l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES



Propositions de l'Assurance Maladie pour 2025

Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2025 (loi du 13 août 2004)

**JUILLET 2024**

# 1. Sommaire


**1. SOMMAIRE ..... 3**

**2. LISTE DES PROPOSITIONS ..... 8**

**3. INTRODUCTION ..... 10**

**4. PANORAMA DU SYSTEME DE SANTE ..... 12**

4.1. SITUATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE ..... 13

*4.1.1. Le déficit de la branche maladie s'élève à 11,1 milliards d'euros en 2023, en nette amélioration par rapport à 2022, mais toujours à un niveau très élevé ..... 13*
*4.1.2. En légère augmentation de 0,5 % par rapport à 2022, les charges nettes connaissent des évolutions contrastées ..... 14*
*4.1.3. Les produits nets poursuivent leur croissance (+ 5,3 % par rapport à 2022) ..... 16*

4.2. LES DETERMINANTS DE LA CROISSANCE DES DEPENSES : UNE ANALYSE MEDICALISEE ..... 18

*4.2.1. Les principales pathologies prises en charge en 2022 et leur coût ..... 19*
*4.2.2. Les facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ..... 25*
*4.2.3. Focus sur trois regroupements de pathologies : les cancers, les maladies et traitements cardio-neurovasculaires et les maladies et traitements psychiatriques ..... 29*
*4.2.4. Analyse médicalisée des dépenses à l'échelle régionale : l'exemple du diabète ..... 49*

4.3. LES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX ..... 58

*4.3.1. Démographie des professionnels de santé libéraux et évolutions notables depuis cinq ans ..... 58*
*4.3.2. Secteurs conventionnels, honoraires et dépassements ..... 63*
*4.3.3. Évolution des files actives ..... 70*
*4.3.4. Structure des dépenses prescrites selon les spécialités médicales (y compris les dépenses en lien avec le Covid-19) 72*

4.4. TABLEAU DE BORD DES INDICATEURS DE SANTE PUBLIQUE ..... 78

**5. CONTRIBUER A LA DECARBONATION DU SYSTEME DE SANTE ET APPROFONDIR LA PRISE EN COMPTE DES ENJEUX DE SANTE ENVIRONNEMENTALE ..... 82**

5.1. CONTRIBUER A LA TRANSFORMATION ECOLOGIQUE DU SYSTEME DE SANTE ..... 83

*5.1.1. Décarboner les médicaments ..... 83*
*5.1.2. Agir contre le gaspillage des produits de santé ..... 85*
*5.1.3. Promouvoir les soins écoresponsables ..... 87*

5.2. PROMOUVOIR LA SANTE ENVIRONNEMENTALE ..... 90

*5.2.1. Santé environnementale : le champ d'action de l'Assurance Maladie ..... 90*
*5.2.2. Les cinq leviers d'action de l'Assurance Maladie en matière de santé environnementale ..... 91*
*5.2.3. Partager nos données, soutenir la recherche et produire des études ..... 92*
*5.2.4. Faire de la santé environnementale un moteur du virage préventif ..... 95*

**6. APPROCHE PAR PATHOLOGIE ..... 98**

6.1. METTRE EN PLACE UNE APPROCHE GLOBALE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET ASSOCIEES AU REGARD DES FACTEURS DE RISQUE ..... 99

*6.1.1. Une capacité à agir sur les facteurs de risque en amont de la survenue d'une MCVA ..... 99*
*6.1.2. L'Assurance Maladie poursuit son engagement pour la promotion de l'activité physique et de l'activité physique adaptée ..... 101*
*6.1.3. Les temps forts des actions, vers une approche élargie des maladies à risque cardiovasculaire élevé ..... 102*
*6.1.4. Le champ des maladies cardiovasculaires et associées nécessite une évolution de l'accompagnement individualisé des patients : évolution de l'offre du dispositif sophia en 2025 ..... 106*

6.2. LES PATIENTS PRIS EN CHARGE POUR UNE MALADIE RENALE CHRONIQUE ..... 108

*6.2.1. Analyse des caractéristiques et des dépenses des patients, selon le stade et les modalités de prise en charge de la maladie rénale chronique ..... 109*

*6.2.2. Dépenses de soins remboursées des patients, en fonction du stade et des modalités de prise en charge de la maladie rénale chronique ... 112*
*6.2.3. Parcours de soins dans les deux années précédant le début d'une dialyse en 2022 ... 116*
*6.2.4. Mieux dépister et améliorer le parcours de soins des patients atteints de maladie rénale chronique ... 123*
*6.2.5. Les efforts pour améliorer l'accès à la greffe doivent être accentués ... 125*

