le temps et 27 % ont évoqué d'autres motifs¹.

Caractéristiques de la population couverte par une complémentaire santé en France

En 2014, 54 % de la population étaient couverts par une complémentaire santé privée souscrite à titre individuel et 35 % par un contrat collectif. D'après la dernière enquête ESPS de 2014, les contrats collectifs bénéficient principalement aux 4^{ème} et 5^{ème} quintiles de revenus, respectivement à hauteur de 43 % et 45 % alors que seulement 16 % du 1^{er} quintile en bénéficient. L'enquête ESPS met également en lumière que ces mêmes contrats bénéficiaient peu aux 65 ans et plus, 1 % seulement d'entre eux étaient couverts par un contrat collectif.

Les mesures visant à l'amélioration de la qualité de la couverture complémentaire santé

La Complémentaire santé solidaire (avec ou sans participation) a pris le relais de l'ex. CMU-C et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) à partir de novembre 2019. La fusion des deux prestations a débouché sur une couverture complémentaire santé offrant le même panier de soins aux personnes les plus démunies, sans participation financière pour les personnes dont les revenus sont inférieurs au plafond de l'ex CMU-C et avec participation financière pour les personnes dont les revenus se situent entre le plafond de l'ex. CMU-C et celui de l'ex. ACS. Celui-ci est défini de la manière suivante : plafond C2SP (avec participation) = plafond C2SG (sans participation) + 35 %.

Le panier de soins de la Complémentaire Santé Solidaire prend en charge l'intégralité du montant du ticket modérateur pour toutes les prestations ainsi que le forfait journalier hospitalier. Il permet également aux bénéficiaires d'accéder aux équipements agréés dans le cadre du 100 % Santé pour l'optique et l'audioprothèse.

Par ailleurs, les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire sont dispensés des participations forfaitaires et de l'avance de frais. Les professionnels de santé sont tenus d'appliquer les tarifs réglementés pour leurs soins, sauf exigence particulière du patient (cf. Fiche 2.5.1. Bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire Santé).

Les mesures contribuant à atteindre une diffusion plus large de la couverture santé

La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a instauré la généralisation de la couverture complémentaire santé d'entreprise depuis le 1^{er} janvier 2016. Toute entreprise du secteur privé est tenue de proposer une complémentaire santé à ses salariés et de financer la cotisation à hauteur de 50 % minimum. D'après l'enquête Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise (PSCE), 97 % des établissements de 10 à 49 salariés et 99 % des établissements de 500 salariés et plus proposent désormais une complémentaire santé à leurs salariés en 2017, contre respectivement 67 % et 90 % avant le 1^{er} janvier 2016 (cf. graphique 2). En 2017, 84 % des établissements proposent ainsi une complémentaire santé pour 96 % des salariés.

La loi prévoit certaines possibilités de dispenses d'adhésion au contrat collectif (salariés en CDD de moins d'un an, travailleurs à temps partiel ...). Pour ces derniers, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2016 a instauré le « versement santé » (aide financière de l'employeur pour financer l'acquisition d'un contrat individuel) pour les salariés en contrat court (CDD de moins de 3 mois) ou de mission ou à temps partiel (moins de 15 heures par semaine).

L'ordonnance du 17 février 2021 a fixé les grandes lignes de la réforme du financement de la complémentaire santé dans la fonction publique. Cette réforme a pour objectif d'améliorer l'accès à une complémentaire santé pour les agents publics qui en assumaient majoritairement seuls la charge financière jusqu'à présent. Pour la fonction publique de l'Etat, à partir du 1^{er} janvier 2022, les administrations remboursent les cotisations à hauteur de 15 € par mois et par agent. Ce mécanisme de remboursement prendra fin lors de la mise en place par les employeurs de l'Etat du dispositif pérenne présenté ci-dessous.

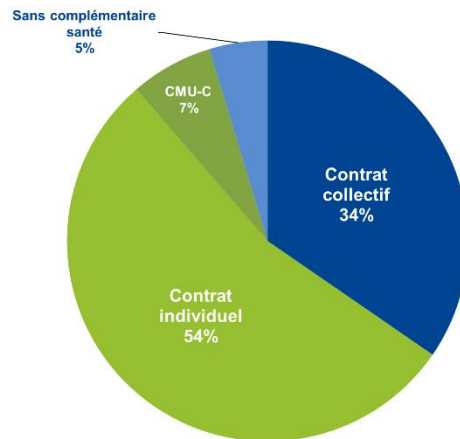
L'employeur sera tenu de proposer une complémentaire santé à ses agents et de la prendre en charge à hauteur de 50 % des garanties minimales du code de la sécurité sociale à la date d'échéance des conventions de participation en cours, ou en l'absence de convention :

- à compter du 1^{er} janvier 2025 pour la fonction publique d'Etat ;
- à compter du 1^{er} janvier 2026 pour la fonction publique territoriale et pour la fonction publique hospitalière.

Enfin, le cas échéant, un accord collectif peut prévoir la souscription obligatoire des agents à tout ou partie des garanties que le contrat collectif comporte.

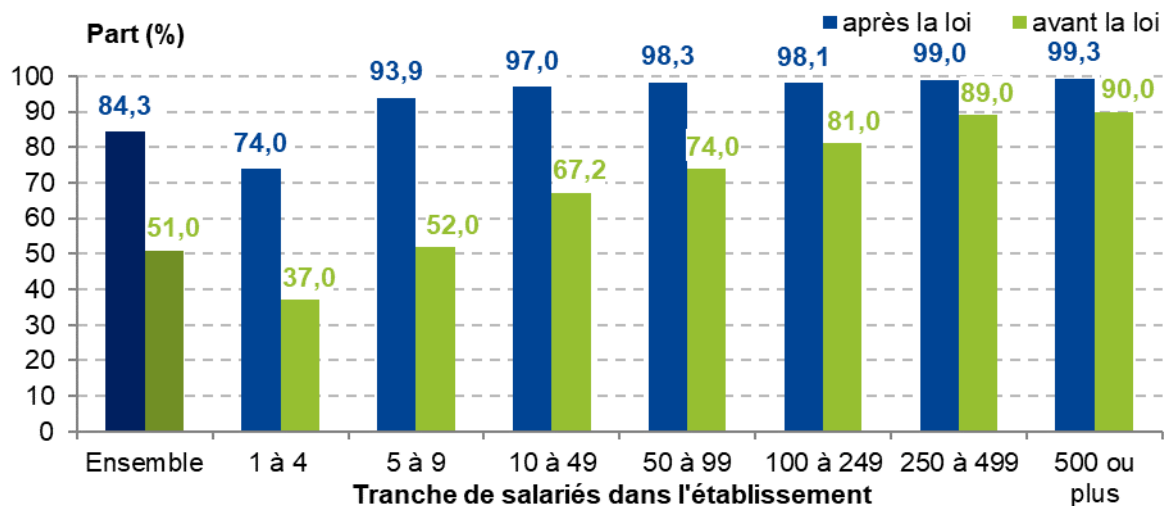
¹ Les motifs d'absence de couverture complémentaire ne somment pas à 100% car plusieurs motifs peuvent être évoqués par les répondants.

Graphique 1 • Répartition de la population vis-à-vis de la complémentaire santé en 2014



Source : ESPS, 2014. Champ : France métropolitaine, personnes vivant en ménage ordinaire (à l'exclusion des personnes en institutions : maisons de retraite, services hospitaliers de long séjour, centres d'hébergement, personnes sans domicile, en prison...).

Graphique 2 • Part des établissements proposant une complémentaire santé à leurs salariés au 31 décembre 2015



Champ • Ensemble des établissements du secteur privé d'au moins un salarié au 31 décembre 2015.
Source • Enquête PSCE 2017, volet établissements.

• Précisions méthodologiques

L'enquête santé et protection sociale (ESPS), réalisée par l'Institut de recherche en économie de la santé (Irdes) est représentative de la population vivant en ménage ordinaire (*i.e.* à l'exclusion des personnes en institution) en France métropolitaine, dont au moins un membre appartient à l'un des principaux régimes (régime général, RSI, MSA), soit au total 95 % de la population de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire.

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), également menée par l'Irdes, porte sur la couverture complémentaire santé et la prévoyance d'entreprise. Elle est effectuée sur le champ de l'ensemble des établissements du secteur privé de France métropolitaine et des Dom employant au moins un salarié.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.9. Contribution de l'assurance maladie à la redistribution des revenus

Par le jeu des différents financements qu'elles appellent auprès des assurés, et des prestations qu'elles leur versent en cas de maladie, qui peuvent être pensés en termes de transferts monétaires, les assurances maladie obligatoires (AMO) et complémentaires (AMC), ont un effet sur la distribution des revenus des ménages. 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 dans un premier temps à la forte diffusion de la couverture complémentaire maladie en France (plus de neuf Français sur dix disposent d'une telle couverture) ; dans un second temps à l'existence de dispositifs favorisant l'accès à une complémentaire santé (CMU-C et ACS, remplacées depuis 2019 par la complémentaire santé solidaire (CSS)) ; dans un troisième temps 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.

Les ménages à revenus modestes ont des dépenses de santé plus importantes que les ménages plus aisés

Lorsque l'on analyse, à l'aide du modèle de microsimulation Ines-Omar développé par la Drees (cf. *précisions méthodologiques*), la distribution des dépenses de santé, on observe que celles-ci sont relativement élevées pour les ménages jusqu'au septième dixième de niveau de vie, quoique faibles pour les 10 % des ménages les plus modestes, (cf. *graphique 1, partie droite*). En 2019, les 10 % des ménages les plus modestes étaient confrontés en moyenne à une dépense de santé de d'environ 5 110 euros par an par ménage, donnant droit à une prise en charge des régimes obligatoires d'assurance maladie de 4 700 euros. Ces montants s'élèvent, respectivement, à 7 500 et 5 600 euros pour les ménages du deuxième au septième dixième de niveau de vie, à 4 100 et 4 500 euros pour les ménages appartenant aux trois dixièmes supérieurs. Ces disparités tiennent à l'état de santé moins bon des personnes à revenus modestes, et davantage orientées sur des postes de soins mieux pris en charge, notamment les soins hospitaliers, ainsi qu'au plus jeune âge des ménages du 1^{er} dixième de niveau de vie. En revanche, les prestations versées par les assurances maladie complémentaires (complémentaires publiques comprises) sont 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.

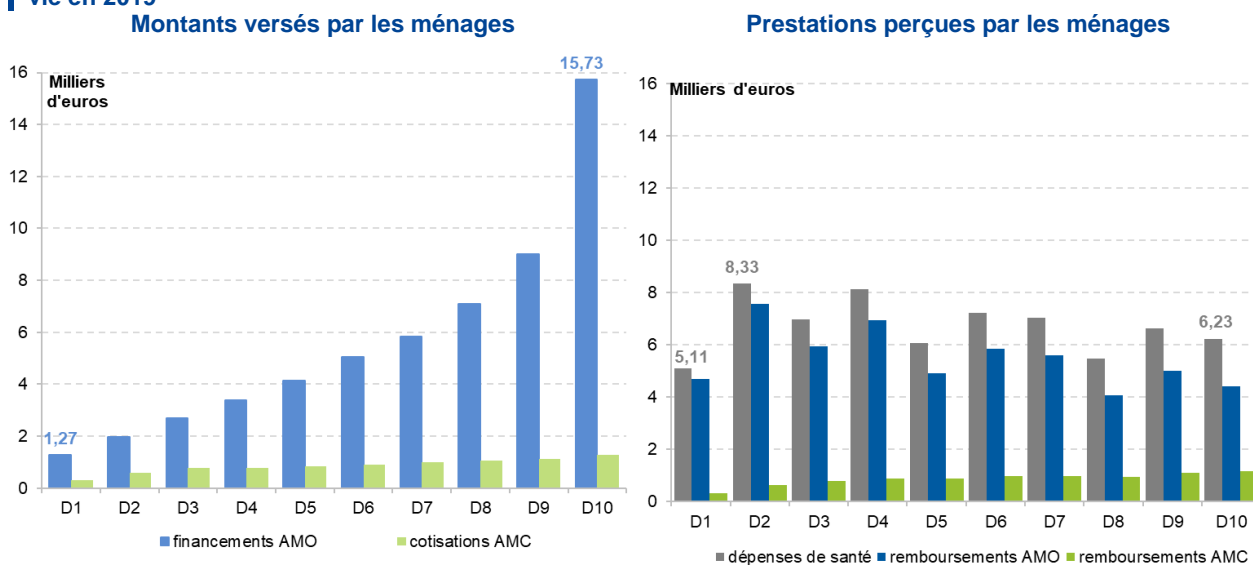
Des contributions aux régimes d'assurance maladie obligatoire progressives avec le revenu

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 obligatoires 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 part de contribution sociale généralisée (CSG), ainsi que celle des taxes indirectes (TVA, accises sur le tabac et l'alcool) affectées au risque maladie. En y ajoutant d'autres sources de financement telles que la taxe sur les salaires ou la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), le champ des contributions individualisables couvre environ 93 % des recettes de la branche maladie en 2022. Ces contributions des assurés sont dans l'ensemble progressives avec le revenu, en raison des règles d'exonération, de la modulation des taux de CSG pour les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine, et des allègements de cotisations sociales patronales pour les bas salaires. Néanmoins les taxes indirectes s'avèrent à l'inverse être régressives.

Les versements aux dispositifs de couverture complémentaire maladie, de montants beaucoup plus faibles, augmentent - mais nettement plus faiblement - avec le niveau de vie (cf. *graphique 1, partie gauche*). Ils sont notamment plus faibles dans le premier décile qui compte une proportion plus importante de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite (ex CMU-C), laquelle assure 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 son effet 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. Il demeure cependant sur ce point des marges de progression dans l'égalité d'accès aux soins, notamment préventifs

Graphique 1 • Contributions et prestations d'AMO et d'AMC en moyenne par ménage par dixième de niveau de vie en 2019



Source : DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Champ : Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Note de lecture : en 2019, les 10 % des ménages les plus modestes dépensent en moyenne annuelle 319 euros pour leur couverture maladie complémentaire (primes hors taxes) et participent au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à hauteur de 1 269 euros en moyenne. Leurs dépenses de santé s'élèvent en moyenne à 5 105 euros dont 329 euros leur sont remboursés par leur assurance maladie complémentaire (AMC) et 4 702 euros par l'AMO (y compris au titre de la CMU-C et chèque ACS).

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Ces indicateurs sont construits par la Drees grâce au modèle de microsimulation Ines-Omar 2019, issu du 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 Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2017 produite par l'Insee et pseudo-appariée à l'Enquête européenne sur la santé (EHIS) 2014 réalisée par Drees, l'Irdes et l'Insee (pour les moins de 15 ans), l'enquête EHIS 2019 (pour les 15 ans ou plus), l'appariement de l'EHIS avec les données du Système national de données de santé (SNDS), et les informations récoltées dans l'Enquête auprès des organismes complémentaires 2019 sur leurs contrats les plus souscrits (enquête OC) menée par la Drees.

- le modèle Ines, développé par la Drees, l'Insee et la Cnaf, 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 Ines 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 (ERFS) 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).

Le modèle Omar 2019 est pseudo-apparié avec le modèle Ines 2019 : à chaque individu du modèle Ines en France métropolitaine sont attribuées les données d'un individu d'Omar partageant les mêmes caractéristiques sociales et démographiques. Les données sont ensuite calées sur les dépenses de santé sur le champ de France entière.

Indications complémentaires :

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 Ines-Omar sur lequel s'appuie l'indicateur a fortement évolué entre les éditions 2012, 2017 et 2019. Par exemple, depuis le millésime 2017 du modèle, les dépenses hospitalières contiennent non plus seulement les dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), mais également la psychiatrie (PSY), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD). Le lien entre le niveau de vie et les garanties et primes des contrats est également plus fiable depuis 2017, du fait de l'imputation d'un contrat (et donc de ses garanties et primes) en tenant compte des primes déclarées dans l'enquête, ainsi que du type de contrat (individuel ou d'entreprise, contrat spécifique à certaines catégories professionnelles ou non). Enfin, la version de 2019 présente des données de meilleure qualité que la version 2017 concernant les dépenses de santé (appariées pour toutes les personnes de 15 ans ou plus, et non plus imputées), et le repérage des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, désormais repérés dans le SNDS, permettant d'éviter des retraitements avec aléa.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2. OBJECTIFS / RESULTATS

2.1. Réduire les facteurs de risques

2.1.1. Obésité et surpoids chez l'enfant

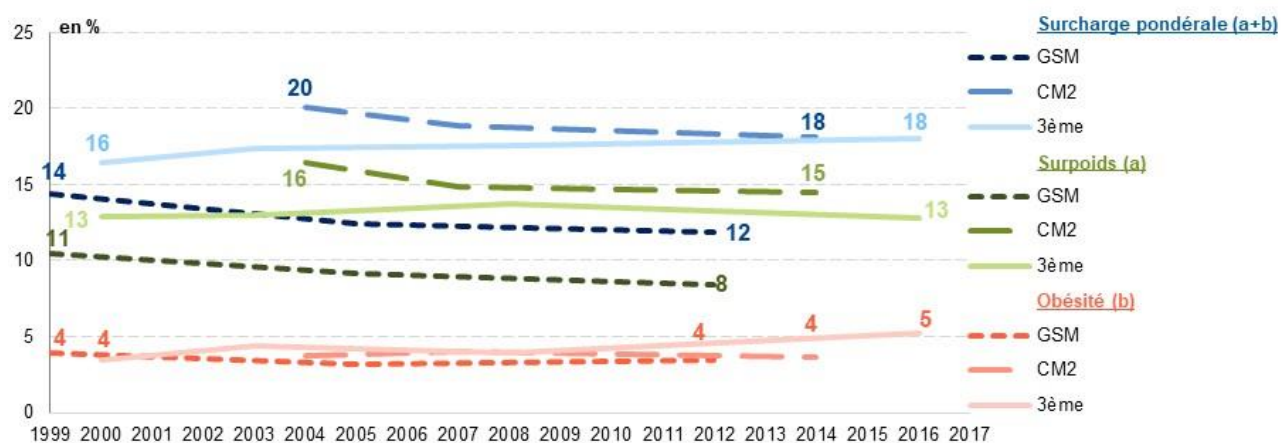
Finalité Le surpoids et l'obésité sont fréquemment associés à un risque accru de morbidité (pathologies cardiovasculaires, diabète, cancers, syndrome métabolique) et de mortalité. Chez l'enfant, l'obésité sévère est associée à des troubles orthopédiques, métaboliques et endocriniens, à des conséquences psychiques liées aux phénomènes de stigmatisation, et à une probabilité élevée de persistance à l'âge adulte.

Le Programme National Nutrition Santé mis en place depuis 2001 et inscrit dans le code de la santé publique a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition. Un des objectifs du PNNS 2019-2023 est de réduire l'obésité et le surpoids dans la population, notamment en diminuant la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants et les adolescents. La feuille de route obésité 2019-2022 a poursuivi les mesures engagées dans le plan obésité 2010-2013 notamment sur l'organisation du système de prise en charge des patients obèses. Le PNNS a mis en place des stratégies d'information et d'éducation nutritionnelle ainsi que des actions visant à faire évoluer l'environnement alimentaire et physique afin de faciliter les choix positifs pour la santé en mettant l'accent sur les populations vulnérables afin de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Résultats Les enquêtes triennales menées par la DREES et la DGS permettant de renseigner l'indicateur sur l'obésité et le surpoids des enfants n'ont pas été conduites depuis 2017.

D'après les enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire, 12 % des enfants en grande section de maternelle (GSM), 18 % des enfants en CM2 et 18 % des adolescents scolarisés en classe de troisième sont en surcharge pondérale (surpoids ou obésité) ; les chiffres relatifs aux adolescents sont plus anciens que pour les autres classes d'âge (cf. tableau 1). L'obésité à proprement parler (selon les normes de l'*International Obesity Task Force* (IOTF)) concerne entre 3,5 % et 4 % des enfants de chaque niveau (grande section de maternelle, CM2, 3^{ème}). En grande section de maternelle, le surpoids 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 (10 %) que les garçons (7 %) alors que les prévalences d'obésité sont proches (respectivement 3,8 % et 3,2 %). L'enquête réalisée en 2014-2015 auprès des enfants de CM2 montre que 7 % des enfants sont obèses et 15 % sont en surpoids. 15 % des filles sont en surpoids contre 14 % des garçons et 4 % sont obèses contre 3 %. L'enquête réalisée auprès des élèves de 3^{ème} en 2016-2017 montre que 5 % des adolescents sont obèses et 13 % sont en surpoids. 15 % des filles sont en surpoids et 5 % sont obèses. Parmi les garçons, 12 % sont en surpoids et 5 % sont obèses.

Graphique 1 • Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent¹



Sources : Drees-DGESCO, enquêtes nationales de santé en milieu scolaire.

Champ : France entière, normes de l'International Obesity Task Force (IOTF).

¹les chiffres ont été légèrement révisés par rapport aux précédentes publications

Si globalement, la prévalence du surpoids et de l'obésité a reculé pour les enfants de grande section de maternelle ou de CM2 entre 2000 et 2013, ce n'est pas le cas pour les adolescents en classe de 3^{ème} d'après une enquête réalisée en 2016-2017 (courbes pleines). Par ailleurs, 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 3^{ème}). Ainsi, lors de l'année scolaire 2012-2013, 7 % des enfants de cadres scolarisés en GSM présentent une surcharge pondérale contre 16 % des enfants d'ouvriers. En 2014-2015, parmi les élèves scolarisés en classe de CM2, ils sont respectivement 13 % contre 21 % à présenter une surcharge pondérale. En

2016-2017, parmi les adolescents élèves de 3^{ème}, 12 % des enfants de cadres sont concernés contre 24 % chez les enfants d'ouvriers.

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 prioritaire¹ (ZEP), contre 12 % dans les autres établissements publics hors éducation prioritaire et 8 % dans les écoles privées. De même, en 2014-2015, 25 % des enfants de CM2 en éducation prioritaire² sont en surcharge pondérale contre 18 % dans les autres établissements publics hors éducation prioritaire et 14 % dans les écoles privées. Concernant les élèves de 3^{ème}, en 2016-2017, 25 % des élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire sont en surcharge pondérale contre 17 % des élèves non scolarisés en éducation prioritaire. Ces disparités reflètent notamment des différences de modes de vie (sédentarité) et de consommation alimentaire selon le milieu social.

Tableau 1 • Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le groupe socio-professionnel des parents

Groupe socioprofessionnel des parents ⁽¹⁾ (en %)	Surcharge pondérale			Obésité		
	GSM	CM2	3 ^{ème}	GSM	CM2	3 ^{ème}
	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2012-2013	2014-2015	2016-2017
Cadres, professions intellectuelles supérieures	7,2	12,7	12,0	1,3	1,4	2,7
Professions intermédiaires	10,2	16,1	15,0	2,4	3,1	3,4
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	13,8	19,1	19,0	4,8	3,6	5,7
Employés	14,3	20,1	22,0	4,8	4,0	6,2
Ouvriers	15,6	21,4	24,0	5,8	5,5	7,5
Ensemble	11,9	18,0	18,4	3,5	3,5	5,1

Sources : Drees-DGESCO, enquêtes nationales de santé en milieu scolaire.

Champ : France entière, normes de l'International Obesity Task Force (IOTF).

⁽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 qui 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/m²) et une pour l'obésité (IMC \geq 30 kg/m²), 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 Santé publique France. 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 actuellement tous les six 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 cet indicateur, se reporter aux publications Études et résultats n°155, n°250, n°283, n°313, n°322, n°573, n°632, n°737, n°853, n°920 et n°1122 de la Drees.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DREES/DGS

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.

² L'enquête de 2014-2015 repose sur le nouveau découpage d'éducation prioritaire, regroupant les ECLAIR (Les écoles, collèges et lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite) et les RRS (réseaux de réussite scolaire).

2.1.2. Personnes diabétiques bénéficiant des examens recommandés

Finalité Le nombre de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement a été estimé à plus de 3,8 millions en France en 2022, soit 5,6 % de la population¹⁸. A structure d'âge équivalente, la prévalence est 1,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Elle augmente avec l'âge, atteignant un taux maximal chez les 75-79 ans. Les complications potentielles du diabète étant nombreuses¹⁹ et 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 pharmacologiquement, 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 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 trois 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.

Résultats En 2020, par rapport à la période 2010-2019, un impact de la crise sanitaire sur le suivi des examens recommandés a été observé avec un recul global du suivi, surtout marqué pour les consultations dentaires (-4 points) et les 3 dosages d'HbA1c (-3 points).

En 2021-2022, par rapport à 2020, la situation s'est améliorée avec des indicateurs de suivi en augmentation pour tous les examens recommandés, à l'exception du dosage de la microalbuminurie et des consultations d'ophtalmologie, qui sont restés stables. En 2022, la proportion de personnes ayant bénéficié de 3 dosages d'HbA1c a, à nouveau reculé (-1,6 point), alors qu'elle avait retrouvé en 2021 son niveau d'avant la crise sanitaire.

Tableau 1 • Taux de personnes diabétiques bénéficiant des examens recommandés

Part des patients diabétiques ayant effectué, en libéral, au cours de l'année :	2010	2013	2016	2019	2020	2021	2022	Objectif
Au moins 3 dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c)	41,8	50,6	54,0	55,9	52,5	55,3	53,7	Augmentation
Au moins un dosage de la créatinine	80,6	84,4	85,7	89,2	88,5	89,0	89,2	
Au moins un dosage de la microalbuminurie	26,6	29,9	31,4	42,0	40,9	40,5	40,9	
Au moins un dosage des lipides	71,9	74,3	74,5	76,9	76,3	77,8	78,7	
Au moins une consultation en cardiologie ou un ECG	34,2	35,1	36,2	37,5	36,2	36,8	37,5	
Au moins une consultation dentaire	34,4	36,2	37,2	38,3	34,1	38,3	39,3	
Au moins une consultation d'ophtalmologie/2 ans	60,9	62,3	62,3	64,1	62,6	62,6	64,0	

Source : Snds (DCIR-PMSI). Champ : tous régimes, France entière (hors Mayotte).

Construction de l'indicateur L'indicateur rapporte les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ayant effectué un examen en libéral dans l'année à l'ensemble des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement. Les actes et consultations externes des hôpitaux publics en facturation directe n'ont pas été inclus car leurs remontées ne sont pas exhaustives.

Précisions méthodologiques La population diabétique traitée pharmacologiquement a été définie par le remboursement à au moins trois dates différentes de traitements antidiabétiques (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 délivrances est ramené à 2.

Les dosages biologiques ont été identifiés à partir des codes de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) suivants : HbA1c, 1577 ; créatininémie, 592, 593 et 407 ; microalbuminurie, 1 133; cholestérol, triglycérides ou bilan lipidique, 580, 590, 996 et 2001. Les électrocardiogrammes ont été identifiés à partir des codes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) : DEQP001 à DEQP008 et DEQA001. Enfin, les consultations en cardiologie libérale ont été identifiées à partir du code 3 de la spécialité médicale du professionnel de santé (PS) exécutant; les consultations dentaires en libéral à partir du code 18 de la spécialité médicale du PS ou du code 19 de la nature d'activité du PS exécutant ; les consultations en ophtalmologie libérale ont été identifiées à partir du code 15 de la spécialité médicale du PS exécutant.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Santé Publique France

¹⁸ Santé publique France, Geodes, <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

¹⁹ Fosse Edoth S, Mandereau Bruno L, Regnault N. (2015), « Le poids des complications liées au diabète en France en 2013 ». Synthèse et perspectives. Numéro thématique. Journée mondiale du diabète 2015. Suivi « du diabète et poids de ses complications sévères en France ». Bull Epidemiol Hebd. 2015 (34-35) : 619-25.

2.1.3. Prévalence du tabagisme quotidien

Finalité Avec près de 75 000 décès chaque année, le tabac est la première cause de mortalité évitable (cf. indicateur n°1-2-2). Le coût pour la société de cette consommation est estimé à 156 Md€ par an (estimation pour l'année 2019 et en prenant en compte uniquement les 13 millions de fumeurs quotidiens). Les pouvoirs publics mettent en œuvre de nouvelles mesures pour réduire la consommation de tabac dans le cadre du programme national de lutte contre le tabac 2023-2027, en articulation avec les ARS et les programmes régionaux de santé. Une attention particulière est accordée aux enfants et adolescents par le déploiement de programmes de renforcement des compétences psycho-sociales, en partenariat avec le ministère de l'éducation nationale, les rectorats, dans l'enseignement agricole, pour les jeunes confiés à la protection judiciaire de la jeunesse ou à l'aide sociale à l'enfance. De même, le soutien à l'arrêt du tabac est une priorité pour les populations en situation de précarité à faible revenu ou statut socio économiquement modeste, en raison de très fortes inégalités sociales selon le revenu ou l'activité. Les mesures visant à réduire le tabagisme sont présentées dans un paragraphe dédié (cf. infra).

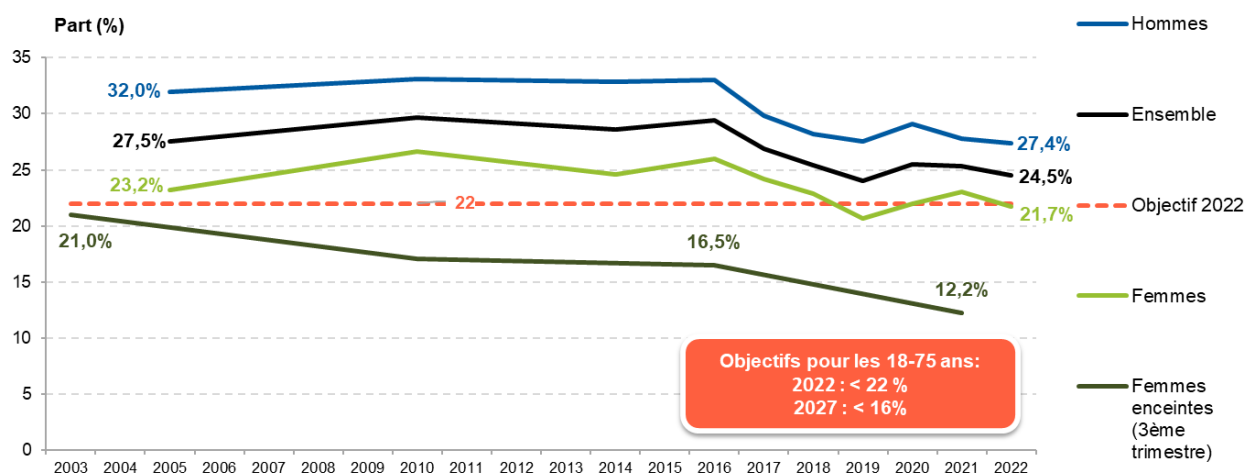
Résultats Les données concernant la prévalence du tabagisme quotidien sont présentées en part de la population.

Chez les jeunes de 17 ans, la prévalence du tabagisme quotidien a baissé significativement entre 2017 et 2022 de 25,1% à 15,6%, de même pour l'expérimentation du tabac (cf. graphique 2). La tendance à la baisse du tabagisme chez les jeunes, observée depuis les années 2000, est rapportée aussi bien chez les filles que chez les garçons de 17 ans, mais l'usage quotidien reste cependant plus souvent le fait des garçons (17 % contre 14,2 % des filles).

Chez les adultes (18-75 ans), la prévalence du tabagisme quotidien a baissé de manière historique entre 2014 et 2019 avec près de 1,9 millions de fumeurs en moins et s'est stabilisée à 24,5 % entre 2019 et 2022, malgré un contexte de crise qui pouvait faire craindre une hausse des consommations. Cette prévalence reste toutefois trop élevée et se traduit par des inégalités sociales marquées : 33,6 % de fumeurs quotidiens chez les personnes aux revenus les plus modestes contre 21,4 % parmi les personnes aux revenus les plus élevés, soit 12 points d'écart en 2022.

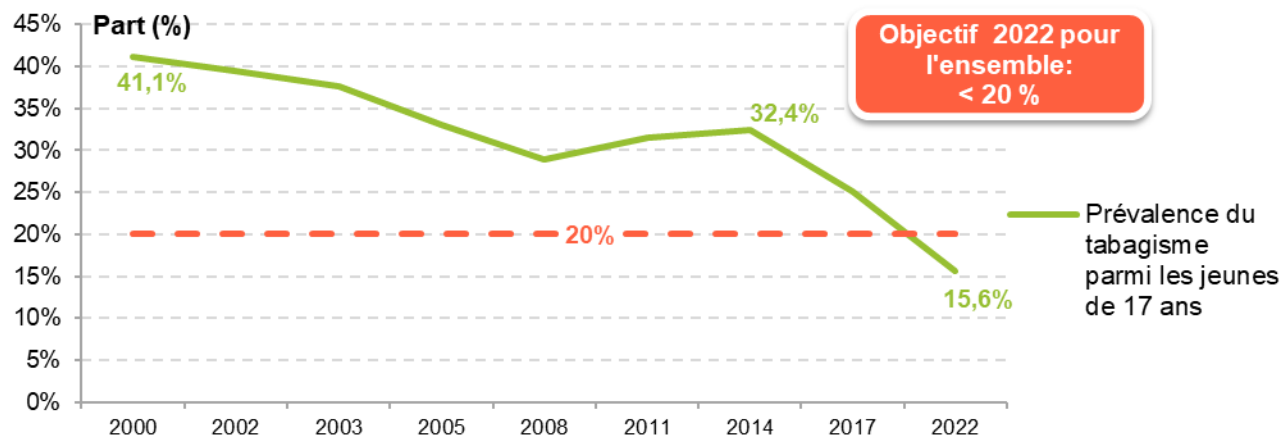
Grâce à l'enquête nationale périnatale en 2021, il est observé que la proportion des femmes déclarant une consommation de tabac au 3^e trimestre est en diminution par rapport à la précédente enquête (12,2 % en 2021 contre 16,3 % en 2016).

Graphique 1 • Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France métropolitaine



Sources : Baromètre santé (Santé Publique France) pour la population générale, Enquête Nationale Périnatale (Inserm/DREES/Santé publique France) pour la femme enceinte, étude ESCAPAD (OFDT) pour les adolescents.

Graphique 2 • Prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans



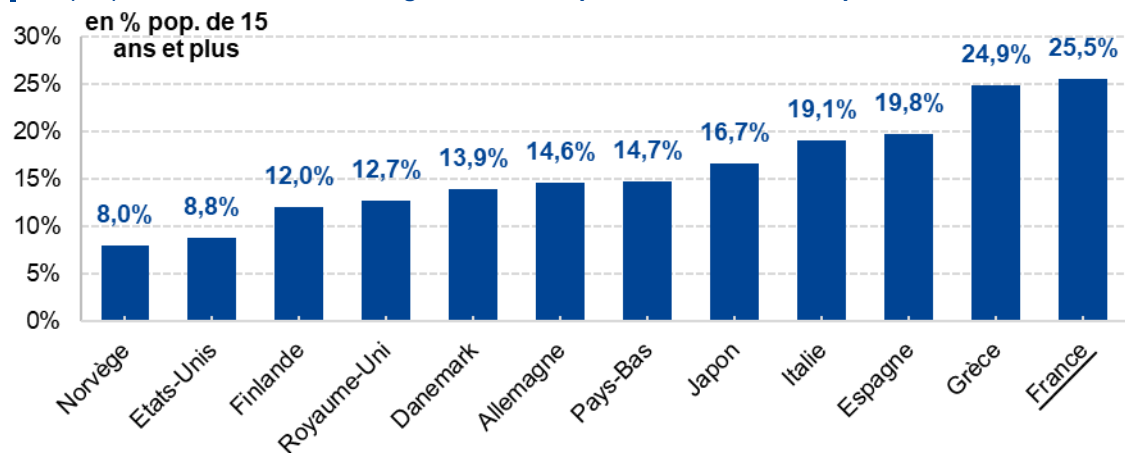
Sources : Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)

Concernant le vapotage, en 2022, 41,2 % des 18-75 ans ont déclaré avoir déjà expérimenté la cigarette électronique, proportion en hausse par rapport à 2021 (38,7 %) et la prévalence du vapotage quotidien s'élevait à 5,5 % en hausse significative depuis 2016 (2,5 %).

L'usage de la cigarette électronique à 17 ans est aussi en très nette progression entre 2017 et 2022 : l'usage quotidien a triplé, progressant de 1,9 % à 6,2 %.

La prévalence du tabagisme en France est l'une des plus élevées des pays de l'OCDE : 25,5 % (en 2020) alors que l'Allemagne (14,6 %), le Danemark (13,9 %) et les Pays Bas (14,7 %) ont une prévalence inférieure à 15 % en 2021. (cf. graphique 3). Depuis 2007, la Norvège, l'Estonie et l'Islande font partie des pays ayant connu la plus forte réduction de la proportion de fumeurs.

Graphique 3 • Prévalence du tabagisme chez les plus de 15 ans, en comparaisons internationales



Source : OCDE
Dernière année disponible de 2019 à 2021, selon les pays.

Mesures visant à réduire le tabagisme

Le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022, co-porté par les ministères chargés de la santé et des comptes publics et appuyé par d'importants moyens financiers, a permis de déployer des actions de dénormalisation du tabac, d'amplifier le marketing social visant à l'arrêt du tabac, d'améliorer l'accès aux traitements de substitution nicotinique, de développer des actions de prévention vis-à-vis des jeunes et de mener une stratégie globale et cohérente avec l'administration des Douanes pour réduire l'accessibilité financière des produits du tabac tout en amplifiant la lutte contre les déports de consommation sur d'autres produits ou circuits (commerce illicite, achats transfrontalier, etc.).

Pour atteindre l'objectif de la première génération sans tabac à l'horizon 2032, le nouveau Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027 s'appuie sur deux piliers principaux : prévenir l'entrée dans le tabagisme, en particulier chez les plus jeunes – en réduisant l'accessibilité financière du tabac (*cf. indicateur Financement n°2-9*), en sortant le tabac des espaces quotidiens ou encore en encadrant les produits du vapotage attractifs auprès des jeunes et mieux accompagner les fumeurs vers l'arrêt du tabac, en particulier les plus modestes d'entre eux. 5 axes sont définis :

- Prévenir l'entrée dans le tabagisme, en particulier chez les jeunes,
- Accompagner les fumeurs, en particulier les plus vulnérables vers l'arrêt du tabac,
- Préserver notre environnement de la pollution liée au tabac,
- Transformer les métiers du tabac et lutter contre les trafics,
- Améliorer la connaissance sur les dangers liés au tabac et les interventions pertinentes.

26 nouvelles mesures sont détaillées dans le PNL 2023-2027 : [Plan national de lutte contre le tabac - Ministère du travail, de la santé et des solidarités \(sante.gouv.fr\)](#)

Précisions sur l'indicateur : L'exercice prévision/réalisation est très largement dépendant de l'évolution des mesures de lutte anti-tabac, telle que l'évolution de la taxation des tabacs et des cigarettes.

Les données sont issues du Baromètre de Santé publique France (réalisé tous les ans depuis 2016 puis tous les 2 ans à partir de 2024) pour la population générale, de l'enquête nationale périnatale pour les femmes enceintes (dernière édition en 2021), 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 (dernière édition en 2023).

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.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Santé publique France et OFDT

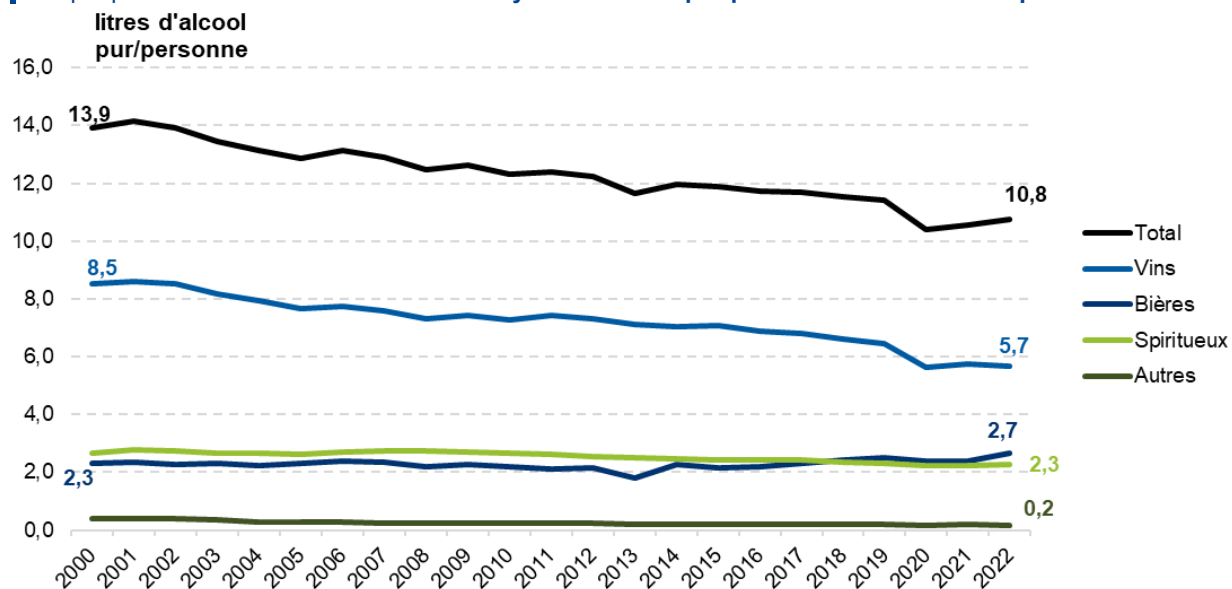
2.1.4. Consommation d'alcool par habitant

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 la Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 et dans la stratégie décennale cancer 2021-2030.

Résultats Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par français de 15 ans et plus, l'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable : 41 000 décès par an (dont 16 000 cancers). Il représente également le deuxième facteur de risque de cancer après le tabac : 28 000 nouveaux cas de cancer par an dont 8 000 cancers du sein et il s'agit de la première cause de handicap mental à la naissance non génétique (1/1000 des naissances), du fait de l'alcoolisation fœtale. Enfin, l'alcool pèse sur les finances publiques et sur le système de santé, en représentant un coût social estimé à 102 Md€ par an en 2023. Ce coût social reste très élevé comparé aux recettes fiscales dégagées par les taxes sur les alcools qui s'élèvent à près de 4 Md€ (cf. indicateur Financement n°2-9).

Aussi, la politique publique sanitaire concernant les risques associés à la consommation d'alcool doit s'articuler autour de la prévention et de la prise en charge, avec une attention particulière à la politique du « zéro alcool » au cours de la grossesse, compte tenu des conséquences possibles sur le fœtus, et de la protection des jeunes. Pour les mineurs, du fait de conséquences importantes sur le développement cérébral, il faut retarder au plus tard les usages précoces et viser une réduction des alcoolisations ponctuelles importantes. La prise en charge des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool est également prioritaire et relève tant des professionnels de santé que des dispositifs spécialisés (médico-sociaux et hospitaliers).

Graphique 1 • Consommation annuelle moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus



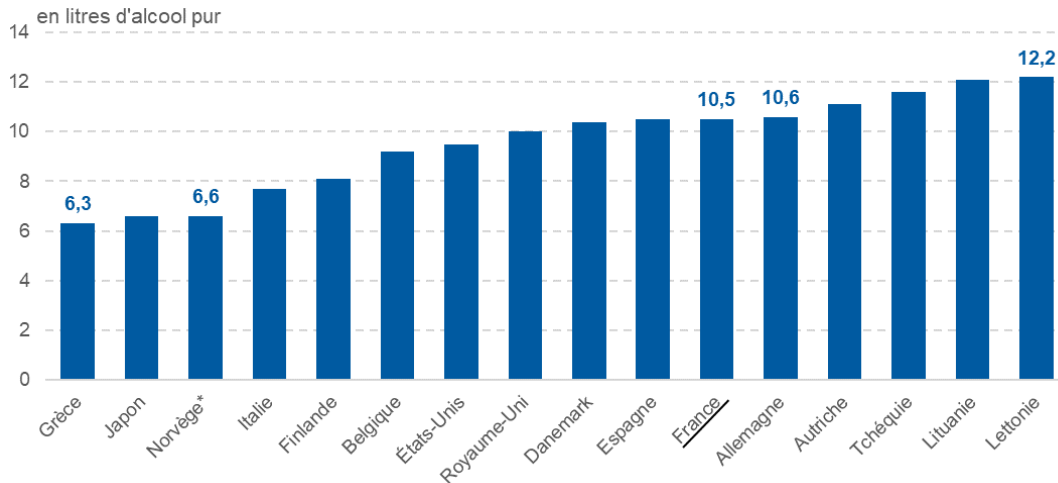
Source : Insee/OFDI

Note : La catégorie « Autres » comprend certains produits intermédiaires (boissons alcoolisées contenant un mélange d'alcool fermenté et d'alcool distillé) ainsi que les cidres et les poirés. Les vins doux naturels et les vins de liqueurs qui sont techniquement des produits intermédiaires ont été comptés avec les vins.

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. Entre 2013 et 2014, la quantité d'alcool consommée a augmenté de 0,3 litre équivalent d'alcool pur. Ceci est dû exclusivement à une augmentation de la consommation de bière (de 1,8 litre d'alcool pur en 2013 à 2,3 litres en 2014) dont la diminution particulièrement forte en 2003 s'explique par l'augmentation des taxes prévues par la LFSS 2013. En 2018, la consommation moyenne d'alcool pur s'élève à 11,6 litres en équivalent d'alcool pur et elle continue de diminuer en 2019, où elle s'élève à 11,4 litres équivalent d'alcool pur, puis 10,8 en 2022.

En 2021, la France est le huitième pays de l'OCDE en termes de consommation d'alcool par habitant (10,5 L d'alcool pur) ce qui la place à des niveaux proches de ceux des pays de l'Est (Lettonie, Pologne, République Tchèque, Lituanie).

Graphique 2 • Consommation annuelle moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus en comparaisons internationales, en 2021



Sources : OCDE, 2021

* donnée 2022 disponible pour la Norvège

Sources des données Les données de consommation proviennent de l'Office français des drogues et tendances addictives (OFDT) et de l'OCDE.

Les données relatives à la mortalité et au nombre de cancers léaux attribuables à la consommation d'alcool datent respectivement de 2019 et 2015 (BEH du 19 février 2019).

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 L'indicateur 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.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Santé publique France et DGS

2.1.5. Pollution de l'air

Finalité La pollution de l'air est un mélange complexe, en évolution constante, de polluants qui peuvent être chimiques, physiques ou biologiques, tels que les pollens et les moisissures. Depuis 2013, les particules de l'air extérieur sont classées comme cancérigènes pour l'homme par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Elles contribuent également à l'aggravation de certaines pathologies (asthme et allergies) et peuvent avoir un impact sur la fertilité et le développement des enfants. La toxicité de ces particules provient à la fois de leur composition et de leur taille. Plus les particules sont fines, plus elles sont capables de pénétrer profondément dans l'organisme et de passer par la circulation sanguine vers d'autres organes.

Santé Publique France estime que chaque année près de 40 000 décès seraient attribuables à une exposition des personnes âgées de 30 ans et plus aux particules fines (PM_{2,5}), réduisant leur espérance de vie de 8 mois en moyenne. La pollution de l'air ambiant est ainsi un facteur de risque important pour la santé : 7 % de la mortalité totale est attribuable à une exposition aux PM_{2,5}.

Cette fiche suit les émissions de particules et la mise en place de zones à faibles émissions mobilité (ZFE_m) qui doit permettre de limiter les risques pour la population.

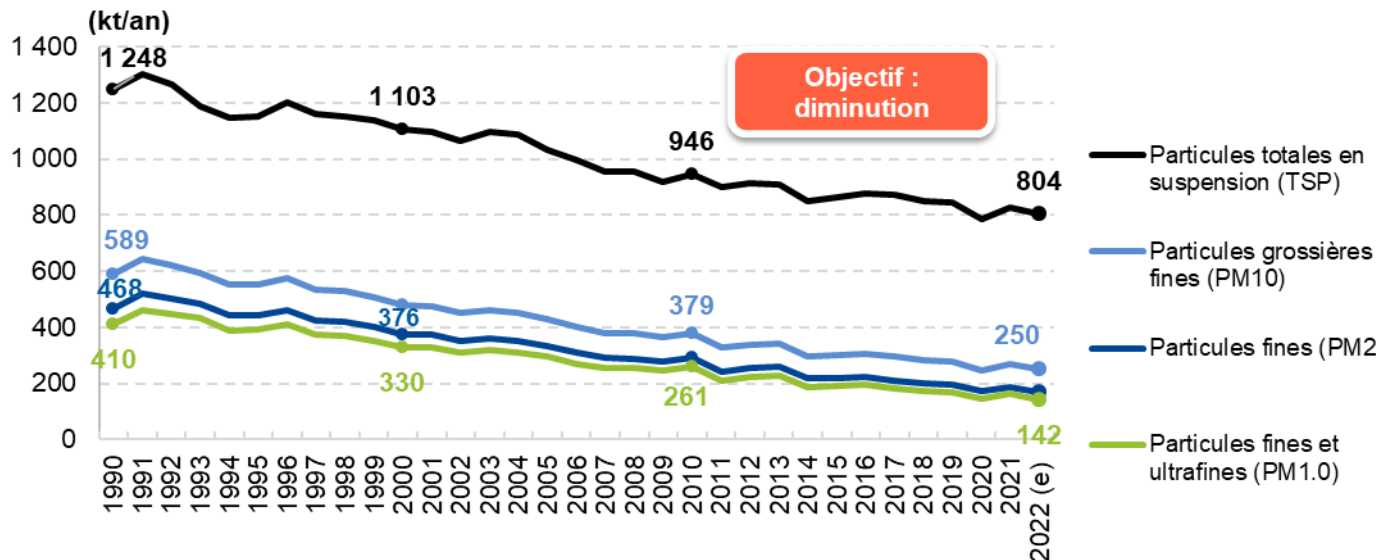
Résultats Le niveau des émissions de particules totales en suspension (TSP) est globalement en baisse depuis 1990. Tous les secteurs d'activité contribuent aux émissions de TSP. Les principaux secteurs émetteurs au cours de la période sont l'agriculture/sylviculture, notamment du fait des travaux des champs ; l'industrie manufacturière, notamment du fait de l'extraction de roches dans les carrières et des activités du BTP et de la construction (chantiers); et le résidentiel, notamment du fait de la combustion de bois dans les équipements domestiques. Pour les autres secteurs (hors transport), les émissions de particules proviennent principalement de la combustion de la biomasse.

Lors des dernières années, la tendance générale révèle une baisse continue des émissions totales de particules qui, bien que plus lente, suit la tendance historique observée depuis 1990. Ainsi, au cours des 30 dernières années, les émissions de TSP ont diminué de 36 %, et les émissions de particules fines et ultrafines de 65 % (*cf. graphique 1*). Certains secteurs comme le transport routier ou le résidentiel/tertiaire sont en constante diminution de leurs émissions de particules. Cependant, les émissions des autres secteurs ont plutôt tendance à stagner ces dernières années.

Les creux d'émissions observés s'expliquent généralement par des phénomènes temporaires : crise économique en 2009, douceur du climat en 2011 et 2014 (moins recours au chauffage et donc à la combustion). Les mesures de confinement mises en place au printemps 2020 pour limiter la propagation de la Covid-19 ont à ce titre entraîné une réduction de l'exposition de la population à la pollution (baisse du trafic, diminution de la production...). Un recul des émissions nationales de TSP de 7 % est ainsi observé entre 2019 et 2020. D'après l'évaluation quantitative d'impact sur la santé (EQIS) réalisée par Santé Publique France, 2 300 décès liés aux PM ont été évités, montrant l'impact de la pollution de l'air sur la santé.

Enfin, les émissions de TSP pourraient augmenter dans les prochaines années du fait de l'évolution du climat et du développement de la combustion de la biomasse, qui est plus émettrice de particules que les combustibles auxquelles elle se substitue généralement (fioul, gaz naturel). En effet, dans le cadre de la lutte contre le changement climatique, les politiques publiques soutiennent un accroissement de la biomasse dans le mix énergétique tout en lançant un plan d'actions visant à réduire les émissions de particules fines dans l'air (PM_{2,5}). Les particules fines représentent 30 % des émissions annuelles du chauffage au bois prévues sur la période 2020 – 2030. Notons que la rigueur de l'hiver 2021 a d'ailleurs déjà entraîné une augmentation des consommations de biomasse du secteur résidentiel (+14% de consommations de bois-énergie pour le résidentiel entre 2020 et 2021), et donc des émissions de PM_{2,5} notamment pour le chauffage résidentiel (+11%). Toutefois, le niveau d'émission de 2021 reste inférieur de 3% à celui de 2019, avant la crise sanitaire et les estimations de 2022 esquissent une baisse de 11 % des particules fines dans l'air (PM_{2,5}).

Graphique 1 • Emissions de particules dans l'air



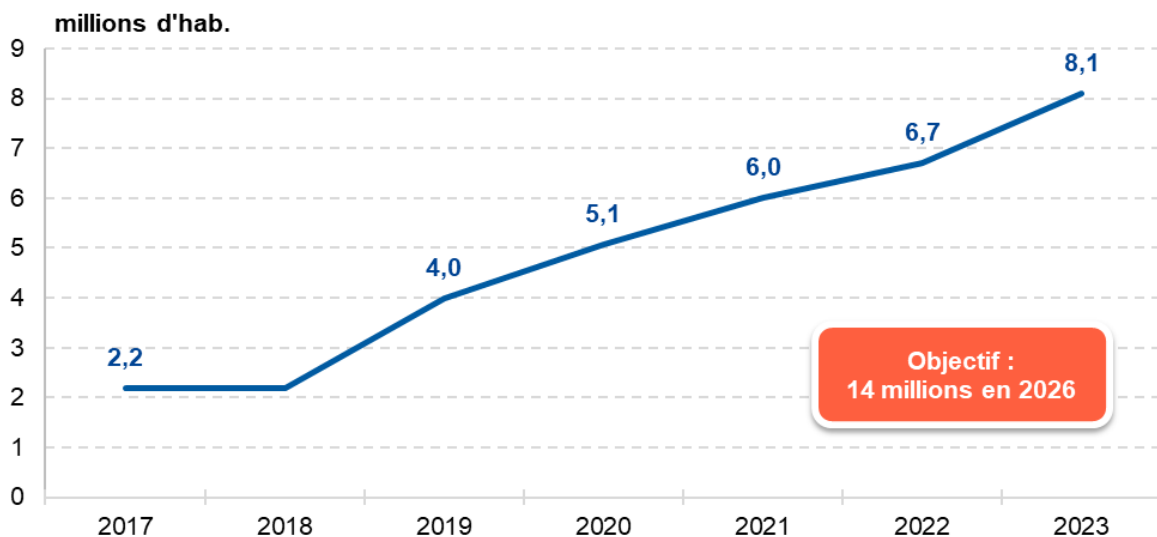
(e) : estimation

Note de lecture : En 2022, on estime le nombre de TSP émises en France à 804 kt. 30 ans auparavant, elles étaient de 1248 kt.

Source : Citepa édition 2023 - inventaire national d'émissions de gaz à effet de serre et de polluants atmosphériques - citepa.org

Afin de limiter les expositions, certaines collectivités territoriales ont mis en place des zones à faibles émissions mobilité (ZFE_m), dans lesquelles la circulation des véhicules les plus polluants est interdite. En 2021, deux nouvelles ZFE ont été créées (Rouen et Reims) et s'ajoutent aux trois premières ZFE (Paris, Grenoble et Lyon). Début 2022, quatre ZFE supplémentaires viennent compléter cette liste (Saint-Etienne, Nice, Toulouse et Strasbourg). Enfin, le projet de loi climat et résilience, prévoit de créer une trentaine de nouvelles ZFE_m et de mettre en place une ZFE_m dans les agglomérations de plus de 150 000 habitants d'ici fin 2024. Ainsi, 8,1 millions de personnes vivent dans une zone à faible émissions mobilité en 2023 (cf. graphique 2). Ce chiffre a été multiplié par 2,7 depuis 2017, l'objectif étant d'atteindre 14 millions d'habitants dans des ZFE d'ici à décembre 2026.

Graphique 2 • Nombre d'habitants vivant à l'intérieur d'une zone à faibles émissions



Note de lecture : En 2023, 8,1 millions de personnes vivaient dans une zone à faibles émissions en France. Pour 2026, l'objectif s'élève à 14 millions de personnes vivant dans ces ZFE.

Source : Baromètre de l'action publique

Précisions méthodologiques

Les particules sont différenciées selon leur diamètre :

- les particules totales en suspension (appelées TSP pour l'acronyme anglais Total Suspended Particles) regroupant l'ensemble des particules en suspension dans l'air, quelle que soit leur taille,
- les PM₁₀, particules dont le diamètre aérodynamique est inférieur ou égal à 10 µm (microns),

- les PM_{2,5}, particules dont le diamètre aérodynamique est inférieur ou égal à 2,5 µm,
- les PM_{1,0}, particules dont le diamètre aérodynamique est inférieur ou égal à 1,0 µm,
- les particules ultra fines (PUF), particules dont le diamètre est inférieur à 0,1 µm,

Les particules entre 2,5 et 10 µm sont dénommées particules grossières. Les PM_{2,5} sont qualifiées de particules fines et incluent également les particules ultrafines. Les PM₁₀ incluent donc les particules grossières, les particules fines et ultra fines.

Pour aller plus loin

Citepa, « Gaz à effet de serre et polluants atmosphériques : Bilan des émissions en France de 1990 à 2022 » rapport national d'inventaire / format secten, édition 2023

« Pollution de l'air ambiant : nouvelles estimations de son impact sur la santé des Français », Santé publique France, Avril 2021

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.2. Améliorer le dépistage des cancers et du VIH

2.2.1. Dépistage organisé des cancers

Finalité La feuille de route des dépistages organisés des cancers 2024-2028 prévoit de renforcer les programmes de dépistage organisé grâce à des évolutions organisationnelles et technologiques. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 prévoit également le renfort de la recherche dans le domaine des dépistages afin de disposer de tests plus efficaces, de développer de nouveaux dépistages (cancer du poumon, cancer de la prostate) et d'orienter vers un dépistage plus personnalisé prenant mieux en compte le risque de chaque individu.

Le dépistage des cancers ou des lésions précancéreuses pour lesquels existe un programme de dépistage organisé (sein, col de l'utérus et colorectal) permet de diminuer la mortalité de ces pathologies. A l'horizon 2028, l'un des objectifs de la feuille de route vise à atteindre les objectifs de couverture recommandés au niveau européen en matière de dépistage des cancers (75 % pour les cancers du sein et 80 % pour le col de l'utérus, 65 % pour le cancer colorectal), notamment en levant les inégalités d'accès et de recours au dépistage (niveau de participation quel que soit l'indice de défavorisation ou la CSP). A cette fin, la feuille de route prévoit la réalisation d'un million de dépistages en plus à cet horizon par rapport aux 9 millions de dépistages environ, réalisés chaque année.

Résultats Après une baisse continue depuis de nombreuses années suivie d'une chute en 2020 liée à la crise sanitaire du Covid-19, les taux de participation des programmes de dépistage organisé des cancers du sein ont augmenté en 2021 : la participation est de 51,6 % pour le cancer du sein (cf. *graphique 1*) et de 34,6 % (2020-2021) pour le dépistage du cancer colorectal (cf. *graphique 3*). Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, malgré une baisse du nombre de dépistages réalisés en 2020 (données non présentées), la couverture du dépistage de ce cancer est restée stable depuis 2012. En 2019-2021, le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus était de 59,6% (*graphique 2*).

Concernant le dépistage organisé du cancer du sein : 2,4 millions de femmes ont effectué une mammographie de dépistage organisée en 2022, Le taux national de participation pour la période 2021-2022 est de 47,7 %, soit 50,6 % pour l'année 2021 et 44,9 % pour l'année 2022.

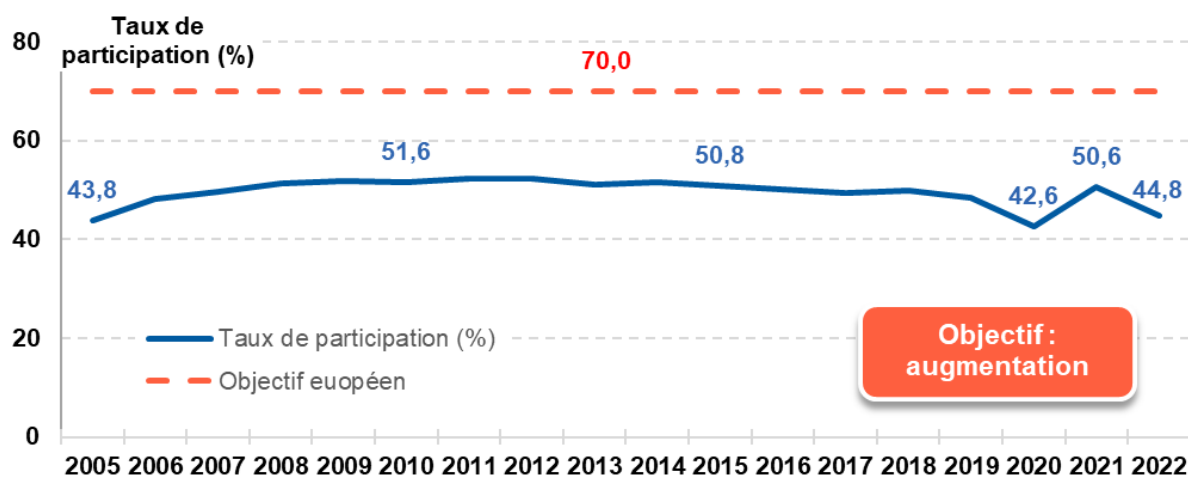
Après avoir augmenté jusqu'en 2011-2012 pour atteindre un pic à 52,3 %, la participation au programme est en diminution depuis 10 ans, pour toutes les tranches d'âge et toutes les régions. En 2020, en raison du premier confinement et de la fermeture des CRCDC, le taux de participation avait nettement chuté, globalement et dans toutes les tranches d'âge et tous les départements. L'année 2021 montrait un rattrapage pour toutes les tranches d'âges et tous les départements, témoignant d'une activité accrue des CRCDC et des cabinets de radiologie pour compenser la baisse de l'année 2020. En 2022, on observe une participation plus faible qu'en 2021. Elle reste légèrement plus faible qu'en 2019, pour toutes les tranches d'âge et la grande majorité des départements.

L'épidémie de COVID-19 a probablement continué de perturber le dépistage du cancer du sein en 2022, mais la baisse du dépistage observée depuis 2012 pour toutes les tranches d'âges et toutes les régions est peut-être en train de perdurer.

A noter que le dépistage organisé ne représente qu'une partie de la pratique de dépistage en France, et une partie des femmes le font en dehors des recommandations.

La convention médicale entre la Cnam et les médecins libéraux fixe notamment des objectifs de suivi des patientes âgées entre 50 et 74 ans dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP, cf. indicateur n°2-9-2).

Graphique 1 • Dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans (taux standardisés)



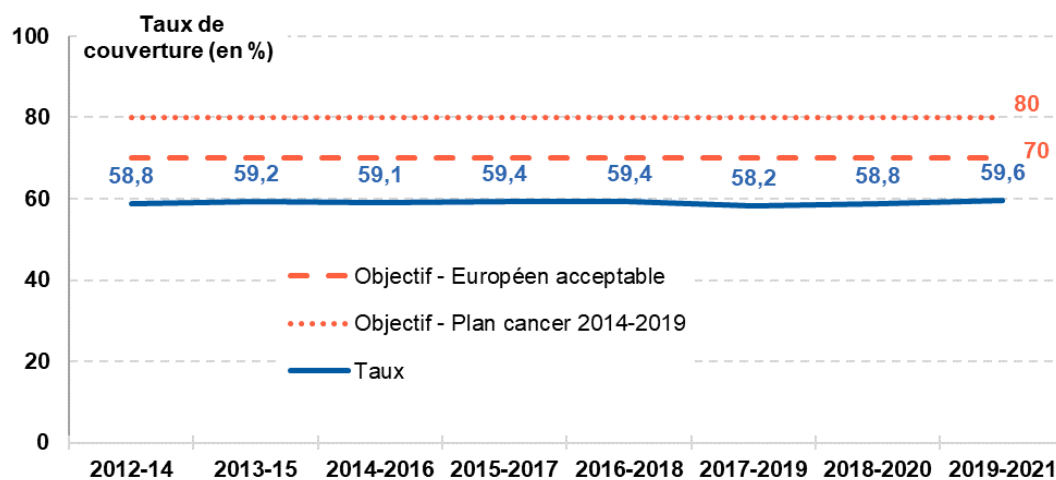
Sources : Données issues des CRCDC et Insee (ELP). Exploitation Santé publique France 2024 (standardisation sur la population française Insee 2009 (projections de population Omphale, scénario central, 2007-2042))

Concernant le cancer du col de l'utérus (cf. graphique 2), le taux de couverture national pour l'ensemble des femmes âgées de 25 à 65 ans est de 59,6 % pour la période 2019-2021 et varie selon les départements. Le taux de couverture brut par tranche d'âge quinquennale au niveau national le plus élevé est observé au sein de la tranche d'âge la plus jeune (25-29 ans, 67,5 %), puis diminue de manière importante entre 45 et 65 ans (60-65 ans, 46,5 %).

La proportion de femmes de 30 à 65 ans dépistées par la méthode du test HPV (recommandation HAS 2019) augmente rapidement : elle était de <1 % en 2019, de 22,8 % en 2020 et de 69,1 % pour le premier semestre 2022.

Actuellement recommandée chez les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans (avec un rattrapage vaccinal possible jusqu'à 19 ans), la vaccination contre les HPV permet de prévenir les infections génitales à HPV à l'origine d'environ 90 % des cancers du col de l'utérus et à l'origine d'autres cancers des voies génitales et de la sphère ORL. La couverture vaccinale du vaccin contre les HPV chez les adolescentes est en progression depuis plusieurs années. En 2023, elle était estimée à 55 % pour une dose à 15 ans et à 45 % pour le schéma complet à 16 ans. La vaccination des garçons, recommandée depuis 2021, permet de réduire la transmission des papillomavirus et permettra ainsi de protéger les prochaines générations, quel que soit le sexe, vis-à-vis des maladies liées aux HPV. En 2023, la couverture vaccinale du vaccin contre les HPV chez les garçons était estimée à 26 % pour une dose à 15 ans et à 16 % pour le schéma complet à 16 ans. Il est important que les couvertures vaccinales des filles et garçons continuent à progresser ; elles restent encore très inférieures à l'objectif de 80 % fixé pour 2030 dans la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

Graphique 2 • Couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans (taux standardisés)



Sources : SNDS/DCIR (tous régimes) et Insee. Exploitation Santé publique France 2024 (standardisation sur la population française de 2015)

Dépistage du cancer colorectal : 6,2 millions de personnes ont réalisé un test de dépistage, quel qu'en soit le résultat (positif, négatif ou non analysable), ce qui représente un taux de participation-population éligible standardisé sur l'âge de 34, %. Ce taux est stable par rapport à la période précédente (34,3 % en 2021-2022 – cf. graphique 3) mais toujours en-deçà du standard européen acceptable de 45 %. Ce taux de participation reste plus élevé chez les femmes (35,4 %) que chez les hommes (32,8 %), il augmente avec l'âge et varie selon les départements.

Graphique 3 • Dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes de 50 à 74 ans (taux standardisés)



Sources : Données issues des CRCDC et Insee (ELP). Exploitation Santé publique France 2024 (standardisation sur la population française Insee 2009 (projections de population Omphale, scénario central, 2007-2042))

Note : ruptures de série entre 2015 et 2016 (cf. construction de l'indicateur)

Construction des indicateurs Le *taux de participation au programme national de dépistage organisé* rapporte le nombre de personnes ayant réalisé un dépistage dans le cadre de ce programme au nombre de personnes cibles, du sexe et de la classe d'âge considérés.

Pour le cancer du sein et le cancer colorectal, l'indicateur est produit annuellement par Santé publique France à partir du nombre de personnes dépistées dans le cadre du programme de dépistage organisé correspondant, transmis par les CRCDC, et de la population cible transmise par l'Insee.

Précisions pour le cancer colorectal :

- Les taux de participation sont calculés après exclusion de la population âgée de 50-74 ans des individus identifiés comme étant à risque élevé de cancer colorectal ;
- Pour la période 2013-2014, les données sont incomplètes en raison de l'arrêt anticipé des invitations dans certaines régions au cours du dernier trimestre 2014 ;
- En raison du changement de test intervenu en 2015, les taux pour 2014-2015 et 2015-2016 ne sont pas présentés ;
- Les taux sont estimés par rapport aux estimations localisées de population (ELP) de l'Insee.

Pour le cancer du col de l'utérus (CCU), le taux calculé est le *taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus* par examen cytologique ou, depuis 2020, par test HPV.

La source de données est le Système national des données de santé/Datamart de consommations inter-régimes (SNDS/DCIR). L'indicateur constitue le rapport entre :

- le nombre de femmes de 25 à 65 ans assurées sociales affiliées aux régimes présents dans le SNDS/DCIR (régime général, RSI, MSA, sections locales mutualistes SLM, ...) pour la France entière, ayant réalisé au moins un examen cytologique ou un test HPV au cours d'une période triennale ;
- et le nombre de femmes de 25 à 65 ans au cours de la même période (ELP de l'Insee).

L'indicateur de couverture du dépistage du CCU prend en compte le test HPV comme méthode de dépistage pour les femmes âgées de 30 à 65 ans, tel que recommandé par la HAS en 2019 et officiellement intégré dans le programme national de dépistage organisé en 2020. L'indicateur de couverture utilisé jusqu'à présent et encore aujourd'hui est le « *taux de couverture du dépistage triennal du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25-65 ans* ».

A terme, l'indicateur de couverture du dépistage du CCU sera modifié pour prendre en compte le rythme de dépistage en fonction du test utilisé et l'âge des femmes.

Pour aller plus loin :

[Dépistage du cancer du sein : quelle participation des femmes en 2021 ?](#)

Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2020-2021 et évolution depuis 2005, Santé publique France (2022).

[Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention](#), Santé publique France (2022)

Hamers FF et Jezewski-Serra D. (2019) Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, 2012-2019. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(22-23):417-23. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/22-23/2019_22-23_2.html

[Cancer colorectal : données de dépistage 2020-2021](#) <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cancer-colorectal-donnees-de-depistage-2020-2021>, Santé publique France (2022).

Bouvier AM, et al. (2018), *Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum*, Boulogne Billancourt : Institut national du cancer, 40 p.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Santé publique France

2.2.2. Limiter la propagation du VIH

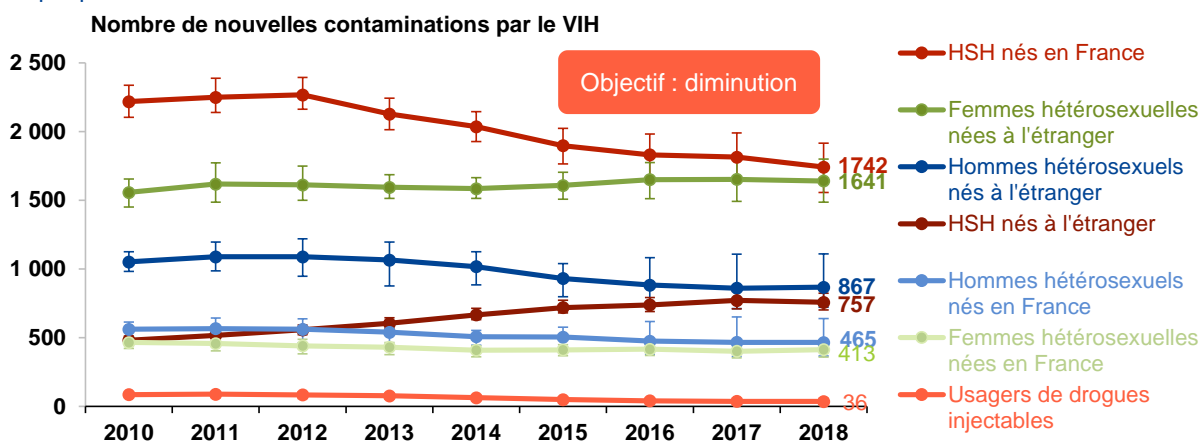
Finalité Le VIH est un rétrovirus humain sexuellement transmissible qui affaiblit le système immunitaire, et en l'absence de traitement, est responsable du sida. Le Gouvernement a fixé pour objectif qu'il n'y ait plus de nouvelle contamination en 2030. Cet indicateur vise à suivre l'évolution du nombre de personnes contaminées par le VIH.

Résultats En 2018, on estimait que 5 950 personnes avaient été contaminées par le VIH (cf. graphique 1). L'incidence du VIH a eu tendance à diminuer depuis 2012, avec une estimation de près de 7 000 nouvelles contaminations cette année-là. Les tendances en termes d'incidence sont différentes selon les populations clés considérées, mais similaires à celles observées entre 2012 et 2018 pour les découvertes de séropositivité : diminution chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) nés en France et chez les hommes hétérosexuels nés à l'étranger, stabilité chez les femmes, et augmentation chez les HSH nés à l'étranger. Depuis 2018, le nombre annuel de nouvelles contaminations n'a pas pu être ré-estimé, mais le travail est en cours.

A partir des 3 326 découvertes de séropositivité en 2022 déclarées au 30 juin 2023 (nombre brut), le nombre total de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022 a été estimé entre 4 233 [IC95% : 4 139-4 326] (estimation basse) et 5 738 [IC95% : 5 588-5 888] (estimation haute) (cf. graphique 2). Les tendances observées sont globalement similaires selon ces deux estimations. Entre 2012 et 2022, le nombre de découvertes a diminué de 11% selon les estimations hautes et de 21% selon les estimations basses. L'augmentation observée entre 2020 et 2022 fait suite à la diminution importante en 2020 liée à l'épidémie de Covid-19, et expliquée par la baisse de l'activité de dépistage, des flux migratoires et sans doute également des expositions au VIH en raison des mesures de distanciation sociale. Malgré cette augmentation récente, le nombre de découvertes de séropositivité en 2022 est significativement inférieur à celui de 2019.

En termes de prévention, la stratégie repose sur une approche de prévention combinée qui vise à articuler, au mieux et en fonction des besoins de chacun, les outils de protection disponibles : préservatif, dépistage répété et régulier du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST), recours aux traitements préventifs du VIH (traitement post-exposition-TPE-, prophylaxie pré-exposition-PrEP- et « treatment as prevention »-Tasp-), traitement adapté des IST, vaccination. Concernant la PrEP qui permet d'éviter de se contaminer, sa diffusion se poursuit avec un nombre total de personnes sous PrEP de 52 802 au 1^{er} semestre 2023, soit une augmentation de +24% par rapport au 1^{er} semestre 2022 (dernier point de situation publié par Epi-Phare). L'ouverture de la primo-prescription de la PrEP en médecine de ville depuis le 1^{er} juin 2021 a eu un impact important, puisque 42% de l'ensemble des initiations de PrEP au 1^{er} semestre 2023 ont été prescrites par des médecins libéraux.