6.3. CANCERS A DEPISTAGE ORGANISE ... 130

*6.3.1. Mise en œuvre de l'organisation rénovée des dépistages organisés ... 130*
*6.3.2. Effet de la diversification des modalités de remise du kit sur la participation au dépistage du cancer colorectal ... 132*
*6.3.3. .Accessibilité au dépistage du cancer du sein : une répartition globale de l'offre en radiologie inégale, des marges de progression notables en matière de dépistage organisé ... 135*
*6.3.4. Mieux identifier et suivre les personnes à risque aggravé ... 140*

6.4. LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ... 147

*6.4.1. Identifier et évaluer la douleur pour déterminer le niveau de prise en charge ... 147*
*6.4.2. Le traitement de la douleur repose essentiellement sur les médicaments dits « antalgiques » ... 148*

**7. APPROCHE POPULATIONNELLE ... 157**

7.1. LES 12-25 ANS ... 158

*7.1.1. Une population globalement en bonne santé mais une augmentation des maladies psychiatriques ... 158*
*7.1.2. Un taux de recours aux soins plus important pour les femmes que pour les hommes et des écarts de recours qui se creusent avec l'âge ... 161*
*7.1.3. Des dépenses concentrées sur un faible nombre de jeunes atteints de pathologies lourdes ... 162*
*7.1.4. Une évolution préoccupante de la consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents et jeunes adultes, entre 2015 et 2023 ... 164*
*7.1.5. Actions de l'Assurance Maladie en faveur de la santé mentale des jeunes ... 173*

7.2. SANTE DES FEMMES ... 176

*7.2.1. Description globale et recours aux soins ... 177*
*7.2.2. Morbi-mortalité ... 177*
*7.2.3. Causes de mortalité ... 181*
*7.2.4. Focus sur les pathologies cardiovasculaires et respiratoires ... 182*
*7.2.5. Focus sur l'endométriose : enjeu commun du diagnostic de certaines pathologies chez les femmes ... 184*
*7.2.6. Favoriser le déploiement des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences ... 188*
*7.2.7. Accident du travail et maladie professionnelle : une approche genrée des risques ... 191*

7.3. AMELIORER LES PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES AGEES ... 195

*7.3.1. Généralisation d'un dispositif de prévention précoce de la perte d'autonomie ... 195*
*7.3.2. Programme de retour à domicile Prado personnes âgées ... 196*
*7.3.3. Actions visant la réduction de la polymédication des personnes âgées ... 196*

7.4. LA GUIDANCE PARENTALE, UN ACCOMPAGNEMENT POUR LES PARENTS DES ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLES DU NEURODEVELOPPEMENT ... 199

*7.4.1. Définition de la guidance parentale ... 199*
*7.4.2. Prendre en charge des séances de guidance parentale et expérimenter l'utilisation d'un outil numérique de guidance parentale destiné aux parents ... 200*

7.5. RENFORCER LE SUIVI MEDICAL DES ENFANTS PRIS EN CHARGE PAR L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE ... 201

*7.5.1. Les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance, une population vulnérable avec des besoins de santé spécifiques ... 202*
*7.5.2. Du fait de ressources médicales limitées, une prise en charge actuellement insuffisante engendrant un coût social important. ... 203*
*7.5.3. Mieux coordonner le parcours de soins des enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance pour leur garantir un suivi médical effectif ... 205*

**8. RENFORCER L'ACCES AUX SOINS ET AMELIORER L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE 208**

8.1. CENTRES DE SANTE : PERSPECTIVES D'EVOLUTION DU MODELE ECONOMIQUE ... 209

*8.1.1. Le développement constant des centres de santé malgré un modèle économique fragile ... 209*
*8.1.2. Des rémunérations forfaitaires spécifiques des centres de santé en augmentation ... 212*
*8.1.3. Proposition d'évolution du modèle économique des centres de santé polyvalents ... 213*

8.2. LES MAISONS DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES : PERSPECTIVES D'EVOLUTION DE L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELLES ..... 214

*8.2.1. Le développement constant des maisons de santé pluriprofessionnelles ..... 214*
*8.2.2. Comparaison de la patientèle et activité des médecins généralistes en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) par rapport à ceux qui exercent hors MSP ..... 217*
*8.2.3. L'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » et les perspectives de suite dans le droit commun ..... 221*
*8.2.4. Proposition d'évolution de l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP MSP) ..... 225*