Graphique 1 • Incidence du VIH

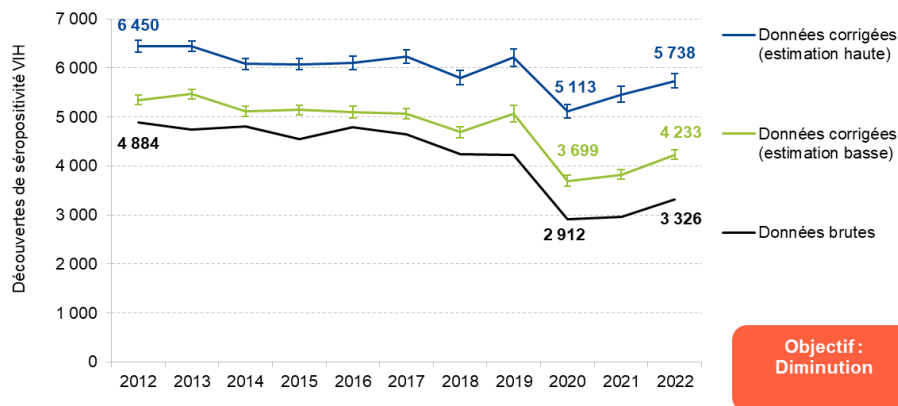


*HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

Source : UMR_S 1136 INSERM et UPMC, Nombre de nouvelles contaminations par le VIH, données estimées

Champ : France entière

Graphique 2 • Nombre de découvertes de séropositivité VIH



Source : Déclaration obligatoire du VIH, données brutes et corrigées au 30/06/2023
 Champ : France entière

Précisions méthodologiques À partir du nombre de cas déclarés, le nombre total de découvertes de séropositivité VIH est estimé en prenant en compte les délais de déclaration, le défaut d'exhaustivité, ainsi que les valeurs manquantes. La correction pour les délais de déclaration est réalisée à partir de la distribution des délais des années antérieures et repose sur l'hypothèse de sa stabilité dans le temps, après stratification par type de déclaration (papier ou en ligne). L'exhaustivité est calculée en comparant le nombre de notifications reçues avec le nombre de sérologies positives non anonymes déclarées par les laboratoires dans le cadre de l'enquête LaboVIH (système de surveillance de l'activité de dépistage du VIH). Cette exhaustivité est calculée de façon globale et également selon le type de laboratoire (ville ou hôpital). L'exhaustivité globale permet de disposer d'une estimation haute du nombre réel de découvertes de séropositivité, tandis que l'exhaustivité hospitalière permet de disposer d'une estimation basse. Enfin, les données sont corrigées en utilisant une méthode d'imputation multiple pour prendre en compte les valeurs manquantes d'un certain nombre de variables, comme le mode de contamination, le pays de naissance ou le stade clinique.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : ANSP (Santé publique France)

2.3. Augmenter la couverture vaccinale

2.3.1. Vaccinations des nourrissons inscrites au calendrier vaccinal

Finalité

Dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, le calendrier vaccinal établit chaque année les obligations et recommandations de vaccination chez le nourrisson : type de vaccination, nombre de doses et âge. Les vaccinations obligatoires intégrées dans le calendrier de vaccination du nourrisson concernent 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. Ces 11 vaccinations sont obligatoires pour les nourrissons nés à partir du 1^{er} janvier 2018 pour l'entrée en collectivités. Seuls les vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) étaient obligatoires chez tous les nourrissons avant cette date.

La vaccination des nourrissons contre les infections à méningocoque B est recommandée depuis 2022. La vaccination des nourrissons contre le rotavirus est recommandée depuis avril 2023.

Les vaccins relatifs à ces pathologies font l'objet d'un remboursement (65 %) de la part de l'assurance maladie, à l'exception du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons qui est fourni gratuitement.

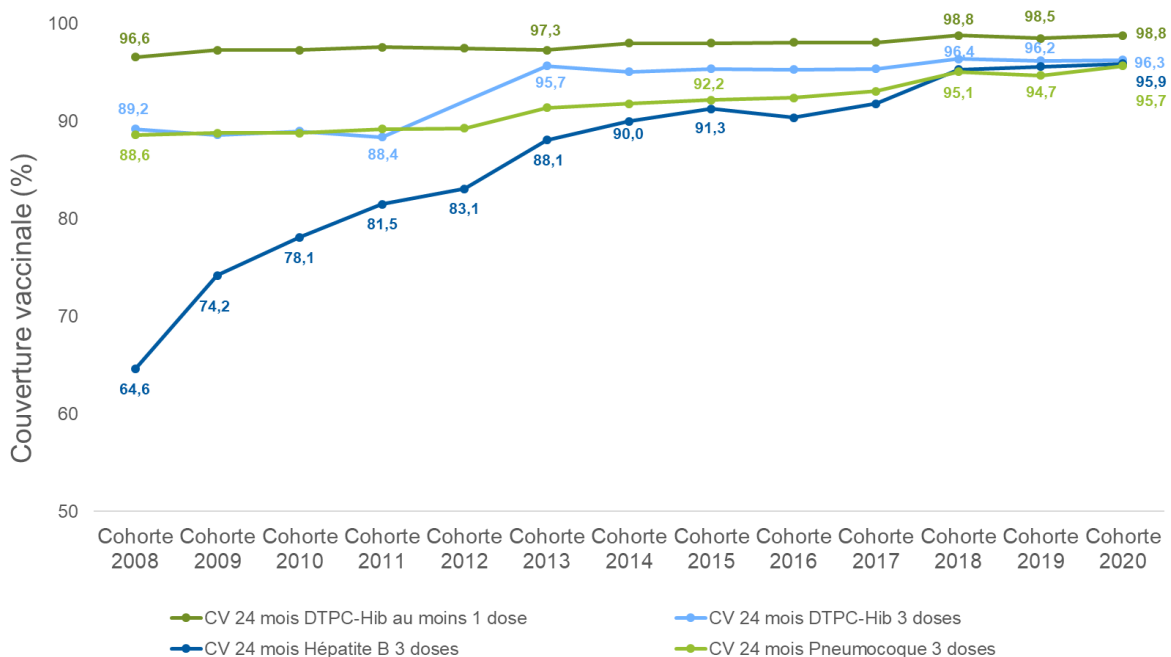
Pour atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole, une couverture vaccinale de 95% avec deux doses doit être atteinte sur l'ensemble du territoire.

Le rôle du médecin traitant et du pédiatre dans la participation à la vaccination est prépondérant. La convention médicale, fixe, dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), l'objectif d'une couverture à 2 doses de 100 % des nourrissons de moins de 2 ans pour la vaccination ROR et une couverture d'au moins une dose de vaccin anti méningocoque C de 100 % pour les nourrissons de moins de 18 mois.

Résultats

Il est observé une augmentation de toutes les couvertures vaccinales des nourrissons âgés de 24 mois entre les cohortes de naissance 2008 et 2020, avec en particulier un impact positif de l'extension de l'obligation vaccinale du nourrisson, appliquée à partir de la cohorte de naissance 2018. On observe ces dernières années une stabilisation à des niveaux très élevés, supérieurs à 95 %, des couvertures vaccinales contre la diphtérie, le tétanos (DT), la poliomyélite (P), la coqueluche (C), les infections à *Haemophilus influenzae* de type b (au moins 1 dose et 3 doses) (Hib) et contre l'hépatite B (3 doses). La couverture vaccinale contre les infections à pneumocoque 3 doses augmente de 94,7 % pour la cohorte 2019 à 95,7 % pour la cohorte 2020.

Graphique 1 • Evolution des couvertures vaccinales (%) diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus influenzae* b* (au moins 1 dose et 3 doses), hépatite B (3 doses) et pneumocoque (3 doses) à 24 mois, France, cohortes 2008-2020

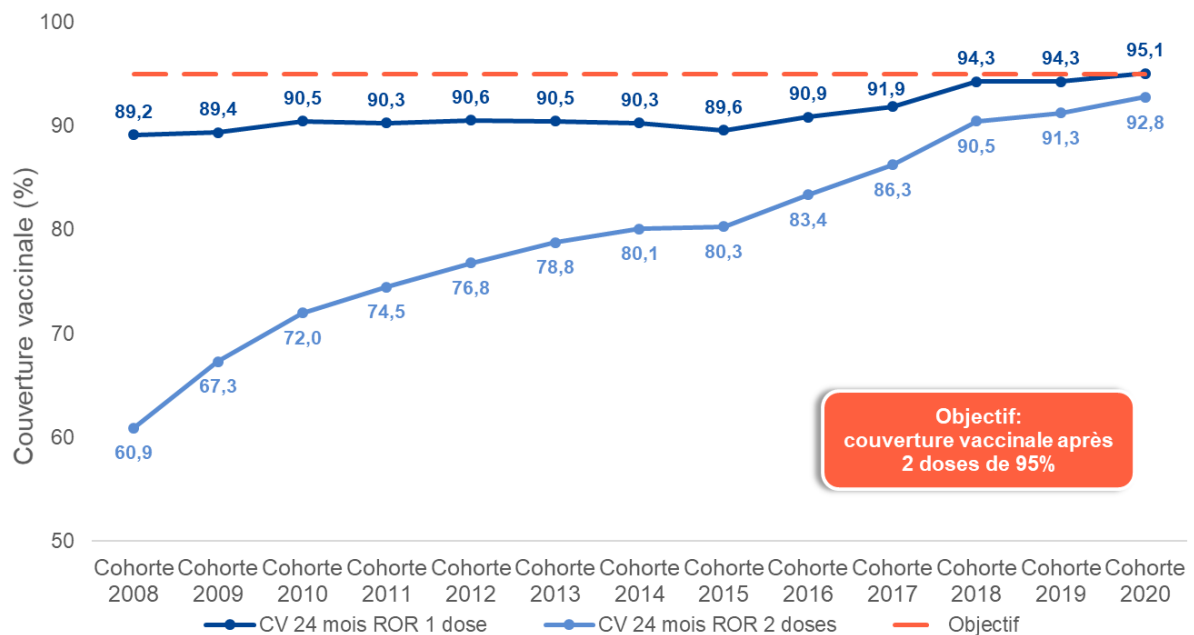


* Les vaccinations diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et *Haemophilus influenzae* b étant recueillies séparément pour les cohortes 2008 à 2017, les couvertures vaccinales affichées correspondent à celles de la vaccination *Haemophilus influenzae* b, considérant que cela prend également en compte les 4 autres vaccinations (vaccin pentavalent). La couverture vaccinale *Haemophilus influenzae* b n'est pas présentée pour la cohorte 2012 en raison de la transition entre deux calendriers vaccinaux, passant de 4 doses à 3 doses (primovaccination + rappel).

Source : Drees-SpF, remontées des services de PMI – Certificats de santé du 24e mois. Traitement Santé publique France

Les couvertures vaccinales rougeole, oreillons et rubéole (ROR), continuent de progresser et atteignent 95,1 % pour la première dose, et 92,8 % pour la deuxième dose. La couverture vaccinale ROR 2 doses reste cependant inférieure à l'objectif de 95 % devant être atteint en vue de l'élimination de la rougeole.

Graphique 2 • Evolution des couvertures vaccinales (%) rougeole oreillons et rubéoles (ROR) (1 dose et 2 doses) à 24 mois, France, cohortes 2008-2020



Source : Drees-SpF, remontées des services de PMI – Certificats de santé du 24^e mois. Traitement Santé publique France

Les couvertures par le vaccin contre les infections invasives à méningocoque du groupe C sont estimées, à partir du SNDS, à 89,1% pour les nourrissons de 8 mois de la cohorte 2023 (+ 0,3 point par rapport à la cohorte 2022) et à 87,0 % pour les nourrissons de 21 mois de la cohorte 2022 (-0,6 point par rapport à la cohorte 2021)

La couverture vaccinale au moins une dose à 8 mois contre le méningocoque B est estimée à 74,7 % pour les nourrissons nés en 2023, soit une augmentation notable de 25,9 points en comparaison aux nourrissons nés en 2022 (48,8 %). La CV méningocoque B 3 doses à 21 mois est estimée à 35,1 %.

La couverture vaccinale au moins 1 dose à 8 mois contre le rotavirus est estimée à 30,9 % pour les nourrissons nés en 2023, soit la première cohorte de nourrissons pour laquelle la vaccination est recommandée.

Ces données ont été publiées dans l'édition nationale du Bulletin Vaccination 2024 [1].

[1] [Bulletin Vaccination](#). Édition nationale. Avril 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, p 34, 2024. Directrice de publication : Caroline Semaille

Construction de l'indicateur

L'indicateur est estimé à partir des données issues des certificats de santé du 24^{ème} mois (CS 24) ou du Système National des Données de Santé (SNDS-DCIR). C'est le rapport du nombre de nourrissons à un âge donné ayant reçu le nombre de doses requises (selon le calendrier vaccinal établi et publié par le Ministère chargé de la santé chaque année) sur le nombre de nourrissons de cet âge pour lesquels un certificat de santé a été saisi.

Précisions méthodologiques

La mesure principale du taux de couverture vaccinale est effectuée sur la base des certificats de santé des nourrissons de 24 mois. Ces certificats sont remplis par les médecins des secteurs privés (médecins libéraux) et publics (Protection Maternelle et Infantile, PMI) et adressés au Service départemental de PMI du Conseil départemental. Les données des certificats sont saisies et analysées localement. Jusqu'en 2019 les données provenaient de la base nationale des certificats de santé du 24^e mois, issue de la fusion des bases départementales constituées par les services départementaux de PMI. Depuis 2020, les données sont collectées par Santé publique France dans le cadre d'une enquête spécifique conduite auprès des conseils départementaux. La CV est le rapport du nombre de nourrissons de 2 ans ayant reçu le nombre de doses requises sur le nombre de nourrissons de cet âge pour lesquels un certificat de santé a été saisi.

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'en 2022 (cohorte de naissance 2020). En raison du changement du calendrier vaccinal en 2013, les données pour les doses de rappel contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et les infections invasives à *Haemophilus influenzae b* ne sont pas exploitables pour l'année 2014. A partir de l'année 2015, le rappel correspond à 3 doses de vaccin.

Les estimations de couvertures vaccinales pour les vaccins contre le méningocoque B, contre le méningocoque C et contre le rotavirus sont produites à partir des données de remboursement de vaccins issues du SNDS-DCIR. Elles sont définies comme les rapports des nombres de nourrissons ayant reçu à 8 mois une dose de vaccin et de nourrissons ayant reçu à 21 mois au moins 1 dose pour les infections à méningocoques C ou 3 doses pour les infections à méningocoques B sur le nombre de nourrissons du même âge affiliés à un régime d'assurance maladie. Le SNDS contient les données de la quasi-totalité des régimes. Pour le rotavirus, la recommandation de vaccination étant récente (avril 2023), il ne peut encore être estimé de couverture vaccinale pour le schéma complet. Les couvertures vaccinales ont été estimées à partir des données mises à jour au 31/12/2023 dans le SNDS-DCIR et ce qui permet de disposer d'estimations pour les enfants nés au premier trimestre 2023 pour l'estimation à 8 mois et pour les enfants nés au premier trimestre 2022 pour l'estimation à 21 mois. D'autres estimations faites à partir du SNDS ainsi que des estimations régionales sont publiées chaque année en avril à l'occasion de la semaine européenne de la vaccination dans le [bulletin Vaccination par Santé publique France](#).

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Santé publique France

2.3.2. Vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus et les autres groupes à risque

En France métropolitaine, 2,5 millions de personnes sont, en moyenne, concernées chaque année par une infection grippale. La grippe peut entraîner des complications sévères chez les sujets à risque (notamment les personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente). La grippe se manifeste le plus souvent sous forme d'épidémies saisonnières (généralement entre novembre et avril dans l'hémisphère nord).

Finalité 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). La grippe est un problème de santé publique du fait des nombres importants de malades et de décès. L'objectif pour la vaccination antigrippale fixé par l'OMS est d'atteindre un taux de couverture vaccinale supérieur à 75 % dans les populations à risque de formes graves. La vaccination est actuellement recommandée chez les personnes à risque suivantes : les personnes âgées de 65 ans ou plus ; les personnes atteintes par certaines pathologies susceptibles d'être décompensées par la grippe (à partir de l'âge de 6 mois), les personnes avec un IMC supérieur à 40 kg/m², et les femmes enceintes, ainsi que notamment dans l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave, chez les enfants âgés de 2 à 17 révolus et les professionnels de santé.

En Europe, la couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans ou plus était de 41,4 % en 2018 et variait selon les pays. Elle était de 34,8 % en Allemagne mais était au-dessus de 50% en Italie (52,7 %) et en Espagne (54,3 %) (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20200915-1>).

Le rôle du médecin traitant dans la participation à la vaccination est prépondérant. La convention médicale, fixe, dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), l'objectif d'un taux de couverture de ≥ 42 % des patients de 16 à 64 ans en affection de longue durée (ALD) ciblés et de > 61 % des personnes âgées de 65 ans et plus.

Ces dernières années, les compétences vaccinales des professionnels de santé ont été étendues en termes de prescription et de vaccination ([Décret n° 2023-736](#) du 8 août 2023). Pour l'administration du vaccin contre la grippe saisonnière, il peut ainsi notamment être noté que : les médecins et sages-femmes peuvent vacciner toute personne ; les infirmiers peuvent prescrire (formation préalable) et vacciner les personnes majeures, vacciner les enfants de 11 ans et plus (sans prescription médicale préalable de l'acte d'injection) et vacciner les mineurs jusqu'à 10 ans inclus sur prescription médicale ; les pharmaciens peuvent prescrire (formation préalable) et vacciner les personnes majeures et les mineurs de 11 ans et plus; les étudiants de 3^e cycle en étude de médecine et de pharmacie peuvent vacciner sous la supervision d'un maître de stage (uniquement personnes de 11 ans et plus pour les étudiants en pharmacie). Les biologistes médicaux (médecins, pharmacien) ont également des compétences vaccinales dépendant de leur formation initiale.

Précisions sur la prise en charge Les patients âgés de moins de 65 ans porteurs d'une pathologie considérée à risque ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus, reçoivent un bon de prise en charge pour se procurer le vaccin gratuitement. Les femmes enceintes et les personnes présentant une obésité morbide sont également incluses dans la population cible de la vaccination. Elles ne reçoivent pas de bon de prise en charge mais celui-ci peut être édité par un médecin ou un pharmacien. Le vaccin est gratuit pour les personnes à risque. Les vaccins contre la grippe saisonnière font l'objet d'une prise en charge 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.

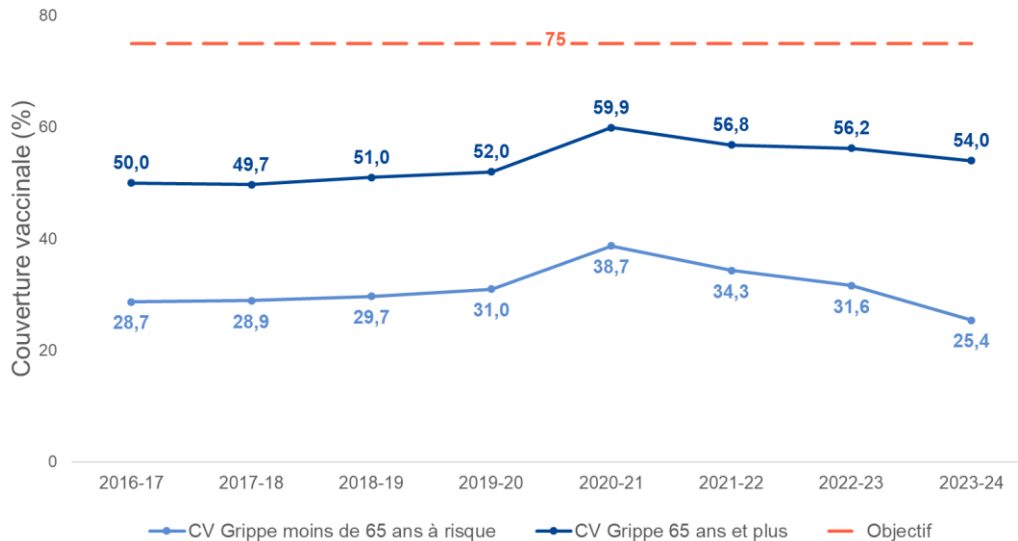
Résultats La couverture vaccinale contre la grippe reste très éloignée de l'objectif d'une couverture à 75 % des populations à risque de forme grave de grippe, malgré les campagnes annuelles en faveur de la vaccination.

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le taux de couverture vaccinale antigrippale était en baisse constante depuis la pandémie en 2009-10 (50,0 % en 2016-2017 versus 63,9 % en 2009-2010), est ensuite resté stable ou en légère augmentation, atteignant 52 % en 2019-2020 et 59,9% en 2020-2021. Depuis, la couverture vaccinale est en baisse tout en restant cependant à des niveaux supérieurs à ceux précédant la crise de la Covid-19 avec une couverture à 54,0 en saison 2023-2024.

Parmi ces personnes à risque âgées de moins de 65 ans, la couverture vaccinale est estimée à 25,4 % pour la saison 2023-2024 (13,9 % chez les moins de 18 ans et de 26,7 % chez les 18-64 ans pour la saison 2023-2024). Elle est en nette baisse (-6,2 points) en comparaison avec la saison 2022-2023 (31,6 %).

Parmi l'ensemble des personnes à risque de grippe sévère, la couverture vaccinale est estimée à 47,1 % lors de la saison 2023-2024. Elle était de 55,8 % lors de la saison 2020-2021, soit une baisse de 8,7 points observée en 3 ans.

Graphique 1 • Couvertures vaccinales (%) contre la grippe chez les personnes à risque âgées de moins de 65 ans et chez les personnes âgées de 65 ans et plus, France, saisons 2016-2017 à 2023-2024



Note : CV grippe moins de 65 ans à risque : ces estimations n'incluent pas les personnes avec obésité morbide ni les femmes enceintes qui ne reçoivent pas de bon de prise en charge.

Source : SNDS-DCIR, traitement Santé publique France, données mises à jour au 29/02/2024.

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 d'asthme ou de BPCO ayant bénéficié d'un bon de vaccination et 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 d'asthme ou de BPCO ayant bénéficié de l'envoi d'un bon de vaccination.

Précisions méthodologiques

Depuis la saison grippale 2016-2017, les estimations ont été réalisées par Santé publique France à partir des données du SNDS (Système National des Données de Santé) pour la quasi-totalité des régimes (environ 99 % de la population). Les personnes à risque âgées de moins de 65 ans sont repérées dans la base de données parce qu'elles bénéficient d'une ALD ou pour celles atteintes d'asthme ou de BPCO via un algorithme basé sur leur consommation de médicaments.

Les estimations pour les sujets de moins de 65 ans sous-estiment très probablement la réalité dans la mesure où certaines personnes à risque (mais dans une proportion inconnue) peuvent se faire vacciner contre la grippe sans avoir recours à leur bon, en particulier dans un cadre professionnel. De plus, ces estimations n'incluent pas notamment les femmes enceintes ni les personnes présentant une obésité morbide, qui font partie des cibles vaccinales mais ne sont pas repérées dans la base de données et ne bénéficient pas de l'envoi d'un bon de vaccination.

La liste des affections longues durées (ALD) pour lesquelles l'Assurance maladie assure la prise en charge du vaccin contre la grippe est la suivante :

- | | | |
|--|--|--|
| - accident vasculaire cérébral invalidant ; | - insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ; | - hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ; |
| - maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ; | - déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immunodéficience humaine ; | - maladie coronaire ; |
| - diabète de type 1 et diabète de type 2 ; | - forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ; | - insuffisance respiratoire chronique grave ; |
| | | - mucoviscidose ; |
| | | - néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ; |
| | | - paraplégie ; |
| | | - suite de transplantation d'organes. |
| | | - Cancer |

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Santé publique France

2.3.3. Vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV)

L'infection à papillomavirus humain (HPV), sexuellement transmissible, est le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus. La grande majorité des personnes sexuellement actives sont infectées au cours de leur vie, mais l'élimination du virus est le plus souvent spontanée. La persistance de l'infection liée à certains HPV à haut risque oncogène peut aboutir à la survenue de lésions précancéreuses qui peuvent évoluer vers des cancers. Il est estimé que 6 400 cancers annuels en France sont attribuables aux HPV, soit près de 2 % des cancers incidents.

Finalité Les cancers les plus fréquents sont le cancer de l'utérus chez les femmes, ainsi que le cancer de l'anus et les cancers de la sphère ORL pouvant affecter les hommes et les femmes. De nombreux pays ayant introduit la vaccination contre les HPV ont montré son efficacité en population pour prévenir les infections à HPV et les lésions précancéreuses. La vaccination contre les infections à HPV est recommandée en population générale depuis 2007 chez les jeunes filles et chez le jeune garçon depuis le 1^{er} janvier 2021. L'objectif affiché de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 et de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 est d'atteindre 60 % de couverture vaccinale contre les HPV chez les adolescentes en 2023 et 80 % en 2030. Les vaccins contre les HPV font l'objet d'un remboursement (taux : 65 %) de la part de l'assurance maladie.

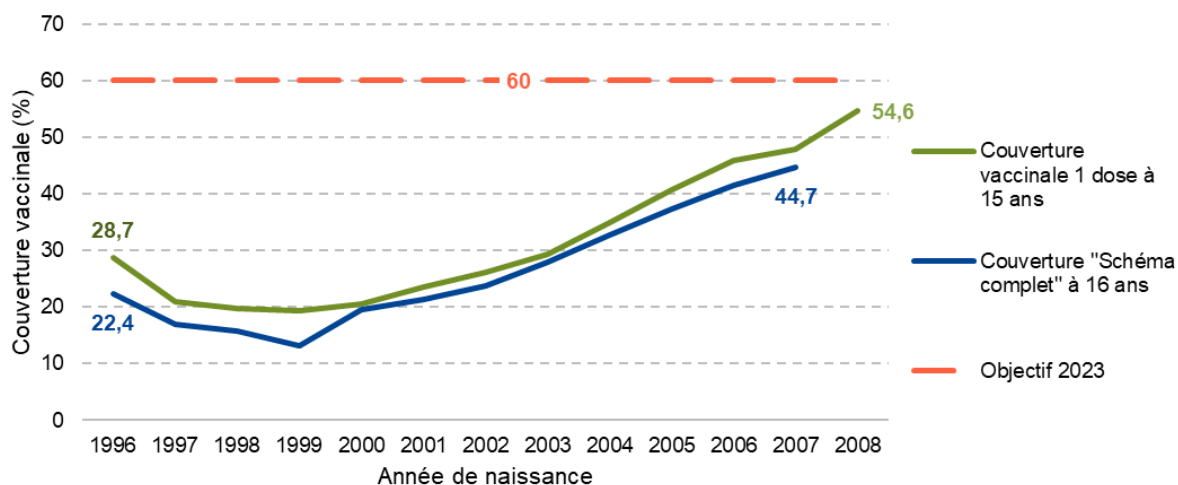
Résultats

Au 31 décembre 2023, 54,6 % des filles âgées de 15 ans (nées en 2008) avait reçu au moins une dose de vaccin HPV (soit une augmentation de 8,8 points en comparaison aux jeunes filles nées en 2007) et 44,7% des filles âgées de 16 ans (nées en 2007) avait reçu deux doses de vaccin HPV (+7,2 points).

Les couvertures vaccinales contre les HPV chez les jeunes filles de 15 ans (1 dose) et 16 ans (schéma complet*) sont présentés dans le graphique suivant (en %).

Au 31 décembre 2023, 25,9 % des garçons âgés de 15 ans (nés en 2008) avait reçu au moins une dose de vaccin HPV (+13,1 points en comparaison aux garçons nés en 2007) et 15,8% des garçons âgés de 16 ans (nés en 2007) avait reçu deux doses de vaccin HPV (+7,3 points).

Graphique 1 • Evolution des couvertures vaccinales contre le papillomavirus chez les filles de 15 ans (1 dose) et 16 ans (schéma complet*) selon l'année de naissance



Source : SNDS-traitement Santé publique France

*Le schéma complet correspond à 3 doses pour les jeunes filles nées avant 2000 et 2 doses pour les années suivantes

Nota bene : Le recul au 31/12/2023 est insuffisant pour estimer la couverture vaccinale contre les HPV de deux doses des filles nées en 2008.

Ces dernières années, une progression plus importante de la couverture vaccinale, de l'ordre de 5 points par an, est constatée. Après une progression de couverture vaccinale à une dose de 5,8 points observée entre 2019 et 2020, une nouvelle augmentation de 5,2 points a pu être observée chez les jeunes filles de 15 ans en 2020 et 2021 (nées respectivement en 2005 et 2006). La progression de la couverture vaccinale à deux doses s'est également maintenue avec une augmentation de 4,7 points observée chez les jeunes filles de 16 ans entre 2020 et 2021 (nées respectivement en 2004 et 2005) qui fait suite à une augmentation de 4,8 points entre 2019 et 2020. Ces augmentations, pourraient témoigner de l'impact positif de l'abaissement de l'âge de la vaccination à partir de 11 ans ou encore du renforcement de la communication autour de la vaccination.

Entre 2021 et 2022, la progression de la couverture vaccinale chez les jeunes filles de 15 ans n'avait été que de 2 points. Entre 2022 et 2023, pour ces jeunes filles, la couverture vaccinale de la première dose a progressé de 8,8 points pour atteindre 54,6 %. Une campagne de vaccination au collège a été mise en place à compter du dernier trimestre 2023 pour les adolescents en classe de 5^e (majoritairement nés en 2011). Si les jeunes filles de 15 ans n'ont pu bénéficier

directement de cette campagne, l'augmentation de couverture vaccinale observée pourrait être, en partie, liée aux actions de communications mises en place autour de cette campagne de vaccination.

Le bilan de la première phase de la campagne nationale de vaccination contre les infections à HPV menée dans les collèges auprès des adolescents (filles et garçons) des classes de 5^e a été publié par Santé publique France dans le Bulletin Vaccination 2024²⁰.

Malgré ces progrès, la couverture vaccinale contre le HPV chez les jeunes filles reste insuffisante en France et n'atteint pas encore l'objectif de 60%. Elle reste également trop faible chez les jeunes garçons.

Construction de l'indicateur

L'indicateur est le rapport du nombre de jeunes filles ou de jeunes garçons ayant reçu une première dose de vaccin à l'âge de 15 ans ou un schéma complet à l'âge de 16 ans sur le nombre de jeunes filles ou de jeunes garçons de cet âge affiliés à un régime d'assurance maladie.

Précisions méthodologiques

L'estimation des couvertures vaccinales HPV est effectuée à partir des données de remboursements de vaccins contenues dans le Système National des Données de Santé (SNDS-DCIR) qui contient les données de la quasi-totalité des régimes d'assurance maladie. Elle est calculée chaque année. La couverture vaccinale a été estimée à partir des données mises à jour au 31 décembre 2023.

Ces données ainsi que des données régionales sont publiées annuellement dans un bulletin de santé publique Vaccination par SpF : [Bulletin de santé publique vaccination d'avril 2024](#).

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Santé publique France/DGS

²⁰ Bulletin Vaccination. Édition nationale. Avril 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 34 p, 2024. Directrice de publication : Caroline Semaille

2.3.4. Vaccination contre la COVID-19

Finalité La campagne vaccinale contre la Covid-19 a débuté en France le 27 décembre 2020. La stratégie vaccinale, arrêtée par le Ministère des Solidarités et de la Santé a évolué avec les années. Elle a d'abord visé à vacciner en priorité les personnes les plus susceptibles de développer des formes graves, les personnes vulnérables, ainsi que les professionnels de santé ; puis la campagne de vaccination a été progressivement élargie en 2021 à l'ensemble de la population, adultes et enfants à partir de 5 ans, suivi d'un rappel vaccinal pour toutes les personnes de 12 ans et plus. En 2022, un second rappel a été fortement recommandé.

En 2023, la campagne de vaccination contre la COVID-19 a débuté le 2 octobre. Elle a consisté en l'injection d'une seule dose de vaccin quel que soit le nombre de doses précédemment reçues. Elle a ciblé toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes à risque de forme grave, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée), ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables, y compris les professionnels de santé.

Ces populations éligibles à la vaccination à partir de 6 mois après leur dernière infection ou injection de vaccin contre la COVID-19 (3 mois pour les personnes immunodéprimées). Les vaccins adaptés au variant XBB.1.5 étaient proposés préférentiellement. Une nouvelle campagne ciblant les personnes les plus vulnérables débute à compter du 15 avril 2024. Le vaccin contre la COVID-19 est disponible gratuitement pour l'ensemble de la population française.

Résultats

À l'issue de la campagne de vaccination qui s'est déroulée d'octobre 2023 à février 2024, 30,2 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont reçu une dose de vaccin contre la Covid-19. La couverture vaccinale a varié selon les classes d'âge parmi les 65 ans et plus. Elle est effectivement estimée à 21,6 % chez les 65-69 ans, à 27,5 % chez les 70-74 ans, à 36,0 % chez les 75-79 ans et est de 36,9 % chez les 80 ans et plus. Chez les moins de 65 ans à risque, qui étaient également ciblés par la campagne, elle est estimée à 12,0 %.

Lors de cette campagne et à partir des données renseignées, 29,1 % des vaccinations contre la Covid-19 ont été réalisées en même temps qu'un vaccin contre la grippe chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé sont estimées à 9,9 % pour ceux exerçant en Ehpad, à 11,1 % pour les libéraux et à 12,2 % pour ceux exerçant en établissement de santé.

Concernant les couvertures vaccinales contre la Covid-19 chez les résidents en Ehpad, les estimations produites grâce aux données renseignées dans l'outil Vaccin Covid ne sont pas présentées car sont sous-estimées en raison d'un défaut de saisie dans les Ehpad.

Une enquête ad-hoc a été réalisée auprès des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Les résultats de cette enquête seront publiés d'ici juin 2024 sur le [site internet de Santé publique France](#).

Un bilan des données de couverture vaccinale Covid a été publié dans l'édition nationale du Bulletin Vaccination 2024 par santé publique France ²¹.

Construction de l'indicateur Les couvertures vaccinales correspondent au rapport entre le nombre de personnes ayant reçu une dose de vaccin contre la Covid-19 entre le 2 octobre 2023 et le 14 avril 2024 et le nombre de personnes estimées dans la population française en population générale et par classe d'âge (données INSEE au 1^{er} janvier 2024).

Précisions méthodologiques Le système d'information Vaccin-Covid, à visée exhaustive, permet le suivi de la vaccination contre la Covid-19 en France et a été mis en œuvre depuis le 4 janvier 2021. Il est administré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et alimenté par les professionnels réalisant les vaccinations. Depuis le 27 janvier 2021, Santé publique France a produit des estimations de couverture vaccinale contre la Covid-19 à partir de cette source de données individuelles.

Les couvertures vaccinales par classe d'âge sont publiées parmi les populations éligibles à la vaccination pouvant être identifiées dans le système d'information. A noter que Vaccin-Covid permet d'estimer la couverture vaccinale par classe d'âge mais ne permet pas d'identifier les personnes présentant des co-morbidités, ni les personnes âgées vivant en EHPAD ou USLD, les femmes enceintes, les personnes immunodéprimées et leur entourage proche ainsi que les professionnels du secteur de la santé et du médico-social.

Des CV contre la Covid-19 des résidents en Ehpad ont pu être estimées grâce à un croisement des données saisies dans Vaccin Covid et les données du SNDS. Cependant, du fait d'un défaut de saisie des vaccinations réalisées en Ehpad, ces estimations étaient sous-estimées. Une étude spécifique a été mise en place dans les établissements médico-sociaux pour estimer la couverture vaccinale chez les résidents en Ehpad. Les estimations de couvertures vaccinales nationales et régionales sont produites régulièrement par Santé publique France et sont disponibles en open [data sur Geodes](#).

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Santé publique France/DGS

²¹ Bulletin Vaccination. Édition nationale. Avril 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 34 p, 2024. Directrice de publication : Caroline Semaille

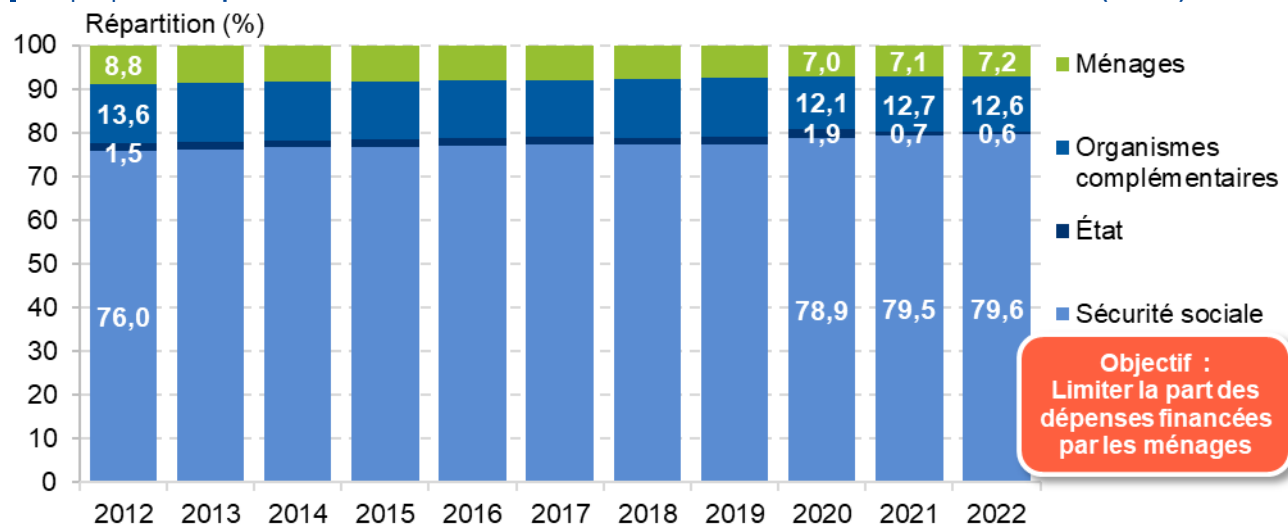
2.4. Limiter le reste à charge des ménages

2.4.1. 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 et les collectivités locales, concourent de façon décisive à la prise en charge des dépenses de santé au moyen d'une mutualisation 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 la population, même s'il ne rend pas compte des inégalités qui peuvent exister au niveau individuel et selon le poste de soins.

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 :

Graphique 1 • Répartition du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)



Source : DREES, comptes de la santé, édition 2023

Depuis 2012, le taux moyen de prise en charge de la CSBM par les administrations publiques ((Sécurité sociale et État) augmente continuellement. Cette hausse s'explique notamment par la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longues durée (ALD). Ainsi, la part de la CSBM prise en charge par la Sécurité sociale et l'État progresse de 2,6 points entre 2012 et 2019. La crise sanitaire a induit une recomposition importante de la structure de consommation et de financement des soins et biens médicaux en 2020. En 2020, le financement des administrations publiques augmente fortement dans le contexte de la crise sanitaire liée au Covid-19 (+1,75 point). Les dépenses supplémentaires ou en forte progression en raison de la crise, tels que les soins hospitaliers ou les dispositifs de soutien au revenu des professionnels de santé libéraux et des cliniques privées dans un contexte de baisse de leur activité, sont encore davantage financées par la Sécurité sociale que d'habitude. En outre, ces dépenses exceptionnelles jouent sur la structure des dépenses de santé, notamment via la forte hausse de la part prise par les soins hospitaliers, que la Sécurité sociale finance très majoritairement, si bien que la progression de la part de la CSBM qu'elle finance en 2020 s'explique également par un important effet de recomposition. La part financée par les administrations publiques baisse par contrecoup en 2021 (-0,56 point) et se stabilise en 2022 (-0,03 point).

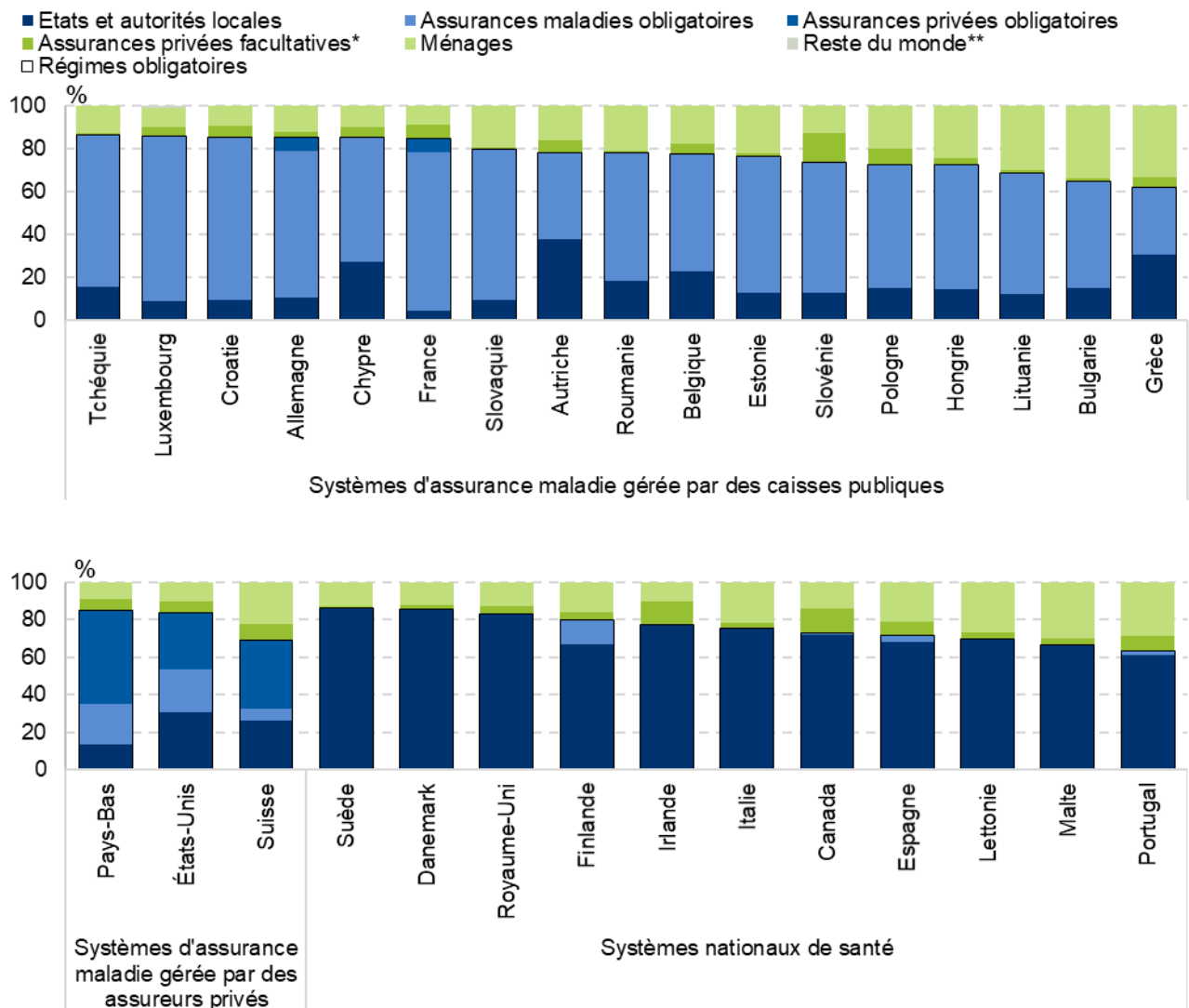
Par ailleurs, l'intégration, en 2021, des prestations versées au titre de la complémentaire santé solidaire (CSS) au sein du périmètre de la Sécurité sociale modifie la structure du financement de la CSBM par les administrations publiques, la part de l'État baissant de 1,2 point cette année-là. Un nouveau fonds créé en 2021 au sein de la Caisse nationale de l'Assurance maladie s'est en effet substitué au précédent fonds rattaché à l'État dont la part dans le financement de la CSBM devient résiduelle (0,6 % en 2022).

La part des organismes complémentaires (OC) reste quasi-stable entre 2021 et 2022, à 12,6 % après 12,7 % en 2021 et 13,4 % en 2019 avant la crise sanitaire. Ainsi, après la forte baisse observée en 2020 (-1,2 point), puis le rattrapage partiel de 2021 (+0,6 point), cette part ne retrouve pas le niveau d'avant la crise sanitaire. En particulier, la prise en charge par les OC diminue entre 2019 et 2022 dans les soins hospitaliers, les médicaments ou encore les transports. La montée en charge du dispositif 100 % santé, induisant une prise en charge accrue par les OC en optique, audioprothèses et prothèses dentaires, n'a pas compensé ce phénomène. Les dépenses des OC relevant du panier « 100 % santé » représentent 27,1 % de l'ensemble des dépenses des OC dans les postes concernés par cette réforme (à savoir : les prothèses dentaires, les audioprothèses, et l'optique).

En 2022, les ménages financent 7,2 % de la CSBM. En 2019, avant la crise sanitaire, cette part s'établissait à 7,6 % ; en 2020, elle a connu une baisse exceptionnelle de 0,6 point (passant à 7,0 %), due à la recomposition de la consommation vers des postes au RAC faible (soins hospitaliers, notamment). Après une légère hausse en 2021, en 2022, le RAC augmente de 0,1 point, atteignant ainsi 7,2 %. Cette augmentation concerne les principales composantes de la consommation, à l'exception des trois secteurs de la réforme du 100 % santé : le RAC s'accroît dans les soins hospitaliers (+0,5 point), sous l'effet de la réduction des dotations exceptionnelles pour lutter contre l'épidémie. De fait, la répartition par financeur des soins hospitaliers se rapproche de celle observée avant la crise. Il s'accroît aussi dans les médicaments (+0,2 point) du fait du dynamisme de la consommation de médicaments non remboursables. Dans les soins de médecins, le RAC progresse aussi légèrement (+0,2 point) sous l'effet d'une hausse du taux de dépassement chez les spécialistes. À l'inverse, il poursuit sa baisse sur les trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé.

Le reste à charge moyen par habitant s'élève en 2022 à 250 € (contre 233 € en 2021) dont notamment 30 € de soins de médecins et sages-femmes, 23 € d'optique médicale (hors lentilles), 67 € de médicaments et 45 € de soins hospitaliers.

Graphique 2 • Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2021



* et autres dispositifs facultatifs

Note de lecture : En France, en 2021, la DCSI est financée à 74 % par les assurances maladies obligatoires, à 4 % par l'État et les autorités locales, à 6 % par les assurances privées obligatoires, à 6 % par les assurances privées facultatives et à 9 % par les ménages.

Sources : DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Dans la totalité des pays considérés, les **régimes obligatoires** de financement de la santé (État, Assurance maladie obligatoire et assurance privé obligatoire) couvrent plus de la moitié des dépenses courantes de santé, et même plus des trois quarts pour 18 pays sur 28 (cf. graphique 2).

Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un **service national de santé** financé par l'impôt (voir encadré ci-dessous). Les administrations centrales, régionales ou locales financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé. Cette part dépasse 80 % en Suède, au Danemark

et au Royaume-Uni (86 % pour la Suède, 85 % pour le Danemark et 83 % pour le Royaume-Uni). Dans ces pays les résidents sont couverts automatiquement, mais le parcours de soins est très encadré.

Dans les systèmes d'**assurance maladie** gérée par des caisses publiques de sécurité sociale, les prestations maladie étaient classiquement versées en contrepartie de cotisations en général assises sur les revenus d'activité et l'affiliation est obligatoire. Ainsi, au Luxembourg, en France, en Tchéquie ou en Slovaquie, plus de 70 % de l'ensemble des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) sont couvertes par l'assurance maladie en 2021 (respectivement 77 %, 74 %, 71 % et 70 %). Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics.

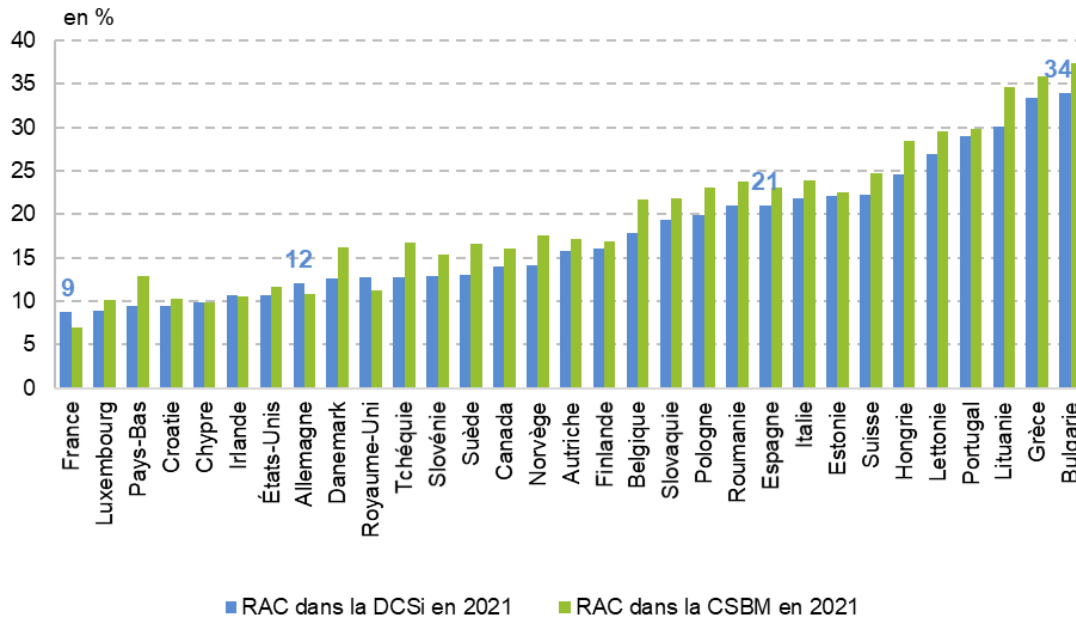
Enfin, certains pays, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place, de longue date, un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais en ont confié la gestion à des **assureurs privés** mis en concurrence. L'État intervient toutefois afin de pallier les défaillances du marché. Il oblige tous les résidents à contracter une assurance santé (dans une logique universelle), définit le panier de soins de base minimal et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. Enfin, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. Ainsi, aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur en fonction du revenu du salarié, ce qui n'est pas le cas en Suisse où les primes dépendent de l'âge, du sexe et du lieu de résidence. Aux États-Unis, depuis 2014, le Patient Protection and Affordable Care Act (Obamacare) oblige les particuliers à souscrire une assurance maladie, sous peine de se voir infliger des pénalités. À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies, devenues obligatoires, restent toutefois largement privées.

En 2021, pour tous les pays considérés ici, une part des dépenses de santé est directement payée par les ménages. Les RAC les plus élevés sont atteints dans les pays du sud de l'Europe (33 % en Grèce, 29 % au Portugal et 22 % en Italie), dans les pays de l'est de l'Europe et en particulier en Lituanie et en Lettonie (respectivement 30 % et 27 %), ainsi qu'en Suisse (22 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, en 2021, la France a le RAC le plus faible, en proportion de la DCSi (8,7 %), juste après le Luxembourg (8,9 %). Quinze pays ont une part de la DCSi restant à la charge des ménages inférieure à 15 %. Les États-Unis, où la mise en place en 2014 de l'Obamacare – dont l'extension de la population couverte par Medicaid et l'obligation de souscription à une couverture santé individuelle a conduit à une restructuration du financement de la DCSi – présentent aujourd'hui un RAC relativement faible (10,7 % de la DCSi).

Exprimé en euros et par habitant, le RAC des ménages est nettement supérieur en Suisse (1 963 € par habitant) à celui des autres pays comparés ici, y compris aux États-Unis, second pays avec le RAC en euros par habitant le plus élevé (1 044 € par habitant). Dans l'UE-14, il s'établit en moyenne à 649 € par habitant contre 303 € en moyenne pour les nouveaux membres (NM). Au sein de l'UE-14, c'est en France que le RAC en euros par habitant est le plus faible (405 € par habitant). Il est supérieur en Allemagne, en Finlande, en Suède, en Belgique (855 €), au Danemark et en Autriche (866 €).

Le RAC de la DCSi est en France supérieur au RAC dans la CSBM. Il comprend le reste à charge sur les soins et biens médicaux (7,2 % de la CSBM, cf. ci-dessus) mais aussi le RAC sur les autres composantes de la dépense, notamment sur les soins de longue durée pour lesquels la participation des ménages est élevée en France.

Graphique 3 • Reste à charge des ménages concernant les dépenses courantes de santé au sens international et de la consommation de soins et biens médicaux en 2021



Note : La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) regroupe les fonctions suivantes de la DCSi : HC1 : soins courants curatifs, HC2 : soins courants de réhabilitation, HC4 : les services auxiliaires, HC5 : les biens médicaux.
Lecture : Au Luxembourg, le RAC dans la DCSi s'élève à 8,9 % en 2021. Il est légèrement supérieur concernant la CSBM : 10,1 % de la CSBM.
Sources : DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

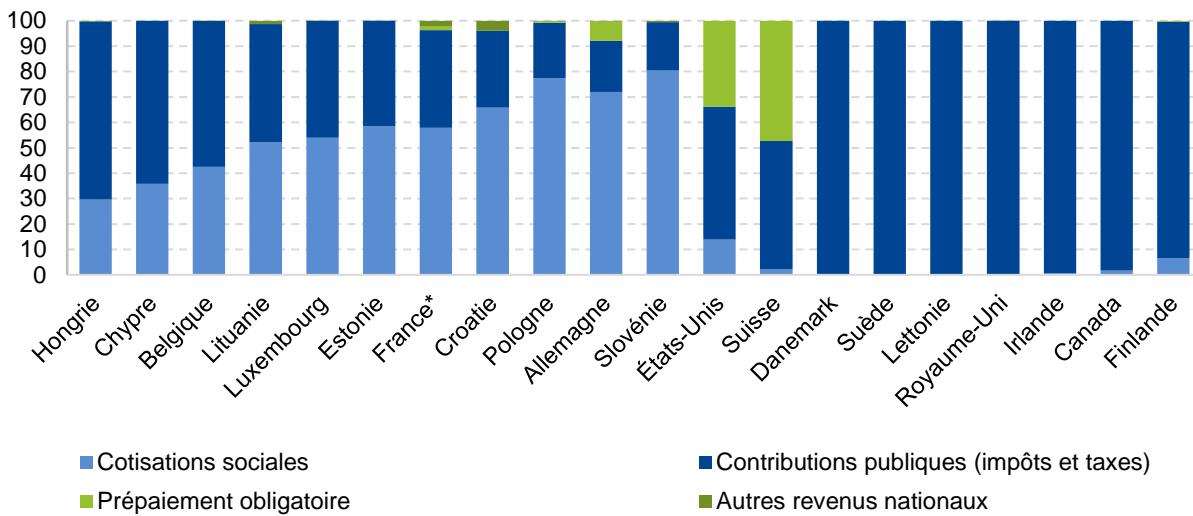
Les régimes obligatoires de santé sont généralement financés par des prélèvements obligatoires (cotisations et contributions sociales, impôts et taxes) :

Les dépenses de santé proviennent généralement de prélèvements obligatoires (cotisations sociales), de transferts publics (impôts et taxes), de prépaiements volontaires (primes d'assurance) ou d'autres ressources nationales et/ou revenus de l'étranger. Cette partie porte uniquement sur les recettes des régimes obligatoires, qu'ils soient privés ou publics. La structure des recettes de ces régimes varie selon le système d'assurance maladie en place (graphique 4). Dans les systèmes nationaux de santé, les impôts et les taxes constituent l'essentiel des recettes des régimes obligatoires. Cette part atteint même 100 % en Lettonie, en Suède et au Danemark.

Dans les systèmes d'assurance maladie, les cotisations sociales occupent une place bien plus importante que dans les systèmes nationaux de santé. Elles représentent même plus de 50 % des ressources des régimes obligatoires dans la plupart des pays étudiés (dont la France, 58 %) ; en Slovénie, les cotisations sociales financent 80 % des régimes obligatoires. Dans ces deux systèmes, les prépaiements obligatoires représentent une part marginale des ressources des régimes obligatoires ; à l'inverse, en Suisse et aux États-Unis (systèmes libéraux de santé), les primes d'assurance constituent une part importante (entre 30 % et 50 %) des ressources. Une partie de cette prime demeure souvent à la charge de l'employeur et, dans certains cas, peut également être subventionnée par l'État. .

Graphique 4 • Les recettes des régimes obligatoires selon le financement public en 2021

En % de la part des régimes obligatoires



*Les données pour la France sont issues du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale ainsi que des chiffres clés de la Sécurité sociale et portent sur l'année 2022 (DSS, 2022). Elles concernent uniquement la branche maladie du régime général de l'assurance maladie. La segmentation entre les différents types de financement des régimes privés obligatoires n'est pas disponible pour la France et se limite aux seuls régimes publics obligatoires. Néanmoins, les organismes complémentaires sont essentiellement financés par les cotisations des ménages ou des entreprises qui prennent en charge une partie des primes des complémentaires santé.

Note > La catégorie « contributions publiques » inclut les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique, les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique et les transferts directs étrangers. En France, les cotisations sociales comprennent les cotisations et les cotisations prises en charge par l'État. Les contributions publiques comprennent la CSG, les contributions sociales divers, impôts, taxes et autres transferts. Lecture > En France, en 2022, la branche maladie du régime général de l'assurance maladie est financée à 58 % par les cotisations sociales, à 38 % par les contributions publiques, à 2 % par les prépaiements obligatoires et à 2 % par d'autres revenus nationaux.

Sources > DSS, 2022 (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Précisions méthodologiques Les données sont issues des comptes nationaux 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 les estimations.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est un agrégat plus large des comptes de la santé. Il s'agit de la consommation finale individuelle ou collective de biens et services de santé directement par les ménages ou indirectement *via* la puissance publique, le secteur associatif (institutions à but non lucratif), les entreprises, etc. Son périmètre est défini dans le *System of Health Accounts* (SHA) conjoint à l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La DCSi comprend les dépenses de la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gouvernance du système de santé ou la prévention ; elle comprend aussi la consommation de soins de longue durée, dans une acception large.

Pour plus de détails, se reporter à la publication « [Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé](#) », DREES, Collection Panoramas de la DREES - Santé, septembre 2023.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2.4.2. Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé

Finalité Le taux d'effort mesure la part du revenu disponible consacré par les ménages à leurs frais de santé. Outre le montant demeurant à la charge des ménages après remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des organismes complémentaires (AMC), ils doivent aussi s'acquitter et de primes pour se couvrir par une assurance maladie complémentaire. Ne sont pas incluses ici les dépenses non présentées au remboursement de la Sécurité sociale, telles que les soins de médecines douces ou les médicaments achetés sans ordonnance. Le taux d'effort se fonde sur une approche ménage plutôt qu'au niveau individuel, ce qui permet de tenir compte de la mutualisation du risque, des ressources et des dépenses au sein d'un même ménage. Il s'interprète comme la charge financière directe qui pèse sur les ménages en matière de dépenses de santé, mais n'inclut pas leur financement indirect de l'AMO *via* les cotisations sociales, taxes et impôts.

Résultats Le reste à charge moyen après remboursements de l'AMO et de l'AMC est de 387 € par an et par ménage, soit un taux d'effort direct moyen de 4,5 % en 2019.

Tableau 1 • Dépenses, reste à charge annuel moyen et taux d'effort, par dixième de niveau de vie, en 2019

Dixième de niveau de vie	Dépense présentée au remboursement	Dont dépassements d'honoraires et liberté tarifaire	Primes payées aux organismes de couverture complémentaire	Reste à charge annuel moyen par ménage après AMO et AMC	Taux d'effort	Objectif
D1 (moins de 11 900 € / an)	5 105 €	253 €	399 €	201 €	5,5%	Limitation du taux d'effort
D2 (11 900 € – 14 900 €)	8 328 €	330 €	776 €	247 €	5,3%	
D3 (14 900 € - 17 400 €)	6 971 €	416 €	993 €	299 €	5,6%	
D4 (17 400 € - 19 700 €)	8 110 €	484 €	949 €	306 €	4,7%	
D5 (19 700 € - 22 000 €)	6 062 €	486 €	1 033 €	310 €	4,5%	
D6 (22 000 € - 24 500 €)	7 225 €	644 €	1 114 €	419 €	4,4%	
D7 (24 500 € - 27 600 €)	7 045 €	750 €	1 216 €	468 €	4,3%	
D8 (27 600 € - 32 000 €)	5 476 €	782 €	1 255 €	495 €	3,9%	
D9 (32 000 € - 40 200 €)	6 634 €	890 €	1 340 €	524 €	3,5%	
D10 (plus de 40 200 €)	6 232 €	1 083 €	1 465 €	640 €	2,6%	
Ensemble	6 724 €	605 €	1 047 €	387 €	4,5%	

Source : DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Champ : Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Note de lecture : En 2019, un ménage appartenant au premier dixième de niveau de vie (D1) devait s'acquitter de 201 € en moyenne de reste à charge après remboursements par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, et de 399 € de primes versées aux organismes complémentaires, y compris la participation au dispositif de complémentaire santé solidaire (CSS), chèque ACS et participation de l'employeur déduits. Rapporté au revenu disponible ce montant représente un taux d'effort de 5,5 %.

Le reste à charge moyen après remboursements de l'AMO et de l'AMC est croissant en fonction du niveau de vie (de 201 € pour les ménages du premier dixième à 640 € pour ceux du dernier). Les primes de complémentaire santé directement payées par les ménages sont aussi croissantes en fonction du niveau de vie (de 399 € pour les ménages du premier dixième à 1 465 € pour ceux du dernier). Cependant, la part du revenu disponible qui est consacrée à ces dépenses de santé diminue fortement avec le niveau de vie: de 5,5 % du revenu disponible moyen pour les ménages appartenant au premier dixième de niveau de vie à seulement 2,6 % pour les 10 % des ménages les plus aisés.

Malgré l'existence de dispositifs d'aide à la couverture complémentaire pour les plus modestes, le non-recours à ces dispositifs est fréquent en raison d'un manque de connaissance et de difficultés administratives, de sorte que, conjugué à un niveau de vie très bas, le taux d'effort du premier dixième s'avère élevé.

Il convient également de noter que les résultats présentés sont issus d'enquêtes principalement antérieures à la réforme de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS). Cette dernière, mise en place progressivement à partir du 1^{er} novembre 2019, vise à augmenter le taux de recours au dispositif d'aide à une complémentaire santé des personnes les plus modestes, et ainsi à améliorer le niveau de prise en charge de leurs soins.

De même ces résultats sont antérieurs à la plupart des mesures de la réforme dite « 100 % santé » mise en place progressivement entre 2019 et 2021. Cette réforme a permis l'accès à un panier de biens intégralement remboursés pour les bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable, en optique, dentaire et audioprothèses.

Enfin, le financement indirect de l'AMO, *via* les cotisations sociales, taxes et impôts, n'est pas pris en compte dans le calcul du taux d'effort. Contrairement aux primes à l'AMC, les contributions aux régimes d'AMO sont progressives avec le revenu (fiche 1. 9).

Construction de l'indicateur L'indicateur est, pour chaque dixième de niveau de vie, la somme du reste à charge moyen des ménages après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des organismes complémentaires (AMC) et de la prime versée au titre de l'AMC (y compris taxes mais chèque de l'aide au paiement d'une complémentaire santé et participations de l'employeur aux contrats d'entreprise déduits), divisée par le revenu disponible (net de tout prélèvement obligatoire) annuel moyen des ménages.

Dans les éditions antérieures à 2022, l'indicateur était le rapport entre le reste à charge et le revenu disponible, la prime AMC étant retranchée de ce dernier. Il a été modifié en 2022 pour correspondre à sa définition usuelle.

Précisions méthodologiques

Sources des données :

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 par la Drees grâce au modèle de microsimulation Ines-Omar 2019, issu du 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 Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2017 produite par l'Insee et pseudo-appariée à l'Enquête européenne sur la santé (EHIS) 2014 réalisée par Drees, l'Irdes et l'Insee (pour les moins de 15 ans), l'enquête EHIS 2019 (pour les 15 ans ou plus), l'appariement de l'EHIS avec les données du Système national de données de santé (SNDS), et les informations récoltées dans l'Enquête auprès des organismes complémentaires 2019 sur leurs contrats les plus souscrits (enquête OC) menée par la Drees.

- le modèle Ines, développé par la Drees, l'Insee et la Cnaf, 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 Ines 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 (ERFS) 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).

Le modèle Omar 2019 est pseudo-apparié avec le modèle Ines 2019 : à chaque individu du modèle Ines en France métropolitaine sont attribuées les données d'un individu d'Omar partageant les mêmes caractéristiques sociales et démographiques. Les données sont ensuite calées sur les dépenses de santé sur le champ de France entière.

Indications complémentaires :

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 Ines-Omar sur lequel s'appuie l'indicateur a fortement évolué entre les éditions 2012, 2017 et 2019. Par exemple, depuis le millésime 2017 du modèle, les dépenses hospitalières contiennent non plus seulement les dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), mais également la psychiatrie (PSY), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD). Le lien entre le niveau de vie et les garanties et primes des contrats est également plus fiable depuis 2017, du fait de l'imputation d'un contrat (et donc de ses garanties et primes) en tenant compte des primes déclarées dans l'enquête, ainsi que du type de contrat (individuel ou d'entreprise, contrat spécifique à certaines catégories professionnelles ou non). Enfin, la version de 2019 présente des données de meilleure qualité que la version 2017 concernant les dépenses de santé (appariées pour toutes les personnes de 15 ans ou plus, et non plus imputées), et le repérage des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, désormais repérés dans le SNDS, permettant d'éviter des retraitements avec aléa.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2.4.3. Assurés bénéficiant de soins 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.

Précisions sur le dispositif Une mise en œuvre progressive est prévue par la loi. L'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé modifié par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit la mise en place d'un tiers payant généralisable sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire :

- après avoir bénéficié, dès le 1^{er} juillet 2016, d'une prise en charge en tiers payant sur proposition de leurs professionnels de santé, les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) pour les soins en rapport avec l'ALD ou couverts au titre du risque maternité bénéficient de droit du tiers payant depuis le 31 décembre 2016. Ce droit a été codifié au sein de l'article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale ;
- depuis le 1^{er} janvier 2017, les professionnels peuvent pratiquer, sur la base du volontariat, le tiers payant à tous leurs patients.

Parallèlement à ce dispositif, la loi impose une garantie de paiement pour les professionnels. Dans ce cadre, l'assurance maladie et les complémentaires santé se sont engagées à mettre en place des procédures techniques simples et transparentes pour offrir aux professionnels :

- une garantie de paiement pour protéger les professionnels de santé de tous les risques liés aux évolutions de parcours et de changement de droits des assurés ;
- des engagements en matière de délais de paiement assortis de pénalités versées au professionnel de santé en cas de non-respect de ces délais par les organismes d'assurance obligatoire ;
- la simplicité de suivi des paiements et une liberté d'organisation dans leur mise en œuvre du tiers payant afin de ne pas obérer sur le temps médical ;
- un accompagnement renforcé par les conseillers informatiques et un service d'assistance dédié mis en place par l'assurance maladie obligatoire.

La réglementation définissait déjà certains cas dans lesquels les patients bénéficient du tiers payant, sur la seule part obligatoire remboursée par l'assurance maladie ou sur le montant total de l'acte (parts obligatoire et 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 complémentaire santé solidaire (CSS – ex-CMU-C).
- 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 réglementation 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 ans, examens de prévention bucco-dentaire aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15, 18, 21 ou 24 ans, aux femmes enceintes dans certaines conditions, etc...

Enfin, depuis le 1^{er} juillet 2015, le tiers payant intégral (TPI) est également proposé aux patients disposant de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (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. En dehors de ces cas, les professionnels de santé gardent la faculté de facturer leurs honoraires en tiers payant à leurs patients (*cf.* tableau *infra*).

Résultats Les données suivantes dressent un état des lieux des pratiques de tiers payant en 2023 en soins ambulatoires (donc hors hospitalisations qui font systématiquement l'objet d'une dispense d'avance de frais) au regard des données obtenues sur la même période en 2016, soit avant l'entrée en vigueur de la loi en juillet 2016. Elles sont exprimées en pourcentages du nombre d'actes facturés en tiers payant. Plus de cinq ans après la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé, de premières observations peuvent être faites.

Tableau 1 • Taux de tiers payant par motif et catégorie de médecins pour la partie régime obligatoire

Taux de tiers payant en nombre d'actes	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Objectif
Cas obligatoires									100 %
CMUC/CSS*	98,4%	98,6%	98,7%	98,7%	98,2%	98,4%	98,4%	98,4%	
Omnipraticiens	98,8%	99,0%	99,0%	99,1%	98,7%	98,8%	98,7%	98,7%	
Spécialistes	97,5%	97,8%	98,0%	98,0%	97,5%	97,8%	97,8%	98,0%	
Risque AT-MP	97,8%	98,0%	98,1%	98,2%	98,4%	98,7%	98,7%	98,7%	
Omnipraticiens	97,5%	97,7%	97,8%	98,0%	98,3%	98,6%	98,6%	98,6%	
Spécialistes	98,2%	98,4%	98,5%	98,6%	98,6%	98,8%	98,8%	98,8%	
ACS*	85,9%	91,8%	94,1%	95,1%	95,8%	-	-	-	
Omnipraticiens	88,1%	93,3%	95,2%	96,0%	96,7%	-	-	-	
Spécialistes	82,8%	89,8%	92,6%	93,8%	94,6%	-	-	-	
Autres Cas **									Augmentation
ALD (soins en rapport)	72,6%	81,1%	85,6%	87,6%	89,9%	91,4%	92,3%	93,3%	
Omnipraticiens	68,8%	79,1%	84,4%	86,8%	89,4%	91,5%	92,5%	93,6%	
Spécialistes	78,2%	84,1%	87,3%	88,9%	90,5%	91,3%	92,1%	93,0%	
Maternité	45,9%	56,6%	66,1%	70,1%	73,8%	76,1%	78,6%	80,9%	
Omnipraticiens	60,1%	72,1%	79,4%	83,2%	84,9%	86,6%	87,8%	88,6%	
Spécialistes	41,6%	51,8%	61,6%	65,2%	69,8%	72,2%	75,2%	78,1%	
Autres cas non obligatoires	25,6%	28,0%	30,5%	32,5%	37,2%	41,1%	42,6%	44,7%	
Omnipraticiens	17,6%	20,4%	23,0%	25,1%	31,5%	36,3%	36,0%	35,8%	
Spécialistes	33,4%	35,0%	37,3%	39,1%	42,2%	45,2%	48,2%	51,7%	
Ensemble des assurés	43,4%	47,3%	50,2%	52,1%	56,0%	58,7%	59,6%	61,5%	
Omnipraticiens	40,6%	45,5%	48,6%	50,5%	55,4%	58,6%	58,1%	58,6%	
Spécialistes	46,4%	49,3%	51,9%	53,7%	56,5%	58,8%	61,1%	64,1%	

* depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont été remplacés par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). La catégorie ACS 2020 comptabilise les anciens contrats ACS non échus. La catégorie CMUC/CSS comptabilise les patients CMUC jusqu'à fin 2019, les patients CSS depuis.

** le tiers payant est obligatoire pour les ALD et les bénéficiaires de l'assurance maternité depuis le 1er janvier 2017 (et facultatif en 2016)

Source : Cnam, SNDS. Support d'entrée : feuilles de soins papier et feuilles de soins électroniques.

Champ : date de liquidation, régime général, France entière.

En 2023, sur l'ensemble des soins médicaux, le taux de tiers payant en nombre d'actes est de 61,5 %, en hausse de 18,1 points par rapport à 2016, et de 5,5 points par rapport à l'année 2020.

Pour les **cas obligatoires avant la loi de modernisation de notre système de santé**, ces taux sont proches de 100 % pour les patients bénéficiaires de la CSS (ex CMU-C) (98,4 %) ou ceux pris en charge par le risque professionnel - accident du travail ou maladie professionnelle (98,7 %).

Pour les **patients atteints d'une ALD (pour les soins en rapport avec l'ALD) ou couverts au titre du risque maternité**, l'analyse des données montre une hausse sensible de la pratique du tiers payant entre 2016, date à laquelle la dispense d'avance de frais était facultative pour eux, et 2023, sept ans après la mise en place du tiers payant obligatoire. Les taux de pratique du tiers payant s'élèvent ainsi en 2023 à 93,3 % pour les soins en rapport des patients en ALD (contre 72,6 % en 2016) et 80,9 % pour les femmes enceintes (versus 45,9 % en 2016).

En ce qui concerne les **cas sans obligation réglementaire**, le taux de tiers payant en 2023 est également en hausse par rapport à celui observé en 2016, avec 44,7 % contre 25,6 % en 2016.

Selon les différentes catégories de médecins, le taux de tiers payant des omnipraticiens (*i.e.* les généralistes et médecins à exercice particulier) est de 58,6 % (en hausse de 18 points par rapport à 2016) et celui des spécialistes s'élève à 64,1 % (+18 points).

Construction de l'indicateur Le taux des actes facturés en tiers payant rapporte le nombre d'actes facturés en tiers payant à l'ensemble du nombre d'actes facturés et présentés au remboursement à l'assurance maladie. Sont exclus du champ, les actes liés aux dépenses d'hospitalisation qui font systématiquement l'objet d'une dispense de frais.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.4.4. 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 poids 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 dispositif 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 complémentaire santé solidaire - cf. indicateur n°2-5-1). 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 restreint en 1990 aux anciens chefs de clinique qui s'installent pour la 1^{ère} fois en libéral. Aujourd'hui, il faut disposer d'un certain nombre de titres pour pouvoir prétendre exercer en secteur 2. Depuis le début des années 2000, la part des médecins de secteur 2 s'accroît de nouveau, notamment dans les spécialités chirurgicales.

En 2013, en application de l'avenant 8 à la convention médicale conclue en octobre 2012, les médecins pratiquant des honoraires libres et souscrivant à un contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à geler les dépassements d'honoraires et à maintenir à 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 2016, 8 761 médecins de secteur 2 ont souscrit à un contrat d'accès aux soins, soit 28 % des médecins de secteur 2. La convention médicale de 2016 a légèrement modifié les règles et le nom du dispositif. Désormais, est offerte une option pour l'ensemble des médecins de secteur 2, l'Option Pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Les chirurgiens et les obstétriciens se voient proposer une option spécialement conçue pour eux, l'Optam-CO. Ce nouveau dispositif consiste à encourager les médecins de secteur 2 à stabiliser leurs tarifs et à facturer davantage aux tarifs opposables ; en contrepartie, ces médecins bénéficient des tarifs de remboursement de leurs actes alignés sur ceux des médecins exerçant en secteur 1 (permettant à leurs patients de bénéficier d'un meilleur niveau de remboursement) et d'une valorisation de l'activité réalisée aux tarifs opposables (sans dépassements). Ce dispositif est entré en vigueur en 2017.

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

Tableau 1 • Part de la population suivant la répartition des médecins, omnipraticiens et spécialistes, en secteur 2

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Objectif
Part de la population résidant dans les départements où :																	
au moins 20% des omnipraticiens exercent en secteur 2	19,7%	18,0%	18,0%	15,3%	15,3%	12,0%	12,1%	10,4%	10,0%	5,9%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	Réduction
au moins 50% des spécialistes exercent en secteur 2	16,8%	18,9%	20,0%	17,0%	18,9%	18,7%	20,1%	22,1%	22,7%	25,5%	29,3%	29,1%	34,1%	38,4%	51,3%	64,0%	
Taux de dépassement des médecins en secteur 2	49,9%	49,6%	51,1%	54,4%	53,2%	53,1%	52,4%	51,7%	51,3%	49,3%	47,9%	45,7%	45,5%	42,8%	44,7%	45,5%	Augmentation
Taux de dépassement des actes avec dépassement (*)					78,3%	79,1%	78,7%	79,2%	80,4%	83,0%	82,0%**	81,1%**	81,8%**	82,3%	84,6%	84,8%	
Part de l'activité réalisée au tarif opposable (*)					32,1%	32,9%	33,4%	34,7%	36,2%	37,5%	38,6%	40,4%	41,5%	43,4%	43,4%	43,0%	

Source : Cnam, SNIR (2006-2014), AMOS (2015-2021) sauf (*) données DCIR.

Champ : France métropolitaine, médecins actifs à part entière sauf (*) ensemble des médecins de secteur 2 – France entière.

Note de lecture : (**) Rupture de série liée à un changement de source de données – cf. rubrique « construction de l'indicateur ».

Depuis 2018, concernant les omnipraticiens, il n'y a plus de département où plus de 20 % des omnipraticiens libéraux exercent en secteur 2. C'est une évolution notable par rapport à 2007 où 20 % de la population résidait dans un département avec plus de 20 % d'omnipraticiens en secteur 2. L'accès aux spécialistes libéraux reste quant à elle moins favorable : 64% de la population réside dans des départements où au moins 50% des spécialistes pratiquent des honoraires libres, en augmentation par rapport à 2021 du fait du basculement de douze départements vers une proportion de spécialistes en secteur 2 supérieure à 50% concernant plus de 9 millions de Français (Ardèche, Calvados, Charentes, Côte d'or, Hérault, Jura, Loire Atlantique, Maine et Loire, Meurthe et Moselle, Saône et Loire, Deux Sèvres et Seine Saint Denis) et malgré le fait que la Creuse et la Meuse soient passées en dessous de cette proportion en 2022. Ces évolutions reflètent pour partie celles du nombre de spécialistes exerçant en secteur 2. En 2022, la part des omnipraticiens conventionnés en secteur 2 continue de baisser pour atteindre 2,3 % du nombre total d'omnipraticiens, confirmant la nette diminution constatée entre 2003 et 2021 (-8,2 % par an). En revanche, la proportion de spécialistes conventionnés en secteur 2 a augmenté constamment entre 2003 et 2022 avec une hausse de près de +20 points sur cette période et de près de +2,6 points entre 2021 et 2023 (38 % en 2003, 46,7 % en 2017, 48,1 % en 2018, 49,9% en 2019, 52,2% en 2020, 54,7% en 2021 et 57,4% en 2022 – pour les médecins APE de France Métropolitaine).

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 deux tiers de ceux-ci se trouvant dans quatre régions : 31,0 % des médecins du secteur 2 exercent en Île-de-France, 13,3 % en région Auvergne et Rhône-Alpes, 11,6 % en région PACA et 8,6 % en Nouvelle Aquitaine en 2022.

Plus précisément, 20,1% des omnipraticiens conventionnés en secteur 2 de France métropolitaine exercent à Paris, ce département hébergeant 3,2% de la population métropolitaine.

24,8% des omnipraticiens Parisiens sont en secteur 2. Pour les médecins spécialistes, cette proportion est plus élevée et concerne un plus grand nombre de départements : au moins un spécialiste sur deux est conventionné en secteur 2 dans vingt-six départements, nombre en légère baisse par rapport à 2021 (Paris, Rhône, Hauts-de-Seine, Yvelines, Val de Marne, Alpes-Maritimes, Bas-Rhin, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Marne, Gironde, Côte-d'Or, Ain, Val d'Oise, Haut-Rhin, Essonne, Isère, Loire, Charente-Maritime, Loiret, Seine Maritime, Indre et Loire, Savoie, Nord, Meurthe-et-Moselle et le Var). Ces départements hébergent 46% 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 par exemple, la proportion de médecins spécialistes de secteur 2 est particulièrement élevée (plus de 6 spécialistes de secteur 2 actifs à part entière sur dix en 2022), l'abondance globale de médecins spécialistes fait que le nombre de spécialistes exerçant en secteur 1 pour 100 000 habitants reste équivalente ou supérieure à la médiane nationale : la densité de spécialistes de secteur 1 en France métropolitaine est de 38 en 2022 ; elle est de 53 dans les Alpes-Maritimes.

Le taux moyen de dépassement des honoraires constaté en France métropolitaine pour les médecins en secteur 2 atteint 45,5 % en 2022, en augmentation par rapport à 2020, année marquée par la pandémie de Covid mais également de 2021; ce taux est en diminution de -8,9 points par rapport à 2010 mais néanmoins en augmentation constante depuis 2020. Il varie fortement selon les spécialités : inférieur à 35 % pour les cardiologues (18,7 %), les pneumologues (20,6 %), radiologues (30,5 %) et les gastro-entérologues (32,9 %), il est de 57,6 % pour l'ensemble des chirurgiens et dépasse les 55 % pour les gynécologues.

43% de l'activité réalisée par les médecins de secteur 2 ne donne pas lieu à dépassement (+10,9 points depuis 2011). Ce pourcentage reste stable en 2022. Le taux de dépassement des actes avec dépassement est de 84,8 % en 2022.

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 (y.c. 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 source (Dcir – France entière) pour calculer ce taux a changé par rapport à 2017, ce qui explique des niveaux légèrement différents. La part de l'activité à tarifs opposables 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 Cnam à partir de deux sources : le système national inter régimes des professions de santé (SNIR-PS) jusqu'en 2014, de AMOS qui remplace le SNIR-PS à partir de 2015 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, en activité à part entière (APE) et 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.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.4.5. Dispositif 100 % Santé en optique, audiologie et dentaire

Finalité La réforme du « 100 % Santé » vise à améliorer l'accès aux soins en supprimant les barrières financières pour les patients. A compter de 2019, certains équipements et soins sont progressivement pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire. L'indicateur de taux de pénétration des équipements « 100 % Santé » mesure leur part dans le total des équipements et soins délivrés, en comparaison aux objectifs fixés par le Gouvernement. Un indicateur complémentaire estime le nombre de porteurs d'aides auditives en France et un autre donne le nombre de consommateurs des paniers 100% Santé dans chaque secteur.

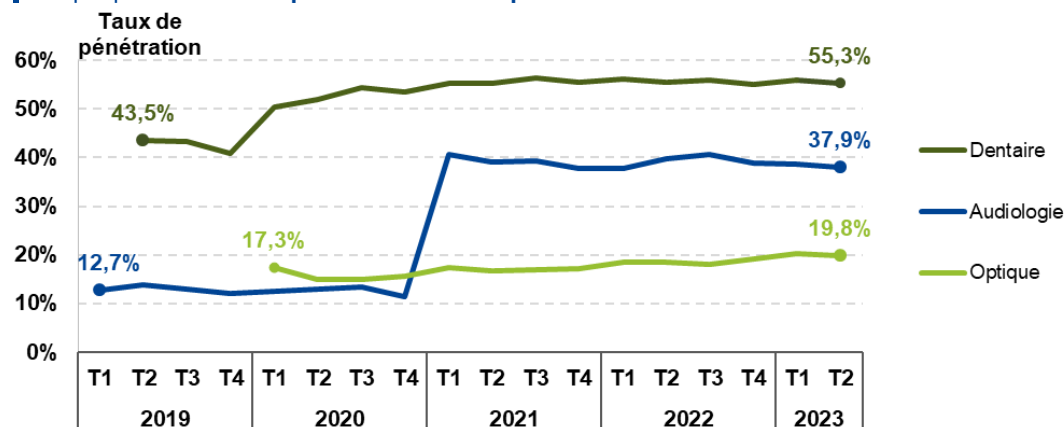
Résultats Le taux de pénétration des dispositifs « 100 % Santé » (cf. *Précisions méthodologiques*) diffère selon les secteurs. Il est plus important pour le dentaire et les audioprothèses avec respectivement 55,6 % et 38,3 % des équipements relevant du dispositif sur le premier semestre 2023 que pour l'optique avec 20,1 % des équipements relevant du dispositif. Les objectifs fixés par le Gouvernement sont de 20 % pour l'optique, 40 % pour l'audiologie et 45 % pour le dentaire.

En optique, le taux de pénétration des équipements 100% Santé a augmenté progressivement au cours des premières années de la réforme (15,7 % en 2020, 17,1 % en 2021, 18,5 % en 2022), pour atteindre l'objectif au premier semestre 2023 (20,1 %) et le nombre de consommateurs de panier 100% Santé a augmenté de 8 % par rapport à l'année précédente et représente 18 % des effectifs totaux du secteur de l'optique en 2022, une augmentation de 2 pt par rapport à 2021 (cf. *Tableau 2*).

Concernant le secteur dentaire, le taux de pénétration du panier 100% Santé reste relativement stable autour de 43 % en 2019 (période d'avril à décembre) lors de la première étape de la réforme (mise en place de prix limite de vente sur le panier 100 % Santé et le panier à tarif maîtrisé), mais augmente fortement, de 10 points de pourcentage, en 2020 au moment de l'entrée en vigueur complète du dispositif (cf. *Précisions sur le dispositif*). Et depuis 2021, ce taux demeure inchangé, égal à 55,6 %. En termes d'effectifs, comme pour l'optique, le nombre de consommateurs d'équipements 100 % Santé a connu une forte hausse de 22 % en 2021 par rapport à 2020. Malgré la croissance particulièrement forte en 2021, à la fois expliquée par la baisse de la consommation de soins dentaires en 2020 en raison du confinement et par l'intégration des prothèses amovibles dans le panier 100 % Santé en 2021, la part de consommateurs d'équipements 100 % Santé reste stable en 2022 (56 %, cf. *Tableau 2*).

Pour les audioprothèses, le taux de pénétration est resté très faible en 2019 et 2020 lors des étapes intermédiaires de la réforme, mais a fortement augmenté au moment de la mise en œuvre complète du dispositif (39,1 % en 2021) et reste stable en 2022 (39,2 %). De même, le nombre de consommateurs du panier 100 % Santé a très fortement augmenté en 2021 : il a été multiplié par cinq par rapport aux années précédentes et, comme pour le dentaire, demeure pratiquement inchangé en 2022 (+1 % par rapport à 2021) avec un taux de recours de 39% en 2021 et 2022 (cf. *Tableau 2*). Le nombre de porteurs d'appareils auditifs en France a fortement augmenté ces dernières années passant de 2,3 millions en 2018 à 3,0 millions en 2022, soit un taux de croissance annuel moyen de 13 %.

Graphique 1 • Taux de pénétration des dispositifs 100 % Santé



Source : SNDS-DCIR

Note : en dates de soins, remboursements jusqu'en décembre 2023

Champ : France entière, tous régimes, Professionnels de Santé libéraux conventionnés pour le dentaire

Tableau 1 • Nombre de porteurs d'appareils auditif en France

Année	Millions de porteurs d'appareils auditifs*
2016	2,0
2018	2,3
2020	2,6
2022	3,0

Source : SNDS-ESND.

Champ : France entière, tous régimes.

*Estimation basée sur l'historique de consommation disponible à partir de l'Échantillon du Système National des Données de Santé dénommé ESND couvrant la période entre 2008 et 2023.

Note de lecture : En 2022, 3 millions de français sont porteurs d'un appareil auditif en France.

Tableau 2 • Nombre d'assurés consommant des équipements 100 % Santé et total par secteur

Année	Audiologie			Optique			Dentaire		
	100% santé	Total	Part (%)	100% santé	Total	Part (%)	100% santé	Total	Part (%)
2019	58 000	440 000	13%				1 927 000	5 121 000	38%
2020	56 000	444 000	13%	2 022 000	13 371 000	15%	2 614 000	4 813 000	54%
2021	299 000	769 000	39%	2 522 000	15 305 000	16%	3 186 000	5 664 000	56%
2022	302 000	777 000	39%	2 712 000	15 283 000	18%	3 178 000	5 682 000	56%
2023 S1	149 000	393 000	38%	1 520 000	7 975 000	19%	1 845 000	3 382 000	55%

Source : SNDS-DCIR

Champ : France entière, tous régimes

Note de lecture : En 2022, 2 712 000 personnes ont consommé au moins un équipement d'optique appartenant au panier 100 % Santé au cours de l'année.

Précisions sur le dispositif La réforme du « 100 % Santé » a connu une mise en œuvre échelonnée de 2019 à 2021.

En premier lieu, les prix limites des équipements et soins « 100 % Santé » sont progressivement plafonnés, permettant aux assurés de bénéficier d'un reste à charge maîtrisé :

- les aides auditives « 100 % Santé » sont ainsi proposées à un prix inférieur ou égal à 950 € à partir de 2021 (contre 1 300 € en 2019), tandis que la base de remboursement de la Sécurité sociale a augmenté pour atteindre 400 € (contre 199,71 € avant réforme).
- les soins prothétiques dentaires « 100 % Santé » ainsi que certains soins appartenant au panier de soins à reste à charge maîtrisé (couronne, prothèse transitoire, bridge, etc.) ont été soumis à des prix limite de vente. Ainsi, plus des deux tiers des actes prothétiques dentaires sont plafonnés et plus de 40 % sont couverts obligatoirement sans frais par l'assurance maladie et les complémentaires santé. Le principe est de garantir l'accès de tous à des matériaux (céramo-métallique, céramique full zircon, etc.) dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (distinction des dents « visibles » et celles « non visibles »).
- des prix limites de vente sont appliqués sur un ensemble de montures et de verres du panier de soins « 100 % Santé » avec des garanties de choix et de qualité.

En second lieu, les contrats complémentaires santé responsables doivent obligatoirement couvrir les paniers de soins « 100 % Santé » en optique médicale, aides auditives et soins prothétiques dentaires. En pratique, les équipements « 100 % Santé » sont donc garantis sans reste à charge dès lors que le patient est couvert par un contrat responsable :

- depuis 2020, pour les lunettes « 100 % Santé » et certains soins prothétiques dentaires (couronnes et bridges)
- à compter de 2021, pour les aides auditives.

Précisions méthodologiques Les données proviennent du DCIR/SNDS. Le taux de pénétration représente la part d'équipement 100 % Santé délivrés sur le total des équipements délivrés pour une période donnée. Pour l'optique, cela correspond à la part d'équipement complet (verres + montures) comprenant au moins un équipement 100 % Santé parmi l'ensemble des équipements complets délivrés (verres + montures). Le nombre de consommateurs d'équipements 100 % Santé équivaut au nombre de consommateurs distincts d'équipements relevant du panier 100 % Santé sur une période donnée.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DSS

2.4.6. Faciliter l'accès à la contraception

Finalité La Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2017-2030 fixe pour objectif « d'améliorer la santé reproductive » (axe III). Elle ambitionne plus particulièrement « d'améliorer l'accès à la contraception notamment par la mobilisation du cadre conventionnel » et de « réduire d'un tiers les grossesses non prévues et non désirées ». Elle fixe également un objectif de 5 % de part de contraceptions définitives (vasectomie et stérilisation tubaire) dans l'ensemble des méthodes contraceptives. La feuille de route 2021-2024 de déclinaison de la SNSS comporte ainsi une action 16 qui vise à « garantir l'accès à la contraception » à travers différentes mesures étendant la prise en charge à 100% des moyens contraceptifs.

Extension de la prise en charge de la contraception L'extension de la gratuité de la contraception aux jeunes femmes de moins de 26 ans est motivée par le recul de l'usage de contraceptifs ayant une efficacité élevée (efficacité de plus de 90 %) chez les 18-25 ans, souvent lié à des raisons financières. Pour cette raison, depuis le 1^{er} janvier 2022, l'assurance maladie prend en charge à 100 % et sans avance de frais le coût de la contraception et les actes qui y sont liés (une consultation par an avec un médecin ou une sage-femme et les examens biologiques potentiels). 3 millions de jeunes femmes sont concernées par l'extension de la gratuité.

En pratique, les jeunes femmes de moins de 26 ans peuvent accéder gratuitement aux consultations de médecin ou de sage-femme, examens ou actes médicaux en lien avec la contraception, ainsi qu'aux différents types de contraception ouverts au remboursement sur prescription en pharmacie (pilules hormonales de 1^{ère} ou de 2^e génération, dispositifs intra-utérins ou stérilets, implants contraceptifs hormonaux, progestatifs injectables, diaphragmes et contraception d'urgence hormonale). Pour les femmes de 26 ans et plus, ces contraceptifs sont remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie dans les conditions habituelles.

Par ailleurs, depuis 2018, femmes et hommes ont accès à un remboursement à hauteur de 60 % de certains préservatifs sur prescription. La prise en charge est de 100% pour les moins de 26 ans sans prescription depuis janvier 2023.

Prise en charge à 100% de la contraception d'urgence pour toutes et tous

La contraception d'urgence hormonale est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais en pharmacie pour toutes et tous les assurés sociaux depuis janvier 2023. Jusqu'à cette date, la contraception d'urgence n'était prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie que pour les femmes de moins de 26 ans avec une ordonnance et pour les moins de 18 ans sans ordonnance. Pour les femmes de 26 ans et plus, la contraception d'urgence hormonale était prise en charge à 65 % par l'Assurance maladie sur prescription.

En dehors des pharmacies, la contraception d'urgence hormonale peut également être obtenue gratuitement :

- Dans les centres de santé sexuelle : les femmes majeures sans couverture sociale peuvent se procurer les médicaments de contraception d'urgence sans prescription médicale et de façon anonyme ;
- Dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) : les médicaments nécessaires à la contraception d'urgence peuvent être délivrés sans prescription médicale et de façon anonyme ;
- Dans les établissements d'enseignement du second degré : les infirmiers scolaires peuvent délivrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence ;
- Dans les services de santé étudiants : les infirmiers peuvent délivrer aux étudiantes (en général majeures) la contraception d'urgence.

Résultats En 2016, 6,2 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont eu recours à la contraception d'urgence au cours des 12 derniers mois. Cette part est beaucoup plus importante chez les femmes les plus jeunes : 21,4 % parmi les 15-19 ans contre 5,2 % parmi les 30-39 ans et 1,5 % parmi les 40-49 ans (D. Rahib et N. Lydié, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de Santé publique France, [L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016](#)).

Le nombre de femmes ayant consommé au moins un contraceptif remboursable au cours d'une année donnée varie légèrement depuis 2017, passant de 5 464 000 à 5 426 000 en 2022 (cf. Graphique 1), pour un total de 173 M€ de dépenses remboursées par l'assurance maladie en 2021. Bien que le nombre de femmes concernées par le remboursement de la pilule soit en recul (-248 000 en 5 ans), ce mode de contraception représente toujours la majorité des contraceptifs remboursés, concernant 4 500 000 femmes en 2022. Bien que le préservatif externe, dit masculin, reste minoritaire parmi les contraceptifs remboursés, on observe une forte hausse du recours depuis la prise en charge de son remboursement en décembre 2018.

L'augmentation du recours s'est poursuivie suite à la mise en œuvre de la mesure de prise en charge à 100% sans ordonnance des préservatifs pour les moins de 26 ans en janvier 2023. En effet, en 2023, 26 millions de préservatifs ont été remboursés par l'Assurance Maladie (dont 17 millions à 100%), contre 12 millions en 2022.

En élargissant à l'ensemble de la population, en 2022, sur un total de 419 300 bénéficiaires d'une prise en charge des préservatifs, les femmes représentent près de 93% des bénéficiaires totaux (389 500, cf. graphique 2). Cette répartition entre les hommes et femmes est stable entre 2020 et 2022.

D'après l'enquête Baromètre Santé 2016 de Santé publique France, 13,7 % des femmes déclarent avoir connu une grossesse non prévue au cours de leur vie (cf. Graphique 3). La population la plus concernée est celle des 25-29 ans, dont 22,1 % déclarent avoir connu une grossesse non prévue au cours de leur vie, suivie par les 30-44 ans (17,6 %) et par les 20-24 ans (14,1 %). Ces chiffres suggèrent que les jeunes femmes pourraient être plus sujettes aux grossesses non prévues que leurs aînées. Ce résultat doit cependant être considéré avec prudence, puisqu'il n'existe pas de point de comparaison équivalent pour d'autres années que 2016. Les données étant déclaratives, la différence pourrait s'expliquer en partie par des divergences générationnelles dans le nombre d'enfants souhaité et l'âge souhaité au premier enfant, des différences dans les déclarations ou un effet mémoriel.

Entre 2010 et 2016, le nombre de femmes concernées par la contraception (cf. précisions méthodologiques) et ne recourant à aucune méthode contraceptive a diminué (8 % en 2016 contre 14 % en 2010, cf. Graphique 4). Cette diminution est particulièrement importante pour les jeunes femmes entre 20 et 24 ans (-7 points). Parmi les moins de 19 ans concernées par la contraception, 74 % des jeunes femmes utilisent la pilule, et 36 % le préservatif en 2016 (en prenant en compte la combinaison pilule et préservatif). Parmi les 20-24 ans concernées par la contraception, ces chiffres sont respectivement de 72 % et de 60 %.

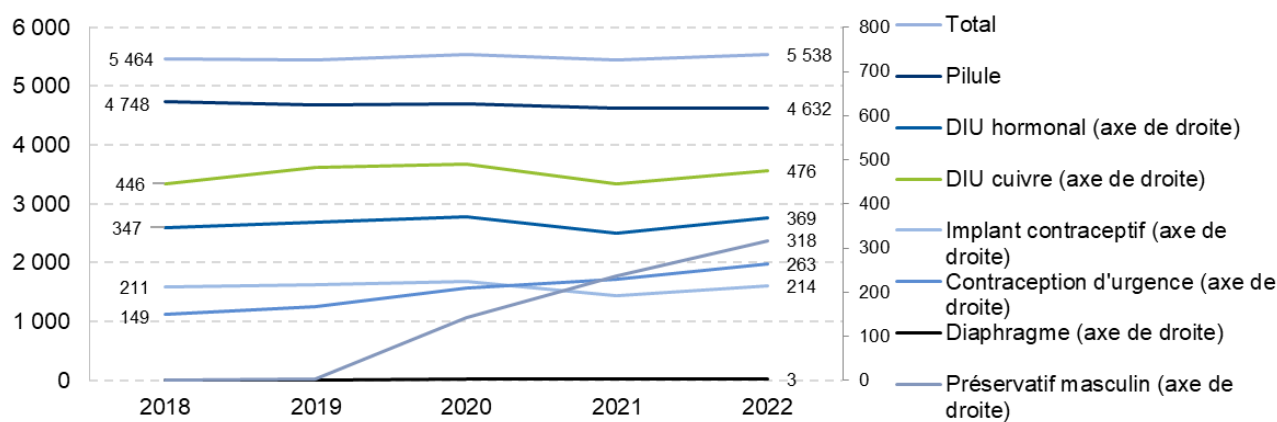
On observe cependant un recul de l'usage de la pilule entre 2013 et 2016, parmi toutes les générations. Ce recul s'explique par la « crise de la pilule » de 2012 : une jeune femme avait déposé plainte contre un laboratoire pharmaceutique à la suite d'un accident thromboembolique ; un débat médiatique sur la sécurité des contraceptifs avait émergé, et les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, accusées d'être la cause de tels accidents, ont cessé d'être remboursées à partir de 2013.

A partir de 30 ans, la méthode contraceptive la plus utilisée est le Dispositif Intra Utérin DIU (Stérilet) (35 % pour les 30-44 ans en 2016).

Des enquêtes sont actuellement en cours pour fournir des données actualisées sur l'utilisation des différents contraceptifs.

Concernant la contraception définitive, d'après un état des lieux publié en février 2024 par EPI-PHARE fondé sur les données du SNDS¹, il apparaît que le nombre de vasectomies pratiquées en France augmente de façon importante depuis 2010, la prévalence des vasectomies annuelles dépassant le nombre de stérilisations féminines pour la première fois depuis 2021. En 2022, trois stérilisations masculines ont en effet été pratiquées pour deux stérilisations féminines. Ceci s'explique non seulement par la forte augmentation de la vasectomie en France, mais aussi par une baisse des demandes de stérilisation féminine, notamment par suite de l'arrêt de commercialisation des implants Essure® en 2017.

Graphique 1 • Nombre de femmes ayant consommé au moins un contraceptif remboursable



Note : Les chiffres présentés sont arrondis au millier.

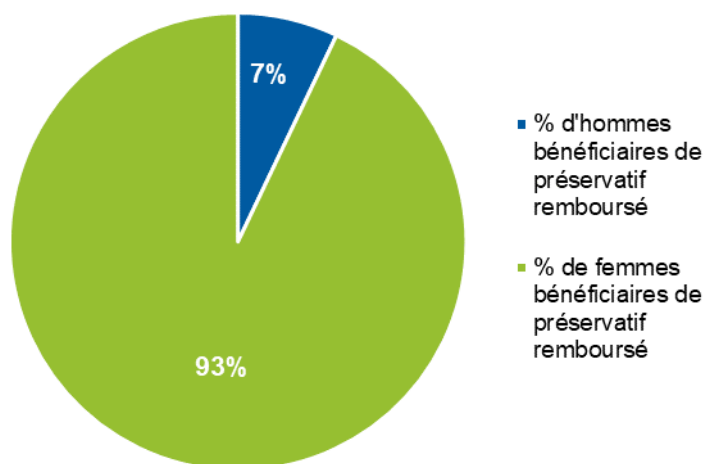
Note de lecture : En 2022, 5 426 000 patientes avaient consommé au moins une méthode contraceptive remboursable au cours de l'année. La majorité des contraceptifs remboursés sont des pilules, remboursées pour 4 500 000 patientes.

Source : SNDS, calculs DSS, données en dates de soins, remboursements jusqu'en décembre 2023 inclus.

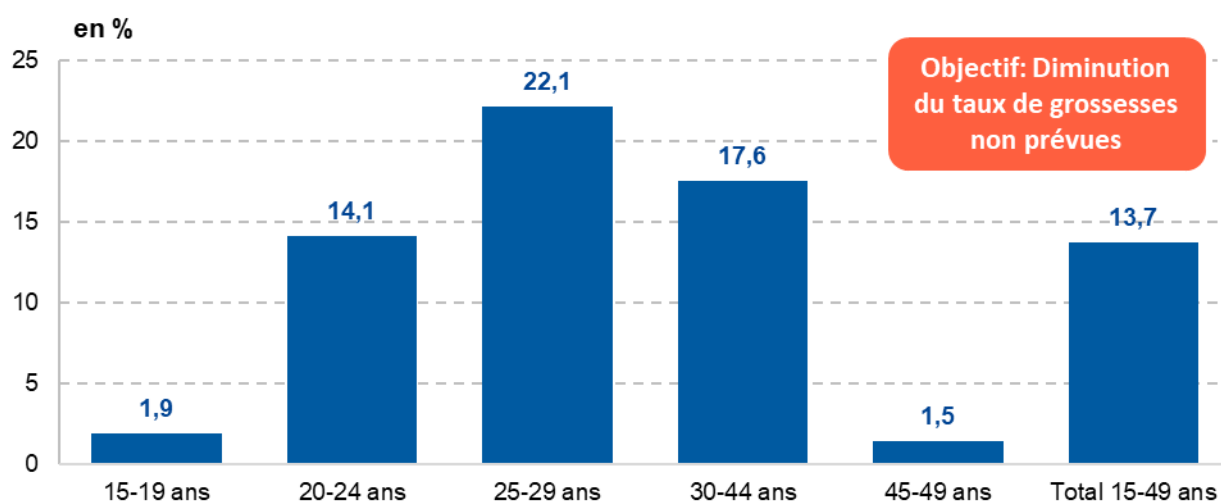
Champ : France entière, tous régimes, ensemble des femmes

¹ La vasectomie en France entre 2010 et 2022 (epi-phare.fr)

Graphique 2 • Nombre de bénéficiaires distincts de préservatifs remboursés par genre en 2022

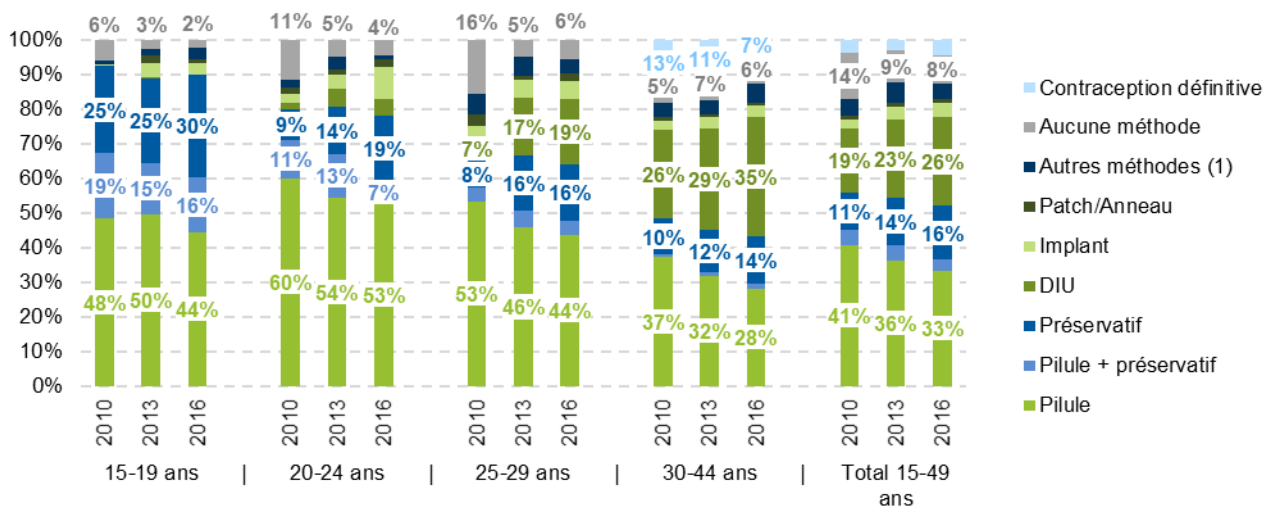


Graphique 3 • Taux de grossesses non prévues au cours de la vie par tranches d'âge



Source : Baromètre santé 2016 – Santé publique France

Graphique 4 • Utilisation des différents contraceptifs par tranches d'âge



Note: La contraception définitive n'étant utilisée qu'après 30 ans, elle n'est présentée que parmi les populations concernées.

(1) Autres méthodes : Cette catégorie comprend le diaphragme, la cape et les méthodes dites traditionnelles telles que la symptothermie, la méthode des températures et le retrait.

(2) DIU - Dispositif Intra Utérin (Stérilet)

Champ : Femmes de 15 à 49 ans, non ménopausées, non stériles, non enceintes, ne cherchant pas à avoir d'enfants, et ayant eu des rapports sexuels avec un homme au cours des 12 derniers mois.

Sources : Enquête Fécond 2010, Enquête Fécond 2013 et Santé Publique France - Baromètre Santé 2016. Les données provenant des enquêtes Fécond ont été réajustées par Santé Publique France pour être comparables aux données du Baromètre Santé 2016.

Précisions méthodologiques Le Baromètre santé 2016 est une enquête réalisée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le Français. L'échantillon repose sur un sondage aléatoire à deux degrés avec génération aléatoire des numéros de téléphone et sélection au hasard d'un individu parmi les personnes éligibles au sein du foyer. Les données recueillies ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis calées grâce à l'enquête emploi 2014 de l'Insee, sur les marges des variables sociodémographiques suivantes : le sexe croisé par l'âge, la région, la taille d'agglomération, le niveau de diplôme et le fait de vivre seul. Le terrain s'est déroulé du 8 janvier au 1^{er} août 2016 et a permis d'interroger 15 216 personnes. Les femmes pouvaient déclarer plusieurs méthodes de contraception : les chiffres présentés sont ceux de la contraception principale, définie comme la contraception qui a l'efficacité pratique la plus élevée en fonction de l'indice de Pearl ⁽¹⁾. L'utilisation conjointe de la pilule et du préservatif a été étudiée pour rendre visible cette stratégie de double protection fréquente chez les plus jeunes.

Les femmes définies comme concernées par la contraception sont les femmes de 15 à 49 ans non stériles, non ménopausées, qui ne sont pas enceintes et ne cherchent pas à avoir d'enfants, et qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois.

(1) L'indice de Pearl mesure l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive. Il est égal au pourcentage de grossesses non prévues sur un an d'utilisation optimale de la méthode utilisée.

Pour aller plus loin : [Baromètre Santé 2016, Contraception](#) de D.Rahib, M. Le Guen et N. Lydié [Femmes et hommes, l'égalité en question](#), publication de l'INSEE, édition 2022

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

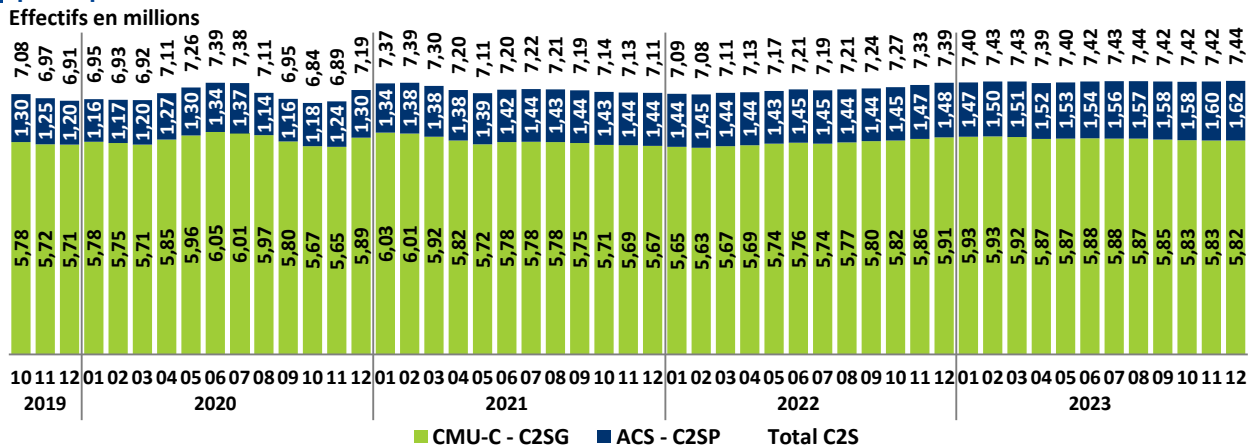
2.5. Améliorer l'accès au système de santé pour les personnes les plus démunies

2.5.1. Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)

Finalité Pour limiter les barrières financières à l'accès aux soins, une offre de complémentaire santé solidaire (C2S) a été mise en place en 2019. À partir d'un panier de soins commun, la C2S se décline en deux dispositifs : la complémentaire santé solidaire gratuite (C2SG) et la complémentaire santé solidaire avec participation (C2SP). Cet indicateur présente ces compléments et les populations couvertes. La C2S est issue de la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), créée en 2000 et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) qui a été créée en 2004, pour les personnes dont les revenus étaient légèrement supérieurs au plafond à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMU-C. (cf. *précisions méthodologiques*).

Résultats Fin décembre 2023, 7,44 millions de personnes sont couvertes par un des deux dispositifs de la complémentaire santé solidaire (C2S). Depuis octobre 2019, le dernier mois qui a précédé la mise en place de la C2S, le nombre de personnes couvertes par un contrat a progressé de 358 000 bénéficiaires (+5,1 %), dont 47 000 bénéficiaires pour la C2SG (+0,8 %) et 311 000 bénéficiaires pour la C2SP (+23,8 %).

Graphique 1 • Personnes couvertes par une complémentaire santé solidaire (C2S), gratuite et avec participation



Sources : régimes d'Assurance maladie pour la C2S et la C2SP gérée par les régimes – OC pour la C2SP gérée par les OC, données requêtes à M+1 pour la CNAM et les SLM, données évaluées pour la CCMSA, les régimes spéciaux et provisoires pour la C2SP gérée par les OC.

Fin décembre 2023, 5,82 millions de personnes sont couvertes par la C2SG (cf. *graphique*^{°1}). Après la progression régulière de l'année 2022, liée à l'attribution automatique de la C2SG pour les nouveaux allocataires du RSA et à la simplification des déclarations de ressources pour les non allocataires du RSA, le nombre de bénéficiaires de la C2SG a marqué le pas tout au long de l'année 2023. La diminution, de - 1,4 % sur un an, est en grande partie liée à la baisse du nombre d'allocataires du RSA, qui composent plus de la moitié des bénéficiaires de la C2SG.

Pour rappel, les mesures de prolongation des droits mises en place entre avril 2020 et avril 2021, dans le contexte de la crise sanitaire avaient maintenu les effectifs à des niveaux artificiellement élevés.

Les bénéficiaires de la C2SG peuvent choisir le mode de gestion de leurs droits : régime de protection maladie obligatoire (RO) ou organisme de protection maladie complémentaire (OC), inscrits sur une liste gérée par la direction de la sécurité sociale ; 95 % d'entre eux optent pour la gestion par le régime de protection maladie obligatoire à fin décembre 2023, soit 1 point de plus par rapport à fin décembre 2022.

La C2SP protège 1,62 million de personnes fin décembre 2023 (cf. *graphique 1*). Le nombre de bénéficiaires de la C2SP a continué de croître, pour aboutir à + 9 % entre décembre 2022 et décembre 2023. Cette évolution s'inscrit dans la continuité de la mesure de présomption de droit à la C2SP pour les bénéficiaires de l'ASPA, parallèlement à la progression du nombre d'allocataires de l'ASPA et de l'AAH.

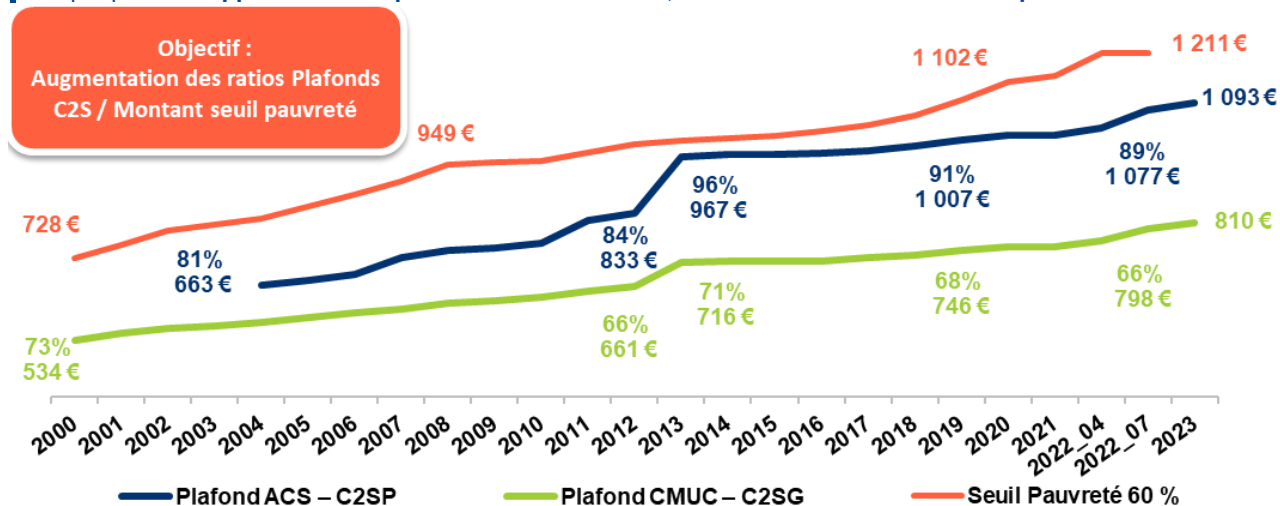
Comme la C2SG, la C2SP peut être gérée par le régime obligatoire d'assurance maladie (C2SP RO) ou par un OC (C2SP OC). La part de couverture des régimes obligatoires atteint 77 % à fin décembre 2023, en augmentation de 41 points par rapport à novembre 2020, premier mois après le terme des derniers contrats ACS, qui étaient exclusivement gérés par des OC.

L'ouverture des droits à la C2S nécessite d'avoir des ressources inférieures à un certain seuil. Le plafond annuel de ressources de la C2SG a été fixé à 9 719 € pour une personne seule, en métropole, au 1^{er} avril 2023, modulable en fonction de la composition du foyer du demandeur. Le plafond pour accéder à la C2SP est fixé sur la base du plafond de la C2SG +35 %, soit à 13 121 € pour une personne seule, en métropole, en 2023.

Le plafond pour bénéficier de la CMU-C était initialement fixé à une valeur proche de 75 % du seuil de pauvreté (égal à 60 % du revenu médian). L'écart s'était progressivement creusé entre le plafond CMU-C et le seuil de pauvreté, le plafond CMU-C n'atteignant plus que 65 % de ce seuil en 2008 (cf. *graphique 2*). Le relèvement du plafond au 1^{er} juillet 2013 a permis de ramener le plafond de ressources à un peu plus de 70 % du seuil de pauvreté. En 2022, le plafond de la C2SG se situe à 66% du seuil de pauvreté.

Le plafond de l'ACS a été réglementairement défini à partir de celui de la CMU-C. Parallèlement aux augmentations du plafond de la C2SG, le ratio CMU-C / ACS a été relevé à plusieurs reprises, ce qui a permis de faire converger progressivement le plafond de l'ACS vers 96% du seuil de pauvreté en 2013. En 2022, le plafond de la C2SP se situe à 89 % du seuil de pauvreté.

Graphique 2 • Rapport entre les plafonds CMU-C / C2SG, de l'ACS / C2SP et le seuil de pauvreté à 60 %



Seuil de pauvreté en euros courants, à 60 % du revenu médian

Source : INSEE, Fonds CMU-C / DSS.

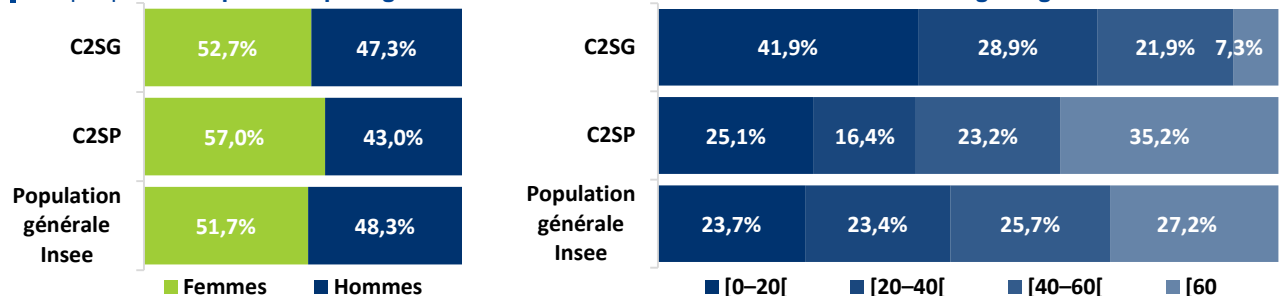
Champ : France métropolitaine

Note de lecture : le ratio présenté constitue une approximation ; des décalages existent entre la mesure des ressources retenue pour établir le seuil de pauvreté et celle retenue pour le plafond de ressources de la C2SG / C2SP, le dernier seuil de pauvreté connu est celui de 2022, alors que le plafond de la C2SG / C2SP a augmenté en 2023.

Le plafond C2S a été revalorisé deux fois en 2022 : en avril, de 1,8 %, conformément aux règles annuelles de revalorisation en rapport avec l'inflation, en juillet, de 4 %. Cette revalorisation exceptionnelle avait pour but de maintenir en deçà du plafond les allocataires de l'AAH et de l'ASPA, suite à une forte revalorisation des minima sociaux.

Les profils des bénéficiaires diffèrent en fonction des dispositifs (cf. *graphique 3*). La C2SG couvre un peu plus de femmes (53 %) que d'hommes et protège une population assez jeune : 42 % des bénéficiaires ont moins de 20 ans, contre 7 % pour les plus de 60 ans (à partir de cet âge, les bénéficiaires des minima sociaux tels que le RSA sont assez rapidement orientés vers une allocation retraite). La C2SP couvre majoritairement des femmes (57 % versus 52 % pour la population générale). Les personnes de 20 à 40 ans sont très minoritaires (16 % versus 23 % pour la population générale). Le revenu minimum assuré à une personne ayant cessé toute activité fait basculer son allocataire vers la C2SP, où les plus 60 ans, rassemblant 35 % des bénéficiaires, sont surreprésentés de 8 points de plus que la population générale. Cette part importante des plus de 60 ans contribue à la féminisation de la C2SP.

Graphique 3 • Répartition par âge des bénéficiaires de la C2SG et de la C2SP au Régime général



Note de lecture : Parmi les bénéficiaires de la C2SG, 52,7 % sont des femmes. Parallèlement, 41,9 % ont moins de 20 ans. En comparaison, dans la population générale, on trouve 51,7 % de femmes et 23,7 % de personnes âgées de moins de 20 ans.

Source : CNAM, INSEE

Les dépenses de la C2SG sont intégralement financées par la taxe de solidarité additionnelle (TSA) acquittée par les OC. Pour la C2SP, le financement est mixte, entre TSA et participations des bénéficiaires. Ces derniers versent une participation mensuelle établie en fonction de leur tranche d'âge, dans la limite de 30 € par mois. Pour la C2SP gérée par les OC, un montant forfaitaire par personne protégée est parallèlement versé aux organismes pour couvrir les frais de gestion, de 7 € depuis 2022 par personne et par trimestre.

Le nouveau circuit de financement de la C2S, mis en place au 1er janvier 2023, a généré un transfert vers les régimes de la quasi-totalité de la dépense des OC.

En 2023, la dépense au titre du panier de soins pour la C2S (C2SG + C2SP) a été de 3,54 Md€, dont 3,49 Md€ pour les régimes obligatoires et 0,056 Md€ pour les OC.

Le montant des participations reçues par les bénéficiaires de la C2SP a été de 0,33 Md€, dont 0,23 Md€ (0,227) pour les régimes et 0,1 Md€ (0,099) pour les OC.

Le montant des frais de gestion versé aux OC pour la C2SP a été de 0,01 Md€.

En tenant compte de différentes régularisations, portant sur les charges et les produits, le montant prévisionnel de TSA versé au Fonds C2S, pour l'exercice 2023, est évalué à 3,37 Md€.

La C2S 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, et des dépassements de tarifs, dans certaines limites, pour les soins prothétiques dentaires, l'optique et les prothèses auditives. Par ailleurs, le bénéficiaire de la C2S est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. Pour les soins courants (hors optique, prothèses dentaires et auditives), les professionnels de santé sont tenus de ne pas appliquer de dépassement, sauf en cas d'exigence particulière de l'assuré. Le panier de soins dentaires pour la C2SG/C2SP offre une prise en charge plus large que le panier de soins 100 % santé, plus spécialement pour les soins orthodontiques pour les enfants de moins de 16 ans. Le 100 % santé s'applique aux bénéficiaires de la C2S, pour l'optique depuis 2020 et pour l'audioprothèse depuis 2021.

Précisions méthodologiques

Passage de la CMU-C et de l'ACS à la C2S : Créée par la loi du 27 juillet 1999 et entrée en vigueur le 1er janvier 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est venue compléter les remboursements des régimes obligatoires. Ce dispositif offrait, sous condition de ressources et de résidence stable et régulière, l'accès à une complémentaire santé gratuite pendant un an.

La CMU-C a été remplacée par le dispositif plus large de la Complémentaire santé solidaire au 1er novembre 2019. Ce nouveau dispositif offre les mêmes prestations que la CMU-C. Sa particularité est de s'ouvrir aux personnes éligibles à la CMU-C, sous la forme de la Complémentaire santé solidaire sans participation (C2S) mais aussi aux personnes éligibles à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé solidaire (ACS), sous la forme de la Complémentaire santé solidaire avec participation (C2SP). Dans le cas de la C2SP, les personnes bénéficient de la même couverture que les bénéficiaires de la C2SG, mais en acquittant une participation financière mensuelle, calculée selon l'âge de chaque bénéficiaire.

L'ex Fonds de la complémentaire santé solidaire a été fermé au 31 décembre 2020. Le suivi des flux financiers est assuré depuis le 1er janvier 2021 par un Fonds spécifique créé au sein de la CNAM.

La mesure de simplification du dispositif, en application de l'article 45 de la LFSS 2022, permet la prise en charge directe par l'assurance maladie des dépenses de la complémentaire santé solidaire effectuées en tiers-payant intégral, depuis le 1er janvier 2023. Il en résulte la suppression de la facturation des parts complémentaires réalisés en tiers-payant intégral par les organismes d'assurance maladie (AMO) auprès des organismes complémentaires (AMC), ainsi que l'arrêt de la déduction des parts complémentaires prises en charge en tiers-payant intégral par les organismes complémentaires (AMC) lors des déclarations TSA.

Construction de l'indicateur Les effectifs pour la C2SG tous types de gestion et la C2SP gérée par les régimes obligatoires sont transmis par les régimes obligatoires et les sections locales mutualistes gestionnaires. Les effectifs des bénéficiaires de la C2SP, gestion OC, sont suivis à partir des éléments transmis par les régimes obligatoires, rapprochés d'un suivi mensuel effectué avec un échantillon d'OC et des déclarations trimestrielles et annuelles des OC.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.5.2. Renoncement aux soins pour raisons financières

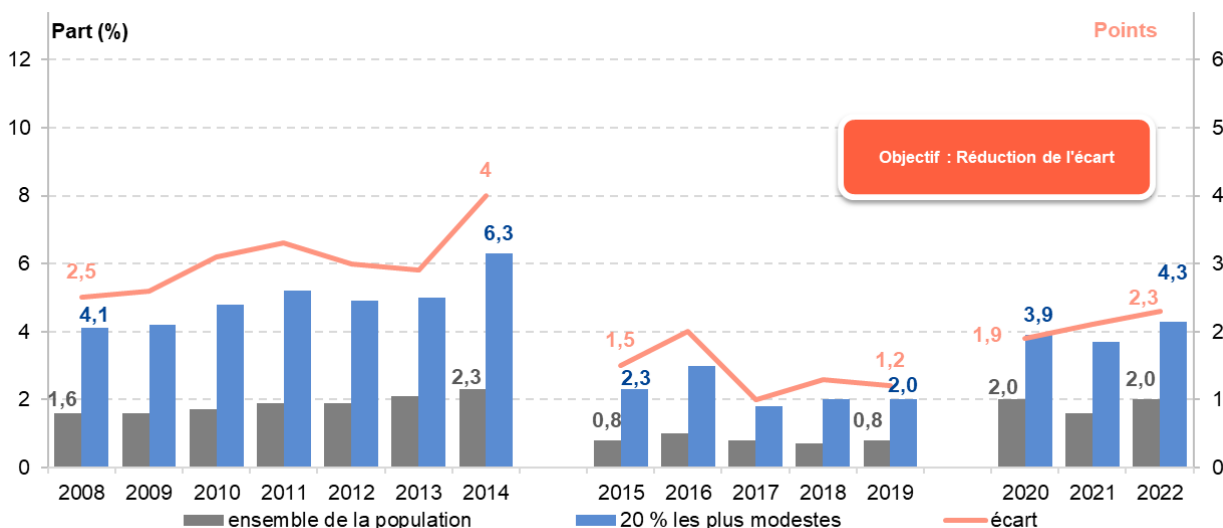
Finalité L'accessibilité financière des soins, mesurée à travers l'indicateur « Limiter le reste à charge des ménages » (indicateur n°2-4) repose sur l'observation de la consommation de soins, mais également sur la mesure du renoncement aux soins pour raisons financières. Ce dernier indicateur complète la mesure de la consommation de soins qui ne renseigne, par construction, que sur la propension des assurés à recourir à des soins financièrement accessibles, laissant de côté les soins non consommés en raison d'un obstacle financier.

Caractéristiques des besoins de soins non satisfaits (approche Eurostat) Le renoncement aux soins pour raisons financières est mesuré dans l'enquête SILC – SRCV (*Statistics on Income and Living Conditions – Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie*), via la notion de « besoins de soins non satisfaits » : on mesure ainsi la part des personnes âgées de 16 ans ou plus ayant déclaré avoir renoncé à des examens ou des soins médicaux d'une part, et à des soins dentaires d'autre part, alors qu'elles en éprouvaient le besoin et parce qu'elles n'en avaient pas les moyens.

Mesurer les besoins de soins et l'éventuel renoncement est un exercice délicat, d'une part car la notion de besoins de soins n'est pas perçue de la même façon par les répondants, mais aussi parce que le taux estimé de renoncement aux soins est très sensible à la formulation de la question posée. Ainsi, en raison de deux changements de formulation, en 2015 puis en 2020, il n'est pas possible de comparer d'une part 2014 (et années précédentes) et 2015, et d'autre part 2019 et 2020 (et années à venir).

Résultats Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières correspond à la part des personnes ayant renoncé à des soins ou cours des douze derniers mois sur l'ensemble de la population. L'indicateur de renoncement aux soins suivi ici est construit comme la différence entre la part des personnes ayant renoncé à au moins un soin pour raisons financières, parmi les 20 % les plus modestes, et celle calculée sur l'ensemble des individus de 16 ans ou plus en France métropolitaine.

Graphique 1 • Examens ou traitements médicaux non satisfaits pour raisons financières



Source : SILC- SRCV 2008 – 2022.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 16 ans ou plus.

Note de lecture : en 2022, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à des examens ou traitements médicaux alors qu'elles en avaient besoin, s'élève à 4,3 % chez les 20 % les plus modestes, soit 2,3 points de plus que dans l'ensemble de la population.

Notes : La question sur le renoncement dans l'enquête SRCV a connu une rupture de série en 2015 puis en 2020 : voir précisions méthodologiques ci-dessous.

La part des personnes confrontées à des besoins d'examen ou de soins médicaux non satisfaits pour raisons financières augmente entre 2008 et 2014, à raison de 0,1 à 0,4 point par an, passant ainsi de 1,6 % en 2008 à 2,3 % en 2014.

À partir de 2015, date à laquelle la modification du questionnaire conduit à une première rupture de série (cf. précisions méthodologiques), la part de la population qui déclare n'avoir pas pu satisfaire pour raisons financières un besoin d'examen ou de soin médical est quasi stable jusqu'en 2019.

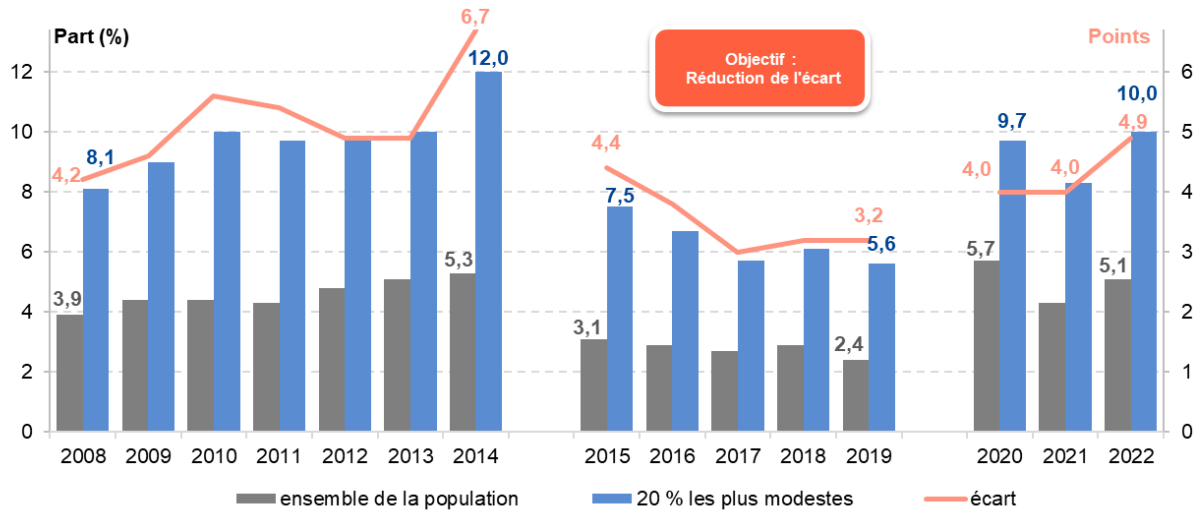
Le renoncement des plus modestes à des examens ou traitements médicaux pour raisons financières est plus élevé que pour l'ensemble de la population. Entre 2008 et 2014, la part d'individus ayant renoncé pour raisons financières à des examens ou traitements médicaux chez les 20 % les plus modestes progresse plus vite que pour l'ensemble de la population, de sorte que l'écart augmente, de 2,5 points en 2008 à 4,0 points en 2014. De 2015 à 2019, l'écart entre les plus modestes et l'ensemble de la population se stabilise.

En 2020, suite à une nouvelle rupture de série, les taux de renoncement des examens ou traitements médicaux pour raison financière de l'ensemble de la population et des plus modestes atteignent respectivement 3,9 % et 2,0 % ; soit un écart de 1,9 points. Il n'est pas possible de savoir s'il y a eu une réelle augmentation ni du taux de renoncement, ni de

l'écart entre celui des plus modestes et celui de l'ensemble de la population, ou si toute la hausse entre 2019 et 2020 provient du changement dans la formulation de la question.

Sur la période 2020 à 2022, la part de la population déclarant n'avoir pas pu satisfaire un besoin d'examen ou de traitements médicaux pour raisons financières est relativement stable autour de 2 %, tandis que celle mesurée sur les 20 % les plus modestes augmente de 3,9 % à 4,3 %. De ce fait, l'écart entre le taux des plus modestes et celui de l'ensemble de la population a légèrement augmenté, passant de 1,9 à 2,3 points.

Graphique 2 • Traitements dentaires non satisfaits pour raisons financières



Source : SILC- SRCV 2008 – 2022.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 16 ans ou plus.

Note de lecture : en 2022, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à des traitements dentaires alors qu'elles en avaient besoin s'élève à 10,0 % chez les 20 % les plus modestes, soit 4,9 points de plus que dans l'ensemble de la population.

Notes : La question sur le renoncement dans l'enquête SRCV a connu une rupture de série en 2015 puis en 2020 : voir précisions méthodologiques ci-dessous.

La part des personnes confrontées à des besoins non satisfaits pour raisons financières est plus importante pour les soins dentaires que pour les examens et traitements médicaux, du fait de restes à charge élevés pour ces soins. Entre 2008 et 2014, elle croît et l'écart entre les 20 % les plus modeste et l'ensemble de la population augmente, de 4,2 points en 2008 à 6,7 points en 2014.

Le taux de renoncement en soins dentaires pour raisons financières s'est réduit ensuite entre 2015 et 2019 sur l'ensemble de la population comme sur la population des 20 % les plus modestes. Si un écart entre les plus modestes et l'ensemble de la population persiste, il a tendance à se réduire sur la période également.

Comme pour les examens et traitements médicaux, les taux de renoncement en soins dentaires sont plus élevés en 2020 qu'en 2019, sans qu'il soit possible de quantifier l'effet du changement de formulation. Sur la période 2020 à 2022, le taux de renoncement sur l'ensemble de la population diminue de 5,7 % à 5,1 %, tandis que celui des 20 % les plus modestes augmente de 9,7 % à 10,0 %. De ce fait, l'écart entre les taux de renoncement des 20 % les plus modestes et de l'ensemble de la population a légèrement augmenté, passant de 4,0 à 4,9 points.

Construction de l'indicateur L'indicateur est la différence entre la part de la population déclarant au moins un besoin non satisfait d'examen ou de traitement médical pour raisons financières au cours des douze derniers mois des 20 % les plus modestes et celui de l'ensemble de la population des 16 ans ou plus. Cet indicateur est complété par une mesure équivalente sur les besoins non satisfaits en soins dentaires. Une baisse de l'indicateur s'interprète ici comme une diminution des inégalités sociales de renoncement aux soins pour raisons financières.

Précisions méthodologiques L'enquête annuelle SILC-SRCV fournit à un rythme annuel des informations sur les besoins non satisfaits. Les données les plus récentes portent sur 2022

L'enquête EU-SILC (*European Union - Statistics on income and living conditions*), coordonnée par Eurostat, concerne la quasi-totalité des pays membres de l'Union Européenne, et vise à collecter des données individuelles sur les revenus, l'exclusion sociale et les conditions de vie. L'enquête française, assurée par l'Insee, couvre la France métropolitaine. Le principe consiste à interroger le même échantillon de ménages et d'individus neuf années de suite. Chaque personne âgée de 16 ans ou plus appartenant au ménage interrogé se voit proposer un questionnaire individuel. Un bloc sur la couverture complémentaire y a été intégré en 2017, et sera repris en 2023, puis en 2025.

À la suite de modifications du questionnaire, la comparaison de la part de la population concernée par des besoins non satisfaits pour raisons financières entre 2015 et les années précédentes, d'une part, et entre 2019 et les années suivantes d'autre part, n'est pas possible. Pour pouvoir distinguer les personnes sans besoin de soin de celles n'ayant pas renoncé, une question filtre sur le fait d'avoir « eu besoin de voir un médecin au cours des 12 derniers mois » a été introduite en 2015. Cette question filtre a pu conduire à exclure certaines personnes qui n'auraient pas consulté de médecin sur la période prise en compte. En effet, la distinction entre un besoin identifié et un besoin réalisé a pu ne pas être perçue par certains enquêtés et le fait d'avoir « eu besoin de voir un médecin » être compris comme « avoir vu un médecin ». Le renoncement a pu ainsi être sous-estimé, et ce d'autant plus pour les plus précaires qui sont légèrement plus nombreux que le reste de la population à ne pas du tout consulter de médecin alors que leurs besoins de soins sont plus importants. Ceci pourrait expliquer la baisse de l'écart entre les 20 % les plus modestes et l'ensemble de la population en 2015. Afin de limiter l'effet de sous-déclaration lié à cette question filtre, celle-ci a été supprimée en 2020 et remplacée par une question à trois modalités, pour éviter d'exclure du décompte des personnes ayant renoncé à des soins et n'ayant pas vu de médecin sur la période considérée.

Les modifications apportées au questionnaire ne permettent pas d'isoler l'évolution réelle des besoins non satisfaits de l'effet imputable au changement de formulation entre 2014 et 2015, et entre 2019 et 2020. Les travaux de Legal et Vicard¹ (2015) puis Lapinte (2023) préconisent ainsi de mesurer des évolutions entre deux années uniquement à partir d'enquêtes réalisées dans les mêmes conditions de collecte. Ainsi, dans l'enquête SRCV-SILC, le renoncement aux soins est analysé, jusqu'en 2014, avec la question :

- ⇒ « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? »
- ⇒ « Si oui, parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous y avez renoncé ? » :

1. « Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher » ; 2. « Le délai pour un rendez-vous était trop long, il y avait une file d'attente trop importante » ; 3. « Je n'avais pas le temps en raison de mes [ses] obligations professionnelles ou familiales » ; 4. « Le médecin était trop éloigné, j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre » ; 5. « Je redoute d'aller voir un médecin, de faire faire des examens ou de me soigner » ; 6. « J'ai préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes » ; 7. « Je ne connaissais pas de bon médecin » ; 8. « Pour d'autres raisons ».

En 2015, si la question sur les motifs du renoncement est restée identique, elle est précédée non plus d'une seule question mais de deux qui s'articulent de la façon suivante :

- ⇒ « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux ? »

Si la réponse à cette question est « oui », la question suivante est posée :

- ⇒ « Avez-vous vu un médecin ou reçu des soins médicaux chaque fois que vous en avez eu besoin ? »

1. « Oui, j'ai vu un médecin ou reçu un soin médical chaque fois que j'en ai eu besoin » ; 2. « Non, j'ai renoncé à voir un médecin ou à recevoir un soin médical au moins une fois ».

En 2020, une unique question réunit les deux précédentes, avec toujours l'objectif de distinguer trois populations :

- ⇒ « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à un examen ou traitement médical dont vous aviez besoin ? »

1. Vous n'êtes pas concerné car vous n'avez pas eu besoin d'examen ou de traitement médical, 2. Oui, vous avez dû renoncer à un examen ou à un traitement médical dont vous aviez besoin, 3. Non, vous n'avez pas dû renoncer à un examen ou à un traitement médical dont vous aviez besoin

De plus, le renoncement tel qu'il est mesuré dans l'enquête ne permet pas d'estimer l'intensité ni la gravité des soins non demandés : les personnes qui ont renoncé une fois dans l'année à consulter pour un problème de santé mineur et celles qui ne sont pas allées chez le médecin plusieurs fois durant la période pour une maladie ou une blessure plus grave sont considérées de la même façon. Enfin, déclarer avoir renoncé à des soins présuppose avoir identifié un besoin. Et là encore, il y a des différences de perception entre les personnes, notamment selon les catégories sociales.

¹ A partir d'un split sample sur le baromètre d'opinion de la Drees de 2013, Legal, R. Vicard, A. (2015, juillet). Renoncement aux soins pour raisons financières. DREES, Dossiers Solidarité Santé, 66.
Lapinte, A., (2023, août). « La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions – Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins », Drees Méthodes, 10.

Quelles que soient les formulations retenues dans les différents millésimes de SRCV, les individus qui déclarent avoir renoncé à des soins doivent ensuite préciser la raison principale parmi 8 motifs proposés, dont la raison financière. La formulation de ces items est restée stable depuis 2014. Le taux de renoncement pour raisons financières correspond alors à la part des personnes déclarant un besoin non satisfait qui indiquent le motif financier comme principal motif de renoncement.

Tous motifs confondus, le taux de personnes avec un besoin non satisfait augment entre 2020 et 2021 passant de 4,4 % à 6,6 %. Cependant, le motif financier est évoqué comme raison principale par 45 % des personnes ayant renoncé en 2020, contre 24 % en 2021. De ce fait, le renoncement pour raisons financières apparaît en baisse entre 2020 et 2021.

À l'inverse, entre ces deux années, le motif « autre raison » passe de 12 % à 38 %. L'enquête ayant lieu en début d'année, les questions portant sur les 12 mois précédents l'enquête couvrent ainsi pour l'enquête 2021 une période fortement impactée par la crise sanitaire Covid-19. Ainsi, ne pas avoir pu réaliser un soin peut notamment s'expliquer par une impossibilité d'avoir un rendez-vous, du fait des fermetures des cabinets médicaux ou des déprogrammations de soins non urgents à l'hôpital, conduisant mécaniquement les répondants à moins souvent déclarer le motif financier comme principal motif de renoncement au profit de l'item « autre raison ». Cela peut alors donner l'impression que les difficultés d'accès aux soins pour motifs financiers se sont réduites.

En 2022, la part des personnes ayant renoncé indiquant comme principal motif « autre raison » a diminué par rapport à 2021 et passe à 27 %, ce qui reste cependant élevé par rapport à 2020. La raison financière retrouve la première place des motifs évoqués mais à un niveau moindre qu'en 2020 (31 %). Le renoncement, tous motifs confondus, concerne alors 6,4 % de la population.

Pour les soins dentaires, le motif « autre raison » est resté plus stable : parmi les personnes avec un besoin non satisfait, il est indiqué par 3 % d'entre elles en 2020, 10 % en 2021 et 9 % en 2022. Tous motifs confondus le renoncement aux soins dentaires est relativement stable sur la période : 8,4% en 2020, 9,2 % en 2021 et 8,9 % en 2022.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2.6. Garantir une offre de soins adaptée sur tout le territoire

2.6.1. Inégalités territoriales de répartition des médecins généralistes

Finalité Garantir un égal accès aux soins dans les territoires est une priorité du gouvernement, comme en témoigne le plan lancé sur ce sujet dès octobre 2017. Présentée en septembre 2018, la stratégie « Ma Santé 2022 », dont une partie s'est traduite dans la loi du 24 juillet 2019¹, est venue donner un nouvel élan à ce plan, en accélérant le déploiement de certains outils, tels que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et en le dotant de leviers supplémentaires pour libérer du temps médical et redynamiser les soins de proximité : création de postes d'assistants médicaux, création de 400 postes supplémentaires de médecins généralistes dans les zones sous-denses au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Ces zones sous-denses sont identifiées selon la méthodologie de construction du zonage médecin, dont l'indicateur préconisé aux ARS pour la détermination des zones sous-denses est l'accessibilité potentielle localisée (APL, *cf. infra*), produit par la Drees. Le suivi de cet indicateur permet d'observer l'évolution de la situation des zones dans lesquelles l'accès aux médecins généralistes est le plus difficile et permet de formaliser les inégalités territoriales de répartition de ces professionnels de santé. Compte tenu des perspectives en matière de démographie médicale², en particulier de la baisse au moins jusqu'en 2025 du nombre de médecins généralistes libéraux en activité, il est probable que cet indicateur se dégrade dans les années à venir. L'objectif est donc de contenir la hausse ou de stabiliser la part de la population vivant dans des zones sous-denses, grâce notamment au déploiement des mesures mentionnées ci-dessus qui permettront, à terme, d'augmenter la ressource en médecine générale, notamment dans les territoires qui souffrent le plus de difficultés d'accès aux soins.

Résultats La part de la population résidant dans un territoire de vie-santé dont la valeur de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant standardisé (C./an/hab.) est présentée ci-dessous :

Tableau 1 • Population résidant dans un territoire de vie-santé dont l'APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant standardisé (C./an/hab.)

	2015	2016	2017	2018	2019	2021*	2022	Objectif
Part de la population résidant dans un territoire de vie-santé où l'APL est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant	7,7%	9,0%	11,3%	13,4%	15,1%	20,8%	21,9%	Contenir la hausse pour arriver à une stabilisation
APL moyen des territoires de vie-santé dont l'APL est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	
APL moyen	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	

* Les données 2020 ne sont pas représentatives compte tenu du contexte de crise sanitaire et n'ont donc pas été incluses.

Champ : Médecins généralistes libéraux (y compris certains médecins à exercice particulier) de moins de 65 ans et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

Sources : SNIIRAM 2015-2022, CNAM ; populations municipales 2013-2020, Insee ; distancier Metric, Insee ; calculs Drees.

Construction de l'indicateur L'indicateur d'APL est calculé au niveau communal, puis agrégé au niveau du territoire de vie-santé : l'APL du territoire de vie-santé est calculé comme la moyenne des indicateurs d'APL des communes qui le composent, pondérée par la population (standardisée par l'âge) de chaque commune. Seuls les médecins de moins de 65 ans sont pris en compte. En effet, les praticiens les plus âgés sont susceptibles de partir à la retraite rapidement et ne constituent donc pas une offre que l'on peut considérer comme pérenne. La nouvelle méthodologie fixée par l'arrêté du 01/10/2021 laisse une latitude significative aux ARS dans la construction de leur zonage pour répondre notamment aux spécificités locales. Celles-ci ont la possibilité de tenir compte de l'indicateur APL, mais peuvent également intégrer d'autres indicateurs de leurs choix afin de les aider à déterminer les zones sous-denses.

Le territoire de vie-santé est la maille d'action retenue dans le cadre du zonage médecins. Il est construit, non pas selon les limites administratives, mais en fonction de l'accès aux équipements et services les plus fréquents au quotidien et reflète ainsi l'organisation des déplacements courants sur un territoire à une échelle supra-communale. Il correspond, selon les cas, à :

- un bassin de vie Insee (*i.e.* le plus petit territoire au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et aux services les plus fréquents) ;
- un territoire de vie (*i.e.* un redécoupage des bassins de vie Insee trop densément peuplés, selon la même logique d'accès aux équipements) ;
- un arrondissement municipal pour Paris, Lyon et Marseille ;
- une commune dans les bassins de vie densément peuplés des DROM, hors Mayotte pour lequel l'APL n'est pas calculable par manque de données et qui est considérée comme entièrement sous-dense.

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

² Bachelet M. et Anguis M. (2017), « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée, et plus souvent salariée », n° 1011, Etudes et Résultats, Drees, mai.

Les données relatives aux médecins et à leur activité sont issues de la base Sniiram (Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie) de la Cnam. Les données de consommation de soins par tranche d'âge, permettant de standardiser la population, sont issues de l'EGB (Echantillon Général des Bénéficiaires) de la Cnam. Les données de population ainsi que le distancier sont fournis par l'Insee. Enfin, les calculs sont réalisés par la Drees.

Précisions méthodologiques L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été mis en place par la Drees et l'Irdes en 2012 ; il est depuis calculé et publié par la Drees régulièrement. Cet indicateur permet de dépasser une des limites principales des indicateurs usuels de densité, l'effet frontière : il prend en effet en compte l'offre et la demande des territoires environnants et s'affranchit de l'hypothèse sous-jacente forte des indicateurs de densité qui est de considérer que les professionnels ne reçoivent que des patients résidant dans le même territoire que celui où ils exercent et réciproquement. Calculé au niveau de chaque commune et agrégeable à tout niveau supra-communal, cet indicateur tient également compte du niveau d'activité des professionnels de santé et des besoins de soins de la population, estimés par la consommation de soins par classe d'âge. Il est exprimé en nombre de consultations et visites accessibles par an et par habitant standardisé (C./an/hab.). Ainsi, si l'APL d'une commune est égal à 3, cela signifie qu'un habitant de ce territoire a accès en moyenne à 3 consultations par an, compte tenu du nombre de médecins installés dans le territoire et dans les territoires voisins, de leur activité, de la population environnante et de sa structure par tranche d'âge.

Pour la profession de médecin, les zones sous-denses sont réparties en 2 catégories conformément à la méthodologie nationale :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP), les plus fragiles ;
- les zones d'action complémentaire (ZAC), fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP.

La détermination des ZIP et des ZAC par les ARS s'effectue dans le respect de seuils de population fixés dans l'arrêté ministériel.