8.3. UNE REGULATION NECESSAIRE DE L'ACCES DIRECT POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS : EXEMPLE DES ORTHOPHONISTES ET DE LA PLATEFORME DE PREVENTION ET SOINS EN ORTHOPHONIE ..... 226

*8.3.1. Face à un besoin accru et un contexte démographique défavorable, l'émergence d'outils de régulation des soins en orthophonie devient indispensable ..... 226*
*8.3.2. Le développement de la plateforme prévention et soins en orthophonie pour améliorer l'information des patients et limiter les recours non pertinents ..... 228*
*8.3.3. Proposition d'amélioration et de généralisation du dispositif avec extension à d'autres professions ..... 231*

8.4. RENFORCER LA CAPACITE DE LA PERMANENCE DES SOINS A REPONDRE AUX BESOINS DU PATIENT ..... 232

*8.4.1. Évolution de l'activité de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et en horaires PDSA depuis 2012 ..... 232*
*8.4.2. Évolution de la participation des médecins généralistes libéraux au dispositif organisé de permanence des soins ambulatoires ..... 239*
*8.4.3. Proposition d'amélioration de l'accès aux soins non programmés des patients pendant les horaires PDSA ..... 243*

8.5. BILAN DES NEGOCIATIONS DE L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE : LES ACCORDS CONCLUS POUR L'ANNEE 2023 ..... 245

*8.5.1. Améliorer l'accès aux soins pour tous les patients ..... 246*
*8.5.2. Mise en place de nouvelles mesures de prévention et de santé publique ..... 248*
*8.5.3. Renforcer l'attractivité des professions libérales ..... 250*

8.6. SIMPLIFICATION DES DEMARCHES ADMINISTRATIVES DES MEDECINS ..... 250

*8.6.1. Réduire la demande de certificats médicaux inutiles ..... 251*
*8.6.2. Limiter la gestion administrative liée au régime des affections longue durée (ALD) ..... 251*
*8.6.3. Optimiser les processus de facturation ..... 252*
*8.6.4. Fluidifier les relations entre l'Assurance Maladie et les médecins ..... 252*
*8.6.5. Renforcer l'offre amelipro pour faciliter l'exercice des médecins ..... 252*
*8.6.6. Assurer la qualité et l'ergonomie des logiciels « médecin » ..... 253*

8.7. LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE ..... 253

*8.7.1. Bilan de la Rosp 2023 ..... 254*
*8.7.2. Évolution de la Rosp dans le cadre de la nouvelle convention médicale ..... 255*
*8.7.3. Résultats complets nationaux de la Rosp 2023 ..... 257*

**9. ANALYSES SECTORIELLES POUR LA REGULATION DU SYSTEME DE SANTE ..... 262**

9.1. LA FINANCIARISATION DE L'OFFRE DE SOINS PRIMAIRES ..... 263

*9.1.1. Un phénomène en pleine expansion qui mobilise les équipes de l'Assurance Maladie ..... 263*
*9.1.2. Les stratégies d'investissement dans le secteur des soins primaires ..... 263*
*9.1.3. La financiarisation des soins primaires à l'international : quelques exemples ..... 264*
*9.1.4. La financiarisation, un mouvement à maîtriser ..... 265*

9.2. LA BIOLOGIE MEDICALE : SUIVI DE LA RENTABILITE DU SECTEUR ET ANALYSE DES COUTS HOSPITALIERS ..... 267

*9.2.1. La biologie médicale privée : une rentabilité qui se maintient à des niveaux élevés ..... 267*
*9.2.2. Enseignement sur les coûts de production de la biologie médicale à partir des données des établissements publics ..... 268*

9.3. LES TRANSPORTS DE PATIENTS, UN SERVICE ESSENTIEL POUR L'ACCES AUX SOINS AVEC DES MARGES D'EFFICIENCE IMPORTANTES ..... 270

*9.3.1. Un périmètre large et complexe ..... 270*
*9.3.2. Un poste de dépenses très dynamique ..... 275*
*9.3.3. Un secteur économique caractérisé par des niveaux de rentabilité différenciés selon les acteurs ..... 280*
*9.3.4. Régulation du transport de patients : éléments de comparaison internationale ..... 285*

*9.3.5. Maîtriser l'évolution des dépenses de transport : mettre en place une feuille de route pluriannuelle en concertation avec les acteurs ..... 291*