Cette méthodologie d'identification des zones sous-denses pour la profession de médecin a été actualisée en octobre 2021 par arrêté ministériel après une vaste consultation auprès des représentants des professionnels, des usagers, des collectivités territoriales et des ARS. Sans modifier la philosophie de celle élaborée en 2017, cette actualisation était nécessaire afin de permettre aux ARS d'affiner la sélection des zones avec des critères qui leur semblent appropriés au regard des caractéristiques de leurs territoires. Ainsi, les décisions des ARS sont désormais prises, en concertation avec les acteurs concernés, au plus près des réalités locales. Par ailleurs, les seuils de population situés en zones sous-denses ont été actualisés : la part de population nationale située en ZIP passe de 18% à 30,2% et en ZAC de 45% à 42%. Ces seuils prennent en compte le contexte d'une démographie médicale tendue et une dimension prospective afin de prévenir des difficultés d'accès aux soins dans les territoires. Cela signifie qu'il sera donc possible pour les ARS d'identifier davantage de zones dans lesquelles les aides à l'installation et au maintien sont proposées aux médecins.

Sur la base de cette nouvelle méthodologie, les ARS mènent des travaux pour modifier l'identification de leurs zones sous-denses et publier une nouvelle cartographie. A terme, la démarche favorisera le déploiement cohérent des mesures visant à renforcer la présence médicale dans les territoires. Parmi elles, les aides financières de l'assurance maladie, le contrat d'engagement de service public (CESP), le contrat de début d'exercice (CDE).

Pour plus d'informations sur la répartition des médecins sur le territoire national, se reporter aux publications suivantes :

- *Les dossiers de la DREES* n°76 « [Synthèse – Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? – Constat et projections démographiques](#) », paru en mars 2021
- *Études et Résultats* n°1061, « [10 000 médecins de plus depuis 2012](#) », paru en mai 2018;
- *Les dossiers de la DREES* n°17 « [Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?](#) », paru en mai 2017 ;

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2.6.2. Inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes

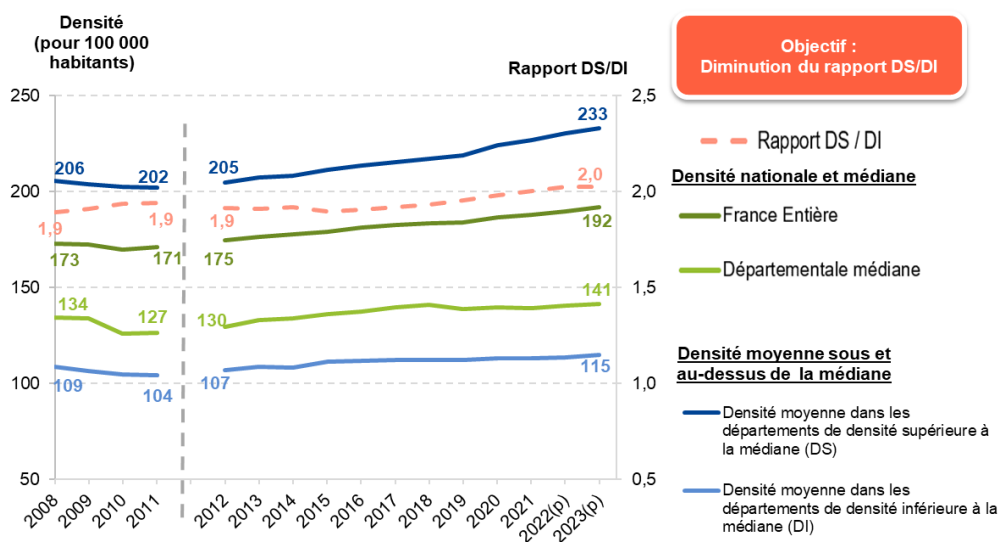
Finalité Les professionnels de santé ne sont pas uniformément répartis sur le territoire, certains départements étant mieux ou moins bien dotés que la moyenne nationale.

La comparaison de la densité moyenne de médecins spécialistes dans les départements de densité respectivement inférieure et supérieure à la densité départementale médiane est une mesure de l'hétérogénéité du nombre de ces médecins, rapporté à la population, sur le territoire et de suivre son évolution. Au 1^{er} janvier 2023, la densité de médecins spécialistes en France est de 192 médecins pour 100 000 habitants, avec des disparités départementales importantes : de moins de 40 médecins spécialistes pour 100 000 habitants à Mayotte, puis 73 dans la Meuse jusqu'à 201 dans le département du Rhône ou plus de 650 à Paris (cf. indicateur n°1-4-1).

Résultats Au 1^{er} janvier 2023, la densité de médecins spécialistes est en très légère augmentation par rapport à l'année précédente (192 pour 100 000 habitants contre 190 en 2021), et selon les données provisoires de population. La densité moyenne de la moitié des départements les mieux lotis s'élève à 233 spécialistes pour 100 000 habitants et continue d'augmenter. Cet indicateur augmente moins vite dans la moitié des départements les moins bien dotés et s'établit à 115 spécialistes pour 100 000 habitants début 2023.

L'ampleur de ces évolutions restant relativement limitée, les caractéristiques générales de la répartition géographique des médecins spécialistes (libéraux et salariés) sont peu modifiées. La densité moyenne de spécialistes reste ainsi deux fois plus élevée dans la moitié des départements les plus dotés que dans la moitié des moins bien dotés.

Graphique 1 • Densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier de chaque année



Sources : 2008-2011 ADELI, 2012-2022 RPPS, traitements DREES ; Insee, estimations de populations arrêtées fin 2023 (définitives jusqu'en 2021, provisoires pour 2022 et 2023).

Champ : France entière.

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

Note de lecture : au 1^{er} janvier 2023, en France métropolitaine et dans les DOM, la densité nationale de médecins spécialistes est de 192 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. La moitié des départements ont une densité supérieure à 141 médecins pour 100 000 habitants (médiane). Dans ces départements, la densité est en moyenne de 233 médecins pour 100 000 habitants (contre 115 dans les départements dont la densité est inférieure à la médiane).

Construction de l'indicateur La densité départementale de spécialistes est définie comme le nombre de médecins spécialistes (hors généralistes) au 1^{er} janvier dans ce département rapporté à sa population à cette même date. Elle est exprimée pour 100 000 habitants. La densité départementale médiane est la valeur en dessous de laquelle se situe la moitié des départements français. L'indicateur de densité moyenne de spécialistes dans les départements où la densité est inférieure (resp. supérieure) à la densité départementale médiane est égal à la moyenne pondérée des densités des départements de densité inférieure (resp. supérieure) à la médiane.

Précisions méthodologiques L'indicateur est calculé par la DREES. Le champ est constitué par l'ensemble des médecins spécialistes, quel que soit leur mode d'exercice (libéral ou salarié). Les résultats sont obtenus jusqu'en 2011, à partir 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 Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS). Ce changement de source conduit à une rupture de série et empêche d'interpréter l'évolution entre 2011 et 2012. En 2020, la série 2012-2020 a été reprise pour en améliorer le calcul. En 2024, la série a été reprise pour tenir compte des statistiques de population les plus récentes. Les chiffres diffèrent donc légèrement de ceux publiés les années précédentes, sans que le sens du message ne change.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2.6.3. Population ayant accès aux soins de médecine d'urgence en moins de 30 minutes

Finalité Cet indicateur vise à mesurer si la réponse au besoin de soins de médecine d'urgence de la population est proposée sur tout le territoire dans un délai raisonnable.

L'accès aux soins de médecine d'urgence en moins de trente minutes est un objectif qui repose sur l'ensemble des effecteurs de médecine d'urgence : structure des urgences, SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation), organisation sur certains territoires d'un réseau de médecins correspondants du SAMU (MCS), moyens hélicoptés (HéliSMUR ou hélicoptères de la sécurité civile). Sont ainsi prises en compte 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 de médecine d'urgence de la population en moins de trente minutes.

À l'automne 2013, les agences régionales de santé (ARS) ont identifié, pour chaque territoire qualifié comme à plus de trente minutes, les actions ou dispositifs mis en place ou en projet afin d'améliorer l'accès aux soins de médecine d'urgence de la population.

L'indicateur présenté prend donc en compte les structures en activité au 31 décembre 2019 pour les urgences (SU), les SMUR et antennes SMUR, les MCS et les vecteurs hélicoptés (HéliSMUR et hélicoptères de la Sécurité Civile).

Ces plans d'actions, qui ont déjà été largement développés, continuent d'être mis en œuvre par les ARS. L'une des solutions préconisées dans ce cadre est le déploiement des médecins correspondants du SAMU (MCS). Ils ont été identifiés comme l'un des dispositifs permettant de sécuriser les prises en charge en urgence de patients et d'améliorer les temps d'accès. Le MCS est un médecin de premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale SAMU-Centre 15, dans des territoires identifiés comme à plus de trente minutes d'un accès aux soins de médecine d'urgence et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. L'intervention du MCS est ainsi 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 identifié par le MCS. Le déploiement se poursuit (ils étaient 525 MCS fin 2019) et il a déjà permis d'améliorer l'accès aux soins de médecine d'urgence pour plus de 1,6 million de personnes.

Résultats Fin 2019, 99 % de la population accède en moins de 30 minutes à des soins de médecine d'urgence, en prenant en compte toutes les possibilités d'accès à des structures d'urgence : services d'urgences (SU), services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) et leurs antennes, à des médecins correspondant du SAMU (MCS), des HéliSMUR et des hélicoptères de la sécurité civile.

Tableau 1 • Part de la population selon le temps d'accès aux différents services d'urgence

	SU/SMUR	SU/SMUR/MCS	SU/SMUR/ MCS/HELISMUR*	SU/SMUR/MCS/ HELISMUR & Hélicoptères d'Etat	Objectif
Moins de 30 minutes	94%	96%	98%	99%	100%
Plus de 30 min	6%	4%	2%	1%	0%

Sources : ARS - corrections et calculs DREES - y compris les structures diurnes (SU) et saisonnières (SMUR) ; Population Insee, 2017 ; INSEE, distancier METRIC.

Champ : France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).

Précision : Dans l'analyse, la population habitant dans des communes non accessibles par la route est considérée à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents (le distancier METRIC ne calculant de fait pas de distance par la route pour ces communes).

* Prise en compte du temps hélicoptère uniquement si le minimum des temps d'accès par la route (SU, SMUR, MCS) est supérieur à 30 minutes.

La prise en compte des données les plus à jour sur l'équipement en SU et SMUR permet d'évaluer que, fin 2019, 94 % de la population se situe à moins de 30 minutes d'un SU ou d'un SMUR.

L'apport de la mise en œuvre du dispositif des MCS par les ARS apparaît comme déterminant. La mise en place des MCS par les ARS permet de réduire considérablement la part de la population qui se trouve à plus de 30 minutes des soins de médecine d'urgence. Fin 2019, le nombre de personnes se trouvant à plus de 30 minutes d'un accès aux soins de médecine d'urgence (SU, SMUR ou MCS) s'établit à 2,4 millions de personnes (soit 3,6 % de la population).

Comparativement à fin 2016, les nouveaux MCS installés au 31 décembre 2019 augmentent de près de 400 000 personnes la population à moins de 30 minutes d'un accès aux soins de médecine d'urgence (SU, SMUR ou MCS). Ainsi, la part de la population à moins de 30 minutes d'un accès aux soins de médecine d'urgence (SU, SMUR ou MCS) passe de 95,6 % au 1er novembre 2016 à 96,4 % au 31 décembre 2019. Au total, au 31 décembre 2019, le seul dispositif des MCS permet de ramener l'accès aux soins de médecine d'urgence sous la barre des 30 minutes pour près de 1,6 million de personnes supplémentaires.

La prise en compte des HéliSMUR permet d'améliorer encore la couverture : ils permettent d'améliorer l'accès aux soins de médecine d'urgence de 1,4 million de personnes supplémentaires en journée. Ainsi, 98 % de la population se trouve à moins de 30 minutes d'un accès aux soins de médecine d'urgence en tenant compte des SU, SMUR, MCS ou HéliSMUR. Cet indicateur est stable par rapport à 2016.

La prise en compte de la flotte des hélicoptères de la Sécurité Civile améliore également la situation : ils couvrent près de 300 000 personnes supplémentaires en journée. Ainsi, 99 % de la population se trouve à moins de 30 minutes d'un accès aux soins de médecine d'urgence, en tenant compte de l'ensemble des modalités d'accès actuelles que sont les SU, les SMUR, les MCS, les HéliSMUR et les hélicoptères de la Sécurité Civile au 31 décembre 2019.

Cartes • Temps moyen d'accès aux soins de médecine d'urgence les plus proches au 31 décembre 2019

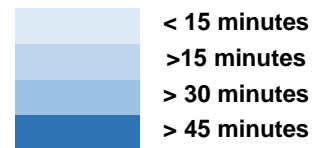
Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SU et SMUR)



SU/SMUR et médecin correspondant du SAMU (MCS)



SU/SMUR/MCS/ et hélicoptères de la Sécurité Civile



HC : temps de trajet en heures creuses

Sources • ARS - corrections et calculs DREES - y compris les structures diurnes (SU) et saisonnières (SMUR)

Construction des indicateurs Les données utilisées pour calculer les temps d'accès à des soins de médecine d'urgence sont fournis par les ARS et consolidées par la DGOS et la DREES. Les ARS ont notamment indiqué la présence de certains équipements (SMUR, HéliSMUR et hélicoptères d'État) sur différents créneaux (jour semaine, soir semaine, nuit semaine et jour week-end). Pour ces équipements, il a été utilisé le créneau jour semaine.

Afin de permettre la comparaison avec le diagnostic réalisé sur les données au 1^{er} novembre 2016, la méthodologie du précédent diagnostic est appliquée :

- Tous les SU (y compris les SU diurnes) et tous les SMUR (y compris les SMUR saisonniers si présents le 31 décembre 2019) sont pris en compte.
- Le temps d'accès aux SU et le temps d'accès des MCS sont estimés en faisant la moyenne des temps en heures creuses et en heures pleines ; pour les temps d'accès des SMUR en revanche, du fait de leur vitesse supérieure de déplacement, seuls les temps en heures creuses sont utilisés.
- Pour les hélicoptères (HéliSMUR ou Sécurité Civile), le temps de préparation-décollage est fixé à 15 minutes puis la vitesse de déplacement est égale à 80 % de la vitesse de croisière (qui est estimée à 230 km/h)¹. Soulignons que la prise en compte dans le diagnostic du temps de trajet par hélicoptère ne se fait que si le temps d'accès au SU/SMUR/MCS le plus proche est supérieur à 30 minutes.
- La population habitant dans des communes non accessibles par la route (par exemple, une île non reliée par un pont à la terre ferme), est considérée à plus de 30 minutes des soins urgents (le distancier METRIC ne calcule pas de distance pour ces communes). La seule exception à cette convention se trouve dans les cartes en annexe (pour ces communes, la distance est indiquée comme non disponible).

La DREES considère qu'une commune est « équipée » d'un accès aux soins de médecine d'urgence si, selon les modes d'accès pris en compte dans le calcul des indicateurs, l'un des établissements qui y est implanté déclare la présence d'une structure des urgences générales ou d'un SMUR général ou si un MCS a été déployé sur la commune ou encore si la commune est équipée d'un moyen hélicopté. Si la commune est équipée d'un de ces services, le temps d'accès est alors égal à 0 (ou à 15 min pour les hélicoptères – temps de préparation-décollage). 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 METRIC de l'Insee.

Ce distancier développé par 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, pour l'accès aux SU et MCS, une moyenne entre le temps de trajet en heures creuses et le temps de trajet en heures pleines. Les temps d'accès retenus pour les SMUR sont, en revanche, les temps en heures creuses, du fait de leur vitesse habituellement supérieure de déplacement. Ces hypothèses sont adaptées 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.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DGOS/DREES

¹ Cf. « Hélicoptères sanitaires, doctrine d'emploi et place des hélicoptères dans le cadre des transports sanitaires », Conseil National de l'Urgence Hospitalière, rapport de décembre 2013.

2.6.4. Garantir l'accès à l'interruption volontaire de grossesse

Finalité La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 fixe pour objectif de « réduire les grossesses non prévues et non désirées » (axe III, objectif 2) et d'améliorer l'accès à l'IVG, avec un objectif de 90 % des demandes d'IVG prises en charge dans un délai de 5 jours. Dans ce but, la loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement prolonge notamment le délai légal d'avortement de 12 à 14 semaines de grossesse, pérennise l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville de 5 à 7 semaines de grossesse, et étend la compétence de la pratique des IVG instrumentales aux sages-femmes dans le cadre hospitalier. Cette loi a pour but de garantir l'accès à l'IVG et de pallier les inégalités territoriales dans l'accès à l'avortement, soulignées dans le [rapport d'information parlementaire](#) de septembre 2020.

Résultats En 2022, 234 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été effectuées en France, soit environ 16,2 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (cf. Graphique 3) retrouvant ainsi un niveau proche de celui de 2019 (15,6 ‰) après deux années de baisse liées à la crise sanitaire sauf pour les mineures pour lesquelles le taux de recours reste à un niveau équivalent à 2020 et 2021.

En effet, la période du premier confinement, au début de l'épidémie de Covid-19, avait entraîné une nette baisse du nombre des IVG réalisées (-10 000 entre 2019 et 2020), du fait d'une réduction des conceptions. En 2021, le nombre d'IVG demeurait au niveau mesuré en 2020, sans retrouver le niveau de 2019.

Les écarts perdurent entre les régions de France métropolitaine et les DROM, les taux de recours allant de 11,6 ‰ en Pays de la Loire à 22,6 ‰ en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et de 21,0 ‰ à Mayotte à 48,7 ‰ en Guyane.

En 2022, 38 % des IVG sont réalisées hors établissement de santé : 9 227 en centre de santé ou centre de santé sexuelle, et 80 253 dans un cabinet libéral. Elles sont essentiellement pratiquées de façon médicamenteuse et représentent 49 % du total des IVG médicamenteuses. Les praticiens réalisant des IVG en cabinet de ville sont des sages-femmes (34 %), des médecins généralistes (32 %) ou des gynécologues (34 %). Ces derniers sont majoritairement obstétriciens (78 % d'entre eux). Le recours à la téléconsultation pour une IVG médicamenteuse a été autorisé lors du premier confinement de 2020 et a perduré après la crise sanitaire. 972 médicaments ont ainsi été délivrés en pharmacie pour des IVG réalisées par téléconsultation. Lorsque la téléconsultation concerne la consultation d'information ou la consultation de suivi, ce n'est pas détectable dans le parcours de la femme, ce qui peut créer une sous-estimation des recours à la téléconsultation pour IVG.

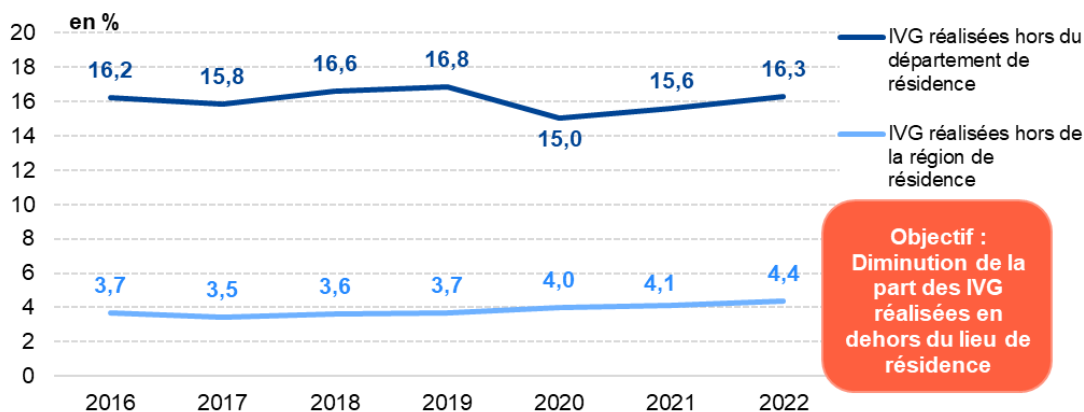
La méthode médicamenteuse représente 78 % de l'ensemble des IVG réalisées en 2022 (contre 68 % en 2019 et 31 % en 2000), elle n'évolue plus en établissement de santé où elle se stabilise à 64 % depuis trois ans.

En établissements de santé 91 % des IVG le sont dans le secteur public et 3 % dans le secteur privé non lucratif. La part d'IVG réalisées dans les établissements de santé privés à but lucratif représente 6 % de l'ensemble des IVG pratiquées en établissement, contre 32 % en 2001 et 19 % en 2010.

L'IVG peut désormais être réalisée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse. 55 % des IVG réalisées en établissement de santé le sont à moins de huit semaines d'aménorrhée (SA) et 76 % (soit 110 000 IVG) à moins de dix SA. On estime que la part d'IVG tardives concernées par l'allongement du délai légal de recours à l'IVG est inférieure à 1,5 % de l'ensemble des IVG. En Guadeloupe, en Martinique et à Mayotte, la part des IVG tardives est toujours plus élevée qu'en France métropolitaine, atteignant 6,6 % à 6,7 % des IVG en 2022.

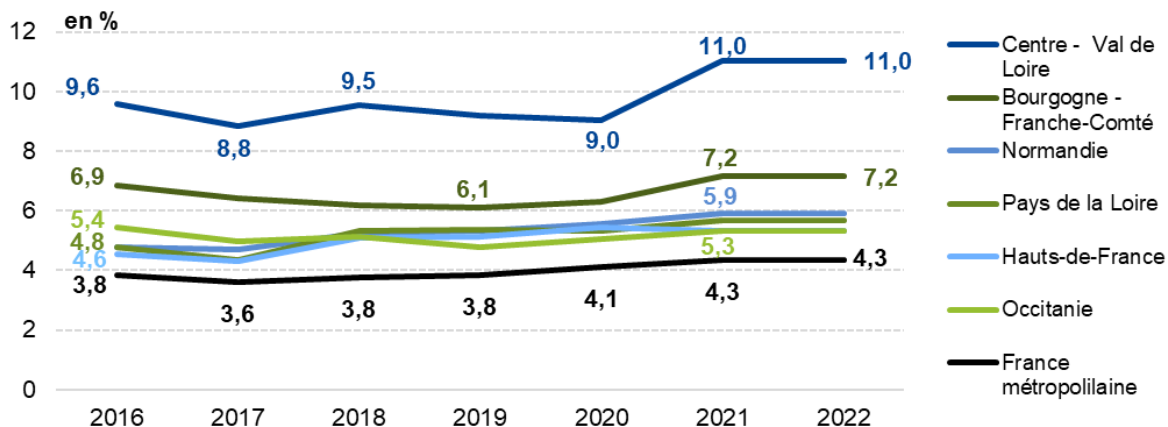
Plus de huit femmes sur dix réalisent leur IVG dans leur département de résidence : 83 % des IVG réalisées en France métropolitaine ont lieu au sein du département de résidence des femmes concernées. Si la réalisation de l'IVG hors du département de résidence peut parfois répondre à un choix des femmes de confidentialité ou de plus grande proximité géographique (dans le cas d'une résidence plus proche du système de soins du département voisin que du sien), cet indicateur, et plus particulièrement ses variations, peut aussi rendre compte de difficultés d'accès dans certaines zones géographiques. Ce taux est constant depuis plusieurs années. Il varie de 52 % en Ardèche à 96 % dans le Bas-Rhin, avec des taux plutôt faibles en Île-de-France et plus élevés dans le Nord et le Nord-Ouest.

Graphique 1 • Part des IVG réalisées en hors du lieu de résidence



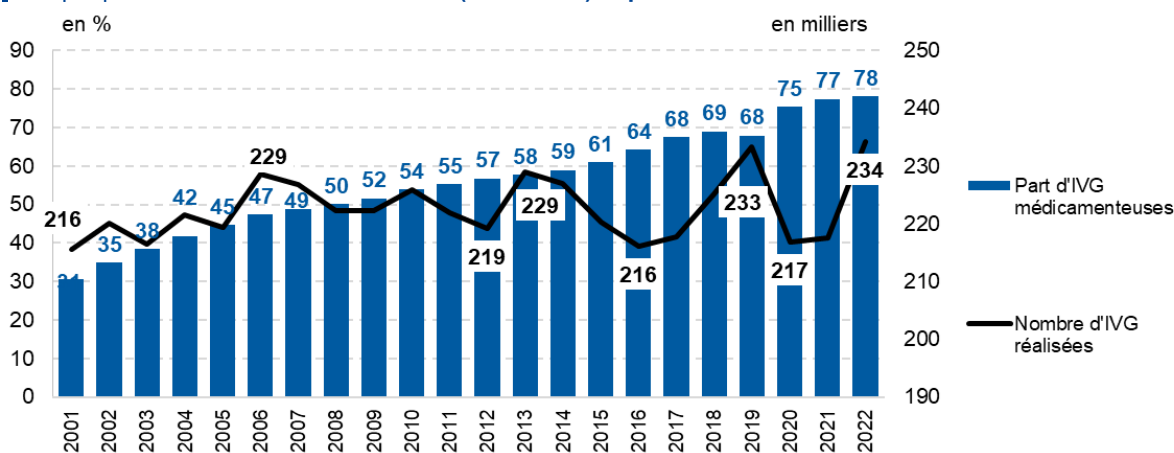
Source : DREES, « Interruption volontaire de grossesse », édition 2023

Graphique 2 • IVG réalisées hors du département de résidence pour les régions dont la part est supérieure à la moyenne nationale



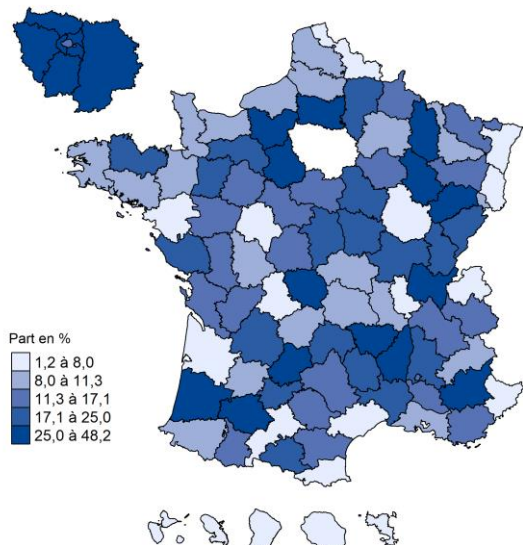
Source : DREES, « Interruption volontaire de grossesse », édition 2023

Graphique 3 • Nombre d'IVG réalisées (en milliers) et part d'IVG médicamenteuses



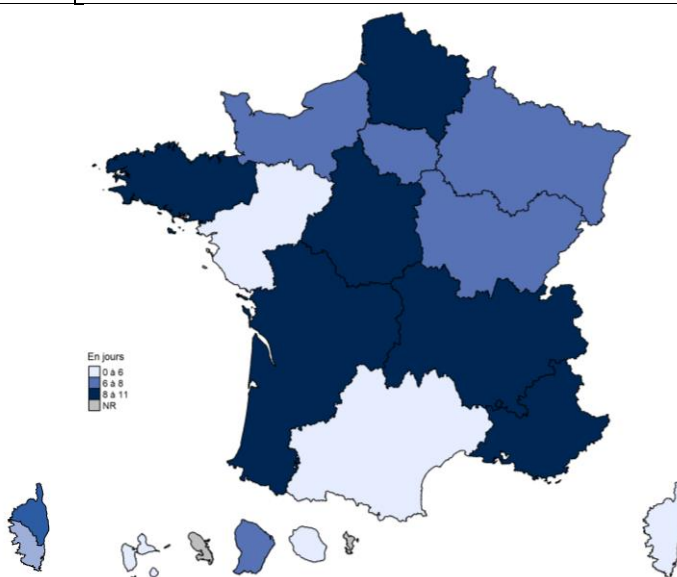
Source : DREES, « Interruption volontaire de grossesse », édition 2023

Carte 1 • Part des IVG réalisées hors du département de résidence en 2022



Source : DREES, « Interruption volontaire de grossesse », édition 2022

Carte 2 • Délai d'accès moyen à l'IVG, en 2019



Source: Enquête « Un jour donné », 2019

Précisions méthodologiques

Les données sur le nombre d'IVG réalisées et la part d'IVG réalisée hors du département de résidence proviennent de la publication annuelle de la DREES sur l'IVG.

Pour les IVG hospitalières, le département de résidence est déclaré par la patiente lors de l'hospitalisation. Pour les IVG réalisées hors hospitalisation (en ville), il s'agit du lieu de résidence déclaré à l'Assurance Maladie.

Les IVG pour lesquelles le lieu de résidence est inconnu ont été classées au lieu de leur réalisation lorsque cela était possible à partir de 2017, d'où une diminution du nombre de "non-résidents" par rapport aux années précédentes. Les taux de recours ont été calculés en rapportant les IVG concernant des femmes de 15 à 49 ans (y compris les âges inconnus, sauf pour les indicateurs par âge) aux femmes résidentes de 15 à 49 ans. Il faut noter que pour une part non négligeable des IVG réalisées hors établissements hospitaliers un NIR spécifique anonyme IVG est utilisé et qu'il ne permet de connaître ni l'âge des femmes concernées ni leur département de domicile. Selon les recommandations de la CNAM (circulaire 49/2003) ces IVG ne devraient concerner que des mineures. Le taux de recours est donc probablement sous-estimé parmi les femmes de 15 à 17 ans.

L'enquête « [un jour donné](#) » a été conduite entre mai et juillet 2019, à l'initiative du Ministère des Solidarités et de la Santé. Son but était de recueillir des données quantitatives sur le délai d'accès à l'IVG, défini comme le délai entre le premier contact des femmes souhaitant réaliser une IVG avec un professionnel de santé et la réalisation de l'acte.

Les ARS ont sollicité les établissements de santé de leur région réalisant des IVG avec un questionnaire, et ont recueilli le délai d'accès à l'IVG des femmes présentes « un jour donné » pour la réalisation d'IVG médicamenteuse ou instrumentale.

La densité départementale de centres de santé sexuelle a été calculée en fonction du nombre de centres dans chaque département pour 100 000 résidents âgés de 15 à 49 ans.

Pour aller plus loin : « [Rapport d'information sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse](#) », 2020, fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes par Mme Battistel et Mme Muschotti, députées.

« [Interruptions volontaire de grossesse](#) », publication annuelle de la DREES, édition 2022

« [Femmes et hommes, l'égalité en question](#) », publication de l'INSEE, édition 2022

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.7. Assurer une juste rémunération aux professionnels de santé

2.7.1. Assurer une juste rémunération dans les établissements de santé

Finalité Afin de renforcer l'attractivité des métiers du secteur sanitaire et médicosocial, les carrières et rémunérations des personnels qui soignent et accompagnent les personnes malades ou fragiles ont été revalorisées. Pour augmenter les salaires de deux millions de salariés du secteur sanitaire et médicosocial et accompagner la nécessaire transformation des métiers, les pouvoirs publics, au premier rang desquels la sécurité sociale, ont augmenté leurs dépenses de 12,5 Md€ (montant annuel, après montée en charge) dont 7,7 Md€ pour les professionnels des établissements de santé. Cinq étapes peuvent être distinguées : les accords du Ségur de la santé à proprement parler en 2020, les accords de la branche de l'aide à domicile (BAD) en octobre 2021, les accords dits « Laforcade » en mai 2021, leur prolongement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 et enfin les revalorisations décidées lors de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social en 2022 (dites « Castex »), étendant les hausses de rémunération aux professionnels socioéducatifs des établissements sociaux et médicosociaux. Au-delà du Ségur et de ses suites, les professionnels de santé ont aussi bénéficié des mesures d'attractivité de la « mission flash » annoncées dès le début de l'année 2023, pour 1,1 Md€, ainsi que des mesures générales, notamment de hausse du point d'indice, de juillet 2022 pour 2,2 Md€ et les mesures salariales du 12 juin 2023 dites « Guérini » pour 1,7 Md€ en année pleine.

Résultats En 2020, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 479 € : 2 531 € dans le secteur public, 2 463 € dans le secteur privé non lucratif et 2 145 € dans le secteur privé lucratif (cf. Tableau 1). Le salaire médian des personnels des établissements de santé est de 2 160 € dans le secteur public, de 2 069 € dans le secteur privé non lucratif et de 1 922 € dans le secteur privé lucratif (cf. Graphique 1). Les salaires ont connu une hausse de 5,7% en euros constants en 2020, c'est-à-dire déduction faite de l'inflation. Après deux années consécutives de baisse des salaires dans les établissements de santé en euros constants, la forte évolution entre 2019 et 2020 s'explique principalement par le versement exceptionnel de la prime Covid-19 lors de la crise sanitaire et des premières mesures salariales du Ségur de la santé versées en septembre 2020 ((complément de traitement indiciaire et revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif pour le personnel médical hospitalier). C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés (cf. Tableau 2). En outre, les salaires augmentent avec l'âge, même si cette hausse est moindre dans le secteur privé lucratif (cf. Graphique 2).

Tableau 1 • Salaires mensuels nets moyens en EQTP des personnels des établissements de santé en 2020

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public	Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	Ensemble
Personnel administratif	2 156	2 278	2 012	2 156
Personnel soignant	2 254	2 089	2 004	2 201
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	2 144	2 126	1 929	2 128
Personnel médico-technique	2 442	2 224	2 184	2 395
Personnel technique et ouvrier	2 090	2 226	2 100	2 098
Personnel médical	5 477	5 974	4 517	5 473
Contrats aidés	1 322	1 520	1 334	1 387
Ensemble¹	2 531	2 463	2 145	2 479

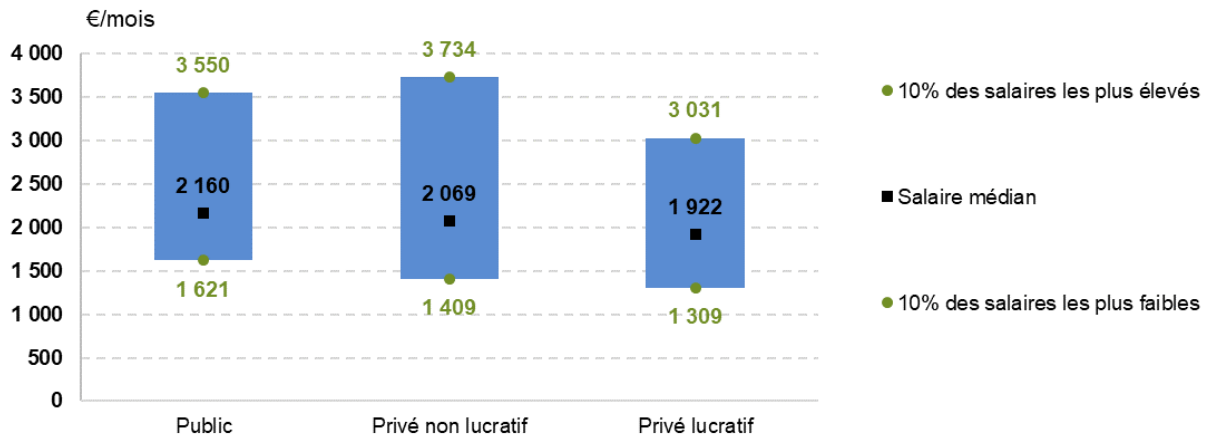
EQTP : équivalent temps plein.

1. Y compris personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Champ : Salariés de France entière (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Sources : Insee, DSN 2019-2020, Siasp 2019-2020, traitements DREES.

Graphique 1 • Salaires mensuels nets en EQTP des personnels des établissements de santé en 2020



EQTP : équivalent temps plein.

1. Y compris personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants. Y compris contrats aidés.

Champ : Salariés de France entière (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Sources : Insee, DSN 2020, Siasp 2020, traitements DREES.

Tableau 2 • Salaires mensuels nets moyens par EQTP en 2020 par catégorie socioprofessionnelle et secteur

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public		Secteur privé non lucratif		Secteur privé lucratif		Ensemble	
	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (% en euros courants)	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (% en euros courants)	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (% en euros courants)	Salaire 2020	Évolution 2019-2020 (% en euros courants)
Personnel administratif	2 156	6,6	2 278	4,5	2 012	6	2 156	6,2
Cadres de direction	8 826	2,9	5 635	-6,6	5 068	-8,6	6 950	-3,9
Cadres de gestion	4 406	2	3 611	1,6	3 907	5,7	4 080	2,5
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	2 260	6,1	1 974	4,8	2 098	3,7	2 203	5,8
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	1 763	8,4	1 784	5,4	1 670	5,5	1 750	7,6
Personnel soignant	2 254	7,4	2 089	6	2 004	5,9	2 201	7,1
Personnel d'encadrement du personnel soignant	3 245	5,4	3 391	5,5	3 467	4,6	3 285	5,3
Infirmiers	2 506	6,6	2 311	5,5	2 269	5,6	2 449	6,4
Aides soignants et agents de service hospitaliers	1 965	8,7	1 736	6,9	1 648	6,3	1 900	8,3
Rééducateurs	2 314	6,7	2 247	3,8	2 214	4,7	2 285	5,8
Psychologues	2 463	6,3	2 488	4,2	2 273	4,6	2 452	5,9
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	2 144	5,8	2 126	2,9	1 929	6,3	2 128	5,3
Personnel médico-technique	2 442	6,2	2 224	5,9	2 184	4,4	2 395	6,1
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie)	2 444	6,2	2 246	6,1	2 204	4,8	2 403	6,1
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	1 942	6,5	1 792	3,3	2 006	1,4	1 916	3,6
Personnel technique et ouvrier	2 090	7,2	2 226	6,7	2 100	3,9	2 098	7
Ingénieurs et cadres techniques	3 401	5	3 508	3,4	3 106	0,2	3 399	4,6
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	2 464	6,2	2 276	5	2 326	3,1	2 444	6
Ouvriers	1 836	7,6	1 780	6,4	1 784	5,9	1 832	7,5
Personnel médical	5 477	3,2	5 974	2,9	4 517	4,5	5 473	3,3
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	5 877	3	6 243	2,5	5 383	4	5 898	3
Sages-femmes	2 947	6	2 898	7,9	2 703	4	2 907	5,8
Contrats aidés	1 322	0,2	1 520	9,6	1 334	6,3	1 387	4,1
Femmes	2 400	6,9	2 295	5,7	2 072	5,8	2 347	6,7
Hommes	2 987	5	3 083	4,3	2 499	5,7	2 954	5
Ensemble¹	2 531	6,3	2 463	5,3	2 145	5,8	2 479	6,2
Ensemble (hors personnel médical)¹	2 229	7,2	2 135	5,6	2 021	5,7	2 193	6,9
Ensemble (hors contrats aidés)¹	2 533	6,3	2 467	5,2	2 146	5,8	2 480	6,2

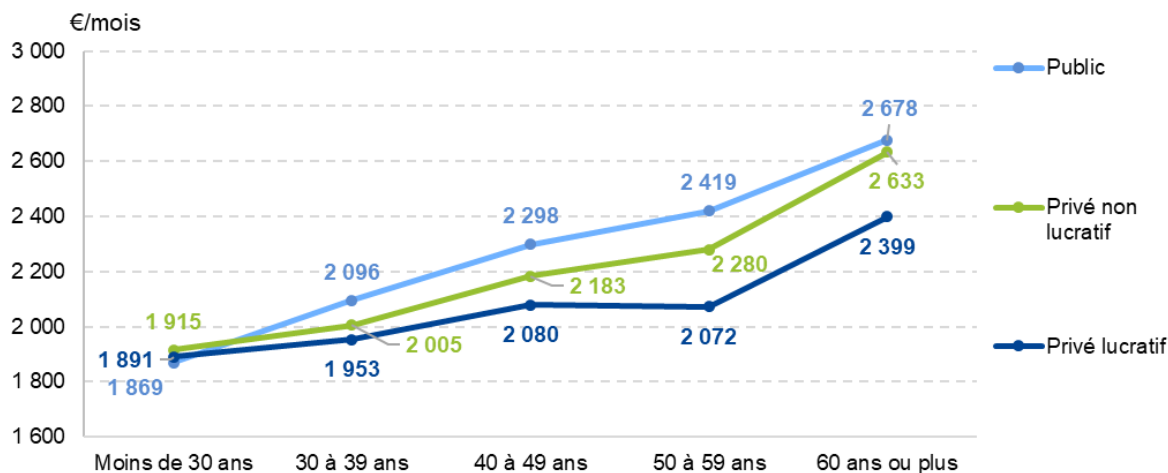
1. Y compris personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Note : La catégorie « personnels non ventilés » n'est pas présentée dans la structure des effectifs, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen.

Champ : Salariés de France entière (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Sources : Insee, DSN 2019-2020, Siasp 2019-2020, traitements DREES.

Graphique 2 • Salaire moyen mensuel net en EQTP par tranche d'âge pour le personnel non-médical, en 2020



Note : Hors internes et externes, hors contrats aidés.
 Champ : Salariés de France entière (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
 Sources : Insee, DSN 2020, Siasp 2020, traitements DREES
 Champ : Médecins cotisant à la CARMF.

Précisions méthodologiques

Champ France entière (excepté Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors stagiaires, internes et externes et y compris contrats aidés. La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (code NAF 8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7 364). Pour le secteur hospitalier, les établissements de la fonction publique hospitalière ayant une activité complémentaire à celles des hôpitaux, comme les activités de blanchisserie, teinturerie de gros (code NAF 9601A) ou les services de restauration (code NAF 5629B), sont également pris en compte. Tous les salariés hospitaliers sont concernés, qu'ils soient fonctionnaires, contractuels ou membres du personnel médical. Pour le personnel hospitalo-universitaire, seules les heures effectuées dans la fonction publique hospitalière sont prises en compte ; leur activité d'enseignement et de recherche et la rémunération qui y est associée sont comptabilisées dans la fonction publique de l'État et ne sont pas intégrées ici.

Méthode L'évolution des sources pour le secteur privé – remplacement progressif de la déclaration annuelle de données sociales (DADS) par la déclaration sociale nominative (DSN) depuis 2016 – a entraîné une refonte complète de la chaîne de traitements statistiques, rendant impossibles les comparaisons directes des données de salaire d'un millésime à un autre. À la différence de l'Insee, qui recalculait les données en niveau chaque année, la DREES avait choisi une autre méthode, qui consistait à appliquer les évolutions annuelles calculées pour chaque millésime aux niveaux de 2015 (dernière année de l'ancienne chaîne de traitement, choisie comme année de base) par agrégat diffusé. La refonte étant désormais terminée, les données en niveau sont à nouveau exploitées, à la différence des précédentes éditions de cette fiche traitant des millésimes 2016 à 2018. Il en résulte des différences minimales de niveau concernant les salaires 2018.

Sources Cette fiche est élaboré à partir des données présentées dans le panorama DREES : « Les établissements de santé – Edition 2022 ». Ces données proviennent différentes bases de données (DADS, DSN, Siasp...) et sont traitées par la DREES.

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent annuellement et pour chaque établissement un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). La déclaration sociale nominative (DSN) est une nouvelle source de données mensuelles qui remplace progressivement la plupart des déclarations sociales, dont les déclarations annuelles de données sociales (DADS). Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) exploite en particulier les informations contenues dans cette déclaration sur le champ de la fonction publique. Il intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). La Base Tous Salariés (BTS) exploite également les informations issues des DADS et DSN remplies par les employeurs, et retraitées par l'Insee. Les salaires sont estimés à partir du Siasp pour les hôpitaux publics et de la BTS pour les cliniques privées.

Définition

Le salaire annuel net moyen est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans les déclarations annuelles de données sociales (DADS) ou la déclaration sociale nominative (DSN). Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Les calculs sont effectués sur l'ensemble des postes, qu'ils soient à temps complet ou à temps partiel. Les effectifs sont convertis en équivalent temps plein (ETP) au prorata de leur durée

de présence et de leur quotité travaillée. Les salaires de chaque poste sont pondérés par leur poids en EQTP pour le calcul des moyennes. Ces EQTP propres au calcul des salaires sont très légèrement différents des ETP utilisés pour la mesure de l'emploi. Sont exclus certains postes correspondant à des éléments de rémunération annexes, ou des postes dont la rémunération horaire est manifestement incohérente. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 € compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 € par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 € compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 € par an. Le salaire annuel net moyen est obtenu en pondérant les salaires annualisés des postes par le nombre d'ETP.

Pour en savoir plus

- [Fiche 3.4](#) Les revalorisations salariales des secteurs sanitaire, médicosocial et social de la commission des comptes de la sécurité sociale CCSS – juillet 2022
- [Fiche 05](#) - Les salaires dans les établissements de santé du Panorama de la DREES sur les établissements de santé

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

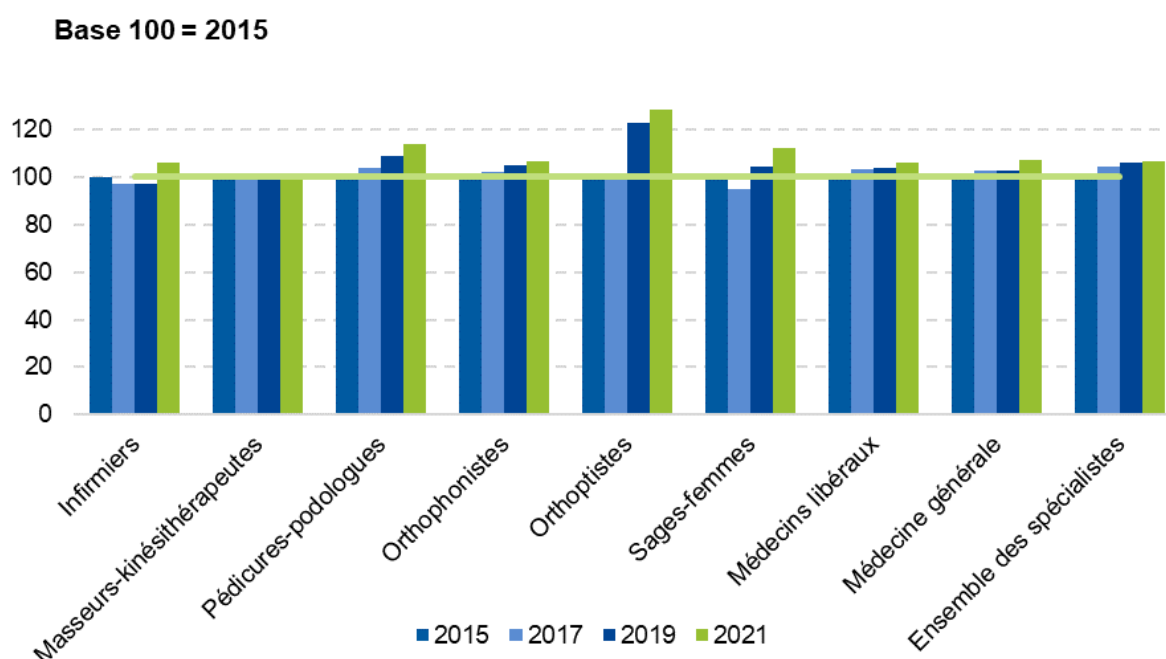
2.7.2. Assurer une juste rémunération aux professionnels de santé libéraux

Finalité Cet indicateur présente les rémunérations des différents professionnels de santé libéraux. La source mobilisée ne permet pas de traiter des rémunérations des professionnels hospitaliers et des centres de santé. Ces professionnels disposent pourtant de rémunérations moyennes plus faibles que celles des libéraux. Les rapports seront complétés dans les prochaines éditions afin d'élargir le champ de l'étude à l'ensemble des professionnels de santé. A titre de comparaison, les rémunérations sont rapprochées de celles des salariés Bac +2, Bac +3 et des cadres.

Résultats En 2021, le revenu moyen des médecins libéraux conventionnés est de 7 900 € par mois et celui des auxiliaires médicaux¹ de 3 900 € par mois.

Toutes les professions médicales et paramédicales ont eu une évolution positive sur la période 2015-2021² : +7 % pour les orthophonistes, +14 % pour les pédicures-podologues et +29% pour les orthoptistes (cf. Graphique 1). Les infirmiers ont quant à eux connu une augmentation de 6 % de leurs revenus par rapport à leur niveau de 2015, tandis que les masseurs-kinésithérapeutes ont les revenus qui ont le moins augmenté depuis 2015 (+2%). Les revenus des sages-femmes, ont augmenté de 12 % par rapport à 2015 et ce malgré une baisse de leurs revenus entre 2015 et 2016. L'ensemble des médecins libéraux et des auxiliaires médicaux ont eu une évolution comparable entre 2015 et 2021 (+6 %).

Graphique 1 • Revenus moyens des salariés et des professionnels de santé de 2015 à 2021



Sources : Insee, CARMF, CARPIMKO, ACOSS.

Champ : Insee (France hors Mayotte, ensemble des salariés hors élus et apprentis stagiaires, salariés agricoles et salaires versés par des particuliers-employeurs), CARMF (professionnels de santé libéraux, France entière), CARPIMKO (auxiliaires médicaux, France entière), ACOSS (professionnels de santé libéraux, France entière).

Note de lecture : Les revenus des salariés ont augmenté de 6 % sur la période de 2015 à 2021.

Afin de comparer le revenu des professionnels de santé libéraux et des salariés, la diversité de revenus amène à faire une comparaison selon des critères comparables : le niveau d'études et la catégorie socio-professionnelle des salariés.

Les métiers médicaux et paramédicaux nécessitent tous des études supérieures, allant de 3 ans pour un diplôme d'infirmier, de pédicure-podologue ou d'orthoptiste, à 5 ans pour un kinésithérapeute, orthophoniste ou sage-femme et plus de 8 ans d'études pour un médecin. Les données disponibles sur les revenus salariés permettent de faire la comparaison à niveau d'études comparables. À défaut d'avoir les revenus de diplômés de Bac +5, le revenu moyen des cadres est utilisé comme indicateur.

Les auxiliaires médicaux disposent en moyenne de 3 900 € (cf. Graphique 2) par mois et gagnent 26 % de plus que les salariés détenteurs d'un diplôme d'études supérieures de 3 ans et plus. Cette moyenne est tirée vers le haut par les infirmiers et kinésithérapeutes, nombreux à travailler en libéral et mieux rémunérés que les autres professions paramédicales. En effet, les orthoptistes, orthophonistes et podologues gagnent moins que les salariés avec un Bac +3 ou plus (respectivement -6 %, -13 % et -19 %), mais plus que la moyenne des salariés avec un Bac +2 (+32 %, +23 %

¹ Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes.

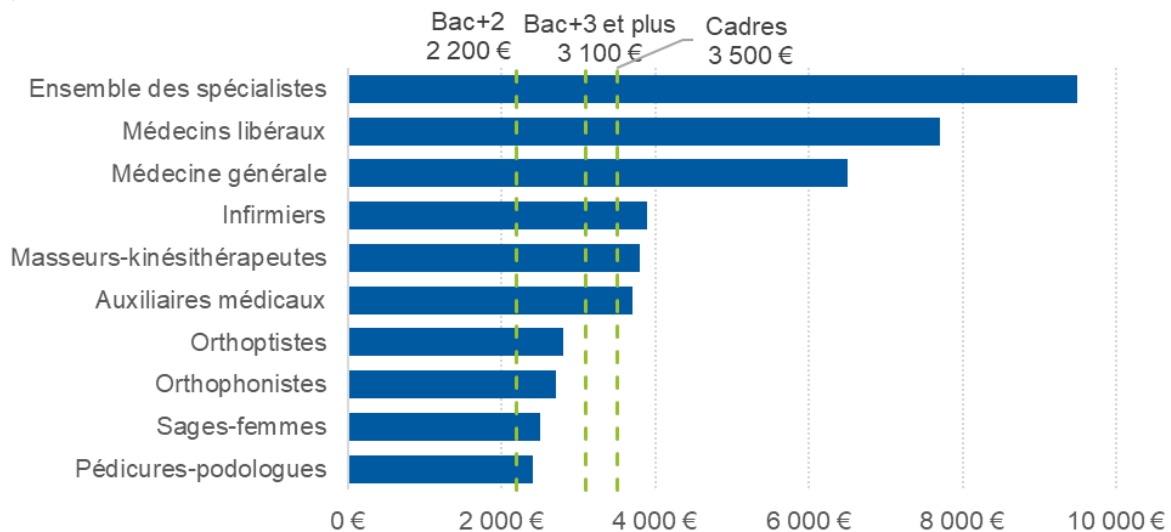
² les revenus des médecins ont baissé entre 2021 et 2022 après une augmentation entre 2020 et 2021. L'augmentation des revenus observé pour les professionnels et auxiliaires médicaux pourrait être plus modérée après la prise en compte de l'année 2022.

et +14 %). À noter que les orthophonistes, titulaires d'un Bac +5, gagnent des revenus légèrement inférieurs à ceux des orthoptistes (2 700 € contre 2 900 €), dont la formation dure 3 ans. La rémunération des infirmiers et kinésithérapeutes est légèrement au-dessus de celle des cadres (+23 % et +11 %) et notablement plus élevée que les Bac +3 et plus (+39 % et +26 %).

Les sages-femmes sont en bas de l'échelle de rémunération des professionnels de santé ; avec une moyenne de 2 700 € mensuels pour 5 années d'études, cette profession gagne 23 % de moins que les Bac +5 et 13 % de moins que les Bac +3.

Les médecins libéraux gagnent substantiellement plus que les différentes catégories de diplômés. Ainsi, en moyenne, les médecins libéraux gagnent des revenus de 7 900 € mensuels, contre 3 500 € pour les cadres, soit une différence de 4 400 € (+130 %). La différence est plus prononcée pour les médecins spécialistes (+171 %) que les généralistes (+91 %).

Graphique 2 • Revenus nets mensuels des professionnels de santé libéraux en 2021 et comparaison à la moyenne des salariés, par niveau de diplôme en 2019



Sources : Insee, CARMF, CARPIMKO, ACOSS.

Champ : Insee (France hors Mayotte, ensemble des salariés hors élus et apprentis stagiaires, salariés agricoles et salaires versés par des particuliers-employeurs), CARMF (professionnels de santé libéraux, France entière), CARPIMKO (auxiliaires médicaux, France entière), ACOSS (professionnels de santé libéraux, France entière).

Note de lecture : En 2021, les orthophonistes ont des revenus annuels moyens de 2 700 €, entre la moyenne des Bac +2 (2 200 €) et celle des Bac +3 et plus (3 100 €).

Précisions méthodologiques La difficulté de la comparaison entre travail libéral et salarié repose sur plusieurs facteurs qui ne sont pas pris en compte. En effet, le nombre d'heures travaillées pour un libéral ne sont pas encadrées et peuvent varier considérablement par rapport à un travailleur salarié. D'autres facteurs tels que la sécurité de l'emploi, la recherche de clientèle, la responsabilité ou la pénibilité ne sont pas pris en compte et faussent la comparaison.

Le revenu salarial de l'INSEE est la somme de tous les salaires perçus par un individu au cours d'une année donnée, nets de toutes les cotisations sociales, de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Ces revenus salariés moyen des Bac+2, Bac+3 et cadres sont ceux de l'année 2019, ce qui pourrait biaiser la comparaison avec les revenus des professionnels médicaux et paramédicaux. Le revenu des médecins (CARMF), ainsi que des auxiliaires médicaux (CARPIMKO, hors sages-femmes), sont issus de leurs déclarations de bénéfices non commerciaux. Le revenu des sages-femmes provient quant à lui de l'ACOSS.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.7.3. Réduire les inégalités de rémunération entre spécialités

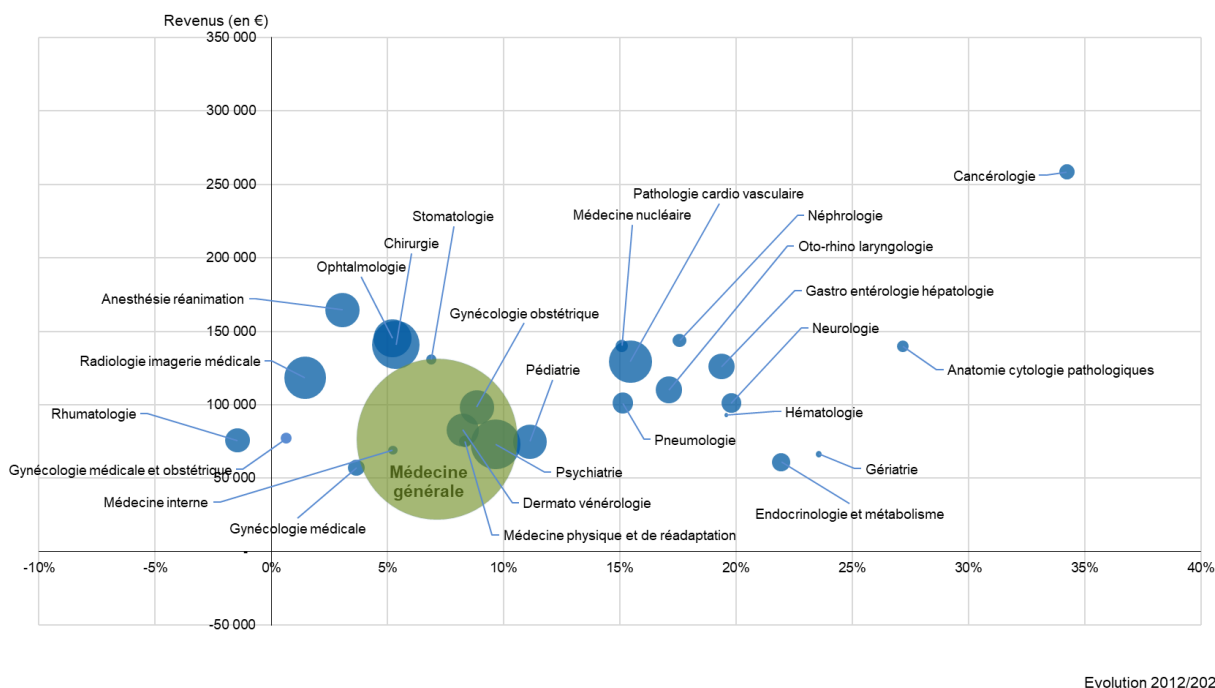
Finalité En 2022, 42 % des médecins exercent une activité régulière libérale, 48 % une activité salariée et 10 % une activité mixte. Le salaire d'un praticien hospitalier n'est pas lié à sa spécialité, se sont essentiellement l'échelon (lié à l'ancienneté) et le statut (temps plein, mi-temps, etc.) qui déterminent le niveau de salaire. Cette fiche se concentre donc sur les revenus des médecins les plus susceptibles d'avoir des différences de salaire entre spécialités : les professionnels exerçant une activité libérale.

La crise sanitaire s'est traduite tout d'abord par une baisse globale des honoraires perçus entre 2019 et 2020, puis par une augmentation entre 2020 et 2022 (cf. indicateur 1-4-2). Les revenus des médecins ont suivi les mêmes tendances, excepté pour l'année 2022 où leurs revenus ont légèrement baissé alors que les honoraires avaient augmenté, en raison de la hausse de leurs charges. Malgré une diminution des revenus entre 2021 et 2022, la tendance concernant les revenus sur la dernière décennie reste à la hausse (+9 % entre 2012 et 2022). Cette hausse est plus marquée chez les médecins exerçant en secteur 2 (+14 %) comparé à ceux exerçant en secteur 1 (+7 %). La cancérologie se démarque des autres spécialités par une évolution très importante durant la période (+34 %). Hors cancérologie, les inégalités de rémunération entre spécialités, mesurées par l'écart-type, la dispersion des revenus autour de la moyenne sont globalement restés les mêmes entre 2012 et 2022. Cependant, lorsque l'on regarde par secteur d'activité, hors cancérologie, cette dispersion augmente légèrement en secteur 1 et diminue en secteur 2.

Résultats En 2022, le revenu net moyen des médecins libéraux est de 92 000€ annuels, tandis que celui des médecins généralistes est de 77 000 € et celui des spécialistes de 112 000 € contre respectivement 95 000 €, 81 000 € et 114 000 € en 2021.

En 2022, une certaine hétérogénéité de revenus existe entre spécialités, avec des revenus allant de 57 000 € pour la gynécologie médicale à 259 000 € pour la cancérologie, soit un écart de 202 000 € annuels. Sans pondération, la moitié des spécialités ont des revenus inférieurs à 97 000 € (valeur médiane) et la moyenne des spécialités est de 104 000 €, montrant une asymétrie en faveur des revenus élevés. Ce mode de calcul représente l'intérêt de comparer les spécialités entre elles sans prendre en compte la différence d'effectifs dans le calcul de la moyenne et de la médiane.

Graphique 1 • Revenus des médecins libéraux, évolution de 2012 à 2022 et nombre de professionnels par spécialité



Source : Données de revenus des médecins libéraux (CARMF).
 Champ : Médecins cotisant à la CARMF.

Note de lecture : L'axe horizontal représente l'évolution en pourcentage des revenus entre 2012 et 2022, l'axe vertical représente le niveau de revenu, tandis que la taille de la bulle représente les effectifs (38 pour l'hématologie ou la médecine nucléaire jusqu'à 58 000 pour la médecine générale).

Cependant, en prenant en compte les effectifs, la répartition des revenus montre une concentration importante sur la seule catégorie des médecins généralistes, qui représentent plus de la moitié des effectifs de médecins (cf. graphique 1). Ainsi, 69 % des médecins gagnent en moyenne moins de 77 000 €, tandis que les 25 % les mieux rémunérés ont des revenus supérieurs à 101 000 €. Parmi les hauts revenus, la cancérologie, la spécialité la mieux rémunérée sur la période, représente peu de professionnels de santé, tandis que les anesthésistes, les ophtalmologues ou les chirurgiens sont plus nombreux. En ce qui concerne l'évolution des revenus entre 2012 et 2022, les différentes professions ont connu

une évolution relativement homogène, excepté pour la cancérologie dont la progression a été plus importante (+34 %), tandis que la rhumatologie a connu une légère baisse sur la même période.

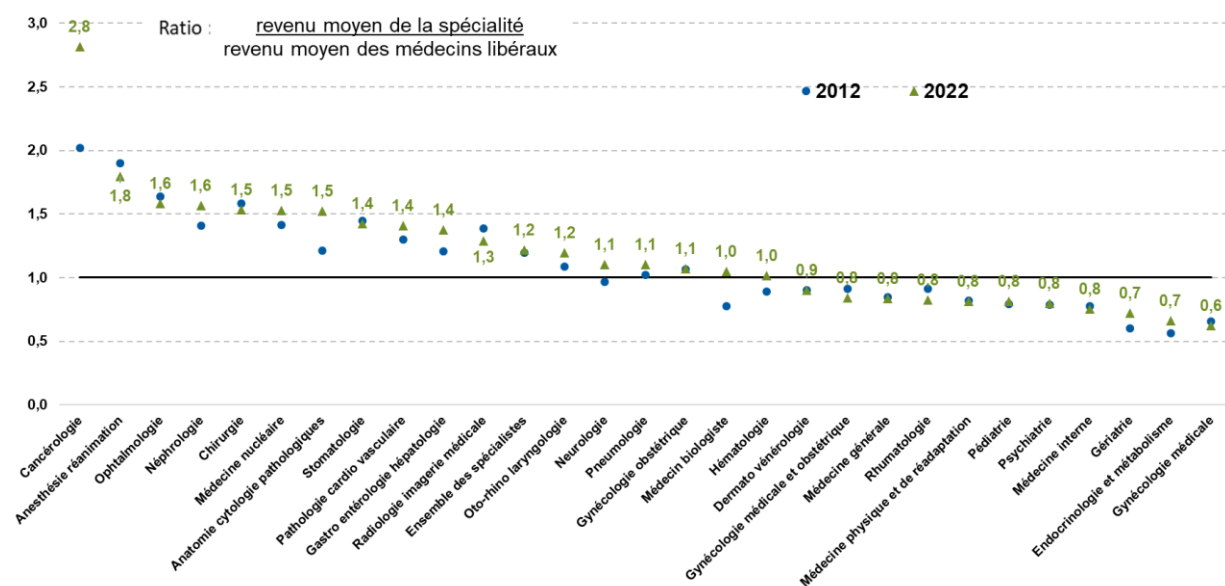
Le ratio du revenu moyen de la spécialité divisé par le revenu moyen des médecins libéraux permet de représenter les disparités entre spécialités (cf. graphique 2). Ainsi pour l'année 2022, en ordre de revenus décroissant, le graphique montre différentes spécialités médicales et leur évolution entre 2012 et 2022.

En 2022, l'écart va de 2,8 fois la moyenne pour les cancérologues, contre 0,6 pour les gynécologues médicaux, avec un écart moyen de 0,4 pour l'ensemble des médecins. Au final, 17 spécialités sont au-dessus de la moyenne et 10 en-dessous.

En 2012, sur les spécialités qui étaient sous la moyenne, trois sont passées légèrement au-dessus, à savoir les hématologues, les médecins biologistes et les neurologues.

La dispersion autour de la moyenne, calculée par l'écart-type, ne montre pas d'évolution de la dispersion des revenus entre 2012 (0,3) et 2022 (0,3). Cependant, cette mesure, sensible aux valeurs extrêmes, révèle des différences en enlevant les cancérologues, avec un écart-type en 2022 plus élevé (0,5) qu'en 2012 (0,4). En effet, en enlevant les cancérologues, les revenus au-dessus de la moyenne en 2012 ont eu une augmentation de leurs revenus plus faible que ceux qui étaient sous la moyenne (+ 5 % contre + 6 %). Ainsi, le revenu des médecins est moins dispersé autour de la moyenne grâce à une augmentation plus importante des revenus plus faibles.

Graphique 2 • Disparités de revenus des médecins libéraux entre 2012 et 2022



Source : Données de revenus des médecins libéraux (CARMF).

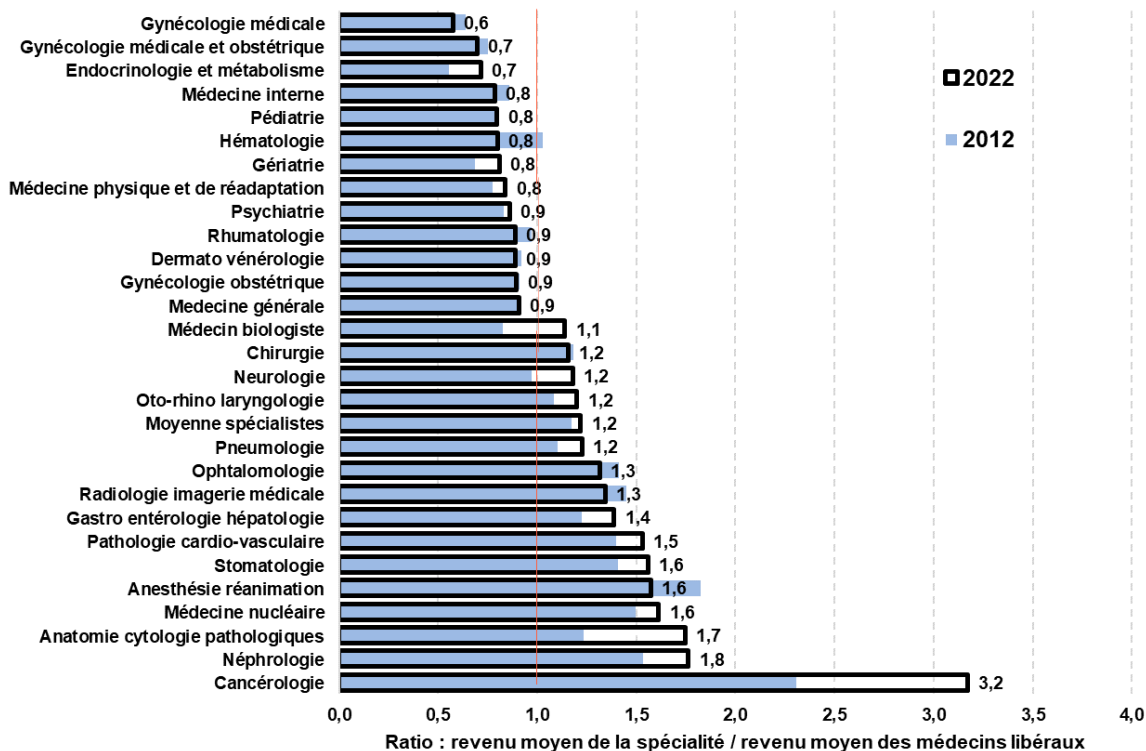
Champ : Médecins cotisant à la CARMF.

Note de lecture : La courbe horizontale noire représente la moyenne des revenus des médecins et les points de couleur représentent pour chaque spécialité l'écart à cette moyenne pour l'année 2012 et 2022.

La comparaison des deux secteurs de conventionnement montre une disparité entre spécialités plus importante chez les secteurs 1 (cf. graphique 3a), tirée par l'écart à la moyenne des cancérologues. Ainsi, en 2022, l'écart-type des médecins secteur 1 est de 0,5 contre 0,4 pour les secteurs 2, montrant qu'en moyenne, les médecins de secteur 1 ont des revenus plus dispersés autour de la moyenne que les secteurs 2 (cf. graphique 3b). Cette différence n'est plus aussi importante en ne tenant pas compte des cancérologues (0,34 contre 0,37). L'évolution de l'écart-type, hors cancérologues, montre que la dispersion des revenus dans le secteur 1 a légèrement augmenté. Tandis que l'évolution des secteurs 2 hors cancérologues, montre une baisse de la dispersion, tirée par une baisse des revenus plus forte dans les spécialités qui étaient au-dessus de la moyenne en 2012.

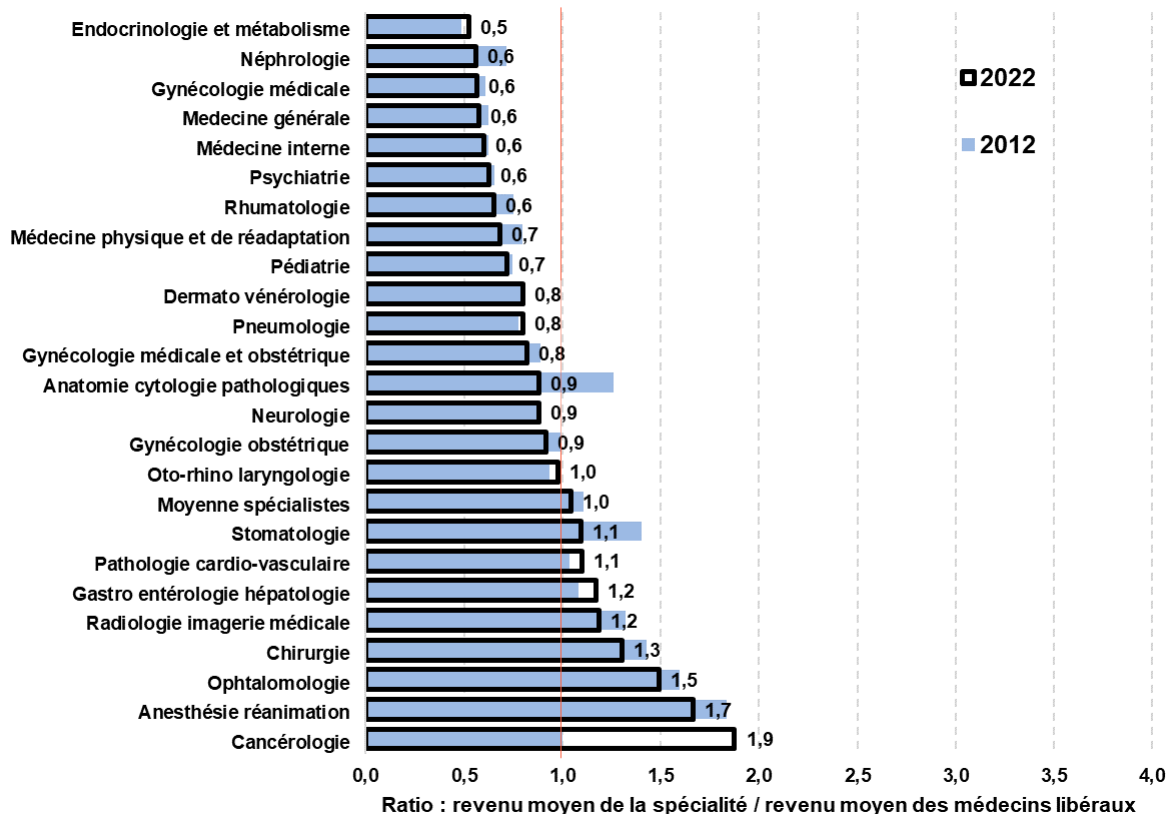
Pour ce qui est de la concentration des revenus, représentée par la courbe de Lorenz (cf. graphique 4), celle-ci permet de représenter les revenus croissants en abscisse, avec le cumul de la population concernée en ordonnée. La droite verte montre la répartition si la richesse était parfaitement équitable, tandis que les deux courbes montrent la répartition de la richesse telle qu'elle est en 2022 (droite bleue foncée) et en 2012 (droite en pointillés). Ainsi, plus la courbe est éloignée de la droite, plus la richesse est inégalement répartie. La comparaison entre 2012 et 2022, montre que la distribution des richesses et donc les inégalités de revenus n'ont pas évolué entre 2012 et 2022.

Graphique 3a • Disparités de revenus des médecins libéraux exerçant en secteur 1



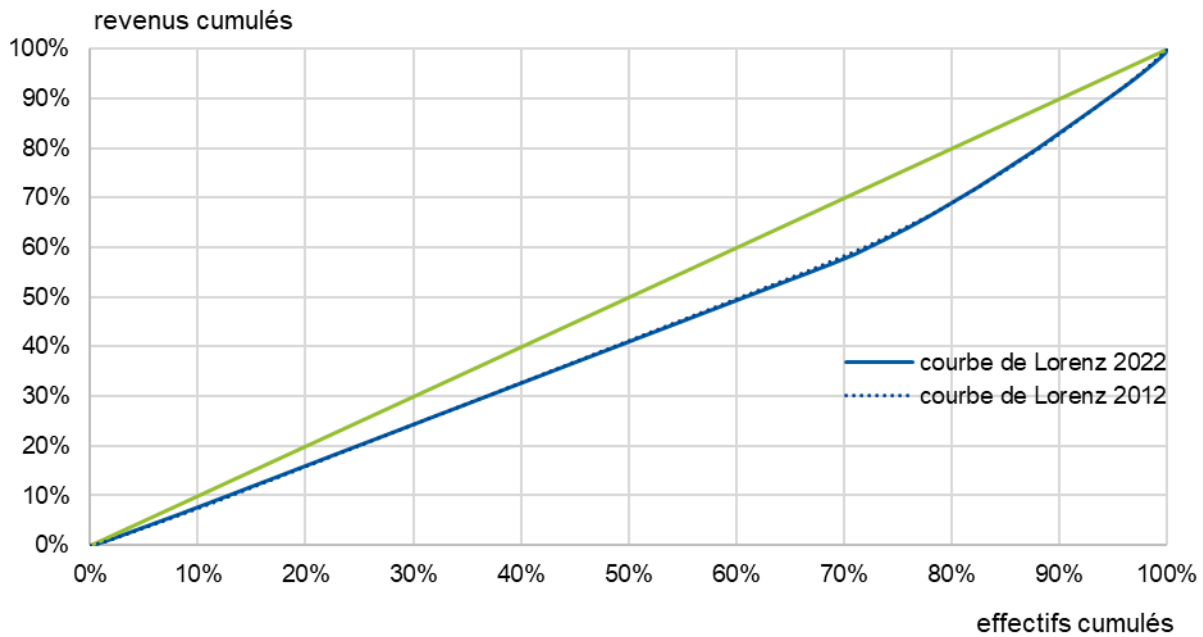
Source : Données de revenus des médecins libéraux (CARMF).
 Champ : Médecins cotisant à la CARMF.

Graphique 3b • Disparités de revenus des médecins libéraux exerçant en secteur 2



Source : Données de revenus des médecins libéraux (CARMF).
 Champ : Médecins cotisant à la CARMF.

Graphique 4 • Inégalités de revenus des médecins libéraux en 2012 et 2022



Source : Données de revenus des médecins libéraux (CARMF).

Champ : Médecins cotisant à la CARMF.

Courbe de Lorenz : Cette courbe affecte à chaque part de population, organisée par revenu croissant, la part que représentent ses revenus. Plus la courbe est éloignée de la bissectrice, plus les inégalités sont fortes.

Précisions méthodologiques Les données sont issues de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF), caisse de retraite obligatoire des médecins libéraux. Afin d'estimer les cotisations des médecins, la CARMF s'appuie sur les déclarations de revenus des médecins cotisants (y compris les médecins en cumul retraite-activité), publiées sur le site de la caisse. Les données de la fiche s'appuient sur ces données publiques.

Certaines spécialités ont été retirées de l'étude, soit parce qu'elles n'étaient pas présentes en 2012 et en 2022, soit parce que la donnée sur les effectifs n'étaient pas disponibles. Ainsi, l'allergologie, la génétique médicale, la médecine légale, la médecine nucléaire, la médecine vasculaire, la médecine d'urgence, la Santé publique et médecine sociale, les spécialités non précisées ne sont pas présentes dans tous les calculs.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.8. Renforcer la coordination de prise en charge ville établissements de santé

2.8.1. Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation

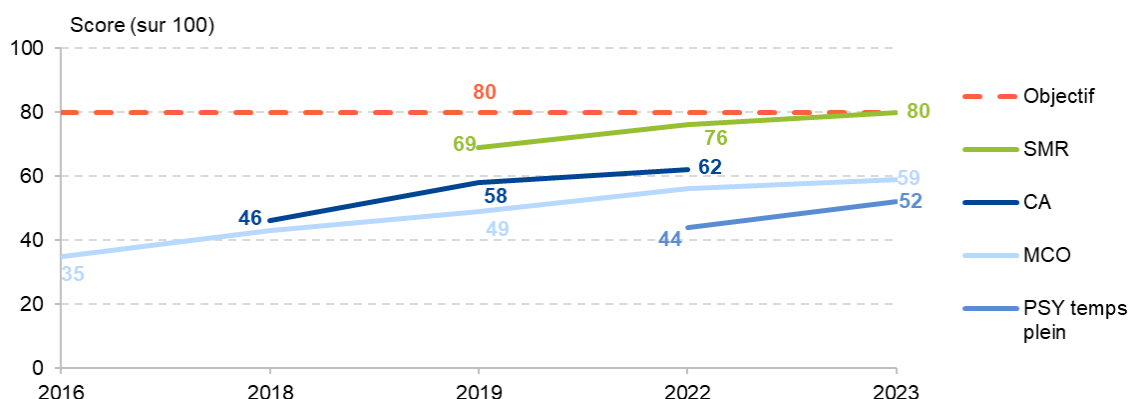
Finalité L'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » (QLS) évalue la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation. Il est construit d'après le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 et sa déclinaison dans le code de santé publique¹ (articles R1112-1 ; R1112-2 ; R.1112-1-2, etc.) portant sur le contenu de la lettre de liaison. Ces dispositions ont pour objectif d'améliorer la coordination « hôpital/ville » pour garantir la continuité de la prise en charge du patient. Cet indicateur permet d'apprécier le lien « hôpital/ville ». Il est recueilli depuis 2016 en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO)², 2018 en chirurgie ambulatoire (CA)³, 2019 en soins médicaux et de réadaptation (SMR, ex-SSR)⁴, et depuis 2022 en psychiatrie⁵.

Les résultats de cet indicateur sont diffusés publiquement sur Scope-santé (<https://www.scopesante.fr>) et en open data (<https://www.data.gouv.fr/fr/>). Il est utilisé dans le dispositif d'incitation financière pour l'amélioration de la qualité depuis 2018.

Résultats Cet indicateur nécessite un recueil ad hoc à partir de l'analyse des dossiers de patients. La HAS a réalisé en 2023 un nouveau recueil de cet indicateur sur les données 2022 entre mi-avril et fin juin 2023⁶.

Les résultats présentés dans cette fiche sont ceux des campagnes nationales de 2016 à 2023. L'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation est d'autant plus grande que le score est proche de 100 (cf. *paragraphe « construction de l'indicateur »*). Lors de la campagne nationale de 2023 (données 2022), les résultats ont été calculés pour 1 256 établissements MCO, 1 553 SMR et 435 établissements ayant de l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie. En 2023, il n'y a pas eu de mesure de l'indicateur en chirurgie ambulatoire. Il est prévu en 2024 (données 2023).

Graphique 1 • Résultats nationaux Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SMR), en chirurgie ambulatoire (CA) et en hospitalisation à temps plein en Psychiatrie



Source : HAS.

Note : les données de chaque campagne proviennent de l'année n-1

Note de lecture : Le score concernant la qualité des lettres de liaison à la sortie d'hospitalisation vis-à-vis de l'ensemble des critères demandés est de 49/100 en 2019 en MCO.

Tableau 1 • Résultats nationaux Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en chirurgie ambulatoire (CA)

Campagnes	MCO					SMR			CA			PSY temps plein		Objectif
	2016	2018	2019	2022	2023	2019	2022	2023	2018	2019	2022	2022	2023	
Nombre d'établissements de santé avec plus de 30 dossiers éligibles au calcul de l'indicateur	1 146	1 158	1 286	1 283	1 256	1 653	1 609	1 583	898	942	923	431	435	80/100
Nombre de dossiers audités au national	90 205	89 090	99 308	87 017	85 296	128 184	109 139	107 049	70 367	74 651	64 194	29 566	29 698	
Score moyen national pondéré	35/100	43/100	49/100	56/100	59/100	69/100	76/100	80/100	46/100	58/100	62/100	44/100	52/100	

Source : HAS.

Note : les données de chaque campagne proviennent de l'année n-1

Note de lecture : Le score concernant la qualité des lettres de liaison à la sortie d'hospitalisation vis-à-vis de l'ensemble des critères demandés est de 49/100 en 2019 en MCO.

1 Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. Lien :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&dateTexte=&categorieLien=id>

2 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2676370/fr/dossier-patient-en-mco-dpa-mco

3 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2884938/fr/chirurgie-ambulatoire-indicateurs-de-processus-et-de-resultats-en-chirurgie-ambulatoire

4 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2676386/fr/dossier-patient-en-ssr-dpa-ssr

5 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/psy_2020_hospit_fiche_descriptive_qls_vf.pdf

6 https://www.has-sante.fr/jcms/c_970481/fr/campagnes-nationales-experimentations-et-developpements-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss

Le score moyen pondéré de l'indicateur 2023-données 2022 est de 59/100 en MCO, 52/100 en PSY et de 80/100 en SMR. Il progresse dans l'ensemble des secteurs. En SMR, l'objectif de 80/100 est atteint.

Perspectives

L'indicateur est déployé à tous les secteurs de soins. En 2024 l'indicateur sera mesuré en chirurgie ambulatoire.

Construction de l'indicateur L'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » est calculé à partir des critères administratifs, de qualité des soins et de sécurité du patient retenus pour assurer la continuité des soins après la sortie. Un score individuel est calculé pour chaque dossier. Il correspond à la somme des critères conformes divisé par le nombre de critères applicables. Le résultat de l'indicateur est présenté sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100. La qualité est d'autant plus grande que le score est proche de 100. Deux critères sont « indispensables » parmi les critères composant cet indicateur. Si l'un des deux n'est pas conforme, le score individuel est égal à 0. Ensuite, un score global est calculé pour l'ensemble des dossiers pour calculer l'indicateur. Il correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon (x100)¹.

Exemple : 12 critères composant l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en médecine, chirurgie et obstétrique

Les 12 critères en médecine, chirurgie et obstétrique	
Deux critères sont indispensables :	(1) « Lettre de liaison à la sortie retrouvée » ;
	(2) « Lettre de liaison à la sortie datée du jour de la sortie ».
En l'absence de conformité d'un de ces deux critères, le score est égal à 0. Si conformité des critères indispensables, le score est calculé à partir de la traçabilité des 10 critères « qualité »	
Cinq critères médico-administratifs :	(3) Remise au patient de la lettre de liaison à la sortie ;
	(4) Identification du médecin traitant ;
	(5) Identification du patient ;
	(6) Date d'entrée et date de sortie ;
Cinq critères médicaux :	(7) Identification du signataire de la lettre de liaison ;
	(8) Motif de l'hospitalisation ;
	(9) Synthèse médicale du séjour ;
	(10) Actes techniques et examens complémentaires ;
	(11) Traitements médicamenteux de sortie ;
	(12) Planification des soins.

Précisions méthodologiques L'évaluation des dossiers est réalisée à l'aide d'un questionnaire comprenant les questions couvrant tous les critères retenus. Si un critère n'est pas applicable, il est retiré à la fois du numérateur et du dénominateur. Chaque critère « qualité » satisfait est comptabilisé par un point. Pour chaque dossier, le numérateur est égal à la somme des points, et le dénominateur est égal à la somme des critères applicables. L'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 70 séjours maximum, tirés au sort à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Seuls les établissements ayant plus de 30 séjours analysés sont pris en compte pour la comparaison des résultats de l'indicateur « Qualité de la lettre de liaison à la sortie ».

Pour chaque secteur (MCO, SSR et Chirurgie ambulatoire), les séjours à analyser sont adaptés. Par exemple en MCO, seuls les dossiers de séjours (hors séances) de plus de 24 heures dont les patients sont sortis de domicile, sont concernés par l'indicateur. Cet indicateur permet la comparaison inter-établissements. Il n'y a pas d'ajustement sur le risque.

Pour plus de détails : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_970821.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : HAS

¹ https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737/fr/comprendre-les-indicateurs

2.8.2. Recours aux urgences évitables

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 rationaliser 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'efficacité 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 les médecins libéraux et les médecins salariés de centres de santé en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, soit :

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

L'enjeu du dispositif est d'apporter une réponse aux demandes de soins non programmés sur ces horaires particuliers, de façon adaptée aux besoins sur tout le territoire, et sans diminution de la qualité des soins, tout en évitant d'accroître le recours aux structures des urgences 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 département est divisé en territoires de permanence sur lesquels sont organisées les gardes des médecins. Le nombre et les limites de ces territoires sont fixés en concertation avec l'ensemble des acteurs, 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 réception et de régulation des SAMU-Centre 15, au sein desquels la participation des médecins libéraux peut être organisée, soit par des centres de régulation libérale extérieurs au SAMU et interconnectés avec celui-ci. Afin d'harmoniser les pratiques de régulation médicale des professionnels sur l'ensemble du territoire, la Haute Autorité de Santé (HAS) a produit en 2011 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.

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

Tableau 1 • Part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA)

%	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Objectif
Part des actes régulés aux horaires de PDSA	54	58	58	60	62	62	71	71	72	72	73	73	71	71	66	Augmentation

Source : Cnam.

Champ : France entière.

La part des actes régulés dans l'activité réalisée aux horaires de permanence des soins s'élève à 66 % et a fortement diminué en 2022. Après une période de montée en charge, les actes régulés sont devenus majoritaires dans l'activité aux heures de permanence depuis 2008. Le ratio s'est maintenu autour de 60 % entre 2009 et 2013, a connu en 2014 une forte augmentation, a continué à augmenter très légèrement jusqu'en 2019, puis a diminué depuis 2020.

Cette progression s'est expliquée 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. La diminution constatée ces 3 dernières années ne correspond pas à une diminution de l'organisation de la régulation de l'accès à la PDSA.

Si on constate néanmoins la persistance de disparités régionales sur cet indicateur qui varie en France métropolitaine, de 45 % à 96 % d'actes régulés, on observe une progression ou un maintien de la part des actes régulés dans presque toutes les régions, ce qui confirme une dynamique homogène sur l'ensemble du territoire. Seules deux régions métropolitaines ont une part d'actes régulés autour de 50 % et en diminution continue depuis 2019.

La part des actes non régulés, correspond en 2022 à 34 %, diminuant peu depuis 2014.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce taux résiduel et la légère augmentation depuis 2019 :

- le maintien d'une prise en charge de certains patients par leurs médecins traitants sur certaines plages horaires de PDSA (au-delà de 20 h en semaine et au-delà de midi le samedi) ;
- 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 ;
- un recours direct à certains effecteurs de PDSA spécialisés (de type SOS médecins) ;
- un recours à des structures de soins non programmés (de type cabinets à horaires élargis) qui se développent fortement ces dernières années notamment dans les régions avec la part d'actes non régulés la plus forte.

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 Cnam.

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.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.8.3. Bénéficiaires de PRADO, le service de retour à domicile

Le service de retour à domicile (PRADO) a été initié par l'assurance maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital – ville. Il consiste à organiser la sortie du patient après une hospitalisation. En pratique, un conseiller de l'assurance maladie (CAM) rencontre le patient, déclaré éligible par l'équipe médicale hospitalière, pendant son hospitalisation. Il lui propose de le mettre en relation avec son médecin traitant et les professionnels de santé de son choix qui le prendront en charge à son retour à domicile dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe soignante. L'objectif est de proposer aux assurés, en fonction de leur état de santé et de leurs souhaits, les conditions optimales de suivi au moment du retour à domicile après hospitalisation.

Finalité Initialement, le service a été déployé sur les sorties de maternité à partir de 2010, puis a été étendu aux interventions de chirurgie orthopédique à partir de 2012. En 2016, le service a été généralisé à l'ensemble de la chirurgie. Depuis 2013, il est également proposé aux patients atteints de pathologies chroniques : d'abord pour l'insuffisance cardiaque (IC), puis en 2015 pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). En 2017, deux expérimentations ont été lancées : l'une à destination des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral et l'autre à destination des personnes de 75 ans et plus. Ces 2 volets ont été généralisés en 2020. Actuellement six volets sont donc généralisés : maternité, chirurgie, IC, BPCO ; AVC et personnes âgées. Un volet est en expérimentation, l'accompagnement des sorties de SSR.

L'Assurance Maladie entend renforcer prioritairement son action, et donc l'intervention des conseillers de l'Assurance Maladie (CAM), vers les patients atteints de pathologies chroniques et les personnes âgées afin d'accompagner les sorties d'hospitalisation plus complexes de ces assurés et au-delà leur parcours. Par ailleurs, dans le contexte de la Covid 19, les conseillers de l'Assurance maladie ont accompagné la sortie de patients Covid après leur hospitalisation en MCO et en SSR (près de 8 000 patients concernés en 2021) Ils ont également été affectés aux plateformes de contact tracing et à la mission « d'aller vers » pour la vaccination Covid. Cette activité a été priorisée compte tenu de l'importance de l'épidémie.

Résultats Différents indicateurs sont construits pour chaque volet. Ils sont comparés entre la population qui bénéficie du service PRADO et une population témoin qui n'en a pas bénéficié.

PRADO maternité a concerné plus d'une naissance sur deux jusqu'en 2019. Depuis 2021, ce chiffre a évolué du fait de la priorisation de l'accompagnement des sorties précoces et l'affectation d'une partie de l'activité des CAM aux missions nécessaires à la gestion de la crise sanitaire puis de la priorisation des pathologies chroniques et des personnes âgées de plus de 75 ans. Le Prado était disponible dans près de 270 maternités (57 %). Désormais l'assurance maladie mesure le taux de suivi du couple mère enfant par une sage-femme et par un médecin généraliste dans les délais prévus par les référentiels de la HAS.

Sur le plan sanitaire, une évaluation externe réalisée par la société CEMKA montre qu'en 2019, après une sortie précoce, le suivi des taux de ré-hospitalisation (mère et enfant) montre un taux inférieur à la population témoin pour la mère (à 0,42 % vs 0,49 %, $p = 0,0124$) et pour l'enfant (à 0,95 % vs 1,12%, $p < 0,0001$) dans les 7 jours qui suivent le retour à domicile.

Par ailleurs, le volet médico-économique de cette évaluation externe, montre sur les années 2017 et 2018 un coût global à 12 mois (du point de vue, assurance maladie, sont inclus : l'hospitalisation index, ré-hospitalisation mère et enfant, soins de ville mère et enfant) inférieur chez les couples mère-enfant (4 108€ Prado versus 4 180€ témoin).

Pour les volets **PRADO pathologies chroniques (Insuffisance cardiaque, BPCO et AVC)**, l'objectif est de favoriser le respect des recommandations en vigueur pour la prise en charge de la maladie et de diminuer la fréquence des ré-hospitalisations et de décès. Depuis 2016, la généralisation de PRADO IC et BPCO est en cours. En 2023, plus de 24 350 adhésions à PRADO IC dans plus de 450 établissements et près de 6 100 adhésions à PRADO BPCO dans plus de 330 établissements ont été recensées (en progression constante après le recul de 2019 en lien avec la crise Covid et l'implication des Conseillers de l'Assurance Maladie sur la PlateForme Contact Tracing). En 2023, le Prado AVC continue son déploiement avec plus de 12 200 adhésions dans près de 200 établissements (près de la moitié disposant d'une UNV).

Pour **PRADO insuffisance cardiaque**, le suivi de la consommation de soins en 2020 met en évidence l'intervention plus précoce du médecin généraliste (9,7 j vs 17,7 j) et de l'infirmier(e) (4,4 j vs 10,9 j) pour les patients PRADO au regard de la population témoin, avec une consultation du cardiologue, réalisée à 33 j. Par ailleurs, le recours aux médicaments recommandés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque est plus fréquent chez les patients adhérents à PRADO, en particulier pour le taux de recours à la trithérapie (béta-bloquant/diurétique/IEC ou ARA2) (37 % vs 32 %).

L'étude médico-économique issue de l'évaluation externe (EY, PHE, PKCS) du volet insuffisance cardiaque associe des dépenses moyennes pour les patients Prado supérieures de 959 € (8 012 € Prado vs 7 053 € témoin) en lien avec une augmentation de la fréquence des visites chez les professionnels de santé (généraliste et spécialistes) ainsi qu'une augmentation de la fréquence des examens complémentaires et délivrance des médicaments, comme le préconise les recommandations de la HAS et de la Société Française de Cardiologie. Le taux de décès à 6 mois des patients Prado par rapport à la population témoin est significativement inférieur (15,7 % vs 17,5 %).

Pour **PRADO BPCO**, selon les résultats de l'évaluation externe menée par CEMKA, les patients ayant bénéficié du programme ont été significativement plus nombreux que les patients contrôles à avoir eu recours aux professionnels de santé dans l'année qui a suivi l'hospitalisation « index » : médecin généraliste ou médecin traitant à 7 jours (62,4 % chez

les cas Prado versus 41,1 % chez les contrôles, $p < 0,0001$), pneumologue à 2 mois (40,9 % chez les cas Prado versus 32,9 % chez les contrôles, $p < 0,0001$), infirmière libérale à 2 mois (88,4 % chez les cas Prado versus 66,6 % chez les contrôles, $p < 0,0001$), kinésithérapeute à 1 mois (65,5 % chez les cas Prado versus 38,5 % chez les contrôles, $p < 0,0001$).

A 6 mois, la dépense moyenne d'un patient Prado BPCO est de 280 € supérieure à celle d'un témoin (14 988 € Prado vs 14 708 € témoin) en lien avec l'augmentation du recours au professionnel de santé recommandé au décours du séjour, bien que les coûts liés à la ré-hospitalisation soit moindre pour Prado.

Pour **PRADO Chirurgie**, près de 80 000 patients ont pu bénéficier du dispositif en 2023 (un chiffre équivalent à 2022). Le service est généralisé à l'ensemble du territoire et plus de 500 établissements le proposent (soit dans plus de 2/3 des établissements cible). Depuis 2016, le service est étendu à tout type de chirurgie et une action « fragilité osseuse » peut être proposée dans le cadre de PRADO chirurgie orthopédique. Les résultats de l'évaluation externe (EY, PHE, PKCS) de ce volet ont permis de calculer une dépense moyenne inférieure de 217 € par patient Prado (2 268 € Prado vs 2 485 € témoin) en lien avec une baisse des coûts liée au passage en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Pour **PRADO Personnes Agées**, près de 20 000 patients de 75 ans et plus ont été accompagnés par le programme en 2023. Ces adhésions sont réalisées dans plus de 430 établissements France entière.

Tableau 1 • Adhésion des établissements au dispositif et taux d'acceptation des patients

		Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Maternité (Sortie Standard et Sortie Précoce)	Sortie Précoce	Objectif initial d'adhésions	435 000	-	-	-	-	-	-
		Nombre d'adhésions	434 167	453 485	402 695	201 068	102 379	61 600	41 926
		Taux d'acceptation ⁽¹⁾	92%	94%	94%	93%	92%	90%	91%
		Objectif initial d'adhésions	35 000	60 412	95 927	-	-	-	-
Chirurgie		Nombre d'adhésions	42 953	86 314	126 827	96 525	67 984	45 445	26 978
		Taux d'acceptation (1)	100%	100%	100%	100%	100%	91%	89%
		Objectif initial d'adhésions	45 000	68 909	80 687	Pathologies chroniques, chirurgie et personnes âgées: 113 983	Pathologies chroniques, chirurgie et personnes âgées: 60 010	Pathologies chroniques, chirurgie et personnes âgées: 113 983	-
		Nombre d'adhésions	56 710	69 392	82 325	50 391	59 350	78 565	78 776
Pathologies chroniques		Taux d'acceptation ⁽¹⁾	94%	92%	91%	94%	92%	90%	88%
		Objectif initial d'adhésions	20 000	22 753	27 519	-	-	-	-
	Insuffisance cardiaque	Nombre d'adhésions	11 901	19 667	25 521	16 638	21 223	33 526	42 675
		Nombre d'adhésions	10 223	14 865	18 075	11 320	13 423	19 564	24 355
	BPCO	Nombre d'adhésions	2 845	4 802	5 978	2 966	3 109	4 871	6 099
		Taux d'acceptation ⁽¹⁾	96%	97%	96%	98%	97%	97%	98%
	AVC	Objectif initial d'adhésions		Phase d'expérimentation	1 000	-	-	-	-
		Nombre d'adhésions			1 468	2 352	4 691	9 091	12 221
Taux d'acceptation ⁽¹⁾				ND	97%	96%	96%	98%	
Personnes Agées	Objectif initial d'adhésions		Phase d'expérimentation	5 000	-	-	-	-	
	Nombre d'adhésions			3 138	3 429	7 087	14 741	19 909	
	Taux d'acceptation ⁽¹⁾			ND	98%	98%	98%	98%	

(1) Taux d'acceptation : rapport entre le nombre d'offres Prado acceptées et le nombre d'offres Prado présentées.

Sources : données Outils-multi Volets (OMV), 2017 à 2021, PradoConnect 2022 à 2023
DGOS/DAS/DPCA

Construction des indicateurs Les patients ayant bénéficié de PRADO sont identifiés dans le SNDS à partir de leur identifiant anonyme, et comparés à une population témoin. Sont ensuite étudiées leurs hospitalisations dans le PMSI MCO, puis leur consommation de soins de ville dans le DCIR, ainsi que leurs consultations externes en établissement public dans le PMSI.

La population témoin est sélectionnée dans le PMSI MCO :

- sur les critères d'éligibilité à PRADO (actes CCAM au cours du séjour pour la chirurgie/ GHM pour la maternité/ diagnostic principal pour IC et BPCO) ;
- parmi les patients hospitalisés en MCO n'ayant pas participé à PRADO.

Elle est appariée sur des critères pertinents (âge, sexe, sévérité...). Pour que les deux populations (témoin et PRADO) soient comparables, seuls les patients remplissant les critères d'éligibilité – définis pour chaque volet – sont étudiés dans la population des patients ayant bénéficié de PRADO. En effet, certains patients ne répondant pas strictement aux critères d'éligibilité intègrent le service sur décision médicale.

Ces deux populations sont comparées afin d'évaluer les effets du service sur le recours aux soins et sur les objectifs en termes de santé publique. L'évaluation est faite sur 6 mois après la sortie de MCO, et éventuellement sur des périodes intermédiaires en fonction de l'existence de recommandations ou préconisations.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.8.4. Simplifier le parcours santé des usagers et les échanges avec les professionnels de santé avec le déploiement de Mon espace santé

Finalité La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 modifiée par l'article 98 de la loi d'accélération et de simplification de l'action publique du 7 décembre 2020 a prévu la mise en place d'un espace numérique de santé dénommé. Ce dispositif prolonge et complète le Dossier Médical Partagé (DMP) mis en place en 2016. Dans ces dispositions législatives a été prévu une création automatique, sauf opposition, des profils Mon espace santé pour les assurés de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire sauf pour ceux s'étant opposés à cette création automatique.

« Mon espace santé » est un carnet de santé numérique pour toute la population, qui comprend 4 fonctionnalités socles :

- Le dossier médical (issu du dossier médical partagé créé en 2016) ;
- Une messagerie sécurisée de santé permettant des échanges sécurisés entre professionnels de santé et patients (s'appuyant sur le système MSSanté préexistant et permettant déjà les échanges entre professionnels de santé),
- Un agenda de santé,
- Un catalogue d'applications référencées.

Le catalogue de services sans échange de données est ouvert depuis fin 2022. Le référencement des applications avec échange de données est ouvert aux entreprises du numérique en santé. Les premières applications validées par la commission de référencement sont attendues courant 2024. L'agenda de « Mon espace santé » devrait entrer en production d'ici la fin du premier trimestre 2024. La généralisation de ce nouveau service sur tout le territoire a démarré début février 2022 et s'est achevée mi-juillet 2022. Au 10 janvier 2024 il y avait 68 406 684 comptes « Mon espace santé » ouverts, représentant ainsi plus de 95% des usagers du système de santé, mais 10 567 231 comptes activés. Le taux d'opposition des assurés à la création de cet espace est inférieur à 2 %.

Résultats Fin juin 2021, la création des DMP a été stoppée de manière à préparer l'arrivée de « Mon espace santé » avec le principe de création automatique sauf opposition (opt-out).

Les premiers effets du déploiement des logiciels référencés Ségur se font sentir avec une croissance continue du rythme des alimentations de « Mon espace santé » (+13,9 % en 2023). Après une progression constante en 2023, le nombre de documents mis à disposition dans « Mon espace santé » a atteint 231 millions à fin décembre 2023 (cf. graphiques 1 et 2).

Le nombre de consultations de « Mon espace santé » par les usagers monte en charge progressivement et conjointement à la meilleure alimentation de cet espace par les professionnels de santé (cf. graphiques 3 et 4).

En outre des indicateurs d'usage sur l'alimentation du DMP ont été inscrits dans l'avenant 9 à la convention médicale signé en juillet 2021, dans l'avenant 4 à l'accord national centres de santé signé en avril 2022 et dans la nouvelle convention pharmaceutique signée en mars 2022.

Tableau 1 • Nombre d'alimentation de « Mon espace santé » par les professionnels de santé, en 2023, en millions

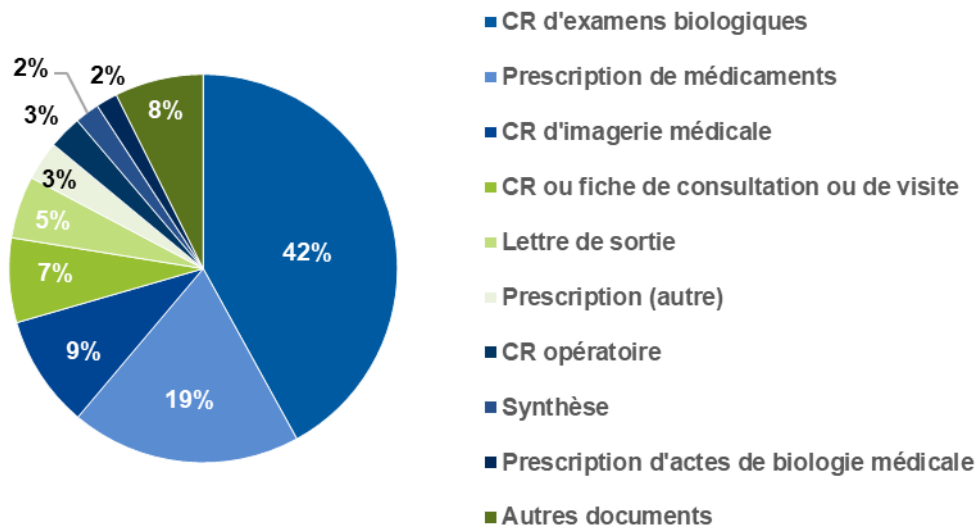
	Nombre de DMP alimentés			Nombre de Documents alimentés		
	févr-24	nov-23	Evolution	févr-24	nov-23	Evolution
Tous secteurs d'activité hors Patients	29,8	26,1	13,9%	179,2	135,1	32,6%
Tous secteurs d'activité hors Patients et SI-DEP	29,6	25,4	16,9%	178,8	133,1	34,3%
Professionnels libéraux	19,2	13,7	39,8%	55,7	34,0	63,9%
Médecins	18,1	13,1	38,3%	52,7	32,5	62,0%
Centres de Santé	0,1	0,1	74,9%	0,3	0,1	95,6%
Etablissements sociaux et médico-sociaux	0,1	0,1	55,6%	1,2	0,8	45,4%
Etablissements sanitaires	11,8	11,9	-0,6%	55,4	48,7	13,9%
Etablissements sanitaires hors SI-DEP	11,6	10,6	9,2%	55,0	46,7	17,9%
Laboratoires de biologie médicale	8,7	8,6	1,2%	63,9	49,5	29,0%

Source : Cnam/DIONIS

Valeurs sur les 12 derniers mois glissants

Note de lecture : Entre fin 2023 et début 2024, le nombre de DMP alimentés par les professionnels de santé, tous secteurs d'activité, a augmenté de 13,9 %.

Graphique 1 • Top 10 des alimentations de Mon espace santé par type de document, en 2023



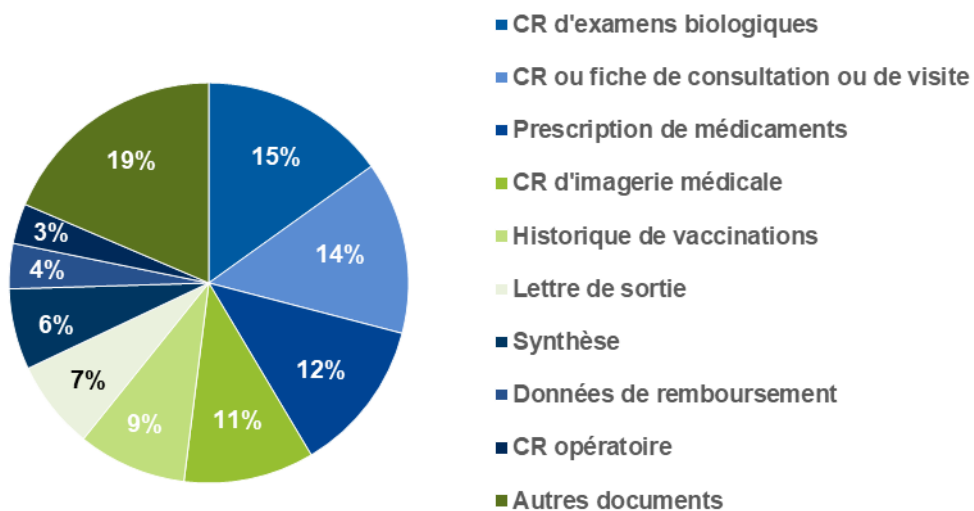
Source : Cnam/DIONIS

Tableau 2 • Nombre de consultations de « Mon espace santé » en 2023, en milliers

	Nombre de DMP consultés			Nombre de Documents consultés		
	févr-24	nov-23	Evolution	févr-24	nov-23	Evolution
Tous secteurs d'activité hors Patients	784,9	605,6	29,6%	1 620,1	1 202,9	34,7%
Professionnels libéraux	742,7	575,7	29,0%	1 533,9	1 144,5	34,0%
Médecins	718,1	558,6	28,6%	1 491,9	1 116,5	33,6%
Centres de Santé	6,5	4,7	37,5%	15,8	11,4	39,1%
Etablissements sociaux et médico-sociaux	2,9	1,9	51,3%	6,2	3,9	57,5%
Etablissements sanitaires	11,8	8,5	39,7%	33,1	21,8	52,0%
Laboratoires de biologie médicale	0,5	0,4	26,8%	1,0	0,8	29,1%

Source : Cnam/DIONIS

Graphique 2 • Type de documents consultés, en 2023, par les professionnels de santé sur « Mon espace santé »



Source : Cnam/DIONIS

Champ : tous secteurs d'activité, hors patients sur les 12 derniers mois

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.8.5. Développer l'exercice coordonné en ville (maisons, centres de santé et CPTS)

Finalité L'exercice coordonné des soins vise au regroupement des acteurs de la santé aux seins d'organisations (communautés professionnelles territoriales de santé, CPTS) et/ou de structures (maisons et centres de santé), permettant ainsi les prises en charge coordonnées pluri-professionnelles (successives ou conjointes).

Il vise à répondre à deux enjeux. D'une part, garantir l'accessibilité aux soins à tous, notamment dans un contexte de vieillissement de la population, en faisant de l'exercice isolé une exception en 2023, en doublant le nombre de maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels et en affichant un objectif de couverture en CPTS à **100 % de la population d'ici la fin de l'année 2024**. D'autre part, améliorer la qualité des prises en charge médico-soignantes en ville et renforcer l'intérêt des médecins pour les soins de premiers recours et les zones moins attractives. Il améliore de façon prouvée les prises en charge (vaccination, diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires) ; permet une diminution de la consommation de soins (jusqu'à -2,3 %) et est un facteur d'attractivité pour les jeunes médecins. Il permet des files actives majorées de 13 à 15 % par rapport à un exercice isolé.

Afin de remplir au mieux ces enjeux, l'ordonnance publiée le 12 mai 2021 a permis d'apporter des réponses aux besoins des professionnels afin d'**adapter le modèle juridique et fiscal des CPTS et des MSP**. La participation des CPTS à un processus accélérateur a été lancée afin d'améliorer leur déploiement et le nombre de signataires de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), et des aides à la création de MSP par les collectivités, ARS et CPAM, ont été créées afin de poursuivre leur dynamique de création. L'objectif affiché à l'horizon 2027, est de disposer **4 000 MSP** sur l'ensemble du territoire ainsi que de **700 centres de santé**.

Résultats Au 31 décembre 2023, on recense **2 501 MSP** (cf carte 1) et **638 Centres de santé** (cf carte 2).

En janvier 2024, on recense **754 CPTS** tous niveaux de maturité confondus (c'est-à-dire ayant au moins un des trois niveaux de formalisation – lettre d'intention validée, projet de santé validé ou contrat ACI signé), couvrant ainsi **85 %** de la population. **546** d'entre elles avaient signé leur ACI.(cf. tableau 1)

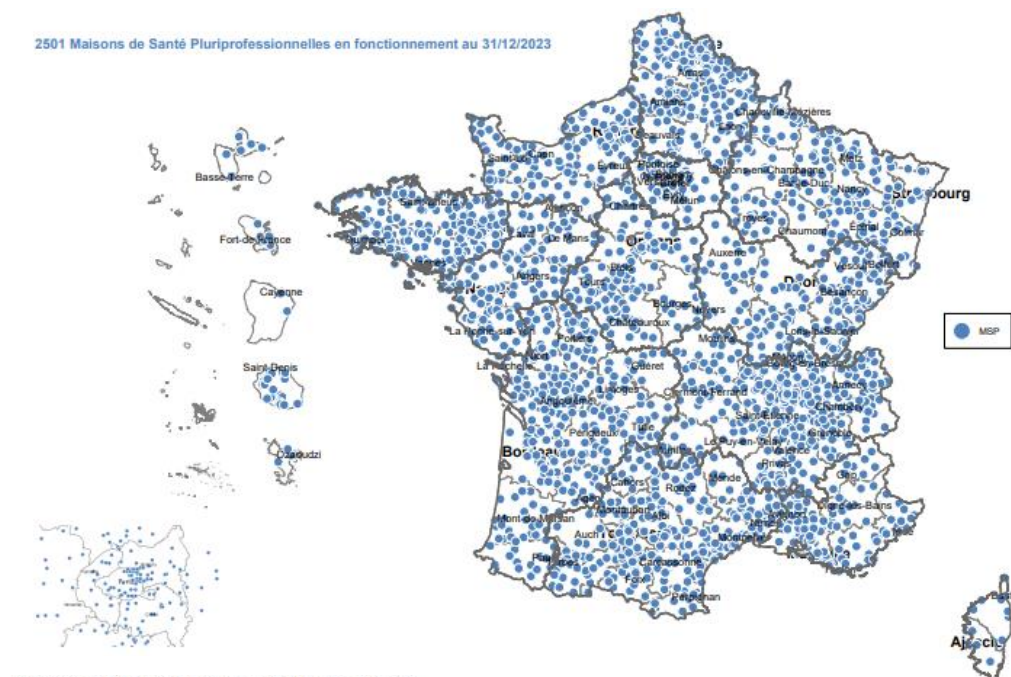
Tableau 1 • Niveau de maturité des CPTS et couverture du territoire en janvier 2024

Statut	Nb CPTS	Couverture*
CPTS en fonctionnement (Contrat ACI signé)	546	66,70%
CPTS prochainement en fonctionnement (Projet de santé validé)	29	2,52%
CPTS en cours de création (Lettre d'intention validée)	179	15,78%

Source : DGOS

*Part de la population couverte par une CPTS avec ACI signée

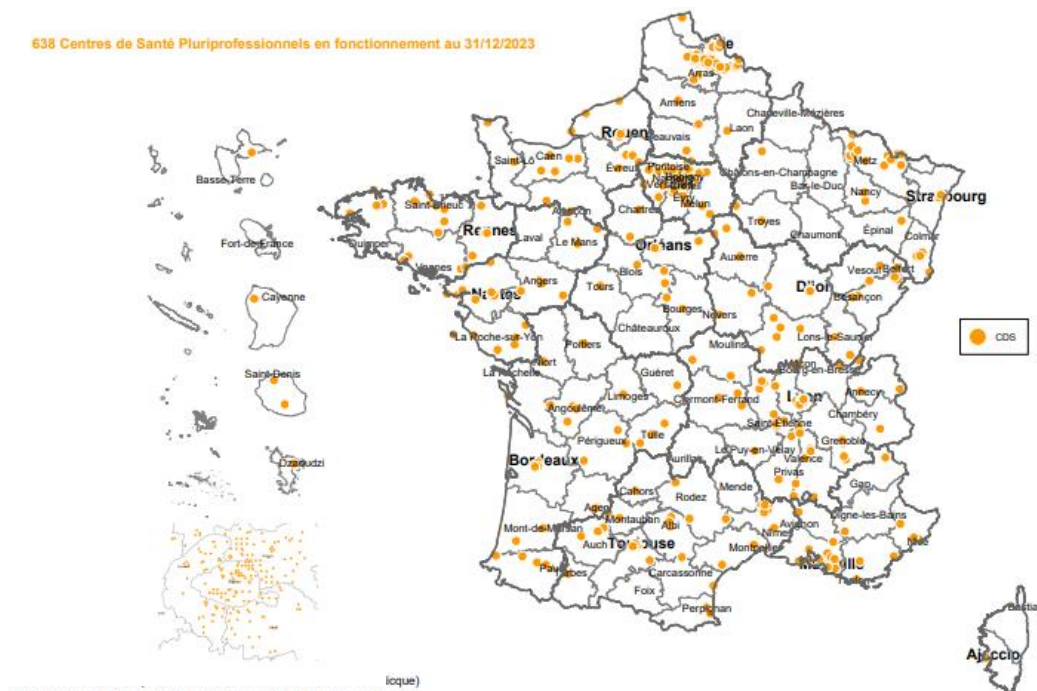
Carte 1 • Maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement au 31 décembre 2023



Source : ATIH/observatoire des recompositions/retraitement DGOS

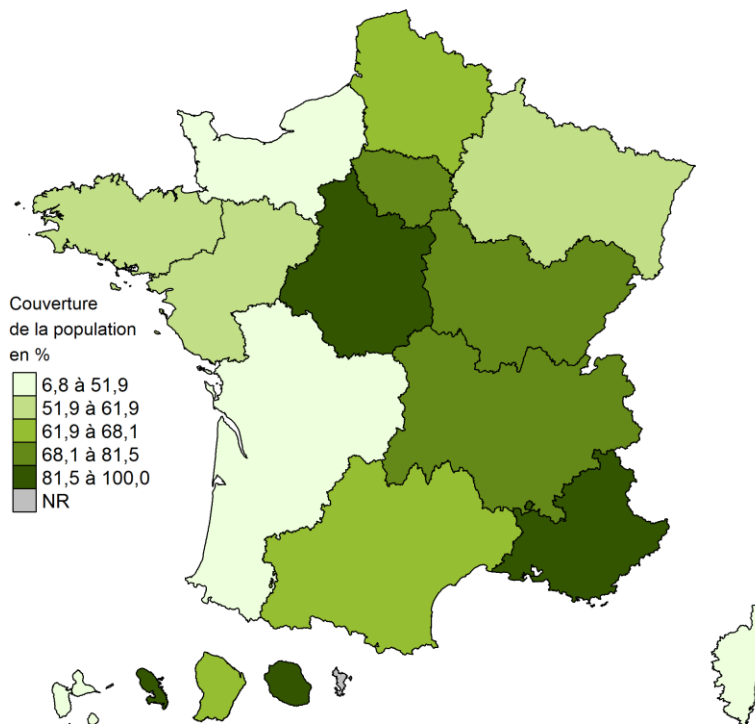
Champ : France entière

Carte 2 • Centres de santé pluriprofessionnels en fonctionnement au 31 décembre 2023



Source : ATIH/observatoire des recompositions/retraitement DGOS
 Champ : France entière

Carte 3 • Part de la population vivant dans une commune se trouvant dans une CPTS où le contrat ACI est signé en décembre 2023



Source : Enquête DGOS –janvier 2024
 Note de lecture : En janvier 2024, 98 % de la population légale du Centre-Val-de Loire est couverte par une CPTS, dont l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) a été signé, autrement dit par une CPTS en fonctionnement.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.9. Améliorer la qualité des soins

2.9.1. Etablissements certifiés 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. Une procédure de certification est conduite par la Haute autorité de santé à partir de critères nationaux (cf. *construction de l'indicateur*). Au 31 décembre 2023, près de la moitié des établissements de santé dispose d'une décision prise au titre de la 5^{ième} procédure de certification – l'autre moitié dispose toujours d'une décision prise au titre de la 4^{ième} procédure.

Tableau 1 • Barème des niveaux de certification de la 4^{ième} procédure de certification (V2014)

Appréciation	Impact et suivi des décisions
Certification (A)	L'établissement est certifié. La HAS l'encourage à poursuivre la dynamique engagée
Certification avec recommandations d'amélioration (B)	L'établissement est certifié. La HAS a formulé des recommandations d'amélioration que l'établissement a la possibilité de lever par l'organisation d'une visite non annoncée
Certification avec obligations d'amélioration (C)	L'établissement est certifié. La HAS a formulé des obligations d'amélioration que l'établissement doit lever en produisant un compte qualité ou en organisant une visite de suivi
Sursis à certification (D)	L'établissement n'est pas certifié. Il ne le sera que s'il met en œuvre les améliorations attendues sur les réserves émises par la HAS. L'efficacité de ces actions sera évaluée lors d'une visite de suivi.
Non-certification (E)	La HAS prononce une décision de non-certification dans le cas où un établissement de santé présente des manquements en termes de qualité et de sécurité

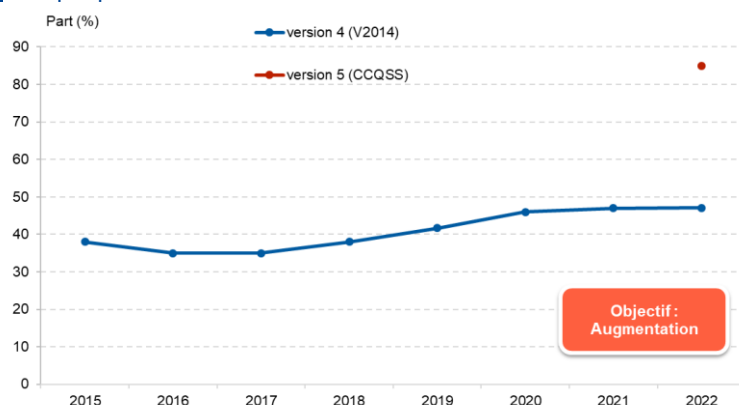
Tableau 2 • Barème des niveaux de certification de la 5^{ième} procédure de certification (CQSS)

Appréciation	Impact et suivi des décisions
Certification avec mention « Haute Qualité des soins »	L'établissement est certifié. La HAS l'encourage à poursuivre la dynamique engagée
Certification	
Certification sous condition	L'établissement n'est pas certifié. Il ne le sera que s'il en œuvre les améliorations attendues dans un délai d'un an
Non-certification	La HAS prononce une décision de non-certification dans le cas où un établissement de santé présente des manquements en termes de qualité et de sécurité

À date, plus aucun établissement de santé n'est engagé dans la certification *via* les versions 1 (V1), 2 (V2-V2007), 3 (V2010). L'objectif porte seulement sur les versions 4 (V2014) et 5 (CQSS).

Résultats Les critères de certification deviennent de plus en plus exigeants entre les différentes versions des procédures de certification. Au 31 décembre 2023, la très grande majorité des établissements est certifiée. Néanmoins, certains ne le sont pas et si leur nombre est bas, il n'a jamais été aussi haut.

Graphique 1 • Part d'établissements certifiés



Source : HAS

Note de lecture : 47 % des établissements ont été certifiés en 2022 avec la méthode de certification « version 4 » élaborée en 2014, 85% avec la méthode de certification « CQSS » dont 22% avec mention.

Le changement des types de niveaux a évolué en CQSS avec une cible de certification permettant d'afficher là un taux plus important. Néanmoins, les critères de certification deviennent de plus en plus exigeants entre les différentes versions des procédures de certification, en CQSS la proportion d'établissements sous condition ou non certification a largement augmenté.

La procédure V2014 a été lancée en 2015 et s'est achevée au 31 décembre 2022. A cette date, 2 374 établissements de santé ont fait l'objet d'une décision du collège de la HAS (cf. *tableau 1*). Parmi ces établissements, 1 117 (47 %) ont obtenu une certification simple (Niveau A), 1 240 (52%) établissements visités ont reçu une certification avec recommandation d'amélioration (Niveau B), 1 établissement visité a reçu une certification avec obligation d'amélioration (Niveau C), 6 ont fait l'objet d'un sursis à certifier (Niveau D) et 8 n'ont pas été certifiés (Niveau E).

La certification des établissements de santé pour la qualité et la sécurité des soins (CQSS) a été lancée en 2021. Au 31 décembre 2023, 2 390 établissements de santé sont engagés : 1 145 disposent d'une décision et 1 245 en disposeront d'ici l'été 2025 : 976 (85 %) sont certifiés, dont 252 (22 %) avec la mention « Haute Qualité des soins » ; 136 (12 %) sont certifiés sous conditions ; 33 (3 %) sont non certifiés.- Source : HAS, Données de la certification CQSS au 31 décembre 2023.

Construction de l'indicateur La première version de la certification était fondée sur les notions d'incitation à la mise en œuvre de démarches qualité et de développement d'une culture de l'évaluation dans les établissements de santé.

La deuxième 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 ; ceci permettant de produire en regard une cotation correspondant à une mesure du niveau de qualité atteint par les établissements.

La troisième version (V2010) a été pensée et développée pour permettre une certification plus continue et efficiente. Elle 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.

Pour la quatrième version (V2014), les évolutions sont portées par les composantes de la procédure, notamment la mise en place du compte qualité et des nouvelles méthodes de visite (audits de processus sur les thématiques du manuel et la méthode du traceur patient).

Pour la cinquième version (CQSS), le Collège de la HAS a fixé trois ambitions : médicaliser et mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge du patient ; simplifier la démarche ; valoriser l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins. Par ailleurs, la certification se fixe 4 enjeux : l'engagement des patients, la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat, le travail en équipe et l'adaptation aux évolutions du système de santé.

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, etc.), 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, ces derniers peuvent faire le choix d'entrer ensemble dans la procédure et de bénéficier d'une visite commune. Dans ces deux cas, le rapport et la décision de certification sont communs.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : HAS

2.9.2. Atteinte par les médecins traitants des objectifs de santé publique

Finalité Mise en place au 1^{er} janvier 2012, la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a été reconduite avec de nombreuses évolutions dans la nouvelle convention médicale signée en 2016. L'objectif est de renforcer la pertinence du dispositif et de continuer à améliorer la qualité des pratiques médicales en actualisant les indicateurs de bonnes pratiques en matière de santé publique au regard des référentiels en vigueur.

Pour la ROSP Médecin traitant de l'adulte, 17 nouveaux indicateurs ont été introduits, 4 ont été sensiblement modifiés et 8 ont été reconduits de l'ancienne convention. La partie de la ROSP antérieurement consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au forfait structure¹ et au forfait patientèle². La nouvelle ROSP se recentre donc sur l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques en matière de santé publique.

Précisions sur le dispositif de la ROSP en 2022 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 (HAS, ANSM) et des recommandations internationales.

Le dispositif de la ROSP repose aujourd'hui sur le suivi de 29 indicateurs couvrant trois volets :

1. Le suivi des pathologies chroniques : 8 indicateurs dont 2 déclaratifs,
2. La prévention : 12 indicateurs dont 2 déclaratifs,
3. L'optimisation et l'efficacité des prescriptions : 9 indicateurs.

Pour 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.

Une majorité d'indicateurs de la Rosp s'orientent à la hausse pour l'année 2022, traduisant ainsi une amélioration globale des objectifs de santé publique suivis et l'investissement des médecins dans ce domaine.

Les résultats 2022 présentent cependant des évolutions contrastées avec des indicateurs en progrès pour la prévention notamment (dépistage des cancers, iatrogénie médicamenteuse, antibiorésistance) et d'autres en recul comme la vaccination antigrippale, la surveillance des patients sous anti-vitamine K ou la prescription de statines dans le répertoire générique.

Résultats Les tableaux suivants retracent pour chaque volet, l'évolution des indicateurs au regard des objectifs fixés, en considérant simultanément l'ancienne (convention 2011) et la nouvelle ROSP (convention 2016).

Le suivi des pathologies chroniques

Sur le diabète, les indicateurs relatifs au fond d'œil et au dépistage de la maladie rénale chronique progressent respectivement de +1,6 point et +1,1 point, tandis que celui sur les dosages d'HbA1c diminue légèrement (-0,5 point).

L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus augmente significativement (+1,9 point) : 40 % des médecins dépassent désormais l'objectif cible.

Sur le suivi des patients à risque cardio-vasculaire, la prévention secondaire du risque cardio-vasculaire s'améliore légèrement (+0,8 point) (tandis que la surveillance des traitements par anti vitamine K poursuit sa baisse (-2,3 points)).

1 Le forfait « structure », créé lors de la convention médicale 2016, vient remplacer les précédents indicateurs de la ROSP qui portaient sur l'organisation du cabinet, et constitue désormais une rémunération forfaitaire à part entière, indépendante de la ROSP, qui peut être versée à tout médecin libéral.

2 Le forfait « patientèle médecin traitant » (« FPMT »), lui aussi défini lors de la convention médicale 2016, se substitue aux différentes rémunérations forfaitaires versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (MPA, FMT, RMT). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la ROSP.

Tableau 1 • Suivi des pathologies chroniques – évolution des indicateurs

Suivi des pathologies chroniques	Indicateurs	2011	2016	2016	2019	2020	2021	2022	Objectifs inter-médianes	Objectifs cibles	PS au dessus de l'objectif cible en 2022
Hémoglobine glyquée HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu au moins 2 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	45,9%	55,1%	79,0%	79,7%	76,9%	78,9%	78,4%	74%	92%	14%
Suivi ophtalmologique	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre	61,3%	62,7%	62,9%	68,1%	67,0%	67,0%	68,6%	61%	76%	28%
Dépistage maladie rénale chronique chez le patient diabétique	Part des patients MT de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de microalbuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire			31,0%	43,4%	42,5%	42,2%	43,3%	21%	59%	29%
Dépistage maladie rénale chronique chez le patient hypertendu	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire			7,0%	24,8%	24,6%	25,4%	27,4%	10%	28%	40%
Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	Part des patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOM traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2			44,2%	43,9%	44,1%	44,9%	45,8%	38%	56%	17%
Surveillance d'un traitement par anti vitamine K	Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages de TNR dans l'année que de délivrance d'AVK			79,0%	84,1%	80,4%	79,8%	77,5%	80%	96%	15%

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

Note de lecture : en 2022, l'objectif intermédiaire de 61 % concernant le suivi ophtalmologique a été atteint en moyenne ; plus d'un quart des professionnels de santé (28 %) dépasse même l'objectif cible de 76 %.

[Violet] Changement de définition entraînant une modification de formule de calcul (PS) professionnels de santé

La prévention

Depuis la forte hausse en 2020 liée à la pandémie, les indicateurs de prévention de la grippe poursuivent leur baisse : si la vaccination des patients de 65 ans et plus reste à un niveau supérieur à celui observé en 2019 (60,1 % en 2022 versus 56,4 % en 2019), la vaccination du sujet à risque enregistre une baisse importante en 2022 pour s'établir à 33,6 % (-3,5 points sur l'année, 34,9 % en 2019).

Les trois indicateurs de prévention du cancer restent bien orientés en 2022. En effet, la prévention du cancer colorectal poursuit sa progression (+1,4 point). Entre 2019 et 2022, une augmentation de +4,8 points est enregistrée sur cet indicateur-clé.

La prévention du cancer du sein et du cancer du col, après une faible augmentation l'an dernier, progresse respectivement de +1,2 point et +0,9 point.

La prévention de la iatrogénie médicamenteuse affiche également de bons résultats : les traitements par benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques sont en baisse respectivement de -0,8 et -0,5 point (indicateur décroissant). Les prescriptions de psychotropes restent stables : la prévention des patients âgés sous psychotropes atteint un très bon niveau avec 45 % des PS au-dessus de l'objectif cible.

L'indicateur général sur l'antibiothérapie (décroissant) augmente de +3,8 points mais reste à un niveau inférieur à celui d'avant pandémie (27,2 versus 32,9), l'indicateur d'antibiotiques générateurs d'antibiorésistance est lui bien orienté (-1,1 point).

Tableau 2 • Prévention – évolution des indicateurs

Prévention	Indicateurs	2011	2016	2016	2019	2020	2021	2022	Objectifs inter-médianes	Objectifs cibles	PS au dessus de l'objectif cible en 2022
Grippe 65 ans et +	Part des patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	57,8%	52,7%	52,9%	56,4%	64,2%	61,2%	60,1%	49%	61%	49%
Vaccination antigrippale du sujet à risque	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, broncheclasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	35,4%	33,7%	31,2%	34,9%	40,9%	37,0%	33,6%	27%	42%	23%
Cancer du sein	Part des patientes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	64,9%	62,3%	67,3%	66,2%	63,2%	63,4%	64,6%	62%	74%	16%
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%	55,9%	56,9%	55,0%	53,4%	53,7%	54,6%	52%	65%	15%
Cancer colorectal	Part des patients de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années			22,9%	30,8%	30,5%	34,3%	35,6%	26%	55%	4%
Patient âgé sous psychotropes	Part des patients de plus de 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) (1)			5,3%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	10%	3%	45%
Durée de traitement par benzodiazépines hypnotiques	Part des patients ayant initié un traitement par BZD hypnotiques et dont la durée de traitement est > 4 semaines (1)			41,6%	41,0%	42,9%	43,7%	43,2%	47%	30%	19%
Durée de traitement par benzodiazépines anxiolytiques	Part des patients ayant initié un traitement par BZD anxiolytiques et dont la durée de traitement est > 12 semaines (1)	15,0%	14,3%	15,1%	14,3%	15,0%	15,2%	14,4%	19%	9%	20%
Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients de 16 à 65 ans et hors ALD (1)	45,7%	38,6%	39,5%	32,9%	24,3%	23,3%	27,2%	45%	20%	47%
Antibiorésistance	Part des patients traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération, fluoroquinolones) (1)			43,2%	34,7%	34,7%	34,4%	33,2%	52%	32%	56%

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

(1) Indicateurs à objectifs décroissants

[Violet] Changement de définition entraînant une modification de formule de calcul

L'optimisation et l'efficacité des prescriptions

S'agissant des indicateurs d'efficacité, la prescription dans le répertoire d'antihypertenseurs et autres traitements progresse respectivement de +1,1 et +5,7 points, soit 1,8 million et 38,4 millions de boîtes prescrites en plus dans le répertoire. La progression de la prescription de biosimilaires d'insuline glargine se poursuit activement pour s'établir à 38,6 % de boîtes prescrites (+6,0 points).

La prescription dans le répertoire de statines demeure mal orientée en 2022 : -2,7 points. Néanmoins, 42 % des médecins se situent toujours au-dessus de l'objectif cible.

L'indicateur décroissant portant sur les inhibiteurs de la pompe à protons prescrits à l'adulte continue son amélioration en 2022 (-1,8 point), et celui sur les traitements par antiagrégants plaquettaires par aspirine progresse à nouveau (+0,5 point).

Tableau 3 • Optimisation des prescriptions - évolution des indicateurs

Prescriptions	Indicateurs	2011	2016	2016	2019	2020	2021	2022	Objectifs inter-médiaires	Objectifs cibles	PS au dessus de l'objectif cible en 2022
Statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	38.2%	71.8%	90.3%	97.0%	95.4%	93.5%	90.8%	84%	94%	42%
Antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	64.1%	83.2%	86.5%	95.3%	93.3%	94.7%	95.8%	83%	90%	97%
Autres traitements	Indice global de prescription dans le reste du répertoire sur les 12 derniers mois			47.1%	64.7%	61.0%	59.8%	65.6%	59%	69%	35%
Biosimilaires de l'insuline glargine	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine sur les 12 derniers mois			0.2%	19.7%	26.8%	32.6%	38.6%	4%	40%	44%
Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons	Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codéivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS				30.1%	30.8%	32.6%	30.8%	38%	17%	22%
Traitement par ézétimibe (1)	Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT à ses patients MT				12.0%	13.5%	15.4%	18.2%	13%	4%	8%
AAP	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires	82.0%	87.2%	87.2%	88.9%	89.2%	89.7%	90.2%	83%	92%	40%
Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	Part des patients diabétiques traités par metformine			80.6%	83.0%	83.6%	83.6%	81.8%	76%	90%	18%
Hormonémies thyroïdiennes	Part des patients ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH			86.7%	91.0%	91.1%	91.0%	90.9%	90%	99%	21%

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

[Violet] Changement de définition entraînant une modification de formule de calcul

Rémunérations versées pour 2022

Au total, 64 824 médecins sont ainsi rémunérés dans le cadre de la Rosp médecin traitant de l'adulte pour un montant total de 264,6 millions d'euros en 2022 (contre 263,9 millions pour 64 801 médecins rémunérés en 2021).

Le montant moyen de rémunération augmente ainsi, passant de 4 891 euros en 2021 à 4 958 euros pour les médecins généralistes et à exercice particulier.

Construction des indicateurs Les indicateurs sont calculés à partir des résultats des médecins traitants remontés via le système national des données de santé (SNDS) géré par la Cnam. Seuls les résultats des indicateurs cliniques calculés à partir du SNDS sont présentés ici. Les indicateurs déclaratifs renseignés directement par le médecin ne sont pas présentés.

Précisions méthodologiques Les seuils et objectifs cibles et intermédiaires ont été modifiés à compter du 12/2017 (avenant 6 de la convention médicale).

En 2020, afin d'éviter que les évolutions atypiques des indicateurs, déconnectées des pratiques des médecins, n'aient un impact sur la ROSP, des ajustements limités avaient été décidés par la Commission paritaire nationale des médecins afin de corriger les effets dus à la crise. Des coefficients de majoration ont ainsi été appliqués à la rémunération du médecin pour la ROSP médecin traitant de l'adulte afin de neutraliser les évolutions des indicateurs tout en conservant l'effet de l'augmentation de la patientèle médecin traitant.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.9.3. Prévalence des infections associées aux soins

Finalité Depuis 1996, des enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections associées aux soins (IAS) et des traitements anti-infectieux (AI) sont réalisées dans les établissements de santé (ES) et dans les établissements médicaux sociaux (EMS), environ tous les 5 ans. Ces ENP s'inscrivent dans le cadre de projets européens respectivement « *Point prevalence survey in acute care hospitals* » (PPS) et « *Healthcare-associated infections in long-term care facilities* » (HALT) pour les ES et EMS pilotés par l'ECDC (European center for disease prevention and control) et auxquelles la France fournit une partie de ses données. Au niveau national ces enquêtes sont coordonnées par Santé publique France en lien avec le réseau de prévention des infections associées aux soins (Repias) et, au niveau régional, réalisée en collaboration avec les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias).

Ces ENP ont pour objectif de produire des données de référence à différentes échelles géographique (européenne, nationale, régionale, locale) sous la forme d'indicateurs de prévalence des IAS et des traitements AI en ES et en EMS, d'en décrire les caractéristiques selon les caractéristiques des établissements et les patients ou résidents, et d'en évaluer l'évolution temporelle. Ces résultats permettent d'orienter et d'évaluer les politiques nationales et régionales de prévention des infections et de l'antibiorésistance.

En 2022 une nouvelle ENP a été mise en œuvre dans 1 155 ES (soit un taux de participation de 42,5 %) et 151 676 patients ont été inclus. Les précédentes ENP en ES avait été réalisées en 2017, 2012, 2006, 2001.

Par ailleurs, en 2024, une nouvelle ENP est en cours de réalisation dans les EMS et cible les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et les établissements accueillants des adultes handicapés. Les résultats seront disponibles en 2025. Les précédentes ENP en EMS avait été réalisées en 2016 et 2010.

Résultats de l'ENP 2022 en établissement de santé

Prévalence des patients infectés :

La prévalence des patients infectés est un pourcentage correspondant au nombre de patients présentant au moins une infection associée aux soins un jour donné pour 100 patients hospitalisés présents.

En 2022, la prévalence des patients infectés (PPI) était égale à 5,71 % (IC95 % [5,45-5,99]), plus élevée que celle estimée en 2017 (4,98 % (IC95 % [4,62-5,36])). Elle était également plus élevée que celle observée en 2012 (5,05 %) ou 2006 (4,97 %). L'analyse multivariée, après ajustement sur les caractéristiques des patients, a montré une augmentation significative de la PPI entre 2017 et 2022 ($p=0,002$).

Après avoir exclu les COVID-19 nosocomiaux, de manière à être comparable avec les sites infectieux pris en compte en 2017, la PPI en 2022 était égale à 5,35 % (IC95 % [5,11-5,60]). Les COVID-19 nosocomiaux représentaient la moitié de l'augmentation de la prévalence des patients infectés entre 2017 et 2022. Autrement dit, le pourcentage d'évolution de la PPI entre de 2017 et 2022 était égal à +14,7 % alors qu'il était égal à +7,5 % après exclusion des COVID-19 nosocomiaux. Après exclusion des COVID-19 nosocomiaux et après ajustement sur les caractéristiques des patients, l'analyse multivariée ne mettait pas en évidence de différence significative entre les PPI des enquêtes de 2017 et 2022 ($p>0,05$).

Globalement, l'augmentation de la PPI s'observait à la fois chez les patients présentant au moins un facteur de risque d'infection (être âgé de 65 ans et plus, avoir eu une intervention chirurgicale depuis l'admission, avoir une affection engageant le pronostic vital à 1 ou 5 ans, être immunodéprimé, avoir une affection maligne) et chez les patients ne présentant pas de facteur de risque d'infection.

Tableau 1 • Prévalence des patients avec au moins une infection associée aux soins par catégorie d'établissement de santé.

Catégorie d'établissement de santé	2001	2006	2012	2017		2022	
	n=305 656	n=358 353	n=300 330	n=80 988		n=151 676	
	Prévalence	Prévalence	Prévalence	Prévalence	IC 95 %	Prévalence	IC 95 %
CHR/CHU	8,79%	6,73%	7,50%	7,41%	[6,51-8,43]	8,58%	[7,99-9,20]
CH/CHG *	7,04%	5,17%	5,13%	4,95%	[4,61-5,32]	5,65%	[5,33-6,00]
Cliniques MCO	4,62%	3,63%	4,00%	5,02%	[3,91-6,43]	4,99%	[4,56-5,46]
Hôpitaux d'instruction des armées (HIA)	6,91%	5,87%	7,30%	7,47%	[5,63-9,85]	7,87%	[5,72-10,73]
Centres de lutte contre le cancer	10,66%	9,34%	10,00%	15,18%	[12,95-17,70]	15,86%	[13,94-17,99]
Soins médicalisés (de suite) et de réadaptation	8,95% **	5,90% **	5,30%	4,63%	[3,94-5,42]	5,31%	[4,79-5,89]
Soins de longue durée			5,10%	2,32%	[1,04-5,07]	4,01%	[3,07-5,23]
CHS (établissements psychiatriques)	2,51%	1,84%	1,30%	1,10%	[0,77-1,57]	1,44%	[1,00-2,08]
Total	6,87%	4,97%	5,10%	4,98%	[4,62-5,36]	5,71%	[5,45-5,99]

n : Effectif de patients inclus dans l'enquête.

* Inclus les établissements de catégorie Hôpitaux Locaux pour les enquêtes 2001, 2006 et 2012.

** Données présentées pour l'ensemble des établissements de soins de suite et de réadaptation et de longue durée.

Sources : Santé publique France, Enquêtes nationales de prévalence, France, 2001, 2006, 2012, 2017, 2022.

*** Pour l'ENP 2017 et 2022, les enquêtes sont réalisées en prenant en compte un plan de sondage avec stratification des établissements selon la catégorie des établissements, leur taille et la région. Les prévalences sont des estimations avec leur intervalle de confiance à 95 % indiqué entre crochet : cela signifie que 95 % des valeurs de prévalence observée dans les établissements sont comprises entre les bornes supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance.

Pour aller plus loin :

Sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins>

Principaux résultats de l'enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/documents/enquetes-etudes/principaux-resultats-de-l-enquete-nationale-de-prevalence-2022-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissement-de-s>

Résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, mai-juin 2017 : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/documents/enquetes-etudes/enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-de-sante-mai-juin-2017>

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Santé Publique France

2.9.4. Satisfaction et expérience des patients hospitalisés

Finalité L'amélioration de la qualité des soins a longtemps été centrée sur le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles évalué par les professionnels. La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients permet de porter un regard complémentaire.

Depuis janvier 2015, la Haute Autorité de Santé développe des indicateurs de qualité et de sécurité des soins produits à partir du regard-patient. Elle met en œuvre le dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients nommé « e-Satis ». Ce dispositif, obligatoire pour un grand nombre d'établissements de santé, permet de recueillir et mesurer la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés dans un établissement de santé de façon continue. Il est à l'origine de la production des indicateurs nationaux de résultats issus d'une évaluation du point de vue des patients. Les résultats obtenus complètent ceux des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS issus d'une évaluation par les professionnels.

Actuellement sont recueillies la satisfaction et l'expérience du patient hospitalisé plus de 48 heures en médecine-chirurgie-obstétrique (e-Satis +48 h MCO), en chirurgie ambulatoire (e-Satis CA), et celle du patient hospitalisé en SMR (e-Satis SMR). Les travaux pour développer un questionnaire spécifique de la psychiatrie ainsi que sur l'hygiène des mains sont en cours. Les travaux sur l'HAD ont abouti en 2022 à un questionnaire validé mais le calcul d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins n'est pas possible en raison du volume d'activité en HAD au regard du profil des patients à interroger en HAD.

Les résultats de ces indicateurs sont diffusés publiquement sur Scope-santé (<https://www.scopesante.fr>) et en open data (<https://www.data.gouv.fr/fr/>). Ils sont utilisés dans le dispositif d'incitation financière pour l'amélioration de la qualité depuis 2018.

Résultats En 2023, la satisfaction moyenne des patients hospitalisés plus de 48h en Médecine ou chirurgie ou obstétrique (MCO) est de 74,3 %, elle est de 78,9 % en chirurgie ambulatoire (CA) et de 75,7 % en soins médicaux et de réadaptation (cf. *tableaux*). Ce niveau de satisfaction est en progression. Quel que soit le type d'établissement, des actions d'amélioration sont à mener sur l'organisation de la sortie. En effet, le score de satisfaction associé à ce critère est plus faible.

Par ailleurs, la part des établissements classés A par la Haute Autorité de Santé (HAS) a augmenté de 11 points pour la MCO entre 2016 et 2023 et de 32 points pour la chirurgie ambulatoire entre 2018 et 2023. Elle a progressé de 12 points en SMR depuis 2018. (cf. *graphiques*).

La participation des établissements de santé est maintenue et soutenue en 2023. Les établissements de santé sont engagés dans le dispositif, dans leur démarche d'évaluation en continu :

- Pour MCO plus de 48h : les 1 395 établissements concernés ont permis d'envoyer plus de 1,9 million de questionnaires, soit environ 160 000 par mois.
- Pour la chirurgie ambulatoire, les 949 établissements concernés ont permis d'envoyer plus de 3.3 millions de questionnaires, soit environ 275 000 par mois.
- 1 722 établissements sont concernés par la mesure d'e-Satis en SMR. Ils prennent en charge des patients hospitalisés plus de 7 jours à temps plein en SMR. Pour la première année, 1 003 établissements ont participé (69 %) : ils ont permis d'envoyer plus de 184 000 courriels, soit environ 15 000 par mois.

La participation des patients est également maintenue en 2023 :

- Pour MCO plus de 48h, plus de 480 000 patients ont répondu entièrement au questionnaire : taux de réponse de 25,5 %.
- Pour la chirurgie ambulatoire, plus de 678 000 patients ont répondu entièrement au questionnaire : taux de réponse de 21,1 %.
- Pour le SMR, plus de 42 000 patients ont répondu entièrement au questionnaire : taux de réponse de 23,7 %
- Pour les trois indicateurs : 9 patients sur 10 débutent la saisie du questionnaire et le remplissent entièrement.