9.4. ASSURER UN ACCES RAPIDE ET UNE DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS EN FRANCE ..... 295

*9.4.1. Les médicaments en accès précoce ..... 295*
*9.4.2. Observatoire européen des délais d'accès aux médicaments ..... 301*
*9.4.3. La dynamique des dépenses des médicaments orphelins ..... 313*

9.5. ÉVALUATION DE L'IMPACT DES REMISES SUR LES PRIX DES MEDICAMENTS POUR LES MARGES DE DISTRIBUTION EN 2021 ET 2022 ..... 322

*9.5.1. Des marges de distribution en ville, fonction du prix public des médicaments ..... 322*
*9.5.2. Une hausse exceptionnelle des remises depuis 2017 qui décorrèle le prix public du prix réel du médicament . 323*
*9.5.3. Plus de 150 millions d'euros de dépenses supplémentaires pour l'Assurance Maladie sur les marges de distribution ..... 324*

**10. LA SANTE NUMERIQUE : DES POTENTIELS A REALISER ..... 328**

10.1 PARACHEVER LE CADRE DE REGULATION DE LA TELECONSULTATION : UNE APPROCHE MEDICALISEE ..... 330

*10.1.1. Évolution et structure des volumes de téléconsultations depuis 2020 ..... 330*
*10.1.2. Modalités de recours à la téléconsultation de médecine générale en 2022 ..... 331*
*10.1.3. Facteurs associés au recours à la téléconsultation de médecine générale en 2022 ..... 333*
*10.1.4. Prescription d'antibiotique en téléconsultation de médecine générale ..... 335*
*10.1.5. Le nouveau statut des sociétés de téléconsultation : normalisation de la place de ces acteurs dans l'offre de soins.. ..... 339*

10.2. LES THERAPIES DIGITALES : ELEMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE ..... 340

*10.2.1. Des résultats prometteurs mais encore peu d'études robustes ..... 341*
*10.2.2. Un accès au marché complexe aux États-Unis comme dans l'Union européenne ..... 343*
*10.2.3. Des cadres de remboursement en pleine évolution : étude de cas européens, l'Allemagne et la Belgique ..... 344*

10.3. LES OUTILS D'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : UNE TRANSFORMATION PROFONDE DES PRATIQUES, DE LA PRISE EN CHARGE ET DU SYSTEME DE SANTE ..... 347

*10.3.1. Définition et articulation des outils d'intelligence artificielle avec le parcours « patients » ..... 347*
*10.3.2. Les systèmes d'intelligence artificielle à destination des professionnels de santé ..... 348*

**11. LES MESURES D'EFFICIENCE, PERTINENCE, CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE POUR 2025 351**

11.1. LES LEVIERS POUR AGIR QUE COMPTE MOBILISER ET RENFORCER L'ASSURANCE MALADIE ..... 352

*11.1.1. Les sciences comportementales au service des politiques publiques de gestion du risque ..... 352*
*11.1.2. Les leviers conventionnels constituent un levier puissant et structurant pour accroître la pertinence et l'efficience des soins ..... 353*
*11.1.3. La volonté d'amélioration des prescriptions passe par un meilleur outillage des prescripteurs ..... 354*
*11.1.4. La mise en œuvre de dispositifs d'incitation diversifiés ..... 359*

11.2. MESURES D'EFFICIENCE, PERTINENCE, CONTROLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE POUR 2025 ..... 360

*11.2.1. Parcours par pathologie et populationnel ..... 361*
*11.2.2. Pertinence et juste facturation des actes ..... 364*
*11.2.3. Prescription et délivrance des médicaments ..... 367*
*11.2.4. Efficience et pertinence dans la prescription des dispositifs médicaux ..... 371*
*11.2.5. Prescription des analyses de biologie ..... 374*
*11.2.6. Bon usage de l'ordonnancier bizone afin de participer à la soutenabilité économique du dispositif des affections de longue durée ..... 375*
*11.2.7. Prescriptions et facturations des dépenses de transport ..... 376*
*11.2.8. Prescriptions des prestations en espèces ..... 377*
*11.2.9. Contrôles et lutte contre la fraude ..... 379*

11.3. IMPACTS PLURIANNUELS DES ACTIONS QU'ENGAGE L'ASSURANCE MALADIE ..... 383

**12. INDEX DES ENCADRES, FIGURES ET TABLEAUX ..... 386**

12.1. LISTE DES ENCADRES ..... 387

12.2. LISTE DES FIGURES ..... 389

12.3. LISTE DES TABLEAUX ..... 398
**13. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROPOSITIONS POUR 2024 ..... 401**
**14. GLOSSAIRE ..... 410**