Tableau 1 • Satisfaction des patients hospitalisés en médecine ou chirurgie ou obstétrique (MCO)

Scores de satisfaction (sur 100)		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Objectif
+48h Médecine Chirurgie Obsétrique	Globale et d'expérience	72,7	73,2	73,3	73,4	73,4	73,3	73,4	74,3	Concentration de la répartition vers classe A
	Accueil	72,7	73,1	73,4	73,4	72,7	71,0	71,7	73,5	
	Prise en charge Infirmier/Aide soignant	80,7	81,1	81,1	81,2	81,6	81,5	81,4	81,9	
	Prise en charge Médecin/Chirurgie/Sage-Femme			80,5	80,6	80,9	80,9	81,2	81,7	
	Chambre et repas	66,7	67,2	67,3	67,4	68,4	68,3	67,9	68,4	
	Organisation de la sortie	62,6	63,0	63,4	63,6	63,7	64,0	64,0	65,0	

Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis +48h MCO

Tableau 2 • Satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (CA)

Scores de satisfaction (sur 100)		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Objectif
Chirurgie Ambulatoire	Globale et d'expérience			76,4	76,4	77,6	77,7	78,0	78,9	Concentration de la répartition vers classe A
	"Avant hospitalisation pour une chirurgie ambulatoire"			80,4	79,5	81,6	81,7	82,0	82,7	
	Accueil			79,9	80,0	80,7	80,6	80,8	81,6	
	Prise en charge			83,1	83,1	84,2	84,3	84,5	85,0	
	Chambre et collation			72,5	72,4	73,6	73,6	73,7	74,1	
	Organisation de la sortie			68,0	68,6	69,7	69,9	70,5	71,8	

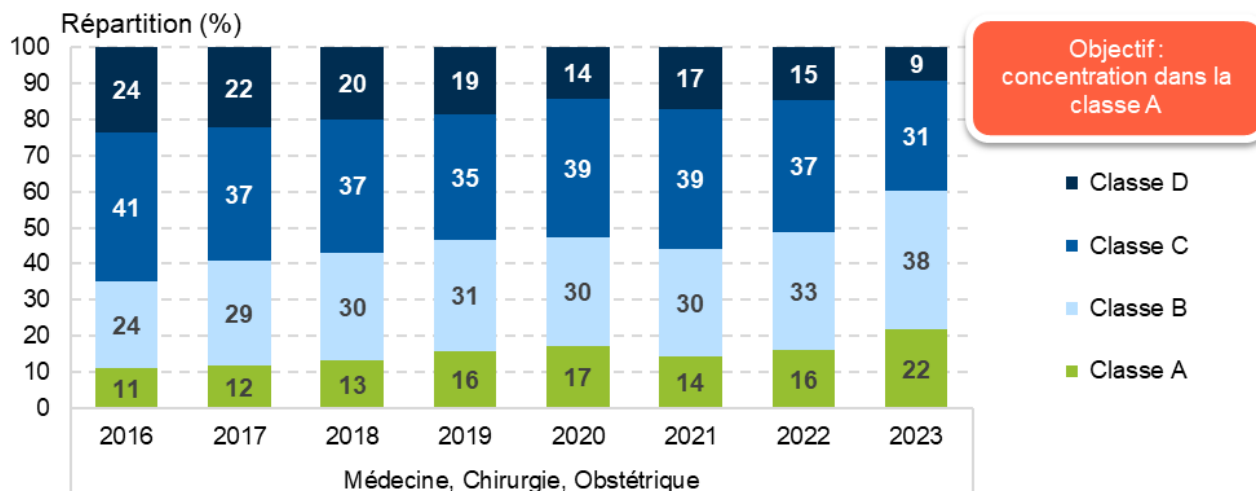
Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis CA

Tableau 3 • Satisfaction des patients hospitalisés en soins médicaux et de réadaptation (SMR)

Scores de satisfaction (sur 100)		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Objectif
Soins médicaux et de réadaptation	Globale et d'expérience						73,6	74,8	75,7	Concentration de la répartition vers classe A
	Accueil						79,9	81,4	82,4	
	Prise en charge						77,1	78,3	79,0	
	Lieu de vie						72,4	74,4	76,6	
	repas						66,5	66,5	66,2	
	Organisation de la sortie						66,0	66,8	67,9	

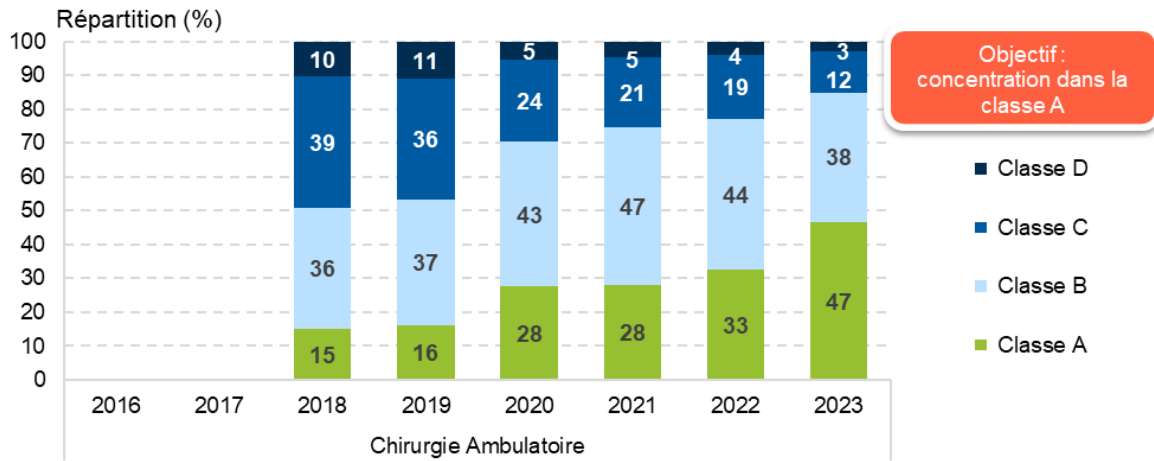
Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis SMR

Graphique 1 • Classement des établissements de médecine ou chirurgie ou obstétrique (MCO)



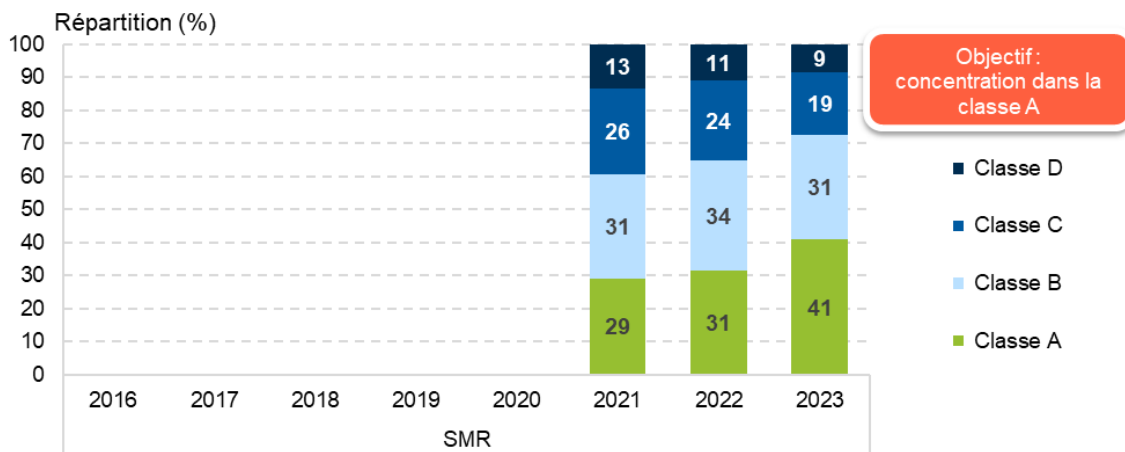
Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis +48h MCO

Graphique 2 • Classement des établissements de chirurgie ambulatoire(CA)



Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis CA

Graphique 3 • Classement des établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR)



Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis SMR

Construction de l'indicateur La mesure de type e-Satis est réalisée sur la base d'un questionnaire, spécifique à chaque type d'hospitalisation, adressé aux patients par courriel deux semaines après la fin de leur séjour. Les questionnaires e-Satis permettent au patient de donner son avis sur l'ensemble des étapes de son parcours dans l'établissement de santé. Par exemple pour le questionnaire concernant la chirurgie ambulatoire :

- la phase de préparation avant l'hospitalisation : consultation pré-opératoire et informations reçues sur l'opération ;
- l'accueil : accessibilité, livret d'accueil, identification du personnel, horaires de visite, etc. ;
- la prise en charge : information, décision médicale partagée, délais d'attente, respect de l'intimité/confidentialité, écoute et soutien, gestion de la douleur, etc. ;
- la chambre et ses repas ;
- l'organisation de sa sortie : organisation, informations reçues sur les médicaments et les suites.

Un score brut est calculé pour chaque patient à partir des réponses au questionnaire sous la forme d'une note sur 100. Une moyenne des questionnaires est réalisée pour obtenir le résultat de l'établissement : ce score représente la note moyenne de satisfaction globale et d'expérience donnée par les patients sur l'ensemble de leur parcours, de l'accueil à la sortie de l'établissement. On obtient donc un score de satisfaction globale et d'expérience brut.

Ensuite, pour permettre la comparaison entre les établissements de santé :

- chaque score est ajusté en fonction des réponses renseignées par le patient concernant sa satisfaction vis-à-vis de la vie en général et l'amélioration de son état de santé suite au séjour dans l'établissement. Ces deux variables explicatives du niveau de satisfaction du patient, indépendantes de la qualité, intègrent un modèle d'ajustement qui, appliqué au score brut, permet d'obtenir un score ajusté de sa satisfaction globale ;
- le score ajusté de satisfaction globale et d'expérience est produit pour les établissements qui ont un minimum de 30 questionnaires-patients exploitables. En dessous de 30, le nombre de réponses est considéré insuffisant pour permettre la comparaison inter-établissements et la diffusion publique.

A partir des questionnaires est donc calculé un indicateur diffusé publiquement : il s'agit d'un score ajusté de satisfaction globale et d'expérience par établissement. Il est le résultat de la perception du patient, mais aussi de son expérience réelle dans l'établissement, ce qui permet une vision complémentaire d'autres dispositifs d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins déjà mis en œuvre.

Enfin, quatre classes spécifiques de chaque mesure sont définies à partir des résultats de la première campagne nationale de manière à classer les établissements de façon relative. L'objectif est que les établissements se concentrent avec le temps dans la classe A. Pour les établissements sont produits également des résultats détaillés supplémentaires, restitués sur la plateforme nationale e-Satis et non diffusés publiquement. Ces résultats sont disponibles au fil de l'eau, et à une échelle plus fine.

Précisions méthodologiques Après plusieurs étapes de validation scientifique menées dans le cadre d'un groupe de travail, et cela pour chaque secteur, les mesures sont ensuite réalisées en continu. Les campagnes de recueil se déroulent sur environ douze mois.

La HAS prend en compte les caractéristiques de l'activité de chaque établissement pour définir le statut de leur participation au dispositif. Ainsi la participation est obligatoire ou facultative suivant le volume d'activité des établissements (au regard des données du PMSI de l'année n-1).

Le contrôle qualité porte sur :

- La régularité des dépôts de courriels sur la plateforme = un fichier déposé au minimum par mois (possibilité d'un mois sans dépôt sur la période début campagne – fin de campagne).
- Le volume de courriels déposés par rapport au nombre de patients concernés = minimum de 10 % de courriels déposés.

Pour aller plus loin

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/guide_methodologique_esatis_2019.pdf

Les résultats produits sont diffusés publiquement par établissement de santé sur le site HAS avec [QualiScope](#) et en open-data (<https://www.data.gouv.fr>), utilisés dans le dispositif de certification des établissements de santé, et notamment dans le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). La HAS a diffusé ces résultats de manière agrégée sur son site :

- [Haute Autorité de Santé - Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés + 48h en MCO \(e-Satis +48h MCO\)](#)
- [Haute Autorité de Santé - Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire \(e-Satis MCOCA\)](#)
- [Haute Autorité de Santé - Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés en soins médicaux et de réadaptation \(e-Satis SMR\)](#)

Organisme responsable de la production de l'indicateur : HAS

2.10. Favoriser l'accès aux médicaments tout en maîtrisant leur dépense

2.10.1. Dynamique des dépenses de médicaments en ville

Finalité En 2023, les dépenses de médicaments délivrés en officine de ville représentent plus de 12 % des dépenses totales de l'assurance maladie entrant dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et plus de 29 % des dépenses de l'assurance maladie pour les soins de ville avant remises et clause de sauvegarde. Ces dernières années, les politiques menées en matière de baisses de prix et de diffusion des génériques ainsi que les politiques visant à augmenter l'efficacité des prescriptions et améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients ont conduit à modérer l'évolution des dépenses de médicaments en ville. Néanmoins, les six dernières années sont marquées par une sensible hausse des dépenses de médicaments délivrés en officine de ville. La progression observée en 2023 s'explique principalement par la montée en charge sur le marché officinal de nombreuses molécules qui étaient auparavant disponibles exclusivement dans les pharmacies hospitalières. Il s'agit notamment de certains de produits indiqués dans le traitement de la mucoviscidose et de la cardiomyopathie. Les indicateurs présentés ici incluent uniquement les dépenses de médicaments délivrés en officine de ville, qu'elles soient prescrites en ville ou à l'hôpital. Ils ne comprennent donc pas les dépenses de médicaments rétrocédés (dispensés par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés, par dérogation ou en complément du circuit habituel des pharmacies en ville).

Résultats Malgré un ralentissement de la croissance en 2023 (+7,9 % en 2023 contre 9,4 % et 2022), les dépenses de médicaments du régime général (y compris les anciens affiliés au régime des indépendants) restent très dynamiques. Elles sont portées par la montée en charge de traitement de la cardiomyopathie et celui de la mucoviscidose, initialement délivrés en rétrocession, puis inscrits au remboursement de droit commun et délivrés en officine de ville.

Tableau 1 • Taux de croissance des dépenses de médicaments en ville

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Effet prix	-3,1%	-3,7%	-4,0%	-3,1%	-2,1%	-2,6%	-2,4%
Effet génériques	-0,9%	-1,2%	-0,7%	-1,1%	-0,4%	-0,4%	-0,9%
Effet ticket modérateur	0,7%	0,8%	0,6%	1,6%	1,1%	0,5%	0,5%
Effet volume et structure	3,8%	8,0%	7,4%	6,4%	9,4%	12,2%	11,0%
Taux de croissance global	0,3%	3,6%	3,0%	3,5%	7,8%	9,4%	7,9%
<i>Part des prescriptions hospitalières</i>	<i>35,7%</i>	<i>37,9%</i>	<i>40,1%</i>	<i>42,0%</i>	<i>44,4%</i>	<i>46,3%</i>	<i>48,0%</i>

Source : données CNAM : dépenses remboursées par l'assurance maladie, en date de remboursement, données brutes
Champ : Régime général + anciens affiliés RSI, France métropolitaine, y compris sections locales mutualistes.

Les dépenses de médicaments en ville ont fortement progressé ces trois dernières années, portées par le passage de médicaments hospitaliers en ville

L'effet prix, évolution des prix unitaires entre deux années, reste négatif en 2023. L'impact des baisses de prix s'élève à -2,4 % en 2023, contre -2,6 % en 2022.

En 2023, l'**effet génériques** a contribué pour 0,9 point à la diminution de la dépense. L'impact important de cet effet en 2020 (-1,1 %) était lié en partie à une nouvelle mesure plafonnant le remboursement des assurés refusant sans justification médicale la substitution d'un médicament princeps par un générique (article 66 de la LFSS pour 2019 : remboursement du médicament référent plafonné au niveau du prix de son médicament générique le plus cher).

L'effet volume et structure correspond à la hausse du nombre de boîtes consommées de médicaments ainsi qu'à la modification de la structure de consommation de ceux-ci (substitution de molécules peu chères vers des molécules onéreuses et inversement). Il a été particulièrement important ces cinq dernières années (+11,0% en 2023 et +12,2 % en 2022). En 2023, cet effet est moins dynamique qu'en 2022 en raison notamment d'un plus faible nombre de boîtes prescrites, mesuré sur tous les régimes en France entière y compris les DROM et les COM.

Le taux de prise en charge des dépenses de médicaments en ville a progressé de 0,5 % en 2023. Cette hausse tendancielle du taux de remboursement effectif est en lien avec l'augmentation des dépenses de médicaments pris en charge à 100 %. Cette dernière résulte de deux effets : d'une part, elle est en lien avec l'augmentation de la prévalence des ALD et d'autre part, avec la hausse du nombre de médicaments remboursés à 100 %.

Une dynamique importante des prescriptions hospitalières exécutées en officine de ville

Il convient de noter que la part des prescriptions hospitalières exécutées en officine de ville, qui représentait plus du quart de la dépense jusqu'en 2012, en représente plus du tiers depuis 2015 (et 48,0 % de la dépense en 2023, cf. indicateur 2-11-3). Structurellement, les prescriptions hospitalières de médicaments connaissent des croissances plus dynamiques que celles de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (cancer, sclérose en plaques, polyarthrite...), pour lesquelles les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

Une dépense pharmaceutique globale au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE

S'agissant du niveau de dépenses en produits pharmaceutiques par habitant en comparaison internationale, la France se situe à la 6^{ème} place dans le classement des pays de l'OCDE (ces dépenses incluent l'automédication) en 2021. Le niveau des dépenses de médicaments en France s'élève à 766 \$ en parité de pouvoir d'achat en 2021, contre 1 432 \$ aux États-Unis, pays de l'OCDE avec la dépense la plus élevée par habitant. La moyenne des pays de l'OCDE est de 635 \$ en parité de pouvoir d'achat. Au niveau européen, la France se place en 2^{ème} position derrière l'Allemagne (1 042 \$).

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

$$(1 + \text{taux de croissance global}) = (1 + EP) * (1 + EG) * (1 + EVS) * (1 + TM) - 1$$

Avec EP= Effet prix, EG= Effet générique, EVS=Effet volume et structure, 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 du taux de remboursement moyen par l'assurance maladie lié à la déformation de la structure de la population « consommatrice » entre patients de droit commun et patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur.

Enfin, l'effet de volume et de structure rend compte de la hausse du nombre de boîtes de médicaments consommé, ainsi que de la modification de la structure de consommation de ceux-ci (substitution de molécules peu chères vers des molécules onéreuses et inversement, ou déformation de la consommation vers des médicaments mieux remboursés).

Précisions méthodologiques Les calculs relatifs à cet indicateur sont effectués par la DSS à partir des éléments fournis par la CNAM. Les données de dépenses de médicaments délivrés en officine de ville proviennent des statistiques mensuelles du régime général et du régime social des indépendants en date de remboursement, France métropolitaine y compris les sections locales mutualistes. 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, y compris les anciens affiliés au régime social des indépendants (RSI), qui représentait sur le poste « médicament » environ 92 % de la dépense en ville en 2023, 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 de Médic'AM.

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.10.2. Dynamique des produits de santé à l'hôpital

Finalité Le présent indicateur a pour objectif de suivre l'évolution des dépenses nettes d'assurance maladie de médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) financés en supplément des groupes homogènes de séjour (GHS) et de mesurer l'impact des actions de maîtrise des dépenses mises en œuvre pour les réguler.

Précisions sur le dispositif Le dispositif de « liste en sus », créé en 2005, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) des prestations hospitalières de MCO, est destiné à garantir le financement des traitements innovants et onéreux, et à favoriser leur accès aux patients. Sont inscrits sur la liste en sus les molécules onéreuses (essentiellement des médicaments anticancéreux) et les dispositifs médicaux implantables (DMI) innovants particulièrement coûteux (principalement de cardiologie et d'orthopédie), qui bénéficient ainsi d'un financement dérogatoire en sus des dépenses couvertes par l'assurance maladie à hauteur des forfaits prévus par les GHS. La liste en sus est commune aux établissements publics et privés.

Globalement, trois facteurs principaux déterminent l'évolution des dépenses brutes de la liste en sus : l'évolution de la prévalence des pathologies traitées (nouveaux patients, nouveaux diagnostics) ; les nouvelles inscriptions (ou extensions d'indications) de produits sur la liste; les radiations de produits de la liste, qui conduisent à leur réintégration au sein des tarifs des GHS. Ces dépenses sont soumises à des mécanismes de régulation directe utilisés par les pouvoirs publics tels que les baisses de prix, les remises et les clauses de sauvegarde afin de maîtriser l'évolution des dépenses des produits de santé. Cela donne lieu à la dépense nette qui sera présentée ci-après.

Les conditions d'inscription et de radiation de médicaments sur la liste en sus ont été revues et règlementées par décret¹ depuis mars 2016. Pour exemple depuis cette date, les médicaments, dont l'amélioration du service médical rendu est mineure (ASMR 4), ne peuvent plus être inscrits sur la liste en sus, à moins qu'il existe un comparateur cliniquement pertinent pour la même indication déjà inscrit sur la liste en sus, ou qu'ils concernent une indication pour laquelle aucune autre alternative thérapeutique n'existe (médicamenteuse ou chirurgicale) et qu'ils présentent un intérêt de santé publique. La croissance exponentielle des achats de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) par les établissements de santé en 2015 et 2016 (plus de 200 % chaque année avec notamment l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements anticancéreux) s'est traduite par un sous-dimensionnement croissant des crédits d'assurance maladie identifiés au sein des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et destinés à couvrir ces coûts. C'est pourquoi, la LFSS pour 2017 a prévu que les médicaments sous ATU dispensés au cours d'un séjour en établissement de santé soient remboursés selon les mêmes modalités que ceux de la liste en sus depuis le 1^{er} janvier 2017². Une réforme des ATU visant à simplifier et harmoniser les procédures est mise en place avec le PLFSS pour 2021. Suite à cette réforme, l'autorisation temporaire d'utilisation de cohorte et l'autorisation temporaire d'utilisation nominative sont dénommés respectivement autorisation d'accès précoce et autorisation d'accès compassionnel (AP-AC).

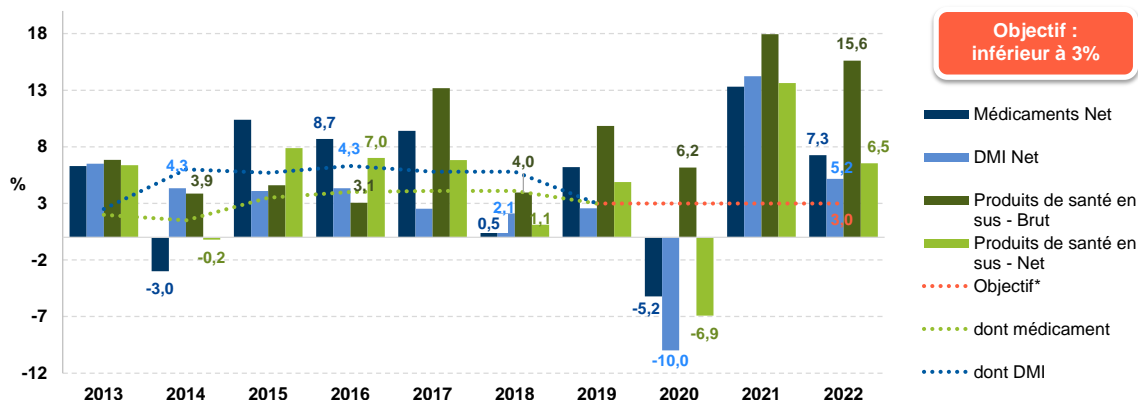
Résultats Les dépenses d'assurance maladie obligatoire³ au titre des produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) - y compris en hospitalisation à domicile (HAD) - représentent près de 6,3 Md€ en 2022, qui se répartissent pour 66 % en médicaments et 34 % en DMI (source : comptes des régimes et produits à recevoir du Comité Economique des Produits de Santé - CEPS). **Elles ont progressé de 6,5 % en 2022 : +5,2 % pour les dispositifs médicaux implantables et 7,3 % pour les médicaments. Cependant, entre 2019 et 2022, le taux annuel moyen pour l'ensemble des produits de santé de la liste en sus est de 4,1 %, dépassant légèrement l'objectif de +3 % par an pour la même période.**

¹ Décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

² Art. 95 de la LFSS pour 2017.

³ Montants nets, après application des remises pharmaceutiques et clause de sauvegarde.

Graphique 1 • Dépenses d'assurance maladie obligatoire (AMO) des médicaments et des produits et prestations financés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS)



Source : DSS, données issues des comptes des régimes (constat ONDAM).

Champ : tous régimes, France entière, pour les médicaments en sus : délivrés en MCO, y compris en hospitalisation à domicile (HAD). Depuis 2017, les médicaments de la liste en sus intègrent des médicaments sous autorisation d'accès précoce et d'accès compassionnel AP-AC (ex-ATU).

Note : En 2020, les dispositions relatives aux remises des spécialités bénéficiant d'une ATU/post-ATU ont fait l'objet de multiples modifications législatives ayant produit des effets sur les montants des remises facturées en 2020. En effet, une partie des remises 2020 relèvent des exercices antérieurs mais ont été comptabilisées intégralement sur cette même année 2020 (article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020).

* Un objectif global d'évolution des dépenses de la liste en sus a été fixé par l'Etat depuis 2009, puis scindé en deux en 2012, afin de suivre de façon séparée les médicaments et les DMI, à nouveau global à partir de 2019.

Tableau 1 • Dépenses des médicaments et des produits et prestations financés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS)

en %	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TCAM ⁽¹⁾ 2019-2022	Objectif 2023	
Médicaments Brut	7,0	3,6	4,7	2,2	19,1	4,7	13,9	13,1	19,5	18,7	17,0	Limiter la progression	
Médicaments Net	6,3	-3,0	10,4	8,7	9,4	0,5	6,2	-5,2	13,3	7,3	4,8		
dont secteur public (ex-DG)	7,6	-0,7	10,7	9,5	11,2	0,2	6,9	-6,1	13,3	7,6	4,6		
dont secteur privé (ex-OQN)	1,4	-12,3	9,1	4,6	0,4	2,6	2,8	-0,2	13,6	5,4	6,1		
DMI Brut	6,5	4,3	4,4	4,5	3,4	2,6	2,0	-8,8	13,9	6,9	3,6		
DMI Net	6,5	4,3	4,1	4,3	2,5	2,1	2,6	-10,0	14,2	5,2	2,6		
dont secteur public (ex-DG)	9,3	6,6	7,0	4,0	3,8	2,9	2,0	-9,2	16,0	5,2	3,5		
dont secteur privé (ex-OQN)	3,7	2,0	0,8	4,8	1,1	1,1	3,3	-10,9	12,1	5,1	1,6		
Produits de santé en sus - Brut	6,8	3,9	4,6	3,1	13,2	4,0	9,9	6,2	18,0	15,6	13,1		
Produits de santé en sus - Net	6,4	-0,2	7,9	7,0	6,8	1,1	4,9	-6,9	13,6	6,5	4,1		
Objectif*							3,0	3,0	3,0	3,0	3,0		3,0
dont médicament	2,0	1,5	3,5	4,0	4,1	4,1							3,0
dont DMI	2,5	6,0	5,7	6,3	5,8	5,8							

Source : DSS, données issues des comptes des régimes (constat ONDAM).

Champ : tous régimes, France entière, pour les médicaments en sus : délivrés en MCO, y compris en hospitalisation à domicile (HAD). Depuis 2017, les médicaments de la liste en sus intègrent des médicaments sous autorisation d'accès précoce et d'accès compassionnel AP-AC (ex-ATU).

Note : En 2020, les dispositions relatives aux remises des spécialités bénéficiant d'une ATU/post-ATU ont fait l'objet de multiples modifications législatives ayant produit des effets sur les montants des remises facturées en 2020. En effet, une partie des remises 2020 relèvent des exercices antérieurs mais ont été comptabilisées intégralement sur cette même année 2020 (article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020).

* Un objectif global d'évolution des dépenses de la liste en sus a été fixé par l'Etat depuis 2009, puis scindé en deux en 2012, afin de suivre de façon séparée les médicaments et les DMI, à nouveau global à partir de 2019.

⁽¹⁾ Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) pour la période de 2019-2022 est présenté pour information

L'évolution de la dépense de la liste en sus peut être découpée en cinq phases :

- une période relativement stable jusqu'à 2016, avec une croissance annuelle moyenne autour de 4 % (TCAM 2011-2016) en conséquence d'une gestion plus stricte des inscriptions/radiations, de baisses tarifaires et de la mise en œuvre du dispositif d'inscription par indication des médicaments ;
- une montée en charge de la dépense de médicaments en 2017, due à l'inclusion des dépenses des médicaments sous AP-AC (ex-ATU) dispensés au cours d'un séjour en établissement de santé qui sont désormais remboursés selon les mêmes modalités que celles de la liste en sus. C'est pourquoi, la progression des dépenses brutes de médicaments était de 19,1 % en 2017, et de 9,4 % après application des remises pharmaceutiques.
- une nette accélération de la croissance de la dépense brute de médicaments hors AP-AC (ex-ATU) à partir de 2018, autour de 15 % en moyenne annuelle entre 2018 et 2021, associée principalement à l'arrivée des nouvelles molécules coûteuses. Comme précédemment, cette évolution a été maîtrisée par le mécanisme des remises pharmaceutiques, réduisant l'évolution à 4,5 % en moyenne annuelle après son application.
- Une baisse importante des dépenses de DMI en 2020 provoquée par les déprogrammations d'interventions chirurgicales en raison de la crise Covid.
- Et finalement, une augmentation soutenue à partir de 2021 expliquée principalement par la reprise graduelle de l'activité hospitalière *post-crise* et les extensions d'indication des médicaments anti-cancéreux.

En 2022, la dépense nette de l'assurance maladie des produits de santé inscrits sur la liste en sus a augmenté de 6,5 % par rapport à 2021, et maintient un rythme de croissance modéré depuis 2017 (égal à 4,1 % par an en moyenne), et ce

malgré l'impact de la crise sanitaire sur les dépenses d'hospitalisation en 2020 et, dans une moindre mesure, en 2021. Cette évolution globale est à mettre en regard avec le poids de la dépense de chaque type de produit selon le secteur.

Dans le **secteur public**, la répartition de la dépense entre médicaments et DMI reste stable sur la période 2012-2016, autour de 70 % de dépense liée aux médicaments versus 30 % liée aux DMI et a commencé à se déformer en 2017 pour atteindre 74 %/26 % en 2022. Cette part élevée de médicaments s'explique par une prise en charge plus importante des cas de cancer dans le secteur ex-DG que dans le secteur privé.

Concernant le **secteur privé**, depuis 2008 les dépenses sont réparties entre 40 % pour les médicaments et 60 % pour les DMI. Cette forte dépense en DMI dans le secteur privé s'explique par sa spécialisation en chirurgie, notamment les chirurgies cardiaques et de hanche. Pendant la période de la crise sanitaire, ce secteur a été le plus touché par la déprogrammation des opérations non-essentiels, ce qui peut, en partie, expliquer la faible dynamique des dépenses remboursées de DMI entre 2019 et 2021 (+0,4 % en TCAM).

Les dispositifs médicaux implantables

En 2022, la dépense AMO de DMI continue d'augmenter, mais à un rythme plus contenu par rapport à l'année précédente, marquée par un effet de reprise de l'activité *post*-crise sanitaire. Dans l'ensemble, ce poste a connu une augmentation de 5,2 % par rapport à 2021. Cependant, la croissance moyenne depuis 2019 (+2,6 %) légèrement inférieure à celle constatée entre 2015-2019 (2,9 %) vient confirmer la difficulté du secteur à retrouver la même dynamique de croissance que lors de la période pré-crise sanitaire. La récupération est encore plus lente dans le **secteur privé**, où les dépenses ont augmenté de 5,1 % par rapport à 2021, mais de seulement 1,6 %, en moyenne annuelle, entre 2019 et 2022. Du côté de la dépense de DMI dans le **secteur public**, en revanche, la reprise est plus dynamique. L'évolution affiche une hausse plus conséquente avec un taux annuel moyen de croissance de 3,5 % par an entre 2019 et 2022. Cette différence dans l'ampleur de l'évolution entre les deux secteurs est associée à la structure des dépenses qui diffère selon le secteur, comme expliqué précédemment. Ainsi, le secteur public est plus sensible aux facteurs qui peuvent affecter la demande de médicaments, tandis que le secteur privé est plus affecté par les variations de la demande de DMI, même si la part de médicaments est en augmentation depuis 2017. Dans ce sens, les implants orthopédiques, qui sont à l'origine de 84 % de la croissance de la dépense de DMI dans le secteur privé, concentrent à eux seuls 54 % des dépenses de ce secteur qui a été fortement réduit pendant la crise sanitaire de 2020 (-10,9 % par rapport à 2019). Sa moindre croissance moyenne égale à 1,6 % entre 2019 et 2022 souligne la difficulté qu'a le secteur ex-OQN de retrouver le même niveau de croissance que lors de la période de l'avant crise sanitaire malgré la reprise de l'activité depuis 2021.

Les médicaments

Les dépenses nettes de médicaments ont progressé de 7,3 % en 2022. La progression annuelle moyenne entre 2019 et 2022 s'élève pour sa part à +4,8 %. Cette forte dynamique s'explique principalement par la montée en charge de certaines molécules, telles que l'anticancéreux Darzalex® 1800Mg, en forte croissance depuis 2021 ; ou Phesgo® indiqué depuis octobre 2021 dans le traitement de patients adultes atteints d'un cancer du sein métastatique, ainsi que par la croissance toujours soutenue de l'anticancéreux Keytruda® (+28 % par rapport à 2021 dans l'ensemble des secteurs).

Dans le **secteur public**, à l'exception de l'année 2020, l'évolution de la dépense de médicaments reste positive depuis 2015. En 2022, l'évolution est de 7,6 %, 5,7 points de pourcentage inférieur à celle de l'année précédente qui était marquée par un effet de rattrapage post crise sanitaire. Ce taux reste supérieur à la croissance annuelle moyenne pour la période de 2019 à 2022 (+4,6 %). Cela montre que le secteur ex-DG s'est non seulement remis du ralentissement de la croissance observée en 2020, mais qu'il croît également à un rythme que se rapproche de celui d'avant la crise sanitaire (6,9 %). Ceci est une conséquence du poids des médicaments anticancéreux sur les dépenses totales de ce secteur. De ce fait, l'anti PD1 Keytruda® explique à lui seul 28 % de la croissance des médicaments du secteur ex-DG. Les dépenses liées à cette molécule continuent de progresser très rapidement (+27 % comparé à l'année précédente) et maintiennent ainsi une dynamique soutenue au cours des dernières années avec une moyenne annuelle de +52 % entre 2018 et 2022.

Dans le **secteur privé**, en 2022 la dynamique de croissance ainsi que la liste de médicaments qui pèsent le plus sur les dépenses totales de médicaments sont comparables à celles du secteur public. Ces dépenses connaissent une croissance soutenue entre 2019 et 2022 (+6,1 % en TCAM), qui s'explique notamment par la montée en charge des anticancéreux Keytruda® et Darzalex® 1800Mg, qui en 2022 affichent une forte augmentation par rapport à 2021, respectivement +33 % et 133 %.

Construction de l'indicateur L'indicateur retrace l'évolution constatée des dépenses nettes d'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations financés en sus des GHS, ainsi que depuis le PLFSS 2018, les médicaments sous AP-AC (ex-ATU) financés de la même façon que la liste en sus.

L'indicateur était auparavant calculé sur des dépenses brutes, c'est-à-dire avant retraitement des remises et clause de sauvegarde. Depuis l'édition 2024, l'indicateur est basé sur les dépenses nettes, *i.e.* après déduction des remises et clause de sauvegarde. Concernant les données sur les dépenses brutes, elles étaient issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et traitées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de 2008 à 2017, et à partir de 2018, les données sont issues des comptes des régimes. Toutefois, les données issues du PMSI / ATIH sont toujours utilisées pour analyser la conjoncture de chaque secteur et identifier les principaux produits contributeurs à la croissance.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.10.3. Nombre moyen de molécules prescrites par patient

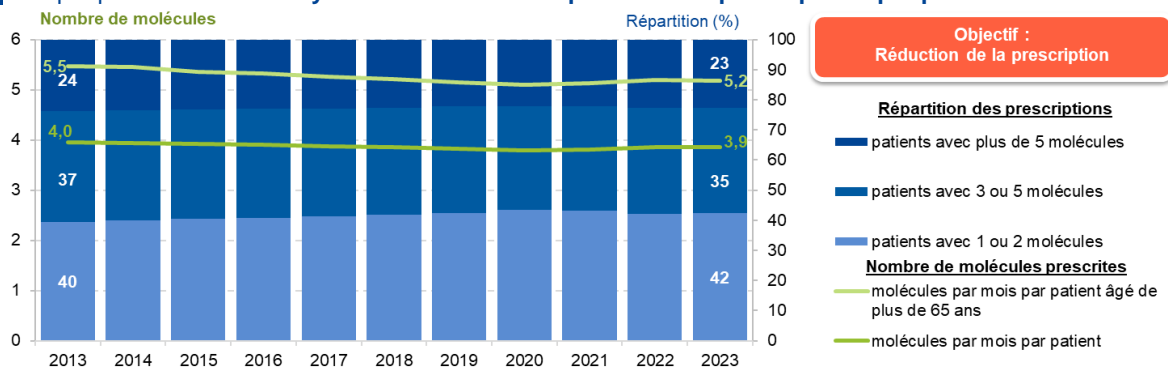
Finalité La prévention de la iatrogénie médicamenteuse, c'est-à-dire des effets indésirables liés à la prise de médicaments ou des interactions dangereuses entre médicaments, constitue un des enjeux majeurs de santé publique. Selon une étude publiée en 2011 par la DREES sur les événements indésirables 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.

L'étude Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) publiée en juin 2022 montre une baisse statistiquement significative des EIG évitables et de leur gravité entre 2009 et 2019 que l'on peut probablement attribuer en partie aux différents programmes nationaux mis en œuvre sur le sujet.

Résultats Le nombre moyen de molécules délivrées par patient chaque mois diminue légèrement dans l'ensemble de la population entre 2013 et 2023. Il diminue davantage chez les patients âgés de plus de 65 ans. Cette population est la cible de plusieurs actions des pouvoirs publics visant à prévenir les risques iatrogéniques. L'assurance maladie a mis en œuvre des actions visant à limiter les principaux facteurs de risques que sont la polymédication et la prescription médicamenteuse inappropriées. Néanmoins depuis 2 ans, même si le nombre moyen de molécules délivrées par patient demeure inférieur à celui de 2013, une très légère hausse s'observe.

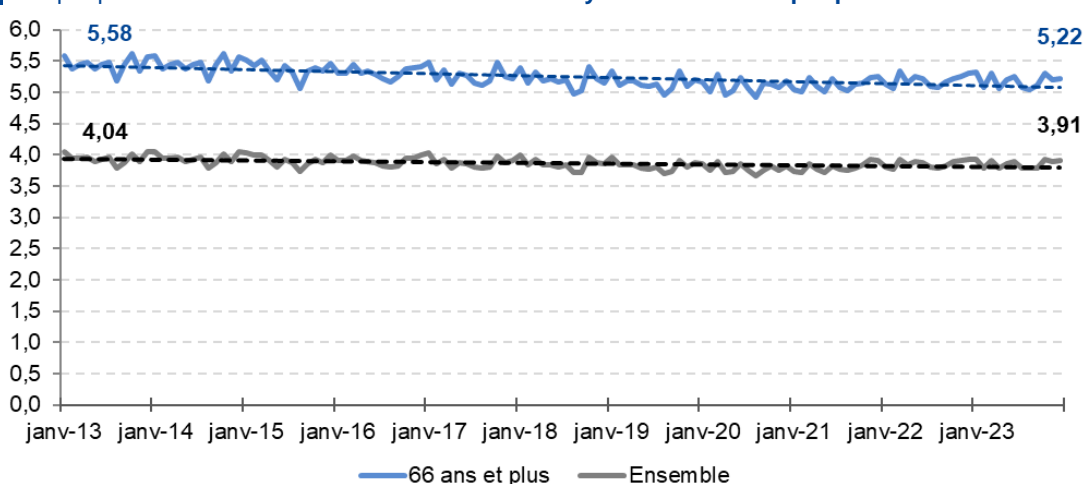
La part des patients consommant 1 à 2 molécules en un mois augmente de 2,8 points entre 2013 et 2023 (42,3 % en 2023 versus 39,5 % en 2013) alors que celles des patients ayant entre 3 et 5 molécules et plus de 5 molécules ont diminué respectivement de 1,8 et 1 point (part des patients avec 3 à 5 molécules : 35 % en 2023 versus 36,8 % en 2013 ; part des patients avec plus de 5 molécules : 22,7 % en 2023 versus 23,7 % en 2013).

Graphique 1 • Nombre moyen de molécules et répartition des prescriptions par patients



Source : CNAM (Sniiram)
Champ : Patients consommant (de médicaments), tous régimes, France entière

Graphique 2 • Evolution mensuelle du nombre moyen de molécules par patient



Source : CNAM (Sniiram)
Champ : Patients consommateurs (de médicaments), tous régimes, France entière

Précisions méthodologiques Les données proviennent du SNIIRAM. Le nombre de molécules correspond au nombre de code ATC 7 distinct remboursés à un même patient sur un mois donné. Une association fixe de deux principes actifs est compté ici comme une molécule (exemple : Liptruzet = ATORVASTATINE+EZETEMIBE). Si un patient a une association fixe et les deux molécules séparément le même mois on comptera trois molécules et non deux. Cette situation rare est considérée comme négligeable.

Construction de l'indicateur L'indicateur annuel se définit comme le rapport entre la somme du nombre mensuel de molécules remboursées et la somme du nombre mensuel de patients ayant eu au moins un remboursement de médicament dans le mois (en date de remboursement).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNAM

2.10.4. Taux de pénétration des médicaments génériques

Un médicament générique est conçu à partir de la molécule d'un médicament déjà autorisé (appelé princeps), dont le brevet est tombé dans le domaine public. Il doit avoir la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que le princeps et démontrer qu'il a la même efficacité thérapeutique. Le prix des génériques est, en général, inférieur de 40 % à celui des princeps en officine de ville. 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 30% des boîtes vendues contre une boîte sur vingt en 2000. Le plan national de promotion des médicaments génériques pour la période 2015-2017 a permis de poursuivre les efforts en faveur d'un recours accru aux génériques.

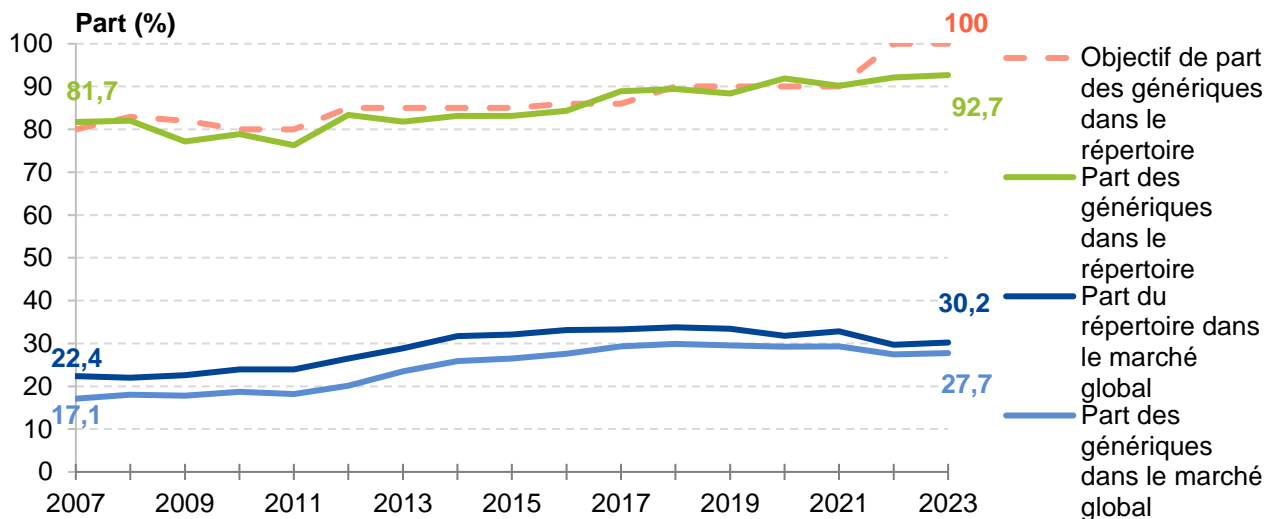
Finalité L'article 66 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2019 a initié une réforme de la substitution des médicaments génériques. Cette réforme réserve le recours à la mention « Non Substituable » (NS) aux seuls cas où elle est médicalement justifiée¹ et limite pour un princeps la base de remboursement de l'assuré, dans les situations qui ne sont pas médicalement justifiées, à la base de remboursement la plus chère des génériques correspondants.

Actualisation des dispositifs pour 2023 La nouvelle convention signée par les syndicats des pharmaciens et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) le 9 mars 2022 intègre une rémunération liée au bon usage des produits de santé incitant entre autre à une meilleure pénétration des médicaments génériques avec un focus sur les molécules nouvellement génériquées.

Résultats En 2023, on observe une légère hausse du taux de substitution qui atteint 92,7% en décembre 2023 soit 0,6 point de plus qu'en décembre 2022.

Dans le marché total, la part des génériques non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (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. Elle connaît une croissance notable à partir de 2012 avec l'intégration dans la convention avec les pharmaciens d'une rémunération incitative pour la substitution. En 2023, la proportion des génériques non soumis à TFR dans le marché global est légèrement plus élevée que l'année précédente, soit à 27,7%.

Graphique 1 • Taux de pénétration des génériques en nombre de boîtes dans le répertoire



Source : Cnam

Champ : régime général (qui intègre le RSI depuis 2020), hors sections locales mutualistes, France métropolitaine

Note de lecture : En décembre 2023, les ventes de génériques représentent 92,7 % du nombre de boîtes vendues dans les groupes non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) du répertoire en vigueur au 30 juin 2022 (hors Levothyroxine). En moyenne sur l'année 2023, la part du répertoire (hors TFR) en vigueur au 30 juin 2022 (hors Levothyroxine) dans le marché total atteint 30,2 % tandis que les génériques inscrits à ce répertoire représentent comme l'année précédente 27,7% du nombre de boîtes remboursées.

Note : A partir de 2016 les objectifs sont fixés sur l'ensemble de l'année ; le taux moyen constaté en 2023 est de 91,8%. Le tableau contient la valeur du mois de décembre 2023 par cohérence avec l'historique des données. En 2020, le taux de substitution progresse de 3,5 points du fait de la mise en œuvre de l'article 66 de la LFSS de 2019

En lien avec la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et du renforcement du « tiers payant contre génériques », le taux de substitution des génériques a augmenté de plus de 12 points depuis avril 2012,

¹ Les justifications médicales permettant d'avoir recours à la mention NS sont définies dans l'arrêté du 19/11/2019

atteignant un 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). Il s'est ensuite stabilisé en 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 connaît 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. En 2015, il reste stable puis progresse à nouveau pour atteindre 84,3 % en décembre 2016.

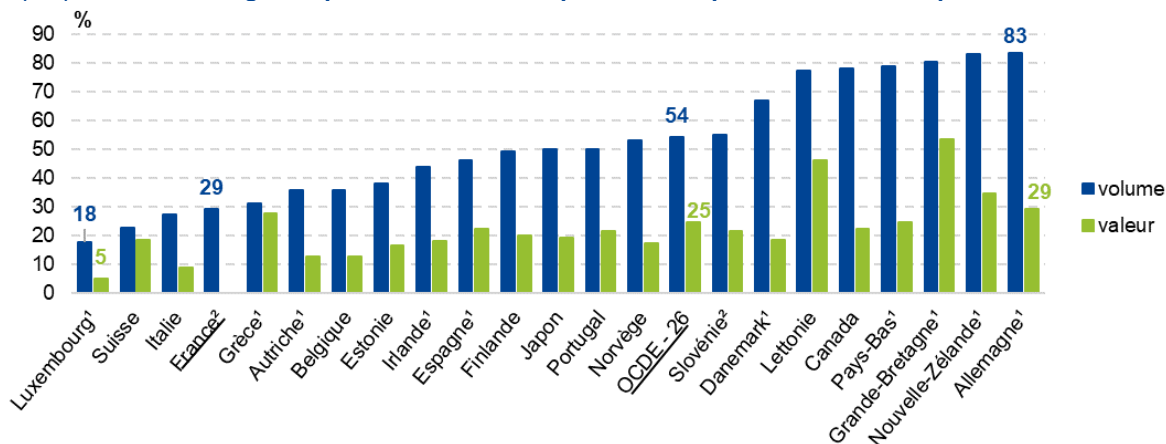
En 2017, le taux de substitution progresse de 4,6 points (88,9 % en décembre), du fait, en partie, de l'exclusion de la Levothyroxine du répertoire conventionnel suite à une offre générique insuffisante entraînant une augmentation mécanique du taux de substitution de 3 points environ. Ainsi, le taux moyen constaté sur l'ensemble de l'année 2017 de 88,1 % ne peut pas être directement comparé à celui constaté en 2016. Le taux moyen de substitution en 2016 recalculé en excluant la Levothyroxine du répertoire est de 87,1 % (contre 83,4 % y compris Levothyroxine). On peut donc dire qu'en 2017, on observe une progression d'un point de la substitution par rapport à 2016. En décembre 2018, il augmente de 0,5 point de plus qu'en décembre 2017 (89,4 %).

En 2020, le taux de substitution atteint son plus haut niveau (91,9 % en décembre, soit 3,6 points de plus qu'en décembre 2019). Sur l'ensemble de l'année 2020 le taux moyen constaté est de 91,6 % soit +3,9 points par rapport à 2019. Cette importante progression est liée à la mise en œuvre de l'article 66 de la LFSS de 2019.

On observe, en parallèle à la progression du taux de substitution, une importante baisse du recours à la mention « non substituable (NS) » sur le répertoire des génériques (1,3 % en 2023 contre 7,9 % en 2019 soit 6,6 points en moins).

Malgré des taux de substitution élevés, la part des médicaments génériques dans le marché total pharmaceutique demeure relativement faible en France par rapport à certains de ses voisins. Elle est de 29 % en volume contre 54 % dans la moyenne des pays de l'OCDE. Par exemple, au Royaume-Uni, en Allemagne et aux Pays-Bas, la part des génériques dans le total du marché est de respectivement 54%, 29% et 25 % en valeur et de 80 %, 83 % et 79 % en volume. Dans ces pays, les possibilités de substituabilité princeps-génériques sont plus larges qu'en France et les incitations en faveur des génériques, tant auprès des prescripteurs qu'auprès des assurés sociaux, plus fortes.

Graphique 2 • Part des génériques dans le marché pharmaceutique en 2021, en comparaison internationale



Champ : marché des médicaments en ville et en établissements, sauf :

¹ Marché des produits remboursés

² Marché des médicaments en ville seulement

Source : OCDE - Statistiques sur la santé 2023

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 « efficacité de la pratique » de la ROSP porte sur le taux de substitution générique, dans le but de favoriser et de valoriser l'effort des pharmaciens dans ce domaine. Conjointement, ont été décidés avec les parties signataires, la généralisation et le renforcement du dispositif dit « tiers payant contre génériques » subordonnant le bénéfice de la dispense d'avance de frais à l'acceptation des médicaments génériques par les assurés sociaux.

Les travaux initiés en 2020 pour adapter la ROSP à la mise en œuvre de l'article 66 de la LFSS pour 2019 ont abouti à la transformation de la ROSP générique dans la nouvelle convention des pharmaciens d'officines signée le 9 mars 2022.

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. courbe bleue claire du graphique).

Précisions méthodologiques Les calculs relatifs à ces indicateurs sont réalisés par la Cnam 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 (exclusion de la Levothyroxine du répertoire conventionnel en 2019 du fait d'une offre générique 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 42,9 % et la part du répertoire dans le marché à 48,4% en 2023.

Il est important de noter qu'à partir de 2016 les indicateurs permettant le suivi des objectifs fixés par l'avenant à l'accord générique sont calculés sur l'ensemble de l'année. Ainsi, le taux moyen de génériques constaté sur 2016 est de 87,7 %. Le taux de génériques est tout de même calculé sur le mois de décembre 2023 pour garder une cohérence avec l'historique des données. La part du répertoire et celle des génériques dans le marché global sont calculées sur l'année entière 2023.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNAM

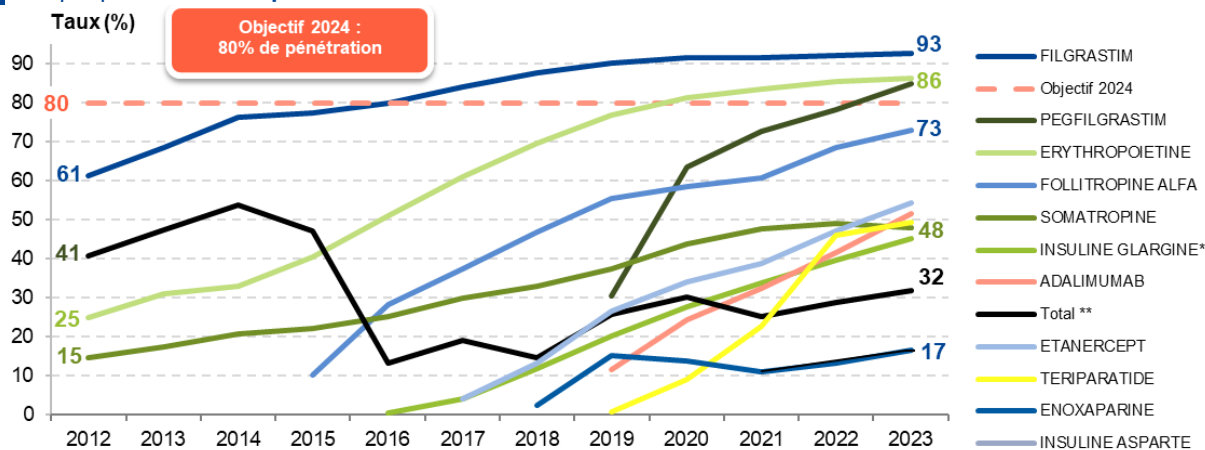
2.10.5. Taux de pénétration des médicaments biosimilaires

Un « biosimilaire » est un médicament cliniquement équivalent à un médicament biologique de référence dont le brevet est tombé dans le domaine public

Finalité Le développement des biosimilaires constitue un enjeu essentiel d'efficience pour l'assurance maladie dans les prochaines années. Il figure comme l'une des priorités de la stratégie nationale de santé en matière d'amélioration de la pertinence et de l'efficience des prescriptions de produits de santé. Un objectif de 80 % de pénétration de biosimilaires sur leur marché de référence a ainsi été fixé pour 2024.

Résultats Les biosimilaires qui représentent 32 % des volumes de vente des spécialités appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires en 2023 soit 3 points de plus qu'en 2022.

Graphique 1 • Taux de pénétration des médicaments biosimilaires



Source : CNAM.

Champ : tous régimes, France entière.

* Insuline Glargine est ici définie en excluant les volumes de TOUJEO qui n'a pas encore de biosimilaire.

**Sont inclus dans le répertoire les molécules inscrites sur la liste de référence de l'ANSM et qui ont au moins un biosimilaire commercialisé en ville et remboursé sur l'année de référence du calcul

Note de lecture : en 2023, les ventes de biosimilaires représentent 93 % du nombre de boîtes vendues pour FILGRASTIM.

Les trois molécules qui ont les taux de recours aux biosimilaires les plus élevés restent FILGRASTIM, ERYTHROPOÏÉTINE et PEGFILGRASTINE avec respectivement 93 %, 86 % et 85 % en 2023. Leurs biosimilaires sont commercialisés depuis plusieurs années et ont fait l'objet d'actions spécifiques portées par l'Assurance Maladie visant à promouvoir leur prescription au niveau des établissements. Les molécules ayant les plus faibles taux de recours aux biosimilaires sont celles ayant une commercialisation récente de leurs biosimilaires (l'INSULINE ASPARTATE, ADALIMUMAB, ENOXAPARINE, TERIPARATIDE). On note la commercialisation de RANIVISIO le premier biosimilaire de RANIBIZUMAB en mars 2023 qui n'a pour l'instant que 1 % de part de marché sur l'année 2023.

Précisions sur le dispositif Des mesures ont été prises pour augmenter le recours aux médicaments biosimilaires. On peut notamment citer à cet égard :

- Le nouveau dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biosimilaires prévu à l'avenant 9 à la Convention Médicale est entré en vigueur en 2022. Il valorise l'engagement des médecins libéraux dans une démarche de qualité et d'efficience des prescriptions et dans l'accompagnement de leurs patients au changement de prescription. Il valorise ainsi l'effort et le temps consacrés par le médecin à accompagner le patient. L'intéressement est basé sur un partage de l'économie générée par la prescription d'un médicament biosimilaire, à hauteur de 20 % pour les médecins libéraux en 2023 (versus 30 % en 2022). Ce dispositif porte sur 6 molécules en 2023 (adalimumab, étanercept, follitropine alfa, insuline glargine, enoxaparine et ranibizumab).

- La nouvelle convention avec les représentants des pharmaciens, signée le 9 mars 2022, donne un rôle prépondérant pour le pharmacien dans le cadre de la juste dispensation des produits de santé et notamment dans le développement des médicaments biosimilaires

- La substitution des médicaments biosimilaires par le pharmacien est autorisée par la LFSS pour 2022 sous certaines conditions, précisées par l'article L.5125-23-2 du code de la santé publique et par l'arrêté du 12 avril 2022 publié au JO du 14 avril 2022 :

- Substitution pour deux groupes biologiques similaires filgrastim et pegfilgrastim ;
- Le prescripteur ne doit pas avoir exclu la possibilité de cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient ;
- Le pharmacien doit procéder à l'enregistrement du nom du médicament, délivré par substitution et son numéro de lot par tous moyens adaptés ;
- Le pharmacien doit informer le prescripteur et le patient de cette substitution.

Construction de l'indicateur Le taux de pénétration des biosimilaires est calculé en rapportant les ventes de médicaments biosimilaires en volume (nombre de boîtes) à l'ensemble des ventes des groupes biologiques similaires (référents + biosimilaires).

La liste de référence des groupes biologiques similaires comporte les médicaments inclus dans chaque groupe biologique similaire au sens du b du 15° de l'article L. 5121-1. Elle est tenue par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Cette liste évolue en fonction de l'arrivée à échéance des brevets.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNAM

2.10.6. Consommation d'antibiotiques 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.

Au cours des deux dernières décennies, des efforts ont été déployés dans le monde entier pour optimiser l'utilisation des antibiotiques comme moyen de lutter contre l'augmentation de la résistance aux antibiotiques. Cette résistance est considérée comme l'une des plus grandes menaces pour la santé publique dans l'UE/EEE, avec des niveaux élevés de résistances signalés pour plusieurs espèces bactériennes importantes et entraînant environ 33 000 décès attribuables à des infections par des bactéries résistantes aux antibiotiques chaque année. En 2015, 5 500 décès étaient en lien avec des infections dues à des bactéries résistantes aux antibiotiques en France¹.

Les infections et la résistance des bactéries aux antibiotiques sont un enjeu majeur de santé publique qui nécessite une mobilisation collective, que l'on soit professionnel de santé, patient ou citoyen. La stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance définit et cadre les grandes orientations à l'échelle nationale et les décline en 42 actions concrètes à réaliser d'ici 2025. Cette stratégie en santé humaine s'inscrit dans la continuité de la feuille de route interministérielle 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance et repose sur deux piliers que sont les actions de prévention et contrôle des infections et celles promouvant le bon usage des antibiotiques.

En juin 2017, la Commission européenne a adopté un plan d'action européen « One Health » contre la résistance antimicrobienne (au niveau santé humaine, santé animale et environnementale)² afin d'aider l'UE et ses États membres à proposer des solutions innovantes, des réponses efficaces et durables à la résistance antimicrobienne. L'une des clés de ce plan est de promouvoir l'utilisation prudente d'antimicrobiens, surveillée par un nombre limité d'indicateurs déjà collectés permettant de mesurer les progrès et l'efficacité des mesures des politiques mises en œuvre.

Résultats En France, l'exposition aux antibiotiques en médecine de ville a diminué depuis la mise en place, au début des années 2000, du premier « Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques ». La consommation a atteint 22,6 doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 personnes par jour en 2022.

Tableau 1 • Consommation d'antibiotiques en France par classe d'antibiotiques

Classe ATC	2012	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Structure 2012	Structure 2019	Structure 2022	Evolution 2012-2022	Objectif
J01A - Tétracyclines	3,3	3,3	3,2	3,2	2,9	3,1	2,8	12,9%	13,7%	12,2%	-16,8%	< 20 DDJ / 1000 hab/jour d'ici 2025
J01C - Bêta-lactamines, Pénicillines	12,6	14,2	14,2	13,3	10,1	11,0	13,0	49,0%	57,2%	57,7%	3,3%	
dont J01CA04 - Amoxicilline	6,7	8,4	8,7	8,6	6,0	6,9	8,1	26,0%	36,8%	35,9%	21,4%	
dont J01CR02 - Amoxicilline & inhibiteur d'enzyme	5,4	5,3	4,9	4,3	3,6	3,9	4,5	20,8%	18,4%	20,0%	-15,6%	
J01D - Autres bêta-lactamines	2,7	2,3	1,7	1,3	0,9	0,9	1,1	10,4%	5,5%	4,8%	-59,1%	
dont J01DD & J01DE Céphalosporines de 3ème et 4ème génération	1,9	1,7	1,3	1,0	0,7	0,7	0,9	7,2%	4,3%	3,8%	-53,4%	
J01E - Sulfamides et triméthoprime	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	1,9%	1,8%	2,3%	7,8%	
J01F - Macrolides	3,8	3,1	3,0	2,8	2,3	2,4	3,1	14,8%	12,0%	13,8%	-18,5%	
J01G - Aminosides	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4%	0,1%	0,1%	-83,7%	
J01M - Quinolones	2,2	1,7	1,5	1,2	1,1	1,0	1,1	8,5%	5,2%	5,1%	-47,3%	
J01R - Associations d'antibactériens	0,8	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	3,0%	2,5%	1,9%	-44,2%	
J01X - Autres antibactériens	0,6	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,5	2,3%	1,9%	2,1%	-19,0%	
Total	25,7	25,6	25,3	23,3	18,7	19,9	22,6	100%	100%	100%	-12,3%	

Source: ANSM

Note de lecture : Consommations exprimées en nombre de DDJ/1 000 habitants/jour

En effet, au cours de ces dix dernières années, une diminution régulière de la consommation d'antibiotiques a été observée entre 2012 et 2019, suivie d'une forte baisse en 2020. Cette consommation a cependant de nouveau augmenté en 2021 et en 2022. Le niveau de consommation de 2022 demeure toutefois inférieur à celui de 2019.

En restreignant la diffusion des maladies infectieuses, les gestes barrières et le confinement de la population avaient concouru à une moindre utilisation d'antibiotiques en 2020. Toutefois, ces facteurs ont peu joué en 2021 et en 2022. Les gestes barrières ont été allégés ou rendus facultatifs et une reprise des pathologies hivernales a été observée. Ces épidémies ont contribué à la forte progression de la consommation en fin d'année 2022. En effet, les syndromes grippaux se sont caractérisés en 2022-2023 par une épidémie exceptionnellement longue. De même, une recrudescence des bronchiolites est observée depuis deux ans chez les jeunes enfants.

La structure de la consommation n'a pas été modifiée : la part des Bêta-lactamines, pénicillines a régulièrement augmenté et représentait en 2022 près de 58 % de la consommation d'antibiotiques en ville. Au sein de cette classe, les pénicillines à large spectre (essentiellement l'amoxicilline) constituaient à elles seules plus de 36 % des consommations.

¹ Cassini, A and al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. Lancet Infect. Dis. 19, 56–66. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30605-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30605-4). supplementary appendix p. 214

² European Commission. A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR), COM/2017/339. Communication from the European Commission to the Council and the European Parliament. Brussels: European Commission; 2017. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2017:339:FIN>

L'année 2022, a été marquée par une progression des céphalosporines et de l'azithromycine, antibiotique de la classes des macrolides. Enfin, l'utilisation des quinolones a fortement diminué, que l'on raisonne en nombre de DDJ/1 000 habitants ou en part de consommation.

En ce qui concerne la dépense engendrée par la consommation d'antibiotiques, **la part des génériques** y est prépondérante. En 2022, selon les données de Medic'am, les génériques représentaient **86,1 %** du nombre total de boîtes d'antibiotiques remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie et les antibiotiques ne représentaient que **1,8 %** du montant total de la dépense de médicaments délivrés en ville et remboursés.

Tableau 2 • Consommation d'antibiotiques en Europe (secteur ville)

DDJ/1000 habitants/Jour	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2011-2021	OBJECTIF
Pays-Bas	10,2	9,4	9,2	8,9	8,7	7,8	7,6	8,3	-25%	Diminution de 20 %, d'ici 2030, en prenant comme année de référence 2019
Allemagne	13,7	13,4	12,8	11,7	11,4	9,0	8,1	10,0	-38%	
Suède	13,7	12,5	11,7	10,8	10,3	8,9	8,7	9,6	-37%	
Royaume-Uni	17,7	18,5	17,5	16,3	14,9	NA	NA	NA	NA	
Espagne	15,7	17,1	25,6	24,6	23,3	18,2	18,5	21,7	11%	
Tchéquie	15,7	17,1	ND	ND	16,9	13,4	11,5	13,9	-30%	
Pologne	19,9	19,9	20,7	23,0	22,2	17,2	18,8	22,3	3%	
Bulgarie	16,1	18,6	17,6	19,4	19,1	20,7	22,4	24,2	32%	
Belgique	23,9	22,4	22,5	20,8	19,8	15,3	16,0	19,0	-32%	
Italie	22,5	22,6	21,8	19,5	19,8	16,5	16,0	20,0	-31%	
France	24,8	23,8	24,6	24,2	23,3	18,7	19,9	22,6	-17%	
Grèce	28,2	29,2	31,0	32,4	32,4	26,4	21,8	31,2	-31%	
EU/EEA	19,1	19,3	19,0	18,3	18,0	15,0	15,0	17,8	-21%	

Source : ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control –Centre européen de contrôle et de prévention des maladies. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe) et ANSM (pour les données françaises).

Note : ND = non déterminé ; DDJ = « Dose définie journalière » (cf précisions méthodologiques) Note de lecture : La France est passée de 25,0 doses définies journalières pour 1 000 habitants en 2010 à 18,7 en 2020

En 2022, le réseau européen de surveillance de la consommation d'antibiotiques (réseau ESAC-NET) situait la consommation globale d'antibiotiques en France au 4ème rang des pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques (cf. *tableau 2*).

La consommation globale moyenne ajustée sur la taille de la population des pays a diminué de 19,1 en 2012 à 17,8 DDJ/1 000 Hab/J. en 2022. Tous les pays ont vu leur consommation chuter en 2020. Cependant, en 2022 la situation s'est inversée et la consommation a de nouveau augmenté pour la majorité d'entre eux.

Précisions méthodologiques La mesure de la consommation d'antibiotiques en France, est exprimée en doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 personnes et par jour.

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 des médicaments 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 de façon consensuelle - 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. Les regroupements de médicaments peuvent alors être effectués selon leur indication thérapeutique et leur caractéristique chimique déterminés par la classe ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) contrôlé par l'OMS.

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 les résultats sont présentés pour mille habitants et par jour. Les résultats présentés ici ont été calculés à partir des données de ventes déclarées chaque année à l'ANSM par les exploitants de spécialités pharmaceutiques. Elles ont été rapportées à la population française (départements d'outremer inclus) en milieu d'année. Ce sont ces données annuelles, exprimées en nombre de DDJ, qui sont transmises au Centre européen de contrôle et de prévention des maladies (ECDC).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : ANSM

2.10.7. Pénuries et ruptures de stock de médicaments

Finalité L'accès continu aux médicaments est essentiel pour garantir la continuité de l'offre de soins. L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) recense chaque année les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur touchés par des ruptures ou des risques de ruptures de stock, grâce aux signalements effectués par les laboratoires, ceux-ci ayant l'obligation d'informer l'ANSM de tout risque de rupture en amont de sa survenue.

Les ruptures et risques de ruptures de stock déclarées à l'ANSM par les laboratoires pharmaceutiques se définissent comme l'impossibilité de fabriquer ou d'exploiter un médicament (CSP Article R5124-49-1). Cette notion est partielle et se distingue de celle de rupture d'approvisionnement, définie comme l'incapacité pour une pharmacie de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures.

Résultats Un signalement de ruptures correspond à une situation dans laquelle le laboratoire ne dispose plus de stock ou d'un stock très limité réservé à une situation d'urgence. Un signalement de risque de ruptures correspond à une situation dans laquelle le stock est inférieur au stock de sécurité défini pour cette spécialité par le décret n°2021-349 du 31 mars 2021. Il peut faire suite à une augmentation forte et anticipée de la demande, à des approvisionnements insuffisants ou retardés, ou encore à des difficultés de production. Un signalement de risque peut basculer en rupture et vice versa en fonction de l'évolution de la situation.

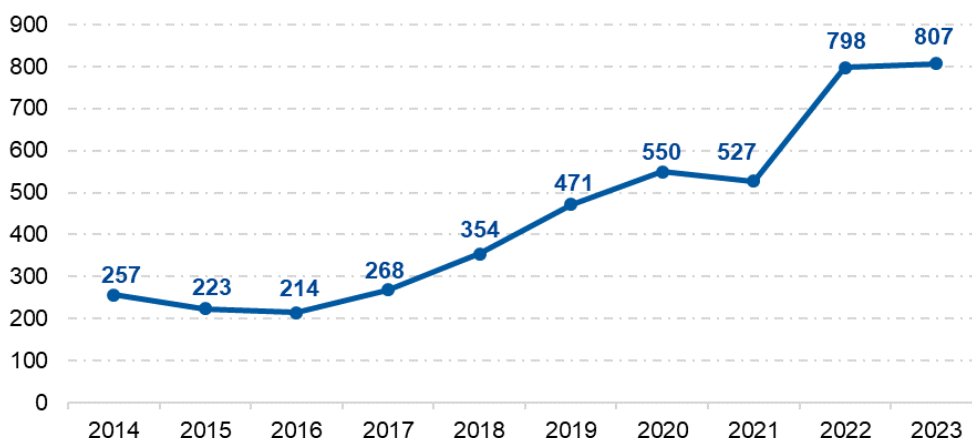
Après une légère décroissance en 2021, le nombre de molécules (dénominations communes internationales ou DCI) concernées par au moins un signalement de rupture ou de risque de rupture ré-augmente légèrement en 2023 (+1 % par rapport à 2022), après avoir plus que doublé entre 2014 et 2020 selon les données de l'ANSM. A noter, qu'à partir de 2022, la classification des DCI a été modifiée, ce qui entraîne une augmentation du nombre de DCI par rapport à 2021. Ainsi, l'évolution observée sur le graphique entre 2021 et 2022 est légèrement surévaluée de ce fait. Comme les années précédentes, les classes les plus touchées par ces signalements sont celles des médicaments cardiovasculaires, du système nerveux central et des anti-infectieux (cf. *graphique n°3*).

L'évolution des signalements au cours des dernières années s'explique en partie par le renforcement des obligations déclaratives des laboratoires pharmaceutiques dans le cadre des plans visant à réduire les risques de rupture de stock de médicaments.

Cette augmentation de signalements s'explique également par une fabrication des médicaments de plus en plus complexe, à la fois réglementairement et techniquement, du fait d'un morcellement des étapes de fabrication. Elle provient également d'une demande mondiale croissante, notamment de la part de pays émergents, avec des capacités de production qui n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions.

En 2012 puis 2016, plusieurs dispositifs ont été élaborés pour lutter contre les situations de rupture permettant d'encadrer et de renforcer l'approvisionnement en médicaments. Néanmoins, ils n'ont pas permis de pallier suffisamment les pénuries (cf. *graphique 1*). Aussi, dans le prolongement de la feuille de route « pénuries » lancée en 2019, des mesures ont été adoptées dans le cadre de la LFSS pour 2020, conduisant à de nouvelles obligations pour les acteurs du circuit de distribution et de fabrication.

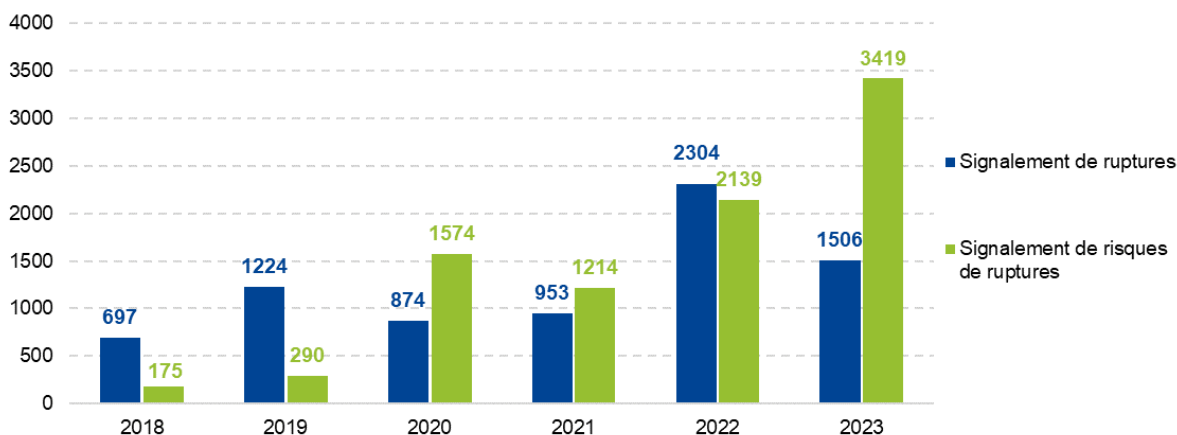
Graphique 1 • Nombre de molécules (DCI) concernées par au moins un signalement de rupture ou de risque de rupture



Note de lecture : En 2023, 827 dénominations communes internationales (DCI) sont concernées par au moins un signalement. Attention, il y a une rupture de tendance entre 2021 et 2022.

Source : ANSM

Graphique 2 • Signalements de ruptures ou de risques de ruptures



Note de lecture : En 2023, 1 506 signalements de ruptures ont été enregistrés.
 Source : ANSM

Entre 2022 et 2023, le nombre de signalements de ruptures a diminué de 35 % (2 304 en 2022 et 1 506 en 2023), alors que le nombre de signalements de risque de rupture a très fortement augmenté de 60% (2 139 en 2022, 3 419 en 2023). Le nombre total de signalements a augmenté de 10,8% entre 2022 et 2023.

En 2023, selon les laboratoires, plus de la moitié des signalements sont causés par une tension sur l'offre et la demande ou à un défaut d'approvisionnement. Les signalements liés au coronavirus ont quant à eux disparus.

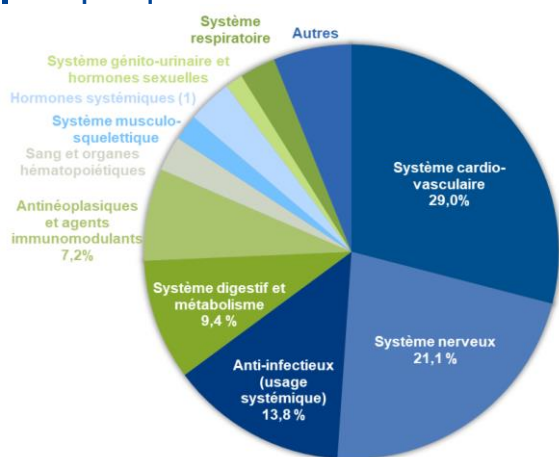
La forte hausse, du nombre de signalements pour risque déclarés entre 2019 et 2020 (+443 %) s'explique par plusieurs mesures ayant vocation à mieux prévenir les ruptures de médicaments et notamment à inciter les laboratoires pharmaceutiques à déclarer les risques de ruptures auprès de l'ANSM davantage en amont. La LFSS pour 2020 a notamment renforcé les sanctions financières pour les laboratoires ne respectant pas leurs obligations en la matière.

En outre, le décret n°2021-349 publié le 20 mars 2021 instaure l'obligation, au 1er septembre 2021, pour les entreprises pharmaceutiques, d'élaborer des plans de gestion des pénuries (PGP) pour tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM). Ces PGP permettent de prévenir les ruptures de stocks et, en cas de difficultés d'approvisionnement, d'apporter dans les meilleurs délais des solutions pour assurer la continuité des traitements pour les patients concernés. Les industriels doivent également constituer un stock de sécurité pour tous les MITM qu'ils commercialisent en France. Au-delà de l'obligation de stock de 2 mois prévue par ce décret, l'ANSM a étendu les stocks de sécurité à 4 mois pour une liste de MITM en particulier, établie au regard des difficultés d'approvisionnement observées sur les deux années précédentes. La forte augmentation observée entre 2021 et 2022 provient aussi du changement de nomenclature.

Les classes thérapeutiques les plus touchées par des signalements de rupture ou de risques de rupture concernent les médicaments du système cardio-vasculaire, du système nerveux et des anti-infectieux.

Les médicaments du système cardio-vasculaire et du système nerveux représentent plus de la moitié des signalements (51,1 %, cf. Graphique 3). Les médicaments du système digestif et métabolisme et les médicaments anti-infectieux représentent quant à eux près d'un quart (23,2 %).

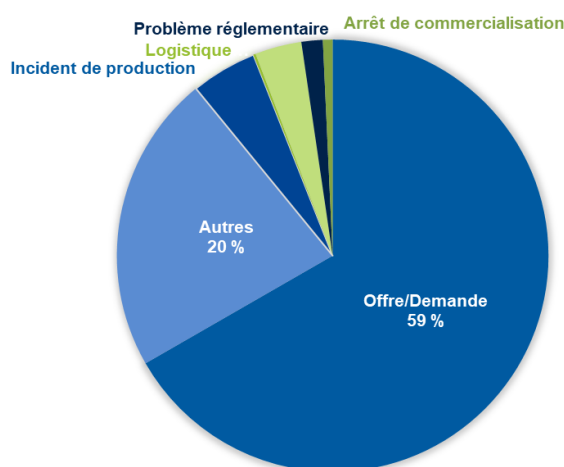
Graphique 3 • Signalements par aire thérapeutique



(1) A l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines

Source : ANSM

Graphique 4 • Les rationnels de rupture



Les raisons évoquées par les laboratoires pour expliquer les ruptures ou risques de rupture

Ces ruptures ou risques de ruptures de stocks de médicaments ont des origines multifactorielles : difficultés survenues lors de la fabrication des matières premières ou des produits finis, défauts de qualité sur les médicaments, capacité de production insuffisante, morcellement des étapes de fabrication, etc.