## 2. Liste des propositions


Proposition 1 : Lutter contre le gaspillage de pansements, médicaments et matériel médical non utilisés qui s'accumulent chez les patients ..... 97

Proposition 2 : Promouvoir la santé environnementale ..... 97

Proposition 3 : Pour les patients atteints d'une maladie chronique cardiovasculaire et associée (insuffisance cardiaque, diabète, maladie rénale chronique – MRC –, maladie coronarienne et bronchopneumopathie chronique obstructive – BPCO), systématiser le dépistage régulier des autres pathologies ..... 155

Proposition 4 : Déployer un parcours « polypathologies chroniques » portant sur les maladies cardiovasculaires et associées (insuffisance cardiaque, diabète, maladie rénale chronique – MRC –, maladie coronarienne et bronchopneumopathie chronique obstructive – BPCO) ..... 155

Proposition 5 : Accélérer la mise en œuvre du plan greffe 2022-2026 afin de faire progresser le nombre de transplantations rénales réalisées chaque année en France ..... 155

Proposition 6 : Faire progresser la participation aux trois dépistages organisés du cancer (colorectal, sein, utérus) ..... 155

Proposition 7 : Avec les partenaires concernés, construire une méthode d'identification et d'information proactive des patients à risque élevé de cancer devant faire l'objet d'un suivi médical renforcé et adapté (par exemple pour les maladies inflammatoires du colon) ..... 155

Proposition 8 : Mieux prévenir, évaluer et soigner la douleur chronique et lutter contre l'addiction aux opioïdes ..... 155

Proposition 9 : Améliorer la prise en charge de la santé mentale des adolescents et jeunes adultes chez qui la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs augmente fortement ..... 207

Proposition 10 : « Agir pour le cœur des femmes » en organisant un dépistage systématique du risque cardiovasculaire chez la femme ménopausée ..... 207

Proposition 11 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'endométriose, en participant à l'évaluation de l'Endotest® dans la perspective de sa généralisation ..... 207

Proposition 12 : Soutenir le développement des Maisons des femmes, structures médicosociales dédiées à l'accueil et à la prise en charge des femmes victimes de violences ..... 207

Proposition 13 : Permettre à chaque enfant relevant de la protection de l'enfance (aide sociale à l'enfance – ASE) de bénéficier d'un accompagnement spécifique pour sa santé somatique et psychique ..... 207

Proposition 14 : Former et accompagner les parents d'enfant atteint de troubles du neurodéveloppement (TSA, TDAH, TDI, Dys, etc.) en remboursant pour la première fois les séances de « guidance parentale » dédiées spécifiquement aux parents ..... 207

Proposition 15 : Consolider et accélérer le développement de l'exercice coordonné à travers les différentes négociations conventionnelles (maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP – et centres de santé – CDS) ..... 260

Proposition 16 : Généraliser le service « Allo Ortho » afin d'aider les usagers à qualifier leurs besoins d'orthophonie et travailler avec les autres professions en accès direct à la généralisation de ce type de plateforme ..... 260

Proposition 17 : Afin de garantir un accès aux soins 24 h/24, 7j/7, partout sur le territoire, stabiliser le système de garde le soir et le week-end, et améliorer la régulation des urgences en journée. Rendre publics, en temps réel, les lieux de soins ouverts et les informations sur la fréquentation à travers un site internet ou une application. ..... 260

Proposition 18 : Lancer l'observatoire national de l'accès aux soins visant à rendre publique l'évolution de dix indicateurs sur les « déserts médicaux » (le nombre de patients en affection de longue durée – ALD – sans médecin traitant, le temps d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste, la part du territoire couvert par un système de garde le soir et le week-end, etc.) prévus par la convention médicale ..... 260

Proposition 19 : Ne plus rembourser les prescriptions d'un médecin libéral ayant choisi de ne pas se conventionner avec l'Assurance Maladie ..... 261

Proposition 20 : Empêcher la désertification pharmaceutique en soutenant financièrement 100 % des pharmacies fragiles lorsqu'elles sont les dernières de leur commune ..... 261

Proposition 21 : Déployer un plan d'action pluriannuel de pertinence de la dépense de transport de patients, extrêmement dynamique (+ 9 %), mais source d'inégalités de santé (difficultés d'accès pour certaines populations et dans certains territoires) ..... 327

Proposition 22 : Demander aux industriels le remboursement du surcoût de marge de distribution payé par l'Assurance Maladie du fait de l'existence de certains prix faciaux différents des prix nets, sauf en cas d'engagement pour une convergence rapide (« dans un horizon maximum de 12 mois ») du prix public vers le prix négocié ..... 327

Proposition 23 : Lancer des Assises de la téléconsultation en concertation avec l'ensemble des acteurs ..... 350

Proposition 24 : Expérimenter la mise à disposition des médecins généralistes d'un outil d'intelligence artificielle d'assistance à l'interprétation d'électrocardiogramme (ECG) ..... 350

Proposition 25 : Réduire les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) et améliorer les sorties d'hospitalisation en anticipant et sécurisant le retour à domicile du patient ..... 385

Proposition 26 : Proposer aux médecins un service « SOS IJ » permettant de saisir l'Assurance Maladie sur des situations complexes d'arrêts de travail ..... 385

Proposition 27 : Définir un nouveau protocole pluriannuel avec les radiologues libéraux ..... 385

Proposition 28 : Améliorer la pénétration des biosimilaires en luttant contre les stratégies conduites par les laboratoires pour contourner la substitution en officine des molécules onéreuses (ophtalmologie) ..... 385

Proposition 29 : Renouveler et diffuser largement les outils permettant d'accompagner la décision et la prescription des professionnels de santé ..... 385

Proposition 30 : Mieux prévenir et repérer les fraudes en responsabilisant l'ensemble des acteurs ..... 385

# 3. Introduction

Protéger contre la maladie et garantir à tous l'accès à des soins de qualité constituent deux objectifs majeurs, au cœur de l'action de l'Assurance Maladie : ils se déclinent au sein de chaque action mise en œuvre au quotidien, notamment grâce à la vie conventionnelle avec les professionnels de santé. Ils sont également portés par les actions de gestion du risque pour améliorer le parcours de soins, les actions de prévention, la diffusion des outils numériques et la prise en charge des innovations. Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de consolider notre système de santé en assurant notamment sa soutenabilité financière. En 2023, le déficit de l'Assurance Maladie s'est établi à 11,1 milliards d'euros, en net redressement par rapport à 2022 (- 9,9 milliards d'euros), mais reste à un niveau élevé.

Dans ce contexte financier très difficile, l'amélioration des comptes doit se poursuivre. Pour cela, une politique ambitieuse d'optimisation des dépenses et de consolidation des recettes doit être poursuivie et même s'intensifier. Le rapport présente ainsi un plan d'action permettant de générer 1,6 milliard d'euros d'économies en 2025. La recherche de l'efficience de la dépense et la lutte contre les fraudes, avec un objectif rehaussé cette année à 420 millions d'euros, sont les deux piliers de ce plan.

Ce rapport concentre la diversité des expertises de l'Assurance Maladie afin de documenter les constats et les plans d'action pour contribuer à l'efficience et à la pertinence de la prise en charge des patients dans une approche pluriannuelle : comment parvenir à une plus grande sobriété des soins pour réduire leur impact sur l'environnement ? Comment dépister de manière plus précoce certaines pathologies pour améliorer leur prise en charge et la qualité de vie des patients ? Comment améliorer la coordination des acteurs du système de santé et mettre en place des parcours de soins structurés ? Comment intégrer l'innovation numérique ou thérapeutique, notamment médicamenteuse ?

Pour aider à répondre à toutes ces questions et éclairer le débat public, l'Assurance Maladie dresse un état des lieux factuel sur le système de santé en partageant ses données, en offrant une vision médicalisée des dépenses de santé par pathologie avec, pour la première fois, une vision régionale des dépenses en lien avec le diabète. De plus, elle partage une analyse approfondie de l'offre et de l'activité des professions de santé libérales.

Les analyses et les propositions présentées par l'Assurance Maladie visent également à établir un bilan de nos actions pour identifier les axes d'amélioration en faveur des assurés, des professionnels de santé et de l'ensemble des acteurs du système de soins. Par exemple, face aux taux de dépistage des cancers encore trop faibles dans notre pays, il est proposé plusieurs leviers pour augmenter son recours. Cela passe notamment par des politiques plus ambitieuses d'« aller vers », par l'élargissement de l'offre de dépistage du cancer du sein (implication de nouveaux radiologues, développement de « mammobus ») et du cancer colorectal (extension de la remise des kits aux infirmiers et aux sages-femmes).