Précisions méthodologiques

La notion de rupture de stock est définie par le décret du 20 juillet 2016 comme « l'impossibilité pour un laboratoire de fabriquer ou d'exploiter un médicament ou un vaccin ». Cette notion se distingue de celle de rupture d'approvisionnement, définie comme « l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur (...) de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures ».

Les deux notions présentent des intérêts puisque la première permet d'insister sur les difficultés dans la chaîne d'approvisionnement en amont de la mise à disposition par l'exploitant alors que la seconde rend également compte des problématiques qui peuvent survenir dans la chaîne de distribution et offre une vision plus complète des conséquences des ruptures pour les usagers. Le terme de pénurie, utilisé dans cette étude mais non défini dans la loi, correspond à l'indisponibilité temporaire d'un médicament résultant d'une rupture de stock d'amont et/ou d'une rupture d'approvisionnement d'aval. Une liste actualisée de médicaments en rupture ou en risque de rupture est constamment disponible sur le site de l'ANSM. Un rapport d'activité est également publié pour chaque année écoulée, où sont notamment comptabilisées toutes les déclarations de ruptures ou de risques de ruptures.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.11. Garantir la pertinence des soins hospitaliers

2.11.1. Contrats relatifs à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins dans les établissements

Finalité Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'ensemble des objectifs de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques au sein des établissements de santé font l'objet d'un contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins (CAQES).

Précisions sur le dispositif Suite aux évolutions législatives apportées par la LFSS 2020, le CAQES rénové a été déployé au milieu de l'année 2022. Ce nouveau CAQES est recentré autour d'une quinzaine de priorités nationales et régionales et se base sur un double dispositif d'intéressement :

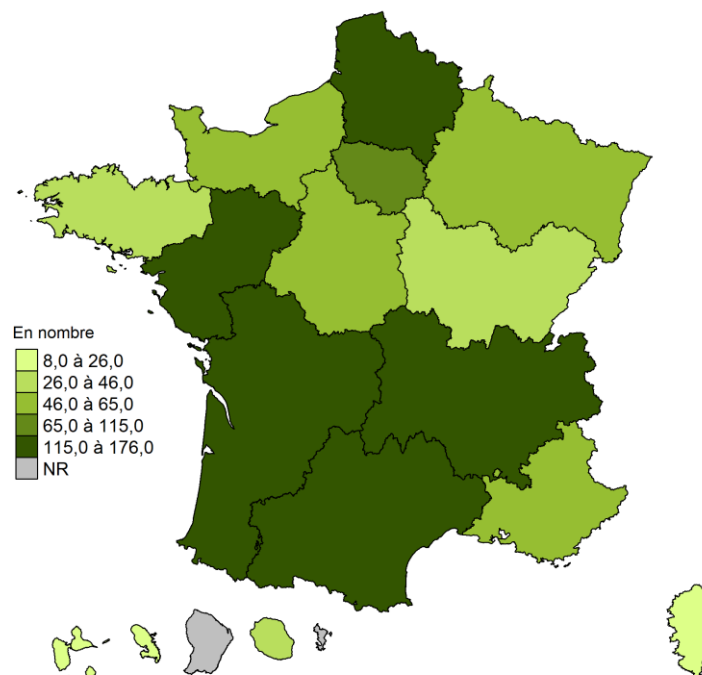
- **Intéressement national** qui est calculé, par indicateur national, en fonction des économies générées en ville (suivant l'indicateur concerné, de l'ordre de 20 % ou 30 % des économies réalisées).
- **Intéressement régional** adossés aux indicateurs régionaux déterminées par les régions (7 indicateurs au maximum par région)

Ces indicateurs sont identifiés dans trois volets du CAQES :

- Volet « **produits de santé** » (bon usage des médicaments, des produits et prestations) avec quatre indicateurs nationaux (Prescription des inhibiteurs de pompes à protons ; Prescription d'ézétimibe et associations ; Prescriptions forfaits de perfusions à domicile Perfadom ; Prescription de pansements)
- Volet « **organisation des soins** » (amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports) avec un indicateur national (Recours aux ambulances par rapport au transport assis)
- Volet « **promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations** » avec deux indicateurs nationaux (Examens pré-anesthésiques ; Ré-hospitalisation après un épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque)

Résultats L'année 2022 a été l'année de démarrage des nouveaux CAQES avec 1130 établissements répartis sur le territoire français comme illustré dans la carte 1. Les régions d'Auvergne Rhône-Alpes et de Nouvelle Aquitaine ont le plus grand nombre d'établissements sous CAQES avec respectivement 176 et 148 établissements. En contraste, les régions d'outre-mer sont celles avec le moins d'établissement sous CAQES avec 26 établissements à la Réunion, 18 en Guadeloupe, 8 en Martinique et 9 en Corse. Aucun établissement à Guyane ni à Mayotte ne dispose de CAQES.

Carte 1 • Nombre d'établissements de santé disposant d'un contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins (CAQES) en 2022



Source : Cnam et DSS

Dans le cadre du déploiement de ce dispositif rénové, **37 535 282,25 €** d'économies ont été générées au niveau des indicateurs nationaux sur la période de juillet à décembre 2022. La répartition des économies suivant les indicateurs régionaux concernés est détaillée dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 • Economies générées par indicateur régional des CAQES en 2022

Indicateur	Economie générée
Indicateur insuffisance cardiaque	2 896 487,86 €
Indicateur examens pré-anesthésiques	76 280,33 €
Indicateur Pansement	742 042,34 €
Indicateurs transport	27 457 925,00 €
indicateur ézétimibe	9 246,05 €
Indicateur inhibiteurs pompes à protons	858 883,40 €
Indicateur Perfadom	5 494 417,26 €

Source : Cnam et DSS

Suite aux nouvelles recommandations de la Société Européenne de Cardiologie en 2022, avec l'administration en première intention de l'association statines-ézétimibe pour optimiser la prise en charge des patients en post syndrome coronarien aigu, cet indicateur qui incitait les établissements à limiter leurs prescriptions d'ézétimibe a été neutralisé pour 2023 et les années suivantes. Le choix a également été laissé aux régions de supprimer l'indicateur examens pré-anesthésiques auprès des établissements concernés.

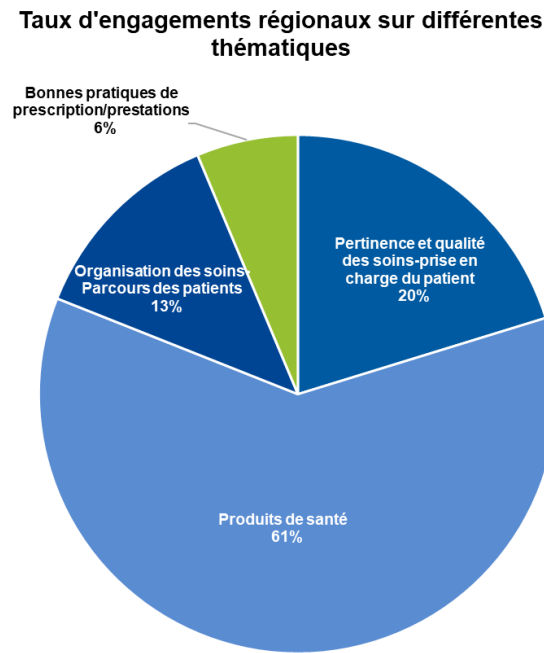
Les indicateurs régionaux quant à eux, ont été classés sous 4 principales thématiques, et plusieurs sous-thématiques. Le tableau 2 explicite les thématiques et sous thématiques fixées pour les indicateurs régionaux.

Tableau 2 • Indicateurs régionaux déterminées par les régions pour l'année 2022

Thématiques	Sous thématiques
Pertinence et qualité des soins- prise en charge du patient	<ul style="list-style-type: none"> * Prescriptions inappropriées chez la personne âgée * Pharmacie clinique / Prise en charge médicamenteuse * Maternité * Recours au SSR
Produits de santé	<ul style="list-style-type: none"> * Prescriptions hospitalières en ville * Bon usage des antibiotiques * Liste en sus * Dispositifs médicaux * Chimiothérapies * Biosimilaires (Promotion de la prescription et/ou bon usage administration IV ou SC) * Génériques (promotion de la prescription)
Organisation des soins- Parcours des patients	<ul style="list-style-type: none"> * Chirurgie ambulatoire* * Transports * Hospitalisation à domicile * Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) * Parcours insuffisants cardiaques* * Parcours bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
Bonnes pratiques de prescription/prestations	<ul style="list-style-type: none"> * RPPS/FINESS * Prescriptions de sortie informatisées * Prescriptions en DCI * Encadrement des pratiques des prestataires de santé À domicile (PSAD)/ Prestataires de soins et distributeurs de matériels (PSDM)

Les indicateurs choisis par les régions concernent très majoritairement les produits de santé, notamment la liste en sus (11 régions) et les dispositifs médicaux (10 régions). La pertinence et la qualité des soins ont été également priorisés par les régions qui ont mis en avant les thématiques prescriptions inappropriées chez la personne âgée (7 régions) et la pharmacie clinique /Prise en charge médicamenteuse (7 régions). Au niveau de l'organisation des soins, la thématique des transports a été davantage mise en exergue avec 4 régions engagées sur ce sujet. La répartition des engagements régionaux est indiquée dans le graphique 1.

Graphique 1 • Répartition des engagements régionaux sur les différentes thématiques



Source : Cnam et DSS

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.11.2. 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 (27 Md€ en 2021) après la masse salariale. Le programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables), 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 qualité des soins.

Le programme PHARE était intégré au plan triennal 2015-2017, qui visait à générer 3 Md€ d'économies sur l'ONDAM sur la période 2015-2017. Il constituait l'une des huit actions prioritaires identifiées dans ce cadre. Dans cette période, le montant des économies attendues était de 1,2 Md€.

Le programme PHARE est désormais intégré au plan quinquennal ONDAM 2018-2022, pour un montant attendu d'économies de 1 946 M€ sur 5 ans.

Cette démarche de plan pluriannuel n'est pas reproduite à partir de 2023. Les résultats sont attendus et analysés année par année

Précisions sur le dispositif Concrètement, le programme PHARE promeut l'activation de l'ensemble des leviers d'un achat « réussi », notamment :

- la massification et la négociation des prix des produits achetés, en vue d'obtenir des prix raisonnables et justifiés ;
- la standardisation et la substitution des produits achetés, qui évite généralement les surcoûts liés à des produits trop spécifiques ou à de la surqualité ;
- 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'optimisation des processus achat (simplification administrative, utilisation optimale des règles de la commande publique, réduction des coûts d'interface, ...)
- la montée en efficacité des processus logistiques (optimisation de la gestion des stocks et de la distribution entre les entrepôts et les services de soins, ...)
- 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, de mettre en place des plans de progrès, ...

La performance économique de l'achat mesure toujours des dépenses évitées du fait de l'action de l'acheteur. L'indicateur valorisant la performance des achats hospitaliers inclut les gains (ou pertes) réalisés sur les dépenses d'achat mais aussi, le cas échéant, certains surcoûts de recettes du fait de l'action de l'acheteur (activités commerciales hospitalières : cafétérias, ...). L'indicateur 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. Les gains d'achat sont des économies intelligentes, qui constituent des dépenses évitées du fait de l'action de l'acheteur sans dégrader la qualité des soins, voire en contribuant à l'améliorer à travers les réflexions partagées avec les prescripteurs d'achat.

Le périmètre traitable est défini comme l'ensemble des achats (tous domaines confondus, en exploitation comme en investissement : consommables médicaux et hôteliers, 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 d'achat, une année donnée, dans une optique de performance. Les gains d'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 achat est de l'ordre de 2 % (sur le périmètre traitable de 25 Md€/an) en moyenne sur la période 2018-2022. 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 achat intègre le niveau de maturité de la fonction achat des établissements de santé et traduit, année après année, la croissance de l'efficacité de la fonction achat hospitalière, ce qui suppose une démarche d'amélioration continue de la fonction achat au travers notamment d'une professionnalisation croissante des acheteurs et une organisation mature de la part de l'ensemble des processus et des acteurs.

La performance achat a vocation à être de l'ordre de 2 % de façon pérenne, toutes familles d'achats confondues (avec des variations importantes par famille). En pratique, elle se mesure à travers le rapport entre les gains achat générés et le volume financier des achats couvrant 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-après donne la valeur de l'indicateur de 2012 à 2023, 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.

Tableau 1 • Objectifs de gains achat fixés dans le cadre du programme PHARE

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Volumes annuels d'achat (en M€) (*)	21,20	21,93	23,33	23,51	23,51	24,23	24,19	25,12	26,44	29,07	30,20	31,60
Objectifs annuels gains achat (en M€)	210	320	380	420	480	540	310	412	352	317	555	301**
Objectifs achat réalisés sur le plan pluriannuel (en M€)	910			1 440			1 946					
Gains achat annuels réalisés (en M€)	172	290	378	424	546	668	550	455	378	363	671,4	328,1
Gains achat annuels réalisés sur le plan pluriannuel (en M€)	840			1 440			2 417					
Valeur-objectif de l'indicateur « Gains Achat » (**)	0,95%	1,20 %	1,60 %	1,75 %	2,00 %	2,25 %	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Valeur réalisée de l'indicateur « Gains Achat »	0,81%	1,31%	1,62%	1,80%	1,94%	2,19%	2,27%	1,81%	1,43%	1,25%	2,22%	1,04%
Gains budgétaires au titre du plan triennal (en M€)	146	247	321	360	464	568	468	387	321	309	571	279
	714			1 392			2 055					

Source DGOS : DGOS - Programme PHARE, le 04/04/2024.

(*) Les volumes d'achat sont issus de la cartographie effectuée par DGOS-Programme en juillet 2020 (support SR5).

(**) Objectif calculé hors énergie

(***) Depuis 2018, l'objectif annuel ne s'exprime plus en proportion du volume d'achat global (prévision 2018 : 25M€). Il a été défini par consolidation du calcul des objectifs individuels des 7 chantiers PHARE du plan quinquennal (fonction achat de GHT, opérateur d'achat mutualisés, Logistique, achats médico-économiques (OMEPS), de fonction technique homogène (OTEPH), d'externalisation ou "Make or Buy" (MOB)

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).

En 2015, plus de 500 établissements ont remonté des gains pour un montant de 300 M€, issus d'actions internes (hors actions de mutualisation entre établissements réalisées à un niveau régional ou national) *via* la réalisation de plans d'action achat. 50 % des régions ont dépassé l'objectif de gains achat fixé pour 2015, les régions obtenant les meilleurs résultats étant celles s'appuyant en grande partie sur une mobilisation interne aux établissements.

En 2016, plus de 600 établissements ont remonté des gains (soit près des deux tiers) pour un montant d'environ 290 M€ de gains issus d'actions internes (hors actions de mutualisation entre établissements réalisées à un niveau régional ou national) *via* la réalisation de plans d'action achat. 50 % des régions ont dépassé l'objectif de gains achat fixé pour 2016. On observe également un recours plus important aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) qui ont eux-mêmes obtenu une performance significative (près de 230 M€). Cela représente au global des gains d'achat de 553 M€, soit près de 115 % des objectifs assignés au Programme PHARE (480 M€) pour 2016.

En 2017, plus de 720 établissements ont remonté des gains (soit près de 80 %) pour un montant d'environ 273 M€ de gains issus d'actions internes (hors actions de mutualisation entre établissements réalisées à un niveau régional ou national) *via* la réalisation de plans d'actions achat. 70 % des régions ont dépassé l'objectif de gains achat fixé pour 2017. On observe également un recours encore plus important aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) avec une performance significative (près de 330 M€), soit 55 % des gains achat 2017. Cela représente au global des gains d'achat de 603 M€, soit près de 111 % des objectifs assignés au Programme PHARE (540 M€) pour 2017.

En 2018, 135 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 100 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 550 M€ de gains (dont 230 M€ issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés). Toutes les régions ont dépassé l'objectif de gains achat fixé pour 2018. On observe un recours croissant aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) avec une performance significative (près de 320 M€), soit 58 % des gains achat 2018. Les gains globaux d'achat, de 550 M€, représentent près de 177 % des objectifs assignés au Programme PHARE (310 M€) pour 2018.

En 2019, 124 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 91 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 455 M€ de gains, dont 200 M€ (44%) sont issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. Toutes les régions ont tenu l'objectif de gains achat fixé pour 2019. On observe un recours croissant aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) avec une performance significative (près de 269 M€), soit 59% des gains achat 2019. Les gains globaux d'achat de 455 M€, représentent près de 110 % des objectifs assignés au Programme PHARE (412 M€) pour 2019.

En 2020, 120 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 88 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 378 M€ de gains dont 149 M€ (39%) sont issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. 7 régions sur 16 ont tenu les objectifs annuels de gains d'achat. Il est à noter que vu la forte mobilisation des directions achat de GHT sur les sujets de tensions d'approvisionnement liés à la crise, les objectifs de gains 2020 nationaux avaient été revus à la baisse (352 M€ pour 548 M€ initialement). Dans ce contexte, on observe un recours très important et croissant des GHT aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) avec une performance significative (près de 237 M€), soit 63% des gains achat 2020. Les gains globaux d'achat, de 378 M€, représentent 107 % des objectifs fixés au Programme PHARE (352 M€) pour 2020.

En 2021, 124 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 91 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 363 M€ de gains dont 143 M€ (39 %) issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. 8 régions sur 16 ont tenu les objectifs annuels de gains d'achat. Il est à noter que comme pour 2020, les objectifs de gains 2021 nationaux avaient été revus à la baisse (317 M€ pour 633 M€ initialement). On observe cette année un volume de gains très important

des opérateurs d'achat national (317 M€). Les gains globaux d'achat, de 363 M€, représentent 115 % des objectifs fixés au Programme PHARE (317 M€) pour 2021.

En 2022, 115 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 84 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 671,4 M€ dont 122,5 M€ (18%) issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. Il est à noter que l'achat d'énergie, quasi exclusivement géré par les opérateurs d'achats nationaux a généré 308 M€. 10 régions sur 16 ont tenu les objectifs annuels de gains d'achat. On observe cette année un volume de gains très important des opérateurs d'achats nationaux (463,1 M€) et régionaux (68,1 M€) Les gains globaux d'achat, de 671,4 M€, représentent 121 % des objectifs fixés au Programme PHARE (554,8 M€) pour 2022.

En 2023, 119 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 88 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 328,1 M€ hors énergie dont 124 M€ (38%) issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. Dix régions sur 16 ont tenu les objectifs annuels de gains d'achat. Les actions des opérateurs d'achats nationaux (164,1 M€) et régionaux (40M€) représentent 62%. Les gains globaux d'achat, de 328,1 M€, représentent 109 % des objectifs fixés au Programme PHARE (301,2 M€) pour 2023. Il est à noter que l'objectif ainsi que les gains ont été calculés hors énergie.

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 méthodologie historique (depuis 2011) de valorisation de la performance achat appliquée par les établissements hospitaliers a été arrêtée par le programme PHARE au niveau national en s'inspirant de celle élaborée par la Direction des achats de l'Etat. Celle-ci a été raffinée pour intégrer les retours d'expérience des acheteurs hospitaliers et prendre en compte leur maturité, qui a crû régulièrement.

La méthode de calcul des gains achat respecte les principes méthodologiques suivants:

- 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 (intégrant les éventuelles pertes d'achat), 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).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.11.3. Respect de l'objectif de prescriptions hospitalières exécutées en ville

Finalité Le présent indicateur retrace l'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV). Ces dépenses correspondent à des prescriptions effectuées en établissement de santé, mais réalisées en ville et donc comptabilisées dans l'enveloppe des soins de ville de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

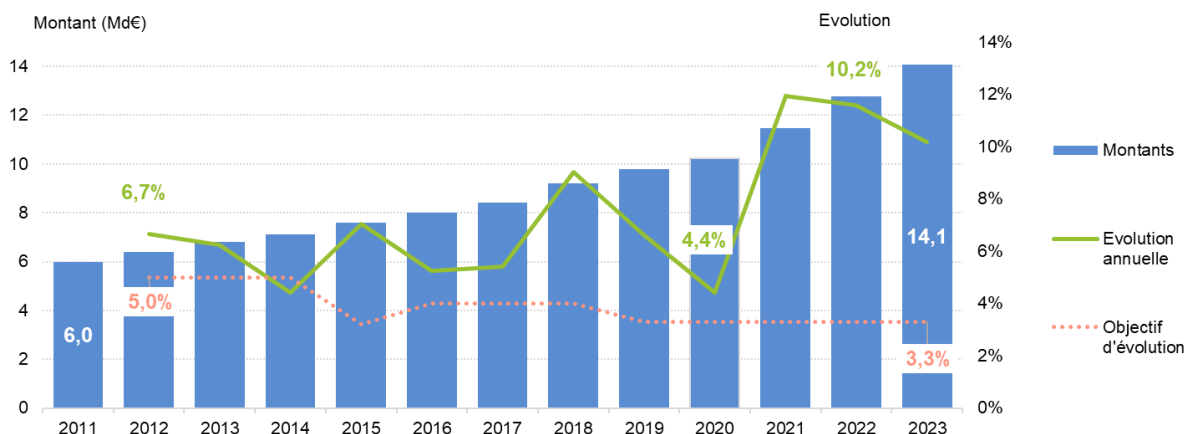
Les actions nationales de suivi et de maîtrise mises en place depuis 2011, dans le cadre de la gestion du risque, se concentrent sur les PHEV dont les montants et les évolutions sont les plus élevés, à savoir les produits de santé et les transports. L'enjeu des actions porte sur l'amélioration de la pertinence de la prescription, la promotion des médicaments génériques et biosimilaires (cf. *indicateurs 2-11-4 et 2-11-5*), et l'accompagnement des prescripteurs hospitaliers grâce à des actions de sensibilisation, de communication et par la voie contractuelle.

Les dépenses totales de PHEV¹ s'élèvent à 21,5 Md€ en 2023, représentant 21 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville (hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire). Elles affichent une forte dynamique annuelle depuis la crise sanitaire de +12,3 % entre 2020 et 2021, de +9,7 % entre 2021 et 2022 et de +7,9 % entre 2022 et 2023. À titre comparatif, entre 2016 et 2019, les dépenses évoluaient chaque année de +5,3 %, en moyenne. Les dépenses de produits de santé et de transports représentent environ 80 % des dépenses de PHEV. Précisément, elles s'élèvent à 16,7 Md€ en 2023.

Résultats Les dépenses de produits de santé (hors rétrocession) passent de 6,0 Md€ en 2011 à 14,1 Md€ en 2023, progressant ainsi de +7,4 %, en moyenne pendant cette période. L'année 2018 est marquée par une dynamique particulièrement soutenue de la croissance des remboursements de produits de santé (+9%) comparé à la tendance moyenne observée les années précédentes (+5,8%). Cette croissance ralentit ensuite en 2019 et s'établit à +6,6 %. L'année suivante, cette même tendance est observée: la croissance des remboursements de produits de santé perd environ 2 points de pourcentage pour se fixer à +4,4% en 2020. Depuis 2021, les dépenses de remboursement de produits de santé progressent fortement : d'environ +11% en 2021 et en 2022 et, de +10,2% en 2023. Cette forte hausse observée ces trois dernières années s'explique par une reprise de l'activité hospitalière qui avait été ralentie en 2020, du fait de la crise sanitaire. Le calcul d'un taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre l'année 2019 et l'année 2023 permet de neutraliser l'impact de la crise dans l'analyse de l'évolution des dépenses de PHEV. Pour les produits de santé, ces dépenses évoluent en moyenne de +9,5% par an entre 2019 et 2023.

Concernant le taux d'évolution cible des dépenses de PHEV pour les produits de santé, il a été fixé à +5,0 % de 2012 à 2014. Il a ensuite été réduit à +4,0 % entre 2016 et 2018, et à +3,3 % à partir de 2019. Depuis 2014, la croissance observée des dépenses de PHEV pour les produits de santé est plus dynamique que les objectifs fixés. Au vu de cette analyse, cet objectif semble déconnecté de l'évolution réelle des dépenses remboursées. Par conséquent, il serait intéressant de le réviser.

Graphique 1 • Evolution des dépenses de PHEV pour les produits de santé : médicaments (hors rétrocession) et LPP⁽²⁾



(2) La LPP est la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie.

Champ : Etablissements publics EX-DG, France entière, tous régimes (sauf avant 2015 pour les médicaments (hors rétrocession) et LPP qui sont hors Mines, SNCF, RATP, ENIM, Port Autonome de Bordeaux et données de l'APRIA-AMEXA)

Sources : Les données sont issues du SNIIRAM. Avant 2015, les traitements étaient réalisés par la CNAM et la DSS. Depuis 2016, les traitements sont uniquement exécutés par la CNAM.

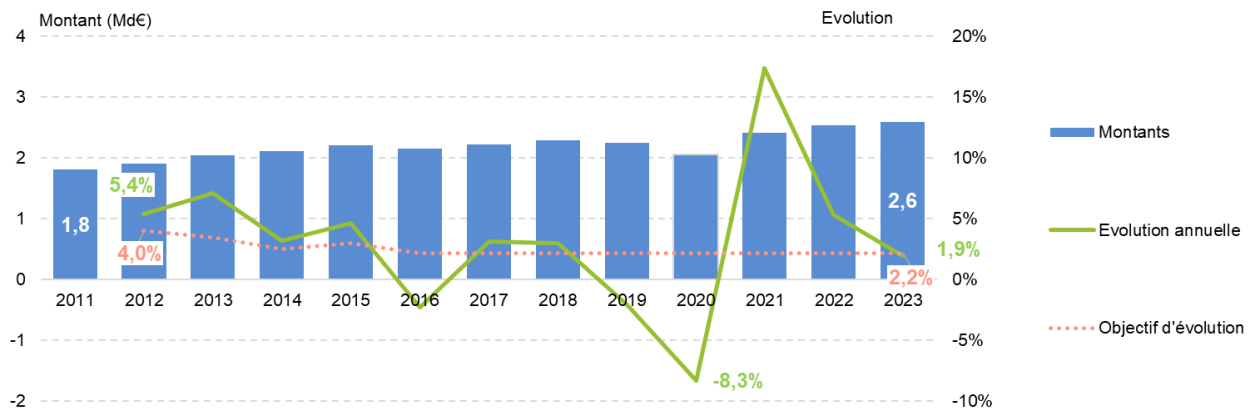
Depuis 2011, les dépenses de PHEV pour les transports varient, avec des progressions à la fois positives et négatives. En 2019, elles sont affectées par plusieurs mesures intervenues lors des LFSS pour 2018 et 2019 qui sont, principalement, l'intégration du financement des transports inter-hospitaliers dans les tarifs hospitaliers (mesure de périmètre) et, le protocole conclu entre les fédérations de taxis et l'Assurance maladie (ayant permis de réaliser 60 M€ d'économies tarifaires). Ainsi, elles diminuent de -2,1 % en 2019 (contre +3,5% d'évolution en moyenne, entre 2011 et 2018). L'année suivante, la crise sanitaire accentue cette baisse (-8,3 %). Une forte reprise de l'activité est observée en

¹ Comprenant les dépenses de produits de santé, de transports, de biologie, d'auxiliaires médicaux, d'indemnités journalières, mais hors médicaments rétrocédés et hors honoraires de dispensation.

2021 : les dépenses de transport évoluent de +17,4 % par rapport à 2020. La progression des dépenses de transports se poursuit en 2022 et 2023 mais à un rythme beaucoup moins soutenu : +5,3% entre 2021 et 2022 et de +1,9% entre 2022 et 2023. Par ailleurs, cette tendance à la hausse des dépenses est déjà présente depuis 2019. Le TCAM des dépenses de PHEV pour les transports s'élève à +3,7 % entre 2019 et 2023, soit une progression supérieure à celle observée en moyenne entre 2011 et 2019 (+2,7 %).

Concernant le taux d'évolution cible des transports, il a été fixé à +2,2 % depuis 2016, et le seuil du montant annuel des dépenses de transports par établissement à 500 000 €. Depuis 2011, les objectifs de dépenses ont plus ou moins été respectés, jusqu'en 2020 où les dépenses des transports ont connu une forte diminution suivie d'une forte croissance en 2021. Après une année 2022 où l'évolution constatée des dépenses de PHEV reste supérieure à l'objectif fixé, ce dernier est respecté en 2023. En termes absolus, les dépenses de PHEV pour les transports sont ainsi passés de 2,1 Md€ en 2020 à 2,4 Md€ en 2021 et de 2,5 Md€ en 2022 à 2,6 Md€ en 2023.

Graphique 2 • Dépenses de PHEV pour les transports



Champ : Etablissements publics EX-DG, France entière, tous régimes (sauf avant 2015 pour les médicaments hors rétrocession et LPP qui sont hors Mines, SNCF, RATP, ENIM, Port Autonome de Bordeaux et données de l'APRIA-AMEXA)

Sources : Les données sont issues du SNIIRAM. Avant 2015, les traitements sont réalisés par la CNAM et la DSS. Depuis 2016, les traitements sont uniquement exécutés par la CNAM.

Précisions sur le dispositif Initialement, les prescriptions hospitalières exécutées en ville étaient encadrées par les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) signés entre l'agence régionale de santé (ARS), l'Assurance maladie et l'établissement de santé. Depuis le 1^{er} janvier 2018 elles sont suivies dans les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). Ce contrat, créé par l'article 81 de la LFSS pour 2016, permet de fusionner en un support unique l'ensemble des dispositifs contractuels existant entre les établissements de santé, les ARS et l'Assurance maladie. Ce nouveau contrat s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de soins en offrant aux établissements de santé une meilleure visibilité sur l'ensemble de leurs marges de progression. Cette approche concertée de l'activité des établissements vise à permettre la prise en compte des atypies des établissements et une priorisation des actions à mettre en œuvre en cohérence avec les objectifs à atteindre.

Depuis 2015 (article 64 de la LFSS pour 2015), un arrêté annuel fixe un taux cible de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire du groupe générique en PHEV. La promotion de la prescription de génériques en PHEV est primordiale, puisque les établissements sont souvent primo-prescripteurs de traitements lourds dont le renouvellement est ensuite réalisé par les prescripteurs en ville. Le taux de prescription minimum a été fixé à 39 % en 2015, puis 44 % en 2016 et 2017, ensuite 45,5 % en 2018 et enfin 49 % à partir de 2019 dans le cadre du CAQES. Cependant, les taux de prescriptions des médicaments appartenant au répertoire du groupe générique en PHEV, en 2020, 2021 et 2022, ne respectent pas les objectifs CAQES. Les taux de prescriptions s'élèvent à environ 45% en 2020 et en 2021, 46,9% en 2022 et 47,7% en 2023, soit en deçà de l'objectif fixé.

Les transports sanitaires font l'objet d'un volet additionnel du CAQES soumis à des critères de ciblage définis réglementairement. Ces critères non cumulatifs permettent l'inclusion des établissements les plus atypiques au regard, soit de leur montant annuel de dépenses prescrites et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville, soit du taux d'évolution annuel de ces mêmes dépenses.

Construction de l'indicateur L'indicateur retrace l'évolution constatée des dépenses d'assurance maladie de prescriptions hospitalières exécutées en ville, en lien avec leur objectif fixé par arrêté pour deux d'entre eux, à savoir les produits de santé (hors rétrocession) et les transports. Les données proviennent du SNIIRAM. Avant 2015, elles sont traitées par la CNAM et la DSS. Depuis 2016, les données sont uniquement traitées par la CNAM. Le champ concerne les dépenses en établissements publics EX-DG, en France entière et pour tous les régimes, sauf avant 2015 pour les médicaments hors rétrocession et LPP qui sont hors Mines, SNCF, RATP, ENIM, Port Autonome de Bordeaux et données de l'APRIA-AMEXA.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.11.4. Chirurgie ambulatoire

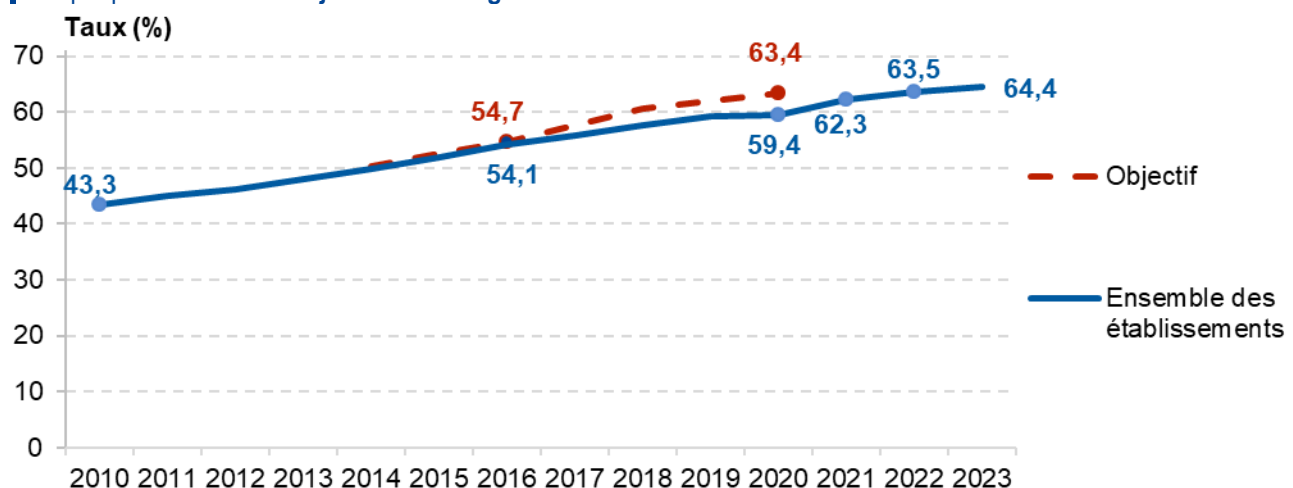
Finalité La chirurgie ambulatoire est une source d'amélioration des prises en charge des patients et d'optimisation des ressources humaines et financières. C'est pourquoi le développement d'une chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie à temps complet est une priorité pour les établissements de santé, comme il l'est pour le ministère en charge de la santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. L'objectif était d'atteindre fin 2016 un taux global de chirurgie ambulatoire de 50 %. 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 a mécaniquement augmenté les cibles nationales à atteindre : 54,7 % en 2016 et 66,2 % en 2020.

Conséquence de la crise sanitaire liée à la Covid-19, les cibles 2020 et 2021 ont été gelées, les travaux ayant repris en 2023, aucune cible n'a été fixée pour les années 2022 et 2023. Toutefois, en dépit de la baisse d'activité de chirurgie liée aux reports des activités non-covid pour faire face aux différentes vagues épidémiques, les taux nationaux et régionaux de chirurgie ambulatoire ont progressé, de 0,2 point en 2020 et de 2,9 points en 2021.

Des travaux sont actuellement menés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en lien avec l'Agence technique de l'information de l'hospitalisation (ATIH), la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) concernant la fixation de nouvelles cibles pour les prochains CPOM Etats-ARS 2024-2028.

Résultats Le taux national de chirurgie ambulatoire s'élevait à 59,2 % en 2019 et, en dépit de la crise sanitaire, a progressé de 3,1 points entre 2019 et 2021, dont 2,9 points entre 2020 et 2021, pour s'établir à 62,3 % (cf. *Tableau 1*). Le secteur des cliniques privées (ex-OQN) conserve son avance par rapport au secteur ex-DG¹. Le premier a progressé de 3,9 points entre 2019 et 2021 pour s'établir à 71,4 % alors que le secteur ex-DG a connu progression moins marquée (1,4 point) pour atteindre 50 % en 2021. Le taux de chirurgie ambulatoire s'élevait à 62,3% en 2021 et a progressé de 2,1 points entre 2021 et 2023 pour atteindre 64,4%. Entre 2022 (63,5%) et 2023, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé de 0,9 points.

Graphique 1 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire



Source – ATIH – traitement DGOS Note : l'objectif 2020 a été gelé en raison du contexte sanitaire

Tableau 1 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire par secteur

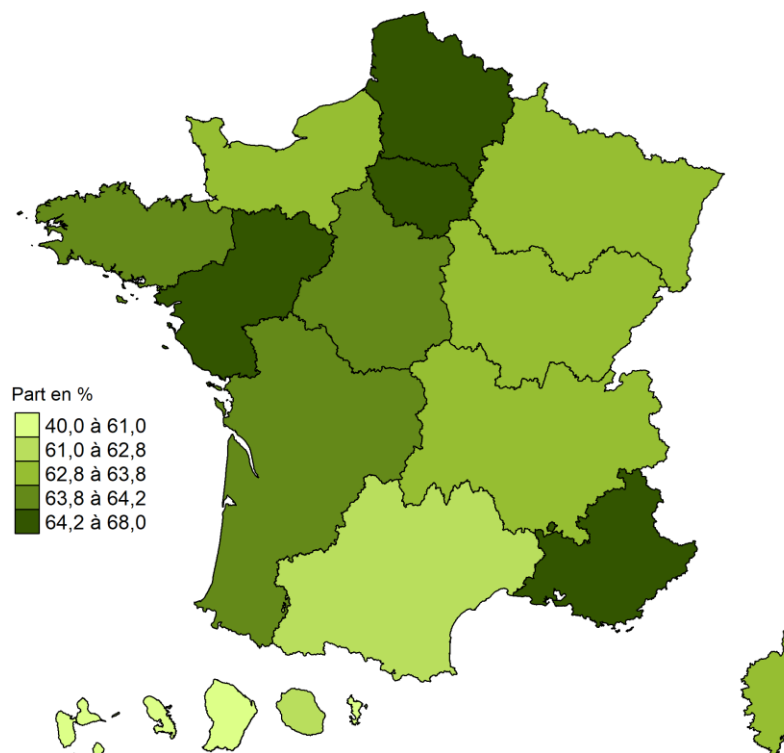
Taux (%)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Établissements ex-DG	33,8	35,4	36,6	38,4	40,1	42,0	44,0	45,7	47,3	48,6	47,3	50,0	51,1	52,0
Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP)	27,0	28,1	28,9	30,7	32,1	33,9	35,7	36,7	38,3	39,9	38,9	40,6	43,0	43,1
Centres hospitaliers (CH)	37,9	39,5	40,8	42,6	44,4	46,1	48,2	49,8	51,5	52,5	50,8	53,4	54,2	54,8
Centres hospitaliers universitaires/régionaux (CH/CHR)	27,3	28,8	29,6	30,8	32,2	33,6	35,8	37,5	38,9	39,9	38,4	40,2	41,3	42,4
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	27,5	29,6	32,2	33,9	38,8	44,4	46,8	48,7	50,9	52,0	53,7	54,6	55,7	56,8
Services de santé des armées (SSA)	23,5	25,8	28,3	32,9	36,9	40,1	40,4	42,9	55,6	48,8	46,8	54,3	53,8	51,8
Établissements privés à but non lucratif (EBNL)	39,5	41,2	42,8	45,6	47,5	49,7	52,0	53,9	45,8	57,2	57,8	62,4	63,7	64,7
Cliniques privées (ex-OQN)	50,2	51,8	53,1	55,2	57,4	59,6	61,9	63,9	65,9	67,5	68,5	71,4	72,6	73,6
Ensemble	43,3	44,9	46,1	48,0	49,9	51,9	54,1	55,9	57,7	59,2	59,4	62,3	63,5	64,4

Sources : ATIH, PMSI-MCO, 2010-2023.

Champ : nouveau périmètre (voir méthodologie)

¹ Néologisme désignant les établissements financés par la dotation globale, avant la mise en place de la tarification à l'activité (établissements visés aux alinéas a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dont les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier).

Carte 1 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire par régions en 2023



Sources : ATI, PMSI-MCO, 2023 – traitement DGOS, © IGN 2022

Précisions sur le dispositif Priorité nationale depuis 2011, le développement de la chirurgie ambulatoire a 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. L'essor de la chirurgie ambulatoire s'inscrit, en outre, dans le cadre plus global du « virage ambulatoire », axe fort de la Stratégie nationale de santé. Identifié comme enjeu majeur de l'évolution de l'offre de soins par les projets régionaux de santé et schémas régionaux d'organisation des soins (SROS-PRS) pour les années 2012-2016, le développement de la chirurgie ambulatoire l'est également dans les projets régionaux de santé 2^{ème} génération et les nouveaux schémas régionaux de santé (SRS 2018-2023). Il fait par ailleurs partie intégrante du plan d'économie triennal décliné au travers des plans d'actions régionaux mis en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) et l'Assurance Maladie.

Des actions 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 groupes homogènes de malades de chirurgie ambulatoire et suppression des bornes basses de chirurgie de niveau 1 pour favoriser les prises en charge innovantes en 2014), de la 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 largement diffusée en juillet 2015, afin que les professionnels et les établissements se l'approprient pour l'évaluation de leur pratique en chirurgie ambulatoire.

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 :

- Des objectifs de développement de la chirurgie ambulatoire, annualisés par établissement de santé et par région. Cette cible se fonde sur une 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 était modulée à l'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 ; elle permet de définir des cibles de progression établissement par établissement à partir desquelles sont élaborés les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) établissement de santé/ARS, assortis de plan d'actions personnalisés en fonction de chaque situation ;
- Un programme national de chirurgie ambulatoire pour les années 2015-2020 fondés sur 5 axes principaux :
 - o 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.

Pour faire encore davantage progresser la chirurgie ambulatoire, l'enjeu est maintenant d'investir des prises en charge plus complexes (actes plus techniques, patients plus complexes) tout en assurant la qualité et la sécurité des soins et une meilleure coordination avec la ville :

- Les programmes de récupération améliorée après chirurgie se développent, sur la base de recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Ils permettent de sécuriser les sorties des patients à domicile et de limiter les complications. Ces programmes sont encouragés au niveau national et ont pour objectif de faciliter le retour à l'autonomie des patients et la réduction des taux de complications postopératoires ; s'ils ne concernent pas spécifiquement la CA, ils peuvent aboutir pour certaines prises en charge à une hospitalisation ambulatoire ;
- Le développement des outils de coordination - *notamment la lettre de liaison créée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* - et des systèmes d'information (messagerie sécurisée, dossier partagé) en particulier dans le cadre du programme Territoires de Soins Numérique (TSN), permettent désormais d'améliorer le lien ville/hôpital et de répondre à l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé : le décloisonnement ;
- Un appel à projets mis en place par la DGOS et l'Institut national du cancer a permis de sélectionner, en 2016, 36 établissements (CHU, CLCC, CH, cliniques privées...) qui mettent en œuvre des projets destinés à développer la chirurgie ambulatoire en cancérologie, dans le cadre d'un parcours personnalisé du patient. Les résultats de cet accompagnement sont les suivants :
 - Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté de 18,4 % en deux ans ;
 - Les dépenses moyennes de soins pré-opératoires et post-opératoires ne sont pas plus élevées qu'en hospitalisation conventionnelle ;
 - Le développement de l'ambulatoire carcinologique repose sur la mobilisation des équipes autour d'un projet coordonné, s'articulant avec l'amont et l'aval ;
 - La chirurgie ambulatoire ne génère pas de déport de dépenses sur la ville.

Par ailleurs, les indicateurs en matière de chirurgie ambulatoire se sont enrichis :

- L'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) et l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) ont développé un indicateur de performance de chirurgie ambulatoire, disponible sur [le site ScanSanté](#), permettant aux établissements de comparer leurs performances dans le temps, avec d'autres établissements de même type ou de leur région.
- La HAS a développé et expérimenté en 2016 des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en chirurgie ambulatoire, en complément de ceux déjà existants évaluant le parcours du patient dans une approche intégrée (processus et résultat). En 2020, les mesures nationales d'indicateurs à partir du dossier patient ont été annulées en raison de la crise sanitaire liée à pandémie au SARS-Cov2. Les résultats des années précédentes sont disponibles sur **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.** Le nouveau recueil est en cours, il sera clôturé en septembre 2022 et les résultats seront disponibles à la fin de l'année 2022. La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients a fait l'objet d'une campagne en 2021 et les résultats sont disponibles dans un rapport sur [le site de la HAS](#). Compte tenu de la crise sanitaire et de son impact sur le dispositif lors de la campagne nationale 2020, il n'y a pas de comparaison entre la campagne nationale 2020 et la campagne nationale 2021. Il s'agit de la quatrième campagne nationale e-Satis CA réalisée par la HAS sur 967 établissements de santé, parue en 2021. Elle montre un score global de satisfaction des patients très encourageant (**84,3 %** des patients satisfaits), tout particulièrement élevé pour l'accueil du patient, l'information en amont et pendant le séjour, la prise en charge médicale et paramédicale du patient. La qualité des informations reçues est jugée « bonne » à « excellente » par 9 patients sur 10 (93,8%). En revanche des marges de progrès existent en ce qui concerne la qualité de la sortie (transmission des informations) et du retour à domicile.
- Enfin, l'Assurance maladie et la Direction Régionale du Service médical de la région Bourgogne Franche Comté, ont mise en œuvre l'application Visuchir, disponible sur [le site ScanSanté](#) pour les institutions, les établissements de santé et les professionnels de santé visant à leur apporter des éléments d'analyse et de prospective sur la chirurgie en vue d'impulser une dynamique de développement de la chirurgie ambulatoire. L'outil permet l'analyse et la comparaison des pratiques professionnelles et organisationnelles chirurgicales des établissements de santé en prenant en compte leurs spécificités (case-mix, niveaux de sévérité et âges des patients, innovation ambulatoire). Il identifie pour chaque établissement son potentiel de développement ambulatoire en se basant sur les 20 % d'établissements français les plus performants en ambulatoire, acte CCAM par acte CCAM. L'outil est constitué de 3 gammes :
 - [« Visuchir spécialités »](#) s'adresse aux chirurgiens de terrain et aux sociétés savantes. Son objectif majeur consiste à évaluer les pratiques professionnelles et organisationnelles ;
 - [« Visuchir établissement »](#) s'adresse aux établissements de santé. Son objectif majeur consiste à développer la chirurgie ambulatoire ;
 - [« Visuchir régions »](#), disponible depuis le 8 juin 2022, s'adresse aux institutions régionales (Assurance Maladie et agences régionales de santé). Son objectif majeur consiste à aider à la recomposition chirurgicale régionale et à préparer les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les établissements et les ARS.

Construction de l'indicateur L'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée au moyen d'un indicateur construit selon une méthodologie qui permet de ne cibler que les actes réalisables en ambulatoire selon les sociétés savantes. Le périmètre de cet indicateur a évolué en 2015 :

1- Périmètre avant 2015

Il recouvre l'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 (recouvrant les activités d'obstétrique et de néonatalogie).

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) correspondant au tableau 1.

2- Périmètre depuis 2015

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) (tableau 2).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.11.5. Transferts des patients vers des unités de soin adaptées

Finalité Il s'agit ici d'évaluer l'adéquation de l'utilisation de lits hospitaliers en Médecine ou Chirurgie (MC) avec la nature des actes effectués et/ou l'état de santé du patient¹. Les hospitalisations complètes (avec au moins 1 nuitée) en MC correspondent à des « soins aigus », dont la continuité peut imposer, dans certains cas, la poursuite de soins de nature hospitalière en soins médicaux et de réadaptation (SMR – anciennement SSR²) ou en hospitalisation à domicile (HAD). Il est donc attendu que les patients dont l'état de santé ne requiert pas de soins lourds restent peu de temps hospitalisés dans les services de MC avant d'être pris en charge en SMR ou HAD.

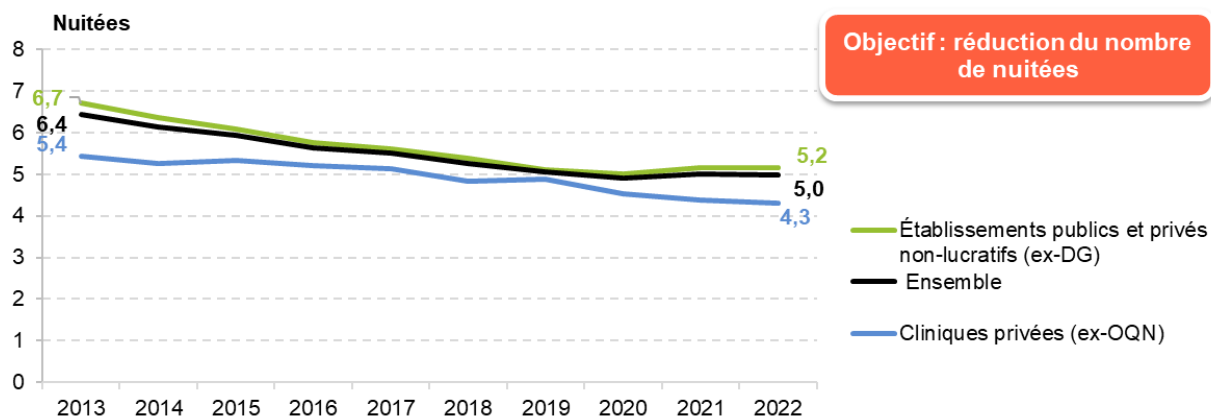
La durée moyenne de séjour (DMS, en nuitées) en médecine et en chirurgie est calculée pour les séjours suivis d'un transfert ou d'une mutation vers un service de SMR ou d'HAD relevant du niveau de sévérité le plus bas (niveau 1). Le niveau de sévérité d'un séjour hospitalier est déterminé en fonction des caractéristiques du séjour et du patient, selon une échelle allant de 1 à 4 (le niveau 4 correspondant au niveau de sévérité le plus important). Pour les séjours de moindre sévérité (niveau 1), l'indicateur de durée de séjour en MC repose sur un objectif de réduction au profit d'un mode de prise en charge alternatif.

Résultats L'analyse de la durée moyenne des séjours (DMS) d'hospitalisation complète en médecine et en chirurgie sans sévérité significative (niveau 1) pour les patients transférés/ mutés en SMR ou en HAD permet d'établir les constats suivants :

- en **médecine** : la DMS a notablement baissé, de 6,4 nuitées en 2013 à 5,0 en 2022 ;
- en **chirurgie** : la DMS est passée de 7,9 nuitées en 2013 à 5,2 en 2022.

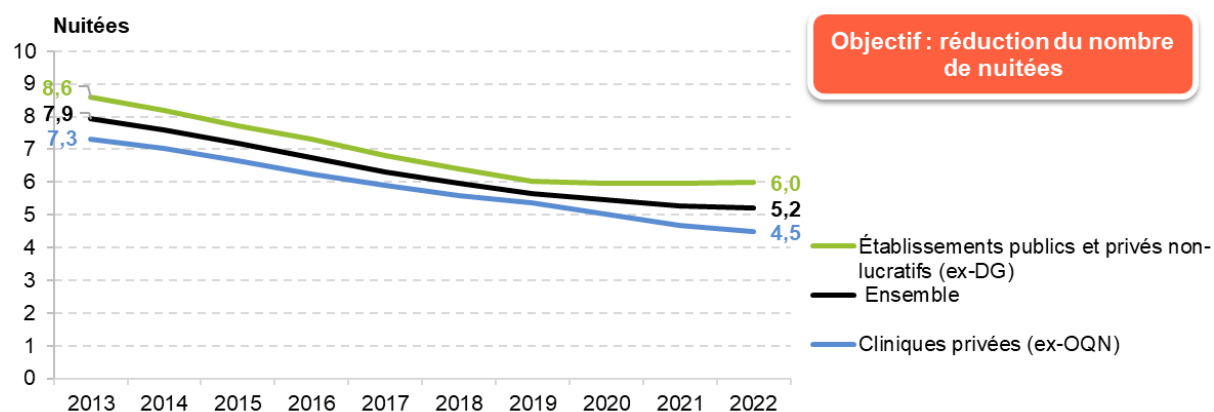
Alors que la DMS ainsi mesurée dans le secteur public et privé non-lucratif se stabilise à partir de 2019, elle diminue continuellement sur l'ensemble de la période dans le secteur privé lucratif.

Graphique 1 • Durée moyenne de séjour en médecine de niveau 1 pour les patients transférés en SMR ou en HAD (en nuitées)



Source : PMSI-ATIH.

Graphique 2 • Durée moyenne de séjour en chirurgie de niveau 1 pour les patients transférés en SMR ou en HAD (en nuitées)



Source : PMSI-ATIH.

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

² Le 12 janvier 2022, deux décrets portant réforme des autorisations du secteur Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sont venus entériner l'appellation de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR).

Sur la période 2013-2022, la part de séjours MC suivi de SMR ou HAD reste stable, pour le niveau 1 comme au global. Pour mettre en perspective ces constats avec la diversité des prises en charge d'aval, l'évolution annuelle des transferts de séjours avec nuitée en médecine et chirurgie (quel que soit leur niveau de sévérité) peut aussi être observée en tenant compte de la poursuite des soins en unités de soins de longue durée (USLD) ou en hébergement médico-social (cf. tableaux 1 et 2).

Le transfert en **soins médicaux et de réadaptation (SMR)** constitue toujours **le mode de sortie par transfert le plus fréquent** en 2022 : 75 % dans les établissements publics et privés non-lucratifs (ex-DG) et 92 % dans les cliniques privées (ex-OQN) pour un volume beaucoup plus faible. Dans le secteur ex-DG, les transferts vers une structure d'hébergement médico-sociale sont bien plus fréquents (16,7 %) que dans le secteur ex-OQN (3,9 %), comme les transferts vers une USLD (4,4% en ex-DG contre 1,1% en ex-OQN), ce qui peut s'expliquer par le fait que les patients sont en moyenne plus âgés en ex-DG qu'en ex-OQN.

Par rapport à 2021, le volume des transferts étudiés a été globalement moindre en 2022 dans le secteur ex-DG (-2,6%) ; seuls les flux à destination d'un hébergement médico-social ont augmenté (+5,7%). Ils sont restés plutôt stables dans le secteur ex-OQN (+0,7%), où les transferts vers les SMR se maintiennent (+0,9%) et ceux vers le médico-social progressent (+3,6%). Le volume des transferts vers l'HAD a cessé de croître depuis 2020 dans les deux secteurs.

Tableau 1 • Transferts* des patients hospitalisés en médecine et chirurgie vers les autres services hospitaliers ou les services médico-sociaux (en nombre de séjours)

Secteur	Sorties vers :	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Etablissements publics et privés non-lucratifs (ex-DG)	SMR	466 443	472 422	483 156	489 812	487 961	488 426	487 866	447 448	445 024	427 067
	USLD	39 661	37 807	37 815	35 660	34 463	32 610	30 227	27 344	26 983	25 478
	HAD	15 162	17 012	18 439	20 232	21 426	22 035	25 491	25 505	25 504	24 406
	médico-social	82 243	84 452	87 981	91 193	94 268	95 852	97 020	88 166	90 769	95 906
	Total	603 509	611 693	627 391	636 897	638 118	638 923	640 604	588 463	588 280	572 857
Cliniques privées (ex-OQN)	SMR	166 929	165 796	161 387	160 661	158 803	157 407	161 910	131 103	130 567	131 711
	USLD	3 036	2 267	2 354	2 394	2 924	2 823	2 269	1 915	1 633	1 561
	HAD	2 087	2 469	2 761	3 048	3 115	3 388	4 801	5 063	4 937	4 733
	médico-social	1 703	1 547	2 486	4 629	5 350	5 897	5 900	5 811	5 411	5 605
	Total	173 755	172 079	168 988	170 732	170 192	169 515	174 880	143 892	142 548	143 610

*mutation vers une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant au même établissement ou transfert vers un autre établissement.

Note : « SMR » : soins médicaux et de réadaptation, « USLD » : unités de soins de longue durée, « HAD » : hospitalisation à domicile, « médico-social » : hébergement médico-social.

Source : PMSI-ATIH

Tableau 2 • Évolution annuelle des transferts* des patients hospitalisés en médecine et chirurgie vers les autres services hospitaliers ou les services médico-sociaux

Secteur	Sorties vers :	Evolution annuelle									
		2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	
Etablissements publics et privés non-lucratifs (ex-DG)	SMR	+ 1,3%	+ 2,3%	+ 1,4%	- 0,4%	+ 0,1%	- 0,1%	- 8,3%	- 0,5%	- 4,0%	
	USLD	- 4,7%	+ 0,0%	- 5,7%	- 3,4%	- 5,4%	- 7,3%	- 9,5%	- 1,3%	- 5,6%	
	HAD	+ 12,2%	+ 8,4%	+ 9,7%	+ 5,9%	+ 2,8%	+ 15,7%	+ 0,1%	- 0,0%	- 4,3%	
	médico-social	+ 2,7%	+ 4,2%	+ 3,7%	+ 3,4%	+ 1,7%	+ 1,2%	- 9,1%	+ 3,0%	+ 5,7%	
	Total	+ 1,4%	+ 2,6%	+ 1,5%	+ 0,2%	+ 0,1%	+ 0,3%	- 8,1%	- 0,0%	- 2,6%	
Cliniques privées (ex-OQN)	SMR	- 0,7%	- 2,7%	- 0,4%	- 1,2%	- 0,9%	+ 2,9%	- 19,0%	- 0,4%	+ 0,9%	
	USLD	- 25,3%	+ 3,8%	+ 1,7%	+ 22,1%	- 3,5%	- 19,6%	- 15,6%	- 14,7%	- 4,4%	
	HAD	+ 18,3%	+ 11,8%	+ 10,4%	+ 2,2%	+ 8,8%	+ 41,7%	+ 5,5%	- 2,5%	- 4,1%	
	médico-social	- 9,2%	+ 60,7%	+ 86,2%	+ 15,6%	+ 10,2%	+ 0,1%	- 1,5%	- 6,9%	+ 3,6%	
	Total	- 1,0%	- 1,8%	+ 1,0%	- 0,3%	- 0,4%	+ 3,2%	- 17,7%	- 0,9%	+ 0,7%	

*mutation vers une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant au même établissement ou transfert vers un autre établissement.

Note : « SMR » : soins médicaux et de réadaptation, « USLD » : unités de soins de longue durée, « HAD » : hospitalisation à domicile, « médico-social » : hébergement médico-social.

Source : PMSI-ATIH

Construction de l'indicateur

L'indicateur relatif aux durées moyennes de séjour (DMS) est construit à partir du recensement (via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information PMSI) des séjours d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie de niveau 1 suivis d'un transfert ou mutation vers un service de SMR ou vers une HAD. L'évolution de la DMS, comptée en nombre de nuitées, a été calculée pour ces séjours, selon la discipline, médecine ou chirurgie, et le type de financement de l'établissement (ex-DG ou ex-OQN).

L'étude des transferts ou mutations de médecine et de chirurgie vers d'autres services hospitaliers ou médico-sociaux (cf. tableaux 1 et 2) est construite à partir du recensement (via le PMSI) des séjours d'hospitalisation en médecine ou en chirurgie de tout niveau de sévérité qui ont été suivis d'un transfert ou mutation en SMR, HAD, USLD ou établissement médico-social.

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 les diagnostics et les actes réalisés pendant le séjour, ainsi que le niveau de sévérité (de 1 à 4). Les modalités retenues de la variable PMSI décrivant les destinations de sortie à la fin du séjour hospitalier sont les suivantes : 2 - sortie vers une unité de soins médicaux 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.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.12. Développer la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

2.12.1. Dynamique des indemnités journalières versées par la branche maladie

Finalité Avec un montant de près de 10,6 Md€ en 2023 pour le seul régime général (yc ex-RSI) hors DROM, les dépenses d'indemnités journalières (IJ) maladie représentent près de 10,2 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville constitutives de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Les IJ maladie se décomposent en plusieurs champs : les arrêts de courte durée (inférieur à 3 mois), de longue durée (supérieur à 3 mois), ceux des indépendants, ceux des professions libérales (PL) depuis 2021⁴⁵ et enfin les arrêts liés à la crise sanitaire.

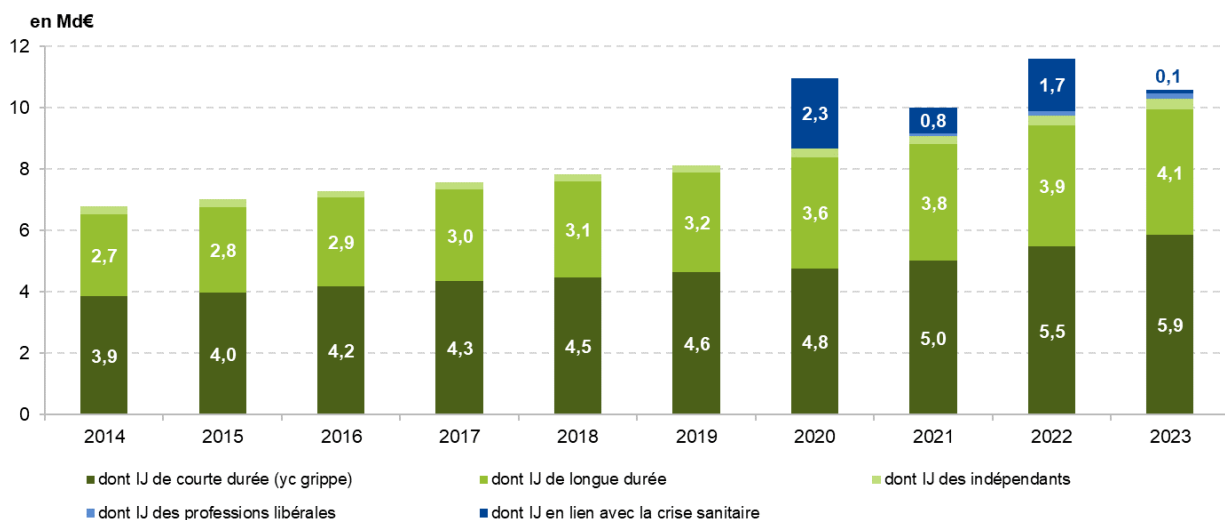
Les dépenses d'IJ ont connu des évolutions heurtées : depuis 2007, l'augmentation des dépenses était assez élevée, avant de connaître un net infléchissement à partir de 2011, puis à nouveau une évolution importante de 2014 à 2019 (soit 3,7 % en moyenne annuelle). Entre 2019 et 2023, les dépenses d'IJ ont augmenté de 6,8 % par an. Néanmoins, les évolutions restent complexes à interpréter en raison de la crise sanitaire et du contexte inflationniste persistant. Hors coûts spécifiques à la crise, les dépenses d'IJ ont augmenté en moyenne de 6,6 % par an entre 2019 et 2023 contre +3,7 % par an entre 2014 et 2019. Cette dynamique a été portée par la forte hausse des arrêts maladie de moins de trois mois (+6,6 % par an entre 2019 et 2023, contre +3,7 % par an entre 2014 et 2019) et de plus de 3 mois (+6,0 % par an entre 2019 et 2023 contre +4,1 % par an entre 2015 et 2019) et les IJ des indépendants (+13,0 % par an entre 2019 et 2023 contre -0,2 par an entre 2015 et 2019). In fine, entre 2014 et 2023, hors dépenses liées à la crise sanitaire, le taux de croissance annuel moyen est de 5,0 % contre 5,1 % y compris crise.

D'une façon générale, l'évolution des IJ hors crise peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- La croissance et le vieillissement de la population active, induisant un changement de structure de la population, résultent en un effet volume plus important ;
- Augmentation de la durée moyenne d'arrêts ;
- Dans un contexte inflationniste persistant, l'augmentation des salaires, du SMIC et du SMPT accroît la moyenne du montant des IJ, ce qui se traduit par un effet prix plus élevé ;
- Une hausse du taux de recours aux arrêts maladies.

Résultats En 2023, les dépenses d'IJ maladie y compris crise diminuent de 8,9 % par rapport à 2022 tandis qu'une progression, hors dépenses liées à la crise sanitaire, est observée à hauteur de 5,9 %. Cette évolution hors crise s'explique majoritairement par un contexte inflationniste persistant, ce qui résulte en une hausse de l'effet prix (4,7 %⁴⁶). Le volume des IJ maladie progresse faiblement par rapport à 2022 (1,1 %). L'évolution du volume des IJ de courte durée et de longue durée est moins forte que celle de l'année passée (respectivement +1,4 % et -0,4 % en 2023 contre +4,3 % et +1,5 % en 2022).

Graphique 1 • Evolution du montant annuel des indemnités journalières maladies entre 2014 et 2023 (en Md€)



Source : CNAM, calculs DSS.

Champ : régime général, France métropolitaine, périmètre Ondam.

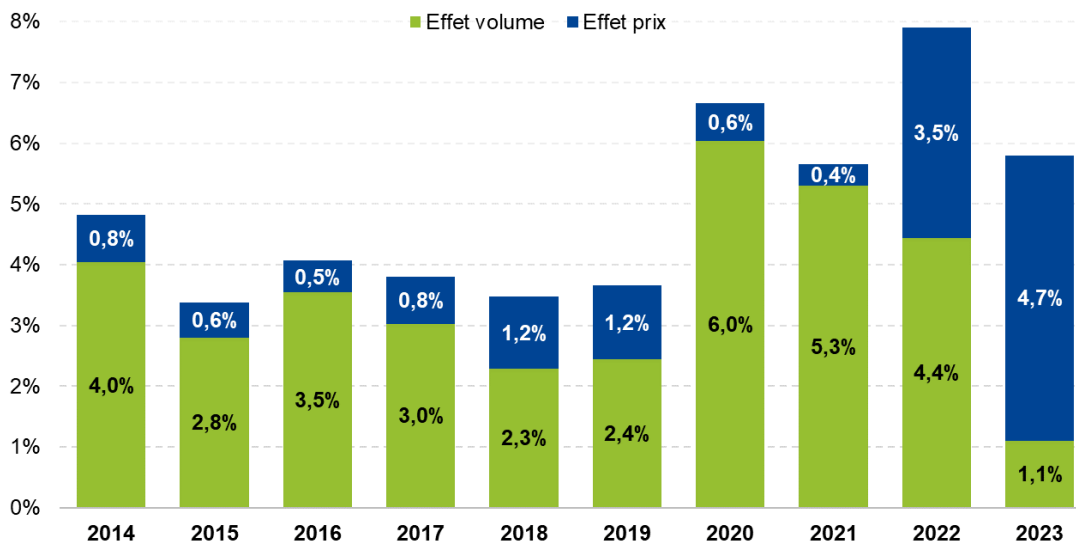
⁴⁵ Depuis le 1er juillet 2021, les professionnels libéraux peuvent désormais bénéficier d'IJ. A noter que les IJ des professionnels libéraux concernent à la fois les catégories des arrêts de moins de trois mois et ceux des indépendants.

⁴⁶ Par convention, lorsqu'on parlera de taux d'évolution en année N sans citer l'année précédente, ce sera l'année N-1 qui sera pris en référence.

Entre 2014 et 2023, les dépenses d'IJ maladie hors crise sanitaire et professions libérales ont été multiplié par 1,5, de 6,8 Md€ en 2014 à 10,3 Md€ en 2023 (cf. *graphique 1*). Le montant des arrêts liés à la crise sanitaire – représenté en bleu sur le graphique – correspond à 2,3 Md€ en 2020, 0,8 Md€ en 2021, 1,7 Md€ en 2022 et désormais 0,1 Md€ en 2023, soit 21 % du montant total des IJ maladies en 2020, 8,5 % en 2021, 14,7 % en 2022 et 0,9 % en 2023.

Hors arrêts liés à la crise sanitaire et professions libérales, la part des IJ de courte durée, de longue durée et des indépendants représentent en moyenne 56,9 %, 39,7 % et 3,4 % du total des dépenses entre 2014 et 2023. Bien que la proportion des arrêts de longue durée semble avoir légèrement augmenter depuis 2014 (39,7 % en 2023 contre 39,2 % en 2014), cette structure reste assez stable dans le temps.

Graphique 2 • Croissance annuelle des indemnités journalières maladie (hors Covid)



Source: CNAM, calculs DSS.

Champ: régime général, France métropolitaine, périmètre Ondam hors Covid.

Note: les prix des IJ indépendants et professions libérales sont considérés égaux à ceux des IJ maladie des travailleurs salariés

Évolutions observées entre 2014 et 2019

En 2014, les dépenses d'IJ maladie connaissent une forte croissance (+4,8 %), en raison d'un nombre de personnes en arrêts plus conséquents (+4,0 % d'effet volume versus 0,8 % d'effet prix). Il est observé un véritable rebond pour les IJ de plus de 3 mois (+5,8 % d'effet volume). Les IJ de moins de trois mois et des indépendants progressent également à la hausse (+2,6 % et +3,9 % d'effet volume).

La tendance se poursuit en 2015 avec une dynamique plus faible néanmoins qu'en 2014 (+3,4 %). Ce qui s'explique par un effet volume moins important (+2,8 % vs 4,0 % en 2014), résultant d'un ralentissement des arrêts d'IJ indépendants suite à la mise en place d'un plafonnement des bénéficiaires qui dépend du revenu cotisé (-2,3 %).

En 2016, les dépenses s'accroissent : 4,1 % d'évolution qui se décompose en 3,5 % d'effet volume et 0,5 % d'effet prix. Cette progression est principalement tirée par les IJ courtes (+4,9 % d'effet volume). La baisse des IJ des indépendants s'accroît (-10,7 % d'effet volume) et le volume des IJ de longue durée continue de s'accroître (+2,6 %).

Entre 2017 et 2019, la dynamique est moins soutenue qu'en 2016 (+3,8 % en 2017, 3,5 % en 2018 et 3,7 % en 2019). Une légère progression de l'effet prix est observée : 0,8 % en 2017 et 1,2 % en 2018-2019. En parallèle, l'effet volume continue de progresser mais la tendance est à la baisse : 3,0 % en 2017, 2,3 % en 2018 et 2,4 % en 2019. On constate que le volume des arrêts de courte durée est inférieur au taux d'évolution de 2015 à 4,9 % (2,6 %, 1,5 % et 2,2 % en 2017, 2018 et 2019). À l'inverse, un nombre plus important d'arrêts de longue durée est constaté (3,5 %, 3,1 % et 2,4 % en 2017, 2018 et 2019), de même pour ceux des indépendants (1,2 %, 2,7 % et 4,7 % en 2017, 2018 et 2019).

Évolution observée durant la crise sanitaire

Entre 2019 et 2022, les évolutions sont difficilement interprétables en raison de la crise sanitaire. Sur cette période, les dépenses d'IJ ont augmenté en moyenne de 12,6 % par an (contre 6,8 % hors crise sanitaire). Cette évolution résulte de mesures spécifiques prises dans le cadre de la lutte contre la Covid-19, alliée à une dynamique des arrêts maladie plus forte qu'anticipé pour 2021. Lors du premier confinement, le Gouvernement a mis en place des IJ dérogatoires au droit commun, destinées aux personnes se trouvant dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle (personnes malades de la Covid, les cas contact ou encore les personnes à risque et les parents sans solution de garde d'enfant⁴⁷). Le délai de carence de trois jours a également été temporairement supprimé.

Lourdement frappée par la crise sanitaire, l'année 2020 marque un tournant : +35 % d'évolution en 2020 contre 3,7 % en 2019. Le surcoût de ces mesures spécifiques atteint 2,3 Md€ pour le régime général (cf. *graphique 1*). Le contexte épidémiologique joue un rôle important sur la variation du nombre d'arrêts enregistrés, son effet reste cependant limité

⁴⁷ Depuis 1er mai 2020, les salariés parents d'enfants et les personnes vulnérables ne perçoivent plus d'indemnités journalières et relèvent en contrepartie de l'activité partielle (financée par l'Etat et l'assurance chômage) ;

aux arrêts très courts (moins de 8 jours, 47,7 %). Hors crise sanitaire, la progression des IJ maladies est quasiment doublée par rapport à la tendance passée (6,7 % vs 3,7 % en 2019). Cet effet est majoritairement due à un effet volume (6,0 %) plutôt qu'à un effet prix (0,6 %) : en termes de volume, on constate une évolution de 14,6 % pour les indépendants, 5,1 % par les arrêts de longue durée et 2,2 % par les arrêts courts.

En 2021, les dépenses d'IJ sont en baisse par rapport à 2020 (-8,8 %), en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire largement inférieures (0,9 Md€ en 2021). Ce qui s'explique par une décélération très nette des arrêts courts (-14,9 %). Les arrêts en lien avec la crise sanitaire pris en charge par l'assurance maladie concernent principalement les personnes malades de la Covid ou cas contact dans le cadre de la stratégie de « contact tracing ». Dans une moindre mesure, ils sont liés aux arrêts dérogatoires pour parents d'enfants sans solution de garde et pour les non-salariés considérés comme particulièrement à risque face à la maladie. Hors coûts spécifiques à la crise, les dépenses d'IJ ont à contrario augmenté de 5,7 %. L'effet prix reste toujours à un niveau très bas (0,4 % vs 0,6 % en 2020). Le volume des IJ maladie continue sa progression mais sans pour autant connaître une accélération (5,3 %). La répartition est assez équilibrée en termes de volume entre les IJ de - 3 mois, + 3 mois et indépendants (4,9 %, 5,1 % et 5,1 %).

En 2022, les dépenses d'IJ reprennent une dynamique particulièrement soutenue (16,0 %) en raison d'une plus forte dynamique des IJ de moins de 3 mois (24,0 %) et des indépendants (17,4 %). Les coûts spécifiques liés à la crise s'élèvent à 1,7 Md€. Les dépenses d'IJ hors COVID ont augmenté de 8,1 % entre 2021 et 2022. La progression des IJ a donc été particulièrement dynamique sur l'année 2022, marquée par une inflation importante donnant lieu à plusieurs revalorisations du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC). Le SMIC a augmenté de 5,2 % en 2022 contre 1,6 % en 2021. Ces revalorisations du salaire minimum, conjuguées au dynamisme du salaire moyen par tête (SMPT) « économique » : 3,7 % vs 1,7 % en 2021, ont mécaniquement affecté les montants moyens des IJ sur l'année 2022, donnant lieu à un effet prix de 3,5 % (0,4 % en 2022), soit l'impact annuel le plus important observé entre 2014 et 2022. L'effet prix sur 2022 aura principalement été marqué sur les IJ maladie de moins de trois mois, par nature plus réactives aux évolutions de salaires.