Les analyses de ce rapport s'attachent également à décrypter les évolutions et transformations de notre système de santé sur des sujets émergents. Cette année, c'est le cas sur la décarbonation du système de santé et la santé environnementale. Il se penche aussi sur la santé des femmes et des jeunes comme sur la prise en charge de la maladie rénale chronique. Ce rapport s'appuie à nouveau sur des comparaisons avec des systèmes de santé étrangers pour apporter un éclairage différent sur les évolutions possibles du système de santé français. Ainsi, une analyse internationale du phénomène de financiarisation éclaire la dynamique de consolidation de l'offre de soins primaires à l'œuvre dans de nombreux pays européens. Elle vise à identifier les écueils liés à ce phénomène et les premières mesures mises en œuvre chez nos voisins européens pour la réguler. La politique d'organisation et de prise en charge des transports fait également l'objet de comparaisons internationales. La vie conventionnelle est un outil puissant pour faire évoluer les pratiques professionnelles et améliorer la qualité de la prise en charge. Beaucoup de propositions évoquées dans le rapport entendent s'appuyer sur la dynamique permise par la signature le 4 juin 2024 d'une nouvelle convention médicale. Il convient en effet de soutenir la mobilisation conjointe de l'Assurance Maladie et des médecins autour des dix objectifs d'accès aux soins et des quinze programmes sur la qualité et la pertinence.

Dans le prolongement de cette convention, le rapport formule également des propositions pour consolider l'exercice coordonné en vue des prochaines négociations conventionnelles avec les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé. Ces modèles doivent être développés et enrichis pour fluidifier le parcours de soins, lutter contre les inégalités de santé et garantir une offre de soins plurielle, de qualité et efficiente. Enfin, pour améliorer l'impact des actions de l'Assurance Maladie, le renouvellement et le développement de celles-ci puisent leur inspiration dans les sciences comportementales et les nouveaux outils numériques. Ils doivent permettre à la fois de simplifier la pratique des professionnels de santé tout en assurant

une plus grande pertinence des actes réalisés. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale constitue un rendez-vous structurant pour notre système de santé. Ce rapport doit contribuer à son processus d'élaboration à travers des analyses nouvelles et approfondies et des propositions ambitieuses pour toujours améliorer la prise en charge des patients, de la façon la plus efficiente possible.

## 4. Panorama du système de santé

## 4.1. Situation financière de l'Assurance Maladie

### 4.1.1. Le déficit de la branche maladie s'élève à 11,1 milliards d'euros en 2023, en nette amélioration par rapport à 2022, mais toujours à un niveau très élevé

En 2023, la santé financière de l'Assurance Maladie a connu une nette amélioration par rapport à 2022, avec une réduction significative de son déficit, qui s'établit à - 11,1 milliards d'euros. Cette amélioration marque la poursuite du redressement des comptes après la crise sanitaire de 2020, qui avait fait grimper le déficit à 30,4 milliards d'euros, après deux années de quasi-équilibre.

En 2020, la crise sanitaire a provoqué une récession économique historique, rompant ainsi la dynamique des recettes de la précédente décennie. Cette période a été suivie d'un rebond significatif en 2021, avec une croissance du produit intérieur brut (PIB) de 6,4 %. En 2022, malgré une détérioration économique exacerbée par la guerre en Ukraine et une inflation due aux tensions sur les prix de l'énergie, le PIB a progressé de 2,5 %, soutenu par une hausse significative de la masse salariale soumise à cotisations, + 8,7 %, quasi identique à celle connue en 2021 (+ 9 %).