L'année 2023 marque la fin de la phase endémique de la crise sanitaire mais qui s'ancre dans un contexte inflationniste persistant. Les IJ Covid ne représentent plus que 0,1 Md€, soit 0,9 % du montant total des IJ maladies (cf. graphique 1). Le taux d'évolution y compris crise est désormais en baisse de -8,9 %. Le taux d'évolution hors crise continue de progresser mais à un rythme moins soutenu que l'an passé (5,9 % contre 8,1 % en 2021). Bien que les dépenses liées à la crise sanitaire ont drastiquement diminuées, l'inflation continue de progresser en 2023 (5,3 % d'évolution entre 2021 et 2022 et 4,8 % d'évolution entre 2022 et 2023). Le SMIC et le SMPT ont progressé respectivement de 5,4 % et 4,3 % en 2023, se répercutant dès lors sur le prix des IJ, donnant lieu à un effet prix hors crise de 4,7 %. En comparaison, l'effet volume hors crise se trouve être le plus bas de la période : +1,1 %. Le volume des IJ de courte durée est passé de 4,3 % d'évolution en 2022 à 1,5 % en 2023 et celui des arrêts de longue durée de 1,4 % à -0,4 %. Bien que le volume des IJ des indépendants continuent de progresser en 2023, son évolution a été divisé par deux par rapport à l'an passé (5,8 % contre 13,6 % en 2022).

Construction de l'indicateur Les montants présentés retracent les dépenses du régime général en France métropolitaine au titre des IJ 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 présentés.

Les données distinguent les IJ maladie de courte durée de moins de trois mois et celles 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 deux tiers du gain journalier de base, et cela à partir du 31^{ème} jour d'arrêt continu.

Précisions méthodologiques Les données relatives aux IJ sont de source CNAM; il s'agit de données brutes remboursées en date de soins à fin mars 2024 (régime général y compris anciens bénéficiaires affiliés au RSI, France métropolitaine). Les taux d'évolution de la masse salariale plafonnée du secteur privé sont issus de l'Acoss.

Depuis 2020, la CNAM a adapté son système d'information afin de pouvoir « tracer » spécifiquement les IJ en lien avec la crise sanitaire. Ces IJ correspondent aux IJ dérogatoires au droit commun mis en place par le Gouvernement dès le début de la crise sanitaire (IJ gardes d'enfants, personnes vulnérables, déclare.améli.fr, etc.) ainsi qu'aux IJ de droit commun ayant pour motif « Covid ». Le motif de l'IJ n'étant pas obligatoirement renseigné par le prescripteur, il se peut que le montant d'IJ maladie présenté dans cette fiche ne soit pas exhaustif.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.12.2. Atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

En raison de la mise en œuvre du programme de rénovation de la gestion du risque « Rénov GDR » lancé en 2021 par l'Assurance maladie, qui appréhende de façon à la fois plus large et plus globale la gestion du risque (GDR), la fiche est révisée après la neutralisation des indicateurs en 2020 et en 2021 suite à la crise sanitaire.

Finalité Le taux d'atteinte des objectifs fixés par le Parlement mesure l'efficacité des actions de GDR menée par l'Assurance maladie.

L'annexe 5 (annexe 7 en 2022 et annexe 5 depuis) au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comporte un objectif global⁴⁸ d'économies à réaliser intégré dans l'évolution tendancielle estimée de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sur des actions de gestion du risque, notamment de maîtrise médicalisée des dépenses et la lutte contre la fraude, portées l'Assurance maladie.

Pour 2022, cet objectif a été fixé à 775 millions d'euros sur la pertinence des prescriptions et 93 millions d'euros sur la lutte contre la fraude. En 2023 et 2024, ces objectifs ont été fixés respectivement à 720 millions d'euros et 180 millions d'euros. Ces objectifs sont complétés, pour 2024, par 200 millions d'euros, hors tendanciel, d'actions de maîtrise des volumes des médicaments remboursés. Ces objectifs globaux portent sur les volumes des soins de ville y compris ceux prescrits en établissements de santé (les produits de santé, les arrêts de travail, les actes techniques, les transports, les soins paramédicaux la biologie) et s'appuient sur les recommandations médico-économiques de la Haute autorité de santé (HAS).

Processus de mise en œuvre L'Assurance maladie mène chaque année des plans d'actions portant sur la gestion du risque (GDR) au sens large, de la prévention aux contrôles et à la lutte contre la fraude en passant par des accompagnements gradués auprès des professionnels de santé, des assurés et des employeurs. Ces plans d'actions s'appuient sur les propositions formulées par l'Assurance Maladie dans son rapport remis chaque année au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie en application de la Loi du 13 août 2004.

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.

Les plans d'action engagés par l'Assurance Maladie comporte en moyenne entre 100 et 120 actions. Il est attendu de 1^{ers} impacts financiers dès l'année N pour environ la moitié de ces actions, ces dernières visant à infléchir les volumes de soins prescrits et des actes exécutés ou à s'assurer de la juste facturation des soins remboursés par l'Assurance maladie. Les autres actions pour lesquelles les retours sur investissement sont attendus davantage sur le moyen terme concernent des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, de structuration du système de soins pour accompagner les évolutions conventionnelles, l'exercice coordonné et le développement du numérique.

Résultats Les économies réalisées de 2010 à 2022 dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie sont données dans le tableau 1 suivant. Compte tenu de la crise sanitaire, les indicateurs ont été neutralisés en 2020 et 2021.

En 2022, après la structuration du programme Rénov GDR en 2021, les actions GDR ont progressivement repris et se sont déployées en 2022 dans un contexte national encore marqué par la crise sanitaire et un réseau toujours mobilisé sur les activités de gestion afférentes à cette situation, en particulier en matière d'arrêts de travail.

En 2022, le plan d'action établi initialement comportait 119 actions, pour un impact attendu 540 M€ sur 2022 (848 M€ en année pleine) et a été mis en œuvre à 75%. Ainsi, à la fin de l'année 2022, 39 actions (sur 58 dont un impact financier était attendu) avaient effectivement démarré sur l'année, ramenant ainsi les impacts ex ante attendus à 368 M€ sur 2022 compte tenu du démarrage effectif des actions (549 M€ en année pleine).

L'estimation ex post de l'impact des actions mises en œuvre s'élève 326 M€ pour les 31 actions qui ont pu être chiffrées (vs. 322 M€ ex ante), le rendement attendu initialement des 8 actions non chiffrées s'élève à 45 M€.

Les 31 actions estimées ex-post ont généré un impact de 326 M€ (contre 322 M€ attendus initialement) :

- Les actions de contrôles, MSO-MSAP et LCF pour 240 M€ se décomposent en 203 M€ de LCF (117 M€ de préjudices subis et 87 M€ de préjudices évités), 36 M€ de MSOP-MSAP et 1,5 M€ de contrôles pédagogiques IDEL (la fiche 2.12.4 détaille l'atteinte des objectifs LCF) ;
- Les économies CAQES s'élèvent à 26 M€ dont 18 M€ au titre des dépenses de transports ;
- Les actions relatives aux produits de santé pour 37 M€, estimés en référence aux tendances de chacun des postes de dépenses, dont 19 M€ au titre de l'augmentation du taux de pénétration des génériques permise par la baisse du taux Urgence, 6 M€ au titre de l'augmentation du taux de pénétration des biosimilaires passant de 25% à 29% et 9M€ au titre du paracétamol ;
- L'action relative à la vitamine D a généré un impact de 8,9 M€ ;
- Les actions relatives aux actes ont généré un impact de 13 M€ dont 6,5M€ au titre de la vaccination par les pharmaciens en lieu et place des généralistes et 5M€ au titre de la pertinence des Cone Beam en odontologie ;

⁴⁸ Jusqu'en 2021, l'annexe 7 au PLFSS affichait un objectif d'économie par postes de dépenses.

- L'impact de l'action « absentéisme en entreprise » intervenue en 2022 est estimé à 1,3 M€ sur 2023 (1^{ère} estimation à actualiser).

Les 8 actions dont les impacts initialement attendus à hauteur de 45 M€ n'ont pas été chiffrés concernant des actions dont les modalités d'estimation sont complexes. Il s'agit :

- Des actions relatives au parcours IC visant à améliorer diagnostic et le repérage et le dépistage de l'IC pour lesquelles 7,5 M€ étaient attendus,
- La poursuite des actions conduites depuis 2017 sur la lombalgie pour laquelle était attendu 3 M€
- Les arrêts de travail avec la diffusion du MOOC IJ pour lequel était attendu 5 M€ et une action d'accompagnement visant à renforcer la PDP (5M€ attendus pour chacune)
- Des actions relatives au bon usage des médicaments anticancéreux inhibiteurs des CDK 4 et 6 et des anti HTA centraux et la facturation des médicaments onéreux (8 M€, 3M€ et 15 M€ attendus)

Il est donc possible de considérer que l'impact global du plan GDR de 2022 est compris entre 326 M€ (en considérant que les actions non chiffrées ont un impact nul) et 372 M€ (en considérant que les actions non chiffrées ont un impact égal à celui ex ante).

Pour 2023, le plan GDR comporte 115 actions pour un impact attendu de 817 M€ sur N (hors effet report) et 1 100 M€ en année pleine (dont respectivement 212 M€ et 225 M€ en LCF). Ce plan a été mis en œuvre à hauteur de 75%.

Le plan GDR 2024 comporte 110 actions pour 1 159 M€ sur N et 1 465 M€ en année pleine (dont respectivement 250 M€ en LCF, et 329 M€ en actions nationales sur les tarifs de bio et les produits de contraste).

Tableau 1 • Économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Médicaments	354	348	220	264	348	349	317	348	267	179	nd	nd	64
Antibiotiques	12	12	24	42	38	12	22	39	22	31	nd	nd	
Anti-HTA			43	28	69	50	54	71	30	33	nd	nd	8
Anti diabétiques	-	21	-	-	96	65	59	50	44	36	nd	nd	
Hors AMM	-	-	-	-	-	-	0,1	4	26	12	nd	nd	
Inhalateurs asthme	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	nd	nd	
Antalgiques	-	7	-	-	-	-	-	-	-	31	nd	nd	9
EPO	-	15	8	36	17	11	14	13	19	0	nd	nd	
Biosimilaires & génériques	-	14	-	3	18	35	47	79	42	14	nd	nd	26
latrogénie	-	-	-	-	-	54	12	26	45	16	nd	nd	
IPP													3
Autres													18
Autres prestations										115	nd	nd	92
Actes	-	-	9	7	-	1	0,2	6	18	14	nd	nd	14
Dispositifs médicaux	-	-	32	30	26	25	75	172	4	22	nd	nd	5
Biologie	-	-	-	-	26	56	4	2	9	7	nd	nd	9
Actes de masso-kinésithérapie	53	47	31	49	0	65	26	24	51	30	nd	nd	
Actes infirmiers	-	-	-	-	-	-	-	120	63	42	nd	nd	
Prescriptions de transports	94	77	100	152	56	47	11	36	59	29	nd	nd	18
Prescriptions d'arrêts de travail	0	140	200	100	4	54	24	0	0	53	nd	nd	46
Pathologie	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	11
LCF	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	204
Total	501	612	592	602	460	598	456	708	471	377	nd	nd	371
Objectif	590	550	550	550	600	700	700	700	730	740	nd	nd	868
Taux d'atteinte de l'objectif	85%	111%	108%	109%	77%	85%	65%	101%	65%	51%	nd	nd	43%

Source : CNAM

Construction de l'indicateur La méthode de calcul de l'impact varie selon la nature de l'action.

Pour la plupart des actions portant sur les comportements de prescriptions, 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, pour le médicament, des nouvelles molécules mises sur le marché en 2019 ;
- le montant observé des dépenses d'assurance maladie.

Pour les actions relatives aux biosimilaires ou au génériques, l'impact est calculé sur la base de la progression du taux de pénétration.

Pour les actions CAQES, les modalités de calcul diffèrent selon la nature de l'action, mais le principe est similaire sans prendre en compte l'évolution tendancielle en estimant la différence entre les dépenses de N et de N-1 minoré de l'intéressement de l'établissement.

Pour les actions de lutte contre la fraude, sont prises en compte les préjudices évités d'une part et les préjudices subis notifiés d'autre part.

Le taux d'atteinte des objectifs rapporte le montant d'économies ainsi évalué à l'objectif fixé à l'annexe 5 du PLFSS.

Avertissement : les impacts présentés de 2010 à 2019 ne sont pas comparables à ceux de 2022, les méthodes et le périmètre ayant évolué en 2022 dans le cadre du programme Renov GDR.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNAM

2.12.3. Les participations forfaitaires et les franchises médicales

Finalité Introduites respectivement en 2004 et en 2008, les participations forfaitaires et les franchises médicales ont pour objectif de responsabiliser les assurés sociaux, en les faisant contribuer via un montant forfaitaire et fixe aux dépenses de santé. Cette fiche répond, s'agissant des franchises, à l'obligation établie par l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale de présenter au parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise ont été utilisés.

La participation forfaitaire, créée en 2004 et d'un montant de 1€, s'applique pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, lors d'exams de radiologie ou lors d'exams de biologie médicale. Cette participation forfaitaire s'applique que le parcours de soins soit respecté ou non, que la consultation ait lieu en cabinet, à domicile, dans un centre de soins, en consultation externe ou aux urgences à l'hôpital. Le montant de la participation forfaitaire est plafonné à 4€ par jour par patient et par professionnel de santé exécutant. Le montant est plafonné à 50€ par année civile et par patient. La participation forfaitaire s'applique pour toutes les personnes âgées de 18 ans et plus, à l'exception :

- Des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat ;
- Des femmes enceintes à partir du 1er jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour qui suit la date de l'accouchement ;
- Des invalides de guerre.

Cela signifie que les personnes en situation d'ALD ne sont pas exonérées de ces participations même pour les soins en lien avec leur affection, à la différence du ticket modérateur.

La franchise médicale, créée en 2008 s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Le montant de la franchise est de :

- 0,5€ par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement). Cependant, le montant de la franchise ne peut pas être supérieur aux remboursements de l'assurance maladie.
- 0,5€ par acte paramédical
- 2€ par transport sanitaire.

Cette franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ou aux actes paramédicaux réalisés au cours d'une hospitalisation ainsi qu'au transport d'urgence. Les montants de ces franchises sont plafonnés, et on ne peut déduire plus de 2€ par jour pour les actes paramédicaux et plus de 4€ par jour pour les transports sanitaires. Par ailleurs, comme pour la participation forfaitaire, le montant de la franchise médicale est plafonné à 50€ par an et par patient pour l'ensemble des actes et prestations concernés. Toutes les personnes âgées de 18 ans et plus sont concernées par ces franchises, à l'exception :

- Des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat ;
- Des femmes enceintes à partir du 1er jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour qui suit la date de l'accouchement ;
- Des mineures pour la contraception et la contraception d'urgence sans consentement parental ;
- Des victimes d'un acte de terrorisme, pour les frais de santé en rapport avec cet évènement ;
- Des invalides de guerre.

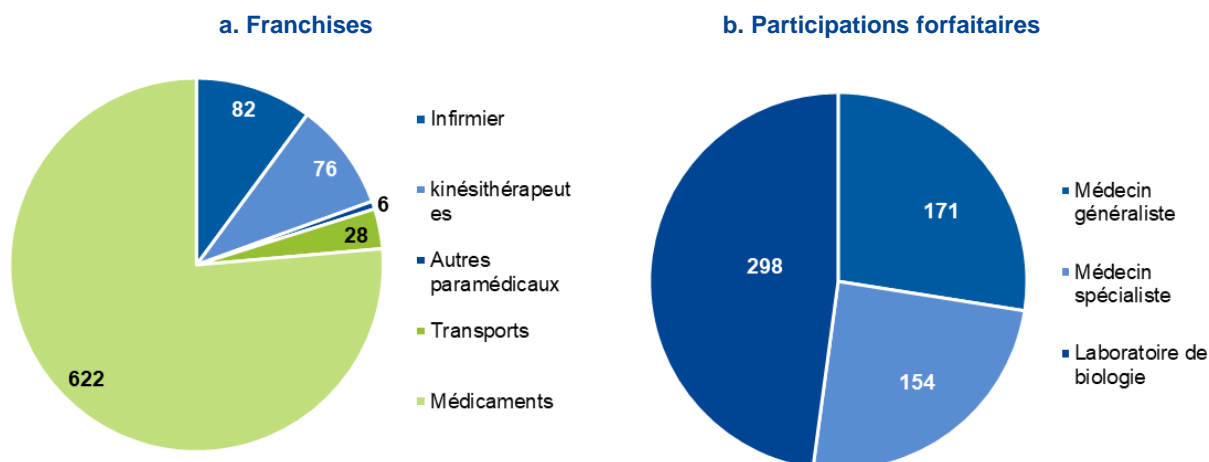
De même que pour les participations forfaitaires, les personnes en situation d'ALD ne sont pas exonérées des franchises médicales, même pour les soins en lien avec leur affection.

Résultats

Rendements des franchises et des participations forfaitaires : les données présentées par la suite montrent le rendement théorique des participations forfaitaires et franchises pour le régime général, c'est-à-dire le montant dû avant non recouvrement. Concernant la répartition de ces montants par poste de dépense, il est possible d'observer que les médicaments représentent en 2022 les trois quarts des montants dus au titre des franchises médicales. Concernant les participations forfaitaires, plus de la moitié des montants dus le sont au titre des analyses de biologie médicale, et le reste se partage de manière presque égale entre montant dû au titre des dépenses de médecine générale et dépenses de médecine spécialisée.

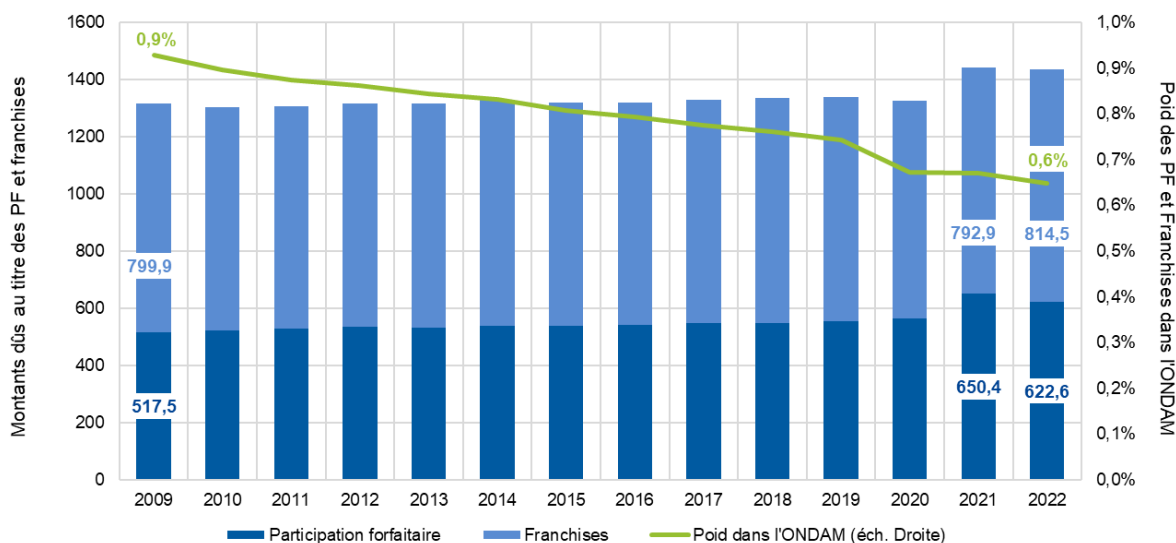
En termes de rendement, il est possible de constater que le rendement total est resté stable entre 2009 et 2020, aux alentours de 1,3 Md€ par an pour le régime général. Les franchises représentent en moyenne 60% de ce rendement sur la période. En 2021 et en 2022, il est possible d'observer une hausse marquée du rendement global, qui passe à plus de 1,4 Md€ par an pour le régime général. Ce phénomène s'explique en grande partie par l'impact des campagnes de dépistage. Si les tests étaient remboursés à 100% par l'assurance maladie sur la période, il n'y avait pas d'exonération sur les PF et franchises. Et les tests étant réalisés en laboratoire, ainsi que via des prélèvements nasopharyngés réalisés notamment par des médecins et des infirmiers, cela a conduit à tirer à la hausse le rendement des participations forfaitaires et franchises sur les années 2021 et 2022. La relative stabilité des montants dus au titre des PF et des franchises, combinée à une croissance de l'ONDAM a conduit à diminuer la part que représentent les participations forfaitaires et franchises dans l'ONDAM (ce ratio mesure l'économie permise sur les dépenses sous Ondam par rapport à une situation contrefactuelle où ces dispositifs n'existeraient pas). Ainsi, en 2009, ces dispositifs représentaient 0,9% de l'ONDAM contre 0,7% en 2019, avant la crise, et 0,6% en 2022. La forte baisse de la part des participations forfaitaires et franchises dans l'ONDAM à partir de 2020 s'explique par la hausse importante des dépenses au sein de l'ONDAM, du fait des mesures du Ségur de la Santé et des mesures de lutte contre la crise sanitaire notamment.

Graphique 1 • Répartition des montants dû au titre des franchises et des participations forfaitaires en 2022 en millions d'euros



Source: CNAM, calculs DSS.
 Champ : régime général, France métropolitaine.

Graphique 2 • Evolution des montants dû au titre des participations forfaitaires et franchises en millions d'euros et de leur poids rapporté à l'ONDAM



Source: CNAM, calculs DSS.
 Champ : régime général, France métropolitaine pour les montants. Extrapolation tous régimes, France entière pour le poids rapporté à l'ONDAM.

Recouvrement des participations forfaitaires et franchises médicales : les participations forfaitaires et franchises sont déduites automatiquement des remboursements effectués pour les patients ne bénéficiant pas du tiers-payant. Elles peuvent être récupérées sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie (remboursement de soins ou prestations en espèces telles que les indemnités journalières, les pensions d'incapacité, etc.). Si tous les frais de santé du patient sont pris en charge en tiers payant et qu'il ne perçoit pas de remboursement, il doit s'acquitter des montants dus directement à l'assurance maladie. Dans le cadre des contrats responsables, les organismes complémentaires ont interdiction de prendre en charge ces participations forfaitaires et franchises.

Le tableau n°1 présente pour le régime général les taux de recouvrement des participations forfaitaires et franchises pour la période 2010 à 2022. Il est important de noter que le recouvrement pouvant avoir lieu jusqu'à 5 ans après le fait générateur de la participation forfaitaire ou de la franchise, les données pour les années de 2019 à 2022 restent incomplètes. En effet, pour les PF et franchises dues au titre de 2019, le recouvrement est possible jusqu'en 2024, et pour les PF et franchises dues au titre de 2022, le recouvrement est possible jusqu'en 2027.

Le taux de recouvrement des PF et franchises diminue de plus de 5 points sur la période 2010-2018, passant de 95,4 % à 90,0 %, dans un contexte de hausse du nombre d'assurés bénéficiant du tiers payant.

Tableau 1 • Taux de recouvrement des participations forfaitaires et franchises

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (*)	2020 (*)	2021 (*)	2022 (*)	2023 (*)
Participations Forfaitaires	93,9%	93,6%	92,7%	92,9%	92,6%	90,8%	90,7%	90,0%	89,2%	88,6%	87,8%	84,2%	79,5%	61,5%
Franchises	96,0%	95,5%	94,7%	94,2%	93,6%	92,6%	92,3%	91,3%	90,4%	89,4%	87,9%	83,3%	78,7%	63,1%
PF et franchises	95,4%	95,0%	94,1%	93,8%	93,2%	92,0%	91,8%	90,9%	90,0%	89,1%	87,9%	83,7%	79,0%	62,5%

Source: CNAM, calculs DSS.

Champ : régime général.

*Les créances des PF et franchises se prescrivent au bout de 5 ans. Les taux de recouvrement ci-dessous sont donc provisoires et arrêtés au 31/12/2023.

Construction de l'indicateur Les données utilisées pour cette fiche sont issues de la caisse nationale d'assurance maladie pour le régime général, et sont de deux types :

Données issues du Système National des Données de Santé pour les PF et franchises dus. Ces données permettent de distinguer le fait générateur de chacune de ces participations et donc de les répartir en fonction des professions ayant généré ce montant dû.

Les données concernant les PF et franchises recouverts sont issues de données comptables de la caisse nationale d'assurance maladie, et ne permettent pas de rattacher les montants récoltés au fait générateur.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.13. Limiter la dette des établissements de santé et soutenir l'investissement

Finalité De nombreux établissements sont depuis plusieurs années confrontés à des déficits importants et leur réduction constitue un enjeu essentiel pour la pérennité de l'offre de soins. La rentabilité et la dette sont les indicateurs principaux de la santé financière des établissements de santé mais la capacité et l'effort d'investissement en constituent également des dimensions clés.

Les indicateurs utilisés les années précédentes n'étaient pas complètement satisfaisants, car ils n'étaient pas directement comparables entre les trois champs : cliniques privées à but lucratif, établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) et hôpitaux publics. Pour cette raison, la DREES a réalisé un travail de refonte de sa méthodologie afin d'améliorer la comparabilité des indicateurs sur les cliniques privées et les hôpitaux publics. Les Espic feront l'objet d'un travail ultérieur et ne sont pas présentés dans le cadre de cette édition.

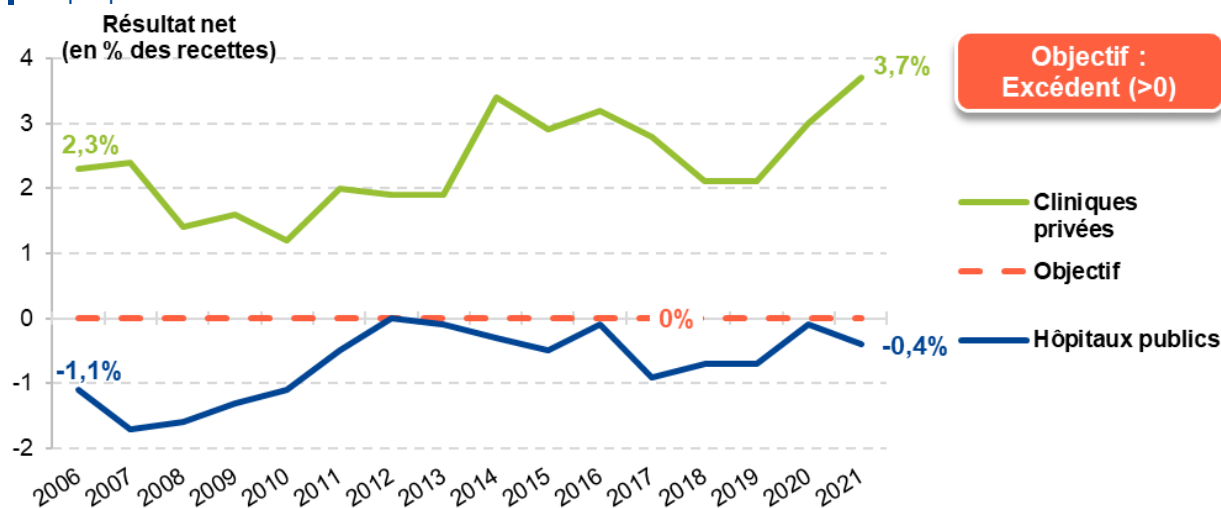
Résultats Les graphiques ci-dessous présentent l'évolution de la rentabilité, de l'endettement et de l'investissement des établissements de santé.

Après une nette amélioration de la situation financière des hôpitaux publics en 2020, essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, les comptes des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2021. Leur déficit global (résultat net) atteint -415 M€, après -92 M€ en 2020 (cf. *graphique 1*). Rapporté aux recettes, le résultat net est de -0,4 % en 2021, après une situation de quasi-équilibre en 2020 (-0,1 %). Il reste tout de même supérieur à son niveau des deux dernières années précédant la crise (-0,7 % en 2019 et 2018)

L'encours de la dette des hôpitaux publics augmente en 2021 pour atteindre son point le plus haut depuis 2005 : 31,1 Md€ après 30,0 Md€ en 2020 (cf. *graphique 2*). Cette hausse est cependant très ciblée sur certains établissements : en 2021, trois CHU ayant entrepris des projets d'investissements structurants ont vu leur dette cumulée augmenter de plus de 1,3 milliard d'euros par rapport à 2020. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette continue à reculer, tendance lente et régulière engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %). Il s'établit à 33,0 % des recettes en 2021, après 33,9 % en 2020

La situation financière des cliniques privées à but lucratif continue à s'améliorer en 2021. Leur résultat net s'établit ainsi à 3,7 % des recettes, en hausse de 0,7 point par rapport à 2020. Il dépasse ainsi avec les niveaux historiquement élevés observés de 2014 à 2016. L'encours de la dette des cliniques privées continue également à stagner en 2021 autour de 1,9 Md€, et diminue quand exprimé en pourcentage des recettes qui elles continuent à augmenter, passant ainsi de 10,5 % en 2020 à 9,8 % en 2021, soit son niveau le plus bas depuis 2006.

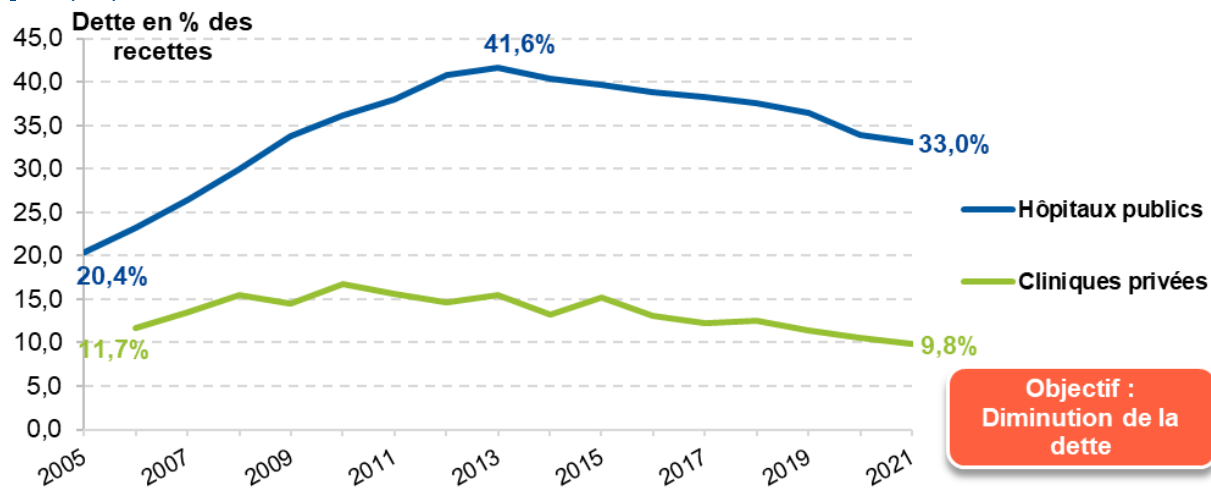
Graphique 1 • Rentabilité des établissements de santé



Champ : France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), Cliniques privées présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), Hôpitaux hors service de santé des armées (SSA).

Source : Les établissements de santé - édition 2023, DREES (Voir précisions méthodologiques).

Graphique 2 • Dette des établissements de santé



Champ : France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), Cliniques privées présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), Hôpitaux hors service de santé des armées (SSA).

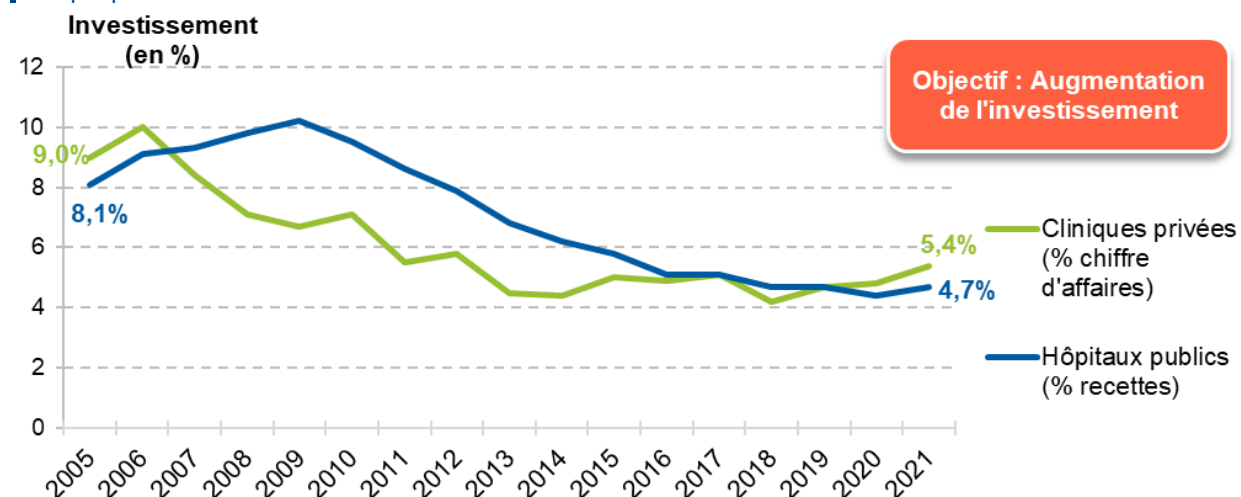
Source : Les établissements de santé - édition 2023, DREES (Voir précisions méthodologiques).

Investissement

Les investissements des hôpitaux publics représentent 4,4 Md€ en 2021, après 3,9 Md€ en 2020. Exprimé en pourcentage des recettes, l'effort d'investissement marque un léger rebond (4,7 % après 4,4 % en 2020) sortant ainsi de la tendance observée sur la période de 2009 à 2020. La reprise de l'investissement sanitaire est l'une des conséquences des accords du Ségur de la santé signés en juillet 2020, qui prévoient notamment un engagement en faveur de l'investissement hospitalier à hauteur de 19 Md€ pour les dix années qui suivent.

Les investissements augmentent nettement en 2021 : ils représentent 1,0 Md€, après 0,9 M€ en 2020 et 0,8 M€ en 2019. L'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, poursuit sa reprise amorcée en 2019 et s'élève à 5,4 % en 2021 (après 4,8 % en 2020, et 4,6 % en 2019). Cette augmentation est portée par les engagements en faveur de l'investissement pris dans le cadre du Ségur de la santé. L'effort d'investissement reste supérieur à la dotation aux amortissements des cliniques privées, stable depuis plusieurs années et qui s'établit à -3,7 % des recettes en 2021.

Graphique 3 • Effort d'investissement des établissements de santé



Champ : France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), Cliniques privées présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), Hôpitaux hors service de santé des armées SSA.

Source : Les établissements de santé - édition 2023, DREES (Voir précisions méthodologiques).

Précisions méthodologiques

Pour en savoir plus :

- [Panorama "Les établissements de santé en 2021"](#) - DREES

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DSS

2.14. Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie

2.14.1. Equilibre financier de la branche maladie

Finalité Cet indicateur permet de suivre l'équilibre financier de la branche. Le solde est rapporté aux recettes afin d'appréhender la soutenabilité des déficits.

Résultats La branche maladie a enregistré un déficit de 11,1 Md€ en 2023, l'effet de la crise sanitaire étant devenu quasi nul. Ainsi, son déficit s'est résorbé de près de la moitié en un an (le ratio recettes/dépenses s'améliorant de 4 points) et a diminué des deux tiers depuis la crise (cf. tableau 1). D'après la trajectoire sous-jacente à la LFSS 2024, le déficit devrait encore diminuer en 2024 puis stagner autour de 9 Md€ à l'horizon 2027 (cf. tableau 2).

Tableau 1 • Equilibre réalisé pour la branche maladie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Objectif
Recettes (Md€)	178,9	182,2	186,6	191,3	196,0	203,1	212,3	216,6	209,8	209,4	221,1	232,7	
Dépenses (Md€)	184,8	189,1	193,2	197,1	200,7	208,0	213,1	218,1	240,3	235,4	242,1	243,9	
Solde (Md€)	-5,9	-6,9	-6,5	-5,8	-4,7	-4,9	-0,8	-1,5	-30,5	-26,1	-21,0	-11,1	Solde = 0
Solde / Recettes	-3,3%	-3,8%	-3,5%	-3,0%	-2,4%	-2,4%	-0,4%	-0,7%	-14,5%	-12,4%	-9,5%	-4,8%	Ratio = 0
Recettes / dépenses	97%	96,3%	96,6%	97,1%	97,6%	97,7%	99,6%	99,3%	87,3%	88,9%	91,3%	95,4%	Ratio = 100

Source : CCSS de mai 2024.

Tableau 2 • Equilibre projeté pour la branche maladie

	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	Objectif
Recettes (Md€)	234,2	243,4	249,9	257,6	265,0	
Dépenses (Md€)	243,7	251,9	259,3	266,7	273,9	
Solde (Md€)	-9,4	-8,5	-9,4	-9,1	-9,0	Solde = 0
Solde / Recettes	-4,0%	-3,5%	-3,8%	-3,5%	-3,4%	Ratio = 0
Recettes / dépenses	96,1%	96,6%	96,4%	96,6%	96,7%	Ratio = 100

Source : LFSS 2024

(p) : prévisions

Entre 2013 et 2019, l'équilibre financier de la branche progresse lentement pour rejoindre un quasi équilibre en 2018, et un léger infléchissement en 2019, en raison notamment des mesures liées à la Loi portant Mesures d'Urgences Economiques et Sociales (MUES), conséquence du mouvement des gilets jaunes en 2019. Des changements de périmètre ont affecté la branche, comme le transfert en 2017 des charges au titre des Etablissements et service d'aide par le travail (ESAT) auparavant dans les comptes de l'Etat (1,5 Md€) ; cette charge nouvelle a toutefois été compensée par l'affectation de recettes. Sur l'ensemble de la période, l'ONDAM a été globalement respecté, mettant ainsi sous contrôle l'évolution de la majeure partie des charges de la branche.

Les recettes ont été profondément modifiées, notamment sur la période 2017-2019, à la faveur des mesures en faveur du pouvoir d'achat des actifs. Ces mesures ont partiellement déconnecté les recettes de la CNAM de la masse salariale du secteur privé. Ainsi, en 2018, la cotisation salariale a été supprimée et la CSG, dont l'assiette est plus large, augmentée. En 2019, le taux de cotisations patronale a été abaissé de 6 points pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC. La branche a par ailleurs bénéficié d'une fraction de TVA plus importante pour compenser une partie de la perte de recettes de cotisations. D'autres mouvements de recettes ont affecté la structure de financement de la branche (cf. REPSS financement)

En 2020, le déficit de la branche a atteint un niveau sans précédent, et s'est établi à 30,5 Md€. Cette dégradation massive résulte d'une chute de produits (-3,2 %) dans le sillage de l'activité, et d'une hausse exceptionnelle des charges (10,2 %) sous l'effet de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Les dépenses du champ de l'ONDAM ont dépassé de 13,8 Md€ l'objectif voté dans la LFSS pour 2020. Ces coûts supplémentaires, dus à la crise sanitaire, ont porté en premier lieu sur les prestations en espèces (prise en charge des arrêts de travail pour les parents, les personnes vulnérables, extensions des indemnités journalières aux professions libérales, suppression du délai de carence, etc.) et les dotations exceptionnelles aux établissements sanitaires et médico-sociaux (primes et paiement des heures supplémentaires, dépenses supplémentaires supportées par les établissements pour faire face à la crise, etc.). L'année 2020 a été aussi marquée par la mise en œuvre des premières revalorisations des personnels des établissements sanitaires et des EHPAD dans le cadre du Ségur de la santé. Les transferts ont enfin fortement progressé du fait essentiellement de l'augmentation de la dotation de la branche à l'Agence nationale de santé publique (+4,8 Md€) et au fonds d'intervention régionale (FIR, +0,3 Md€) pour couvrir des dépenses supplémentaires de lutte contre la pandémie.

En 2021, le déficit de la branche s'est partiellement résorbé grâce au rebond de la conjoncture économique, tout en se situant toujours à un niveau très élevé. La branche maladie connaît une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche autonomie, qui est dorénavant en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à

présent le financement (objectif global de dépenses consacré au secteur médico-social). De ce fait, le périmètre des dépenses et des recettes de la branche s'est réduit de 25,9 Md€ à ce titre. Hors effet de périmètre, les charges de la branche sont demeurées très élevées en raison des dépenses exceptionnelles liées à la lutte contre la Covid-19 et à la montée en charge des mesures du Ségur de la santé qui représentent un accroissement durable des charges pour la branche maladie (7,3 Md€ en 2021). Les cotisations sociales brutes ont augmenté de 10,9 %, portées par le rebond de la masse salariale du secteur privé (+8,9 %).

En 2022, le déficit de la branche maladie s'est résorbé tout en restant très important (-21,0 Md€), du fait de dépenses liées la lutte contre la Covid-19 qui se sont encore élevées à 11,7 Md€ (chiffre toutes branches confondues). La progression des charges (+2,9%) a été en partie portée par le contexte d'inflation, notamment en lien avec la hausse du point d'indice dans la fonction publique intervenue en juillet 2022. Toutefois, elle a été moins rapide que celle des produits (+5,7 %), soutenus par les pleins effets de l'inflation sur la masse salariale mais également sur les recettes de la branche comme la TVA, ce différentiel entre les charges et les produits expliquant la réduction du déficit.

En 2023, la branche maladie a vu son solde se redresser nettement, à -11,1 Md€, sous l'effet de dépenses de crise en très nette baisse (1,1 Md€ après 11,7 Md€). L'amélioration du solde a par ailleurs été soutenue par le transfert pérenne à la branche famille du coût des indemnités journalières liées au congé maternité post natal, de 2,1 Md€ en 2023.

D'après la trajectoire votée en LFSS pour 2024 (qui tablait sur un déficit 2023 de -9,4 Md€), son déficit se résorberait légèrement en 2024 (-8,5 Md€), dès lors que les recettes fiscales et les cotisations croîtraient plus vite que l'ONDAM. À l'horizon 2027, son déficit se stabiliserait autour de 9,0 Md€, l'évolution prévue de l'ONDAM (3,0 % en 2025 et 2,9 % ensuite) serait maîtrisée mais les recettes ralentiraient en raison du tassement de l'inflation.

Construction de l'indicateur Fondé sur les comptes de la branche maladie tous régimes, pour les exercices clos jusqu'en 2023 puis prévisionnels à l'horizon 2027, l'indicateur rapproche, année après année, le total des charges supportées par la branche maladie 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 à la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Par construction, ce scénario inclut les mesures nouvelles.

Précisions méthodologiques Les données sont établies sur le champ maladie tous régimes, 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 jusqu'en 2020. Cette définition a fait l'objet d'un changement pour la LFSS 2011, qui est pris en compte dans les chiffres présentés.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.14.2. Respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)

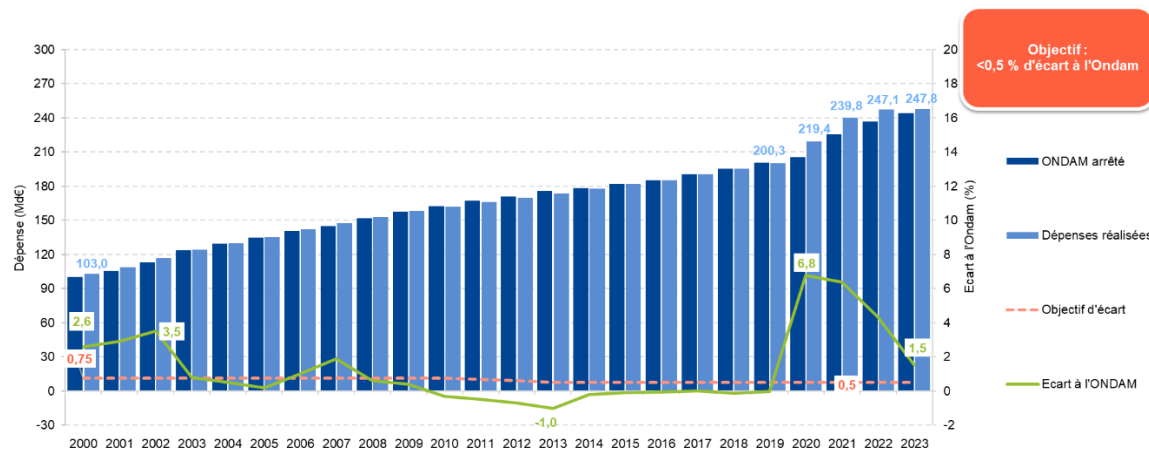
Finalité En France, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) constitue le montant des dépenses d'assurance maladie (AM) remboursées par la collectivité. Il est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). [La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance 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 % de l'objectif voté, 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.

Entre 2020 et 2022, les objectifs des dépenses d'assurance maladie ont été revues à la hausse pour répondre à la crise sanitaire. Les dépenses exceptionnelles liées à la crise Covid se sont élevées en 2020 et 2021 à 18,3 Md€ et en 2022 à 11,7 Md€, expliquant en grande partie les dépassements à l'objectif qui ont eu lieu ces années-là. En 2020, le dépassement était de 13,8 Md€ par rapport à l'objectif initial. En 2021, il s'est élevé à 14,4 Md€ par rapport à l'objectif initial et de 1,0 Md€ par rapport à l'objectif 2021 rectifié en LFSS pour 2022. En 2022, il était de 10,3 Md€ par rapport à l'objectif initial et de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023. Ainsi, les dépenses entrant dans le champ de l'Ondam en 2020, 2021 et 2022 ont été de 219,4 Md€, 239,8 Md€ et 247,1 Md€.

Au regard des circonstances exceptionnelles, la LFSS pour 2021 a suspendu l'obligation pour le comité d'alerte de proposer des mesures de redressement à la suite d'une notification d'un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM. La LFSS pour 2022 ainsi que celle pour 2023 ont suspendu l'obligation, pour le comité d'alerte, de proposer des mesures de redressement à la suite d'une notification d'un risque sérieux de dépassement de l'Ondam en ce qui concerne les dépenses liées à la crise sanitaire uniquement.

Résultats En 2023, les dépenses entrant dans le champ de l'Ondam s'élèvent à 247,8 Md€, soit un dépassement de 3,0 Md€ par rapport à l'objectif fixé en LFSS pour 2023 et de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024. Cette année, l'écart à l'objectif est nettement moindre que les années précédentes du fait notamment d'une nette diminution des dépenses liées à la crise sanitaire (1,1 Md€ en 2023 contre 11,7 Md€ en 2022) mais reste toutefois important en raison d'un contexte inflationniste persistant. Ce contexte a conduit à prendre des mesures de compensation : instauration d'enveloppes exceptionnelles pour palier à la hausse des charges non salariales des établissements et compensation de l'impact de la revalorisation du point d'indice et des mesures salariales équivalentes prises dans les établissements privés.

Graphique 1 • Objectif national des dépenses d'assurance maladie et écarts à l'objectif



Source : DSS

Entre 2000 et 2019, les dépenses dans le champ de l'Ondam ont presque doublé, passant de 103 Md€ à 200,3 Md€. Outre l'élargissement du champ de l'Ondam au fur et à mesure des années⁴⁹, cette augmentation du budget de +94% reflète le dynamisme des dépenses de santé.

Entre 2000 et 2009, les dépenses ont été systématiquement supérieures à l'objectif voté. En 2007, face à une accélération préoccupante des dépenses et un risque sérieux de dépassement supérieur à 0,75% de l'objectif (soit 1,1 Md€), le Comité d'alerte décide de déclencher la procédure d'alerte pour la première et unique fois⁵⁰. Un plan d'économies consécutif à l'alerte a progressivement été mis en place dès le second semestre 2007⁵¹. L'année 2007 marque ainsi un tournant dans les dépenses puisque dès 2008, on constate une tendance à la baisse des dépenses et une réduction de l'écart à l'objectif.

⁴⁹ Se traduisant par l'introduction dans le champ de l'ONDAM de dépenses auparavant financé via d'autres vecteurs.

⁵⁰ Avis n°4 du Comité d'alerte du 29 mai 2007 (securite-sociale.fr)

⁵¹ Avis n° 6 du Comité d'alerte du 30 mai 2008 (securite-sociale.fr)

De 2010 à 2019, l'Ondam aboutit à un niveau inférieur à l'objectif fixé en LFSS (avant 2010, il n'avait été respecté qu'une seule fois en 1997, l'année de sa mise en place). Entre 2010 et 2013, les dépenses dans le champ de l'Ondam ont été inférieures à l'objectif fixé en LFSS (-0,5 Md€ en 2010 et -1,8 Md€ en 2013), s'expliquant par la conjonction de plusieurs facteurs : le renforcement du pilotage de l'Ondam et la dynamique de consommation de soins moins forte qu'anticipée⁵². En 2014 et 2015, l'Ondam est rectifié à la baisse par le biais d'annulation de crédits, permettant le respect de l'objectif fixé sur le champ des établissements de santé (ES). Jusqu'en 2018, la sous-exécution de l'Ondam hospitalier a permis de couvrir le dépassement des soins de ville (SDV). En 2019, l'écart à l'objectif se réduit entre les sous-objectifs mais reste inférieur de -40 M€ à l'objectif rectifié en LFSS 2020.

L'année 2020 marque un second tournant avec le début de crise sanitaire. On constate une inflexion à la hausse des dépenses pour près de 10 %. En 2020, les dépenses, y compris Covid, dans le champ de l'Ondam se sont élevées à 219,4 Md€, en dépassement de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif 2020 rectifié en LFSS pour 2021 et de 13,8 Md€ par rapport à l'objectif en LFSS pour 2020. Ce dépassement s'explique par 18,3 Md€ de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire et 1,5 Md€ de dépenses au titre du Ségur de la santé. Ces mesures sont partiellement compensées par de moindres remboursements de soins en ville et du 6^{ème} sous-objectif « autres prises en charges » à hauteur de 4,1 Md€, la taxation exceptionnelle des organismes complémentaires (1 Md€) et de moindres dépenses de médicaments au titre de la liste en sus dans les ES (environ 0,8 Md€).

En 2021, les dépenses se sont élevées à 239,8 Md€, en dépassement de 1,0 Md€ par rapport à l'objectif 2021 rectifié en LFSS pour 2022 et de 14,4 Md€ par rapport à l'objectif en LFSS pour 2021. Ce dépassement s'explique par 14 Md€ de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire (au-delà des 4,3 Md€ de coûts Covid inscrits en construction) et 0,4 Md€ hors mesures en lien avec la crise sanitaire.

En 2022, les dépenses sont encore marquées par la crise sanitaire mais avec une tendance à la baisse (11,7 Md€ de dépenses Covid). L'Ondam 2022 s'établit à 247,1 Md€ et présente un dépassement de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023 (0,5 Md€ hors crise sanitaire) et de 10,3 Md€ par rapport à l'objectif en LFSS pour 2022. Ce dépassement s'explique majoritairement par des dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire supérieures à ce qui avait été provisionné (11,7 Md€ constatés contre une provision de 4,9 Md€ en LFSS), soit un dépassement de 6,8 Md€. Le reste de cet écart s'explique d'une part par des mesures induites par le contexte inflationniste : de 3,5% du point d'indice des fonctionnaires intervenue en juillet 2022, compensation de la hausse des charges non salariales des établissements pour un montant total de 2,3 Md€. Enfin, les mesures prises dans le cadre de la mission flash sur les urgences contribuent à hauteur de 0,7 Md€ au dépassement de l'objectif.

En 2023, l'Ondam s'élève à 247,8 Md€, soit un dépassement de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2024 et 3,0 Md€ par rapport à l'objectif en LFSS pour 2023. Les dépenses liées à la crise sanitaire ralentissent nettement et s'établissent désormais à 1,1 Md€. L'ONDAM 2023 hors crise s'établit à 246,8 Md€, soit un dépassement quasi nul par rapport à l'objectif rectifié hors crise en LFSS pour 2024. Hors crise sanitaire, ce dépassement porte principalement sur les soins de ville (+0,1Md€) et les établissements de santé (+0,4Md€). L'écart observé sur le premier sous-objectif est lié à une conjoncture assez forte sur certains postes (spécialistes, dentistes et kinésithérapeutes). Le dépassement observé sur le second s'explique principalement par l'octroi d'une aide exceptionnelle de soutien à l'activité pour 0,5 Md€. À l'inverse, les établissements médico-sociaux et 6^{ème} sous-objectif présentent une sous-consommation importante (-0,3Md€ et -0,1Md€), en partie expliqué par le gel des mises en réserve. Le 5^{ème} sous-objectif est à l'équilibre.

Précisions méthodologiques Source : L'Ondam tous régimes, données 2023 provisoires tandis que les données 2022 et auparavant sont définitives. 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 affections longues durées (ALD) 31 et 32, (accroissement du périmètre de l'Ondam de 2,5 Md€). Un autre changement de périmètre d'envergure a eu lieu au titre de l'Ondam 2017 avec l'intégration des dépenses des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) au sein du sous objectif des établissements et services médico-sociaux à hauteur de 1,47 Md€. Enfin, la création de la 5^{ème} branche de la sécurité a entraîné un mouvement de périmètre à hauteur de 1,5 Md€ sur les établissement et services médico-sociaux. Les changements de périmètre sont désormais décrits chaque année dans l'annexe 5 du PLFSS (anciennement « annexe 7 » avant 2023).

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 (cf. paragraphe « finalité » 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.

Construction de l'indicateur L'ONDAM est un objectif inter-branches, puisqu'il comprend des dépenses de la branche maladie, de la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) et l'ensemble des dépenses de la branche Autonomie relatives au financement des établissements médico-sociaux (correspondant à l'objectif global de dépenses). Il comprend principalement les dépenses remboursées par l'assurance maladie et exclut certaines prestations

⁵² Baisse des dépenses d'indemnités journalières (IJ) et du prix des médicaments

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.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.14.3. Montants enregistrés dans le cadre des recours contre tiers

Finalité L'indicateur vise à présenter les montants que l'assurance maladie comptabilise 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 s'élevaient 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 prestations faisant l'objet d'une telle procédure. 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 comptabilisés en proportion du total des prestations légales versées par la branche.

Résultats En 2023, 847,7 M€ ont été enregistrés au titre du recours contre tiers nets dans la branche « maladie ». Plus de 95 % des sommes sont enregistrés par le régime général qui totalise 92,1 % de la dépense de prestations légales nettes maladie des régimes ici considérés, après intégration des dépenses de l'ex RSI. Les sommes enregistrées par la Cnam au titre des recours contre tiers nets ont représenté 0,4 % des prestations légales servies par la caisse, une part relativement homogène à la proportion sur l'ensemble des régimes de base.

Tableau 1 • Part des montants nets récupérés dans le cadre des recours contre tiers

Part des montants nets récupérés (en M€ courants)	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Montant des produits en 2023*	Part 2023 de chacun des régimes	Objectif
CNAMTS	0,63%	0,67%	0,46%	0,31%	0,37%	0,47%	0,44%	0,42%	0,33%	0,30%	0,37%	0,36%	0,39%	805,7	95,1%	
MSA - salariés	0,40%	0,42%	0,42%	0,43%	0,44%	0,33%	0,43%	0,43%	0,33%	0,31%	0,32%	0,31%	0,36%	18,4	2,2%	
MSA - exploitants	0,18%	0,19%	0,15%	0,17%	0,19%	0,16%	0,16%	0,16%	0,13%	0,12%	0,13%	0,12%	0,13%	8,1	1,0%	
CNMSS	0,73%	0,81%	0,70%	0,65%	0,70%	0,53%	0,48%	0,47%	0,34%	0,32%	0,41%	0,40%	0,52%	8,5	1,0%	
CANSSM	0,16%	0,14%	0,25%	0,12%	0,11%	0,17%	0,10%	0,16%	0,13%	0,13%	0,14%	0,14%	0,05%	0,4	0,1%	
SNCF	0,46%	0,54%	0,30%	0,32%	0,25%	0,17%	0,16%	0,25%	0,40%	0,39%	0,27%	0,27%	0,22%	3,6	0,4%	
ENIM	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,33%	1,16%	0,49%	0,31%	0,30%	0,54%	0,52%	0,04%	0,6	0,1%	
Banque de France, CRPCEN, CAVIMAC, RATP	0,19%	0,07%	0,12%	0,20%	0,15%	0,31%	0,28%	0,38%	0,27%	0,26%	0,29%	0,28%	0,29%	2,4	0,3%	
RSI (ex-CANAM)	0,55%	0,52%	0,53%	0,50%	0,58%	0,39%	0,26%							-	0,0%	
Tous régimes de base	0,60%	0,63%	0,44%	0,32%	0,37%	0,45%	0,42%	0,41%	0,39%	0,29%	0,36%	0,35%	0,38%	847,7	100,0%	Augmentation

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - mai 2024.

* Il s'agit du montant de produits nets de recours contre tiers comptabilisés par chaque organisme en 2023

Les produits nets de recours contre tiers peuvent être très volatiles d'une année sur l'autre, en raison de l'importance des sommes en attente de recouvrement et des mouvements induits sur les provisions enregistrées dans les comptes. L'appel d'un remboursement par un tiers fait en effet dans de nombreux cas l'objet d'une contestation par ce dernier. Il s'ensuit l'enregistrement d'une créance qui est pour partie provisionnée pour couvrir le risque de non recouvrement à terme. Ce sont en réalité les mouvements constatés sur les opérations de provisionnement d'une année sur l'autre qui expliquent l'essentiel des évolutions des produits nets de recours contre tiers. En 2017, cette méthode d'enregistrement des créances a été modifiée pour laisser place à une méthode plus rationnelle d'enregistrement de la créance lorsque celle-ci a été acceptée par le tiers et non plus lors de son émission, provoquant ainsi une baisse sensible des abandons de créances.

Ainsi, en 2012, des opérations exceptionnelles d'apurement de créances anciennes se sont traduites par une forte hausse des provisions. En 2013, par contre, le niveau de provisionnement a sensiblement diminué, poussant mécaniquement à la hausse les produits nets et donc la part de ces produits dans le total des prestations légales. En 2014, la baisse de cette part est à nouveau attribuable à un important provisionnement pour le risque de non recouvrement de créances passées. En 2015 et 2016, l'augmentation de cette part est imputable à une hausse des produits nets de recours contre tiers plus rapide que celle des prestations, hausse découlant d'une baisse des provisions pour dépréciation de créances. En 2017, la nouvelle méthode de comptabilisation s'est traduite par une légère baisse des produits de recours contre tiers, mais également par une forte baisse des annulations de créances (-38 %), accompagnée par une baisse tout aussi importante des provisions et reprises. En 2019, les prestations légales et les produits nets évoluent en sens opposé ; la part des produits nets baisse ainsi légèrement, passant en dessous des 0,4 %. L'essentiel de la baisse des recours nets est dû à une augmentation des admissions en non-valeur (+33 %). En 2020, les produits de recours contre tiers bruts subissent une baisse (-17,2 %), retrouvant leur niveau de 2010. Cette baisse est surtout liée au recul des accidents survenus en 2020, conséquence des différents confinements provoqués par la crise sanitaire de la Covid-19. En 2021, les recettes de recours contre tiers rebondissent et retrouvent presque leur niveau de 2019, avec l'arrêt des confinements ayant conduit à la baisse en 2020. En 2022, les produits bruts ont augmenté de 6 %, alors que les abandons de créances ont progressé de 17 %. Les produits nets n'ont ainsi que très peu augmenté (+1 %). Enfin en 2023, les produits nets ont augmenté de 11 %, alors que les produits bruts baissent de 3 %. Cette situation s'explique par un provisionnement des créances moindre (-59 %), des pertes sur créances en baisse (-3 %), et des reprises de provisions couvrant ces pertes en hausse de 68 %, conséquences d'un provisionnement prudent par le passé.

Construction de l'indicateur Il se fonde sur les montants inscrits dans les comptes des régimes de base d'assurance maladie. La part, pour chaque régime, des produits nets de recours contre tiers dans le total des prestations légales a été calculée. Pour les montants comptabilisés par la branche « accidents du travail / maladies professionnelles » de la Cnam, se reporter au programme correspondant.

Précisions méthodologiques Les montants indiqués pour 2023 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.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.14.4. Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus

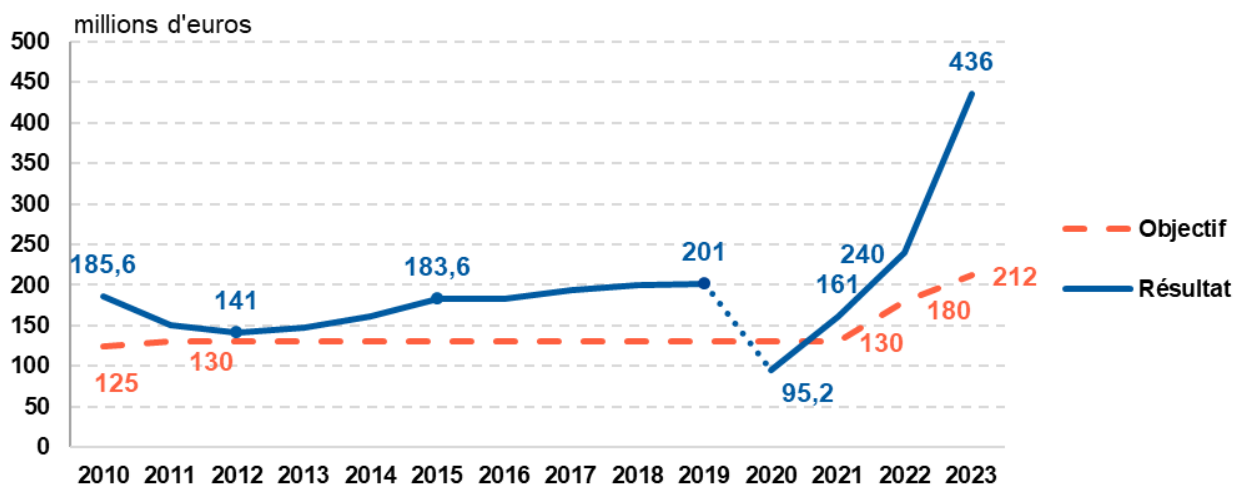
Finalité Un plan de lutte contre la fraude est mis en place annuellement par l'assurance Maladie afin de dissuader les fraudes, pratiques fautives et abusives de l'ensemble des acteurs. En 2022, l'Assurance Maladie a renoué en profondeur sa stratégie de contrôle et de lutte contre les fraudes, autour de 4 axes (évaluer, prévenir, détecter et contrôler, sanctionner) afin d'augmenter de façon sensible ses résultats en matière de lutte contre la fraude (objectif 500 M€ en 2024). L'indicateur vise à connaître l'efficacité des actions en termes d'économies engendrées liées aux fraudes et aux activités fautives et abusives.

Résultats 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 prenait en compte, depuis 2011, que les fraudes et les activités fautives, excluant les activités abusives. Ainsi, Les économies constatées correspondaient aux demandes de réparation du préjudice subi, aux prononcés de pénalités et de sanctions financières des dossiers de fraudes ou d'activités fautives traitées.

Depuis 2022 les modalités d'identification des économies liées aux fraudes au sens large ont été ajustées. Il s'agit de traduire au mieux l'impact de l'évolution de la stratégie de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre la fraude qui vise à mieux prendre en compte les aspects préventifs de ses actions. Ceux-ci contribuent à l'efficacité de la lutte contre la fraude et le calcul présenté à partir de ce millésime prend en compte les préjudices qui ont été évités par l'Assurance Maladie par son action.

Dans ce contexte, l'économie réalisée suite à l'action de l'Assurance Maladie ressort en 2023 à 436 M€ (240 M€ en 2022).

Graphique 1 • Economies liées aux fraudes et aux activités fautives et abusives détectées et stoppées



Source : Cnam/DDAFF.

Tableau 1 • Economies liées aux fraudes et aux activités fautives et abusives détectées et stoppées en 2023

Thèmes	Fraudes détectées (en M€)		Economies réalisées (en M€)				
	Résultats	Objectif	Résultats	Objectif			
Obtention des droits <i>dont : C2S et PUMA</i>	27,5 26,7	380	436,0	212			
Prestations en Espèces <i>dont : Indemnités Journalières</i>	39,1 17,1						
Prestations en Nature	354,6						
Etablissements (total) <i>dont : T2A</i>	45,4 0						
<i>dont : Hors T2A</i>	45,4						
TOTAL	466,6				380	436,0	212

Source : Cnam/DDAFF

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

- des objectifs financiers correspondant aux montants à détecter exprimés en termes de préjudice subi et de préjudice évité par l'assurance maladie. Ces objectifs sont fixés 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 ;
- en 2023, l'objectif COG de fraudes détectées était de 380 M€ dont 266 M€ de préjudice subi et 114 M€ de préjudice évité.

Précisions méthodologiques Les contrôles portent sur les données du régime général.

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.

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.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNAM

LISTE DES SIGLES UTILISES

A			
ACA	Allocation chômeur âgé	ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ACE	Actes et consultations externes	ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
ACM	Assurances du Crédit Mutuel	AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
ACS	Aide à la complémentaire santé	AVBS	Années de vie en bonne santé
ADELI	Automatisation des listes	AVC	Accident vasculaire cérébral
AELE	Association européenne de libre-	AVK	Anti-vitamine K
AFD	Aspirine faible dose	B	
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	BCG	Bacille de Calmette et Guérin
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien	BMR	Bactérie multirésistante
ALD	Affection de longue durée	BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
AMC	Assurance maladie complémentaire		
AME	Aide médicale d'État	C	
AMEXA	Assurance maladie, invalidité, maternité du régime des non salariés agricoles	CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
AMM	Autorisation de mise sur le marché		
AMO	Assurance maladie obligatoire	CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
ANI	Accord national interprofessionnel	CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament	CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
ANSP	Agence nationale de santé publique	CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
ANV	Admission en non valeur	CAQOS	Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
AOMI	Artériopathie Obstructive des Membres Inférieurs		
APE	Allocation parentale d'éducation	CAS	Contrat d'accès aux soins
AP-HP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris	CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes
APL	Accessibilité potentielle localisée	CBU	Contrat de bon usage
ARA		CBUM	Contrat de bon usage du médicament
ARS	Agence régionale de santé	CCAM	Classification commune des actes médicaux
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés	CCLAT	Convention cadre internationale de lutte antitabac
ASMR	Autonomous Sensory Meridian Response		
ATC	Anatomique, thérapeutique et chimique		

Liste des sigles utilisés

CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	CSG	Contribution sociale généralisée
CCSS	Commission des comptes de la Sécurité sociale	CSS	Code de la sécurité sociale
CDD	Contrat à durée déterminée	CSSP	Complémentaire santé solidaire participative
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	DACCRRF	Directrice de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes
CH	Centre hospitalier	D	
CHR	Centre hospitalier régional		
CHU	Centre hospitalier universitaire	DADS	Déclaration annuelle de données sociales
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi	DAS	Direction des assurés
CIM	Classification internationale des maladies	DCI	Dénomination commune internationale
CIMAP	Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique	DCIR	Données de consommation inter-régime
CLCC	Centre de lutte contre le cancer	DCS	Dépense courante de santé
CMD	Catégorie majeure de diagnostic	DDJ	Dose définie journalière
CMU	Couverture maladie universelle	DEC	Délai envoi du courrier
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire	DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie	DESCO	Direction de l'enseignement scolaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	DESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
CNG	Caisse nationale de gestion	DG	Dotation globale
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	DGFiP	Direction générale des finances publiques
COM	Collectivité d'outre-mer	DGOS	Direction générale de l'offre de soins
COR	Conseil d'orientation des retraites	DGS	Direction générale de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	DMA	DMA
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	DI	Dépistage individuel
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé	DMI	Dispositifs médicaux implantables
CRCDC	Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers	DMP	Dossier Médical Partagé
CRP	Compte de résultat principal	DMS	Durée moyenne de séjour
CRPA	Comptes de résultat prévisionnel annexe	DOM	Départements d'outre-mer
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des Clercs et employés de notaires	DO	Dépistage organisé
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux	DROM	Département et région d'outre mer
		DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
		DSES	Direction de la stratégie, des études et des statistiques
		DSN	Déclaration sociale nominative
		DSS	Direction de la Sécurité sociale

DTP	Vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite	ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
DTCP	Diphtérie, tétanos, coqueluche et poliomyélite		Etablissements de santé privés d'intérêt collectif
DTS	Dépense totale de santé	ESPIC	
E		ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
EARSS	European antimicrobial resistance surveillance network	ESPS	Enquête santé et protection sociale
EB	Effet boîte	ETP	Équivalent temps plein
EBE	Excédent brut d'exploitation	EVBS	Espérance de vie « en bonne santé »
EBNL	Établissement de santé privé à but non lucratif	EVSI	Espérance de vie sans incapacité
ECDC	European centre for disease prevention and control	Eurostat	Office statistique de l'Union européenne
	Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires	EU-SILC	Enquête sur les revenus et les conditions de vie
ECPS		F	
EDP	Échantillon démographique permanent	FAC	Fonds d'actions conventionnelles
EEC	Enquête Emploi en Continu	FBCF	Formation brute de capital fixe
EGB	Échantillon généraliste de bénéficiaires	FCU	Frottis cervico-utérin
	Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante	FIR	Fonds d'intervention régional
EHPAD		FMESP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
EIG	Evènements indésirables graves		Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
ELP	Estimations localisées de population	FMESPP	
	Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins observés en établissement de santé	FNPEIS	Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire
ENEIS		FPH	Fonction publique hospitalière
ENIM	Établissement national des invalides de la marine	FSE	Feuilles de soins électroniques
ENP	Enquête nationale de prévalence	FSV	Fonds de solidarité vieillesse
EPAS	Échantillon permanent d'assurés sociaux	GALI	Indicateur général de limitations d'activités
EPS	Établissement public de santé		
	Enquête sur les ressources et conditions de vie	G	
ERCV			
ERFS	Enquête revenus fiscaux et sociaux	GERS	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
ESAC	European surveillance of antimicrobial consumption	GHM	Groupe homogène de malades
ESAT	Établissement et services d'aide par le travail	GHS	Groupe homogène de séjours

Liste des sigles utilisés

GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire	INVS	Institut de veille sanitaire
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung - assurance maladie publique allemande	IOTF	International obesity task force
GSM	Grande section de maternelle	IP	Incapacité permanente
H		IP-DMS	Indice de performance - durée moyenne de séjour
HAD	Hospitalisation à domicile	IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
HAS	Haute autorité de santé	IQSS	Indicateurs de qualité et sécurité des soins
HC	Heures creuses	IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie	IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
HFA-DB	European health for all database	IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
HL	Hôpital local	IRMN	Imagerie par résonance magnétique nucléaire
HPV	Papillomavirus humain	ISBLSM	Institution sans but lucratif au service des ménages
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	IVG	Interruption volontaire de grossesse
HTA	Hypertension artérielle		
I		L	
IARC	International agency for research on cancer	LFI	Loi de finances
IAS	Infection associée aux soins	LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques	LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
IEC	Inhibiteur d'enzyme de conversion	LPP	Liste des produits et prestations
IGAS	Inspection générale des affaires sociales	M	
IGF	Inspection générale des finances	MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
IJ	Indemnité journalière	MCOO	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
IMC	Indice de masse corporelle	MCS	Médecins correspondant du SAMU
IN	Infection nosocomiale		
INED	Institut national des études démographiques	MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
INES	INSEE-Études Sociales, modèle de micro simulation développé par l'INSEE et la DREES	MECSS	Maison d'enfants à caractère sanitaire et spécialisée
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	MEP	Médecins à exercice particulier
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques	MERRI	Missions d'enseignement, recherche, référence et innovation
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale	MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
		MSA	Mutualité sociale agricole

MSAP	Mises sous accord préalable	PGFP	Plan global de financement pluriannuel
MUES	Mesures d'Urgences Economiques et Sociales (Loi pour les)	PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
N		PHMEV	Prescription hospitalière médicamenteuse exécutée en ville
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale	PIB	Produit intérieur brut
NACO	Nouveaux anticoagulants oraux	PIN	Prévalence des infections nosocomiales
NM	Nouveau membres	PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
O		PMI	Protection maternelle et infantile
OC	Organisme complémentaire	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique	PNLT	Programme national de lutte contre le tabac
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	PNNS	Programme national nutrition santé
OMAR	Outil de microsimulation pour l'analyse des restes-à-charge	PNRT	Programme national de réduction du tabagisme
OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique	POH	Pansements et produits d'origine
OMS	Organisation mondiale de la santé	PPA	Parité de pouvoir d'achat
OMV	Outils-multi Volets	PPI	Prévalence des patients infectés
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie	PQE	Programmes de qualité et d'efficience
ONIC	Orientations nationales d'inspection-contrôle	PRADO	Programme d'accompagnement de retour à domicile
OPTAM	Option tarifaire maîtrisée	PRCV	Panel sur les ressources et conditions de vie
OQN	Objectif quantifié national	PRCIAS	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
OTSS	Organisation et à la transformation du système de santé (loi relative à l')	PRS	Plan stratégique régional de santé
P		PSA	Prostate Specific Antigen
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur	PSCE	Protection sociale complémentaire d'entreprise (enquête)
PAERPA	Parcours santé des aînés	PSPH	Participant au service public hospitalier
PAPRAPs	Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins	PTMA	Praticien territorial de médecine ambulatoire
PCR	Polymerase Chain Reaction ou réaction de polymérisation en chaîne	PTMG	Praticien territorial de médecine générale
PDSA	Permanence des soins ambulatoires	PUI	Pharmacies à usage intérieur
		Q	
		QLS	Qualité de la lettre de liaison de sortie

R		SNIIRAM	Systeme national d'information inter-régime de l'assurance maladie
RAC	Reste à charge	SNIR	Systeme d'information inter-régimes
RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections associées aux soins	SNS	Stratégie nationale de santé
RATP	Régie autonome des transports parisiens	SPS	Santé et protection sociale (enquête)
RDB	Revenu disponible brut	SRCV	Statistique sur les ressources et condition de vie
REPSS	Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale	SROS	Schéma régional d'organisation des soins
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole	SRS	Schémas régionaux de santé
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique	SSA	Services de santé des armées
RPPS	Répertoire partagé des professions de santé	SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
RSA	Revenu de solidarité active	SSR	Soins de suite et de réadaptation
RSI	Régime social des indépendants	T	
S		TCDC	Tableaux de centralisation des données comptables
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé	TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
SAMU	Service d'aide médicale urgente	TNF	Tumor Necrosis Factor
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline	TPI	Tiers payant intégral
SAS	Service d'accès aux soins	TSA	Taxe de solidarité additionnelle
SCI	Société civile immobilière	TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté	TSH	Thyréostimuline (contrôler l'activité de la thyroïde)
SFD	Société francophone du diabète	TSN	Territoires de Soins Numérique
SHA	Systeme international des comptes de la santé	TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
SIASP	systeme d'information sur les agents des services publics	U	
SILC	Statistics on Income and Living Conditions (enquête)	UGAP	Union des groupements d'achats publics
SLM	Section locale mutualiste	UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance	UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation	USID	Unité du système d'information décisionnel
SNCF	Société nationale des chemins de fer	USLD	Unité de soins longue durée
SNDS	Systeme National des Données de Santé	V	
		VHP	Véhicules pour handicapés physiques

VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Z	
ZEP	Zone d'éducation prioritaire
ZIP	Zones d'Intervention Prioritaire



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*