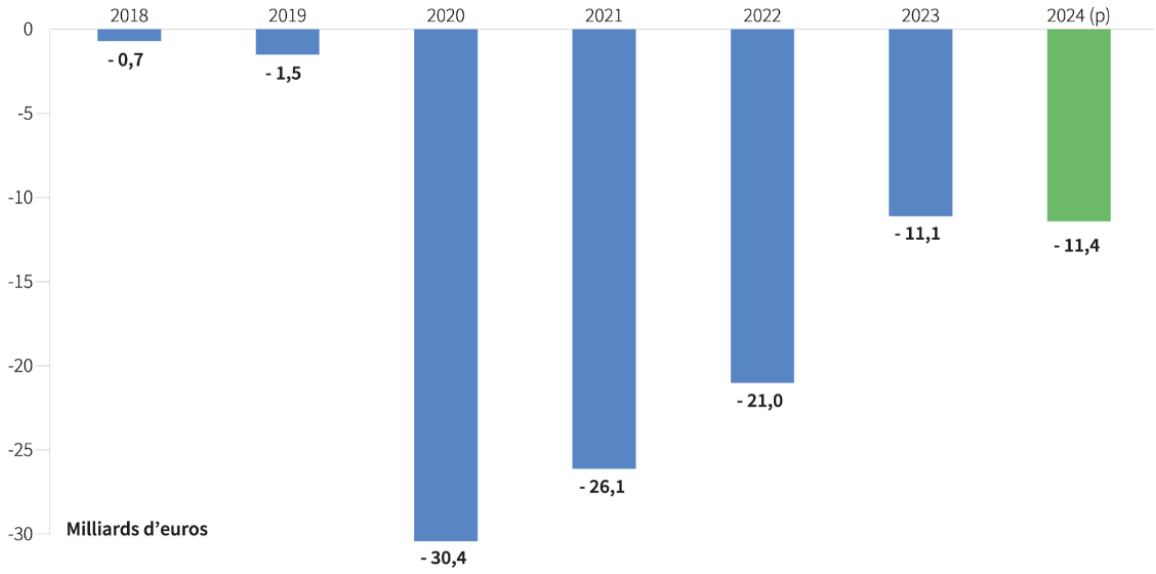
En 2023, le déficit de l'Assurance Maladie s'est réduit principalement grâce à la quasi-extinction des dépenses liées au Covid-19. La croissance des produits a généré un surplus de recettes de 5,3 % par rapport à l'exercice précédent, malgré une croissance économique plus faible que prévu – avec une augmentation du PIB de + 0,9 % – et une hausse de la masse salariale du secteur privé de + 5,7 %, inférieure aux prévisions. Cette hausse des recettes s'est accompagnée d'une hausse contenue des charges de 0,5 %, notamment grâce à la réduction des dépenses exceptionnelles liées à la gestion de la pandémie, qui sont passées de 11,7 milliards d'euros en 2022 à seulement 1,1 milliard d'euros pour 2023.

Cette dynamique a permis de réduire l'écart entre les charges et les produits, aboutissant ainsi à un solde moins déficitaire qu'en 2022.

À fin 2023, les déficits antérieurs de la branche maladie ont été repris par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), avec un montant total de versements effectués par celle-ci de 144,4 milliards d'euros entre 2011 et 2023 pour des déficits cumulés de 145,05 milliards d'euros entre 2009 et 2022. À ce différentiel de 0,65 milliard d'euros s'ajoute le résultat déficitaire de la branche maladie pour 2023 de 11,1 milliards d'euros.

Les perspectives financières à moyen et long terme sont à la stabilisation du déficit autour des 9 milliards d'euros jusqu'en 2027 selon les projections réalisées dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2024. Pour autant, ces prévisions n'intégraient pas le solde définitif pour 2023, plus dégradé que prévu. La réalité des perspectives pluriannuelles est donc aujourd'hui plus dégradée que ces dernières projections qui datent de décembre 2023.

Figure 1 : Historique du solde de la branche maladie depuis 2018, en milliards d'euros




(p) Projections

*Source : Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS), mai 2024, loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024*

### 4.1.2. En légère augmentation de 0,5 % par rapport à 2022, les charges nettes connaissent des évolutions contrastées

En 2023, le régime général a enregistré une augmentation globale des remboursements des soins, en date de soins, de 2,5 %, bien que les remboursements spécifiques aux soins de ville aient connu une légère baisse de 0,8 %. L'année 2023 a été marquée par la disparition progressive des mesures exceptionnelles prises durant la période de pandémie, telles que la suppression des arrêts de travail dérogatoires dès le 1er février et la diminution de la prise en charge des tests PCR (*polymerase chain reaction*, réaction de polymérisation en chaîne) par l'Assurance Maladie à partir du 1er mars 2023 parallèlement à une baisse importante des volumes de tests. Ces changements ont entraîné une nette diminution des dépenses liées au Covid-19, particulièrement visible dans la prise en charge des dépenses de biologie médicale (- 34,3 %), des indemnités journalières (- 9,1 %) et dans une moindre mesure des soins infirmiers (- 1,2 %).

À l'inverse, le transfert des indemnités journalières de maternité postnatales et des congés d'adoption vers la branche famille a permis de réduire les dépenses attribuées au risque maternité de 2 milliards d'euros. Les dépenses d'indemnités journalières hors Covid ont augmenté (+ 6,2 %), stimulées en partie par les revalorisations successives du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic).

L'année a également été marquée par des évolutions tarifaires et de prise en charge ayant eu une incidence notable sur les remboursements de l'Assurance Maladie. Ainsi, à titre d'exemple :

- Le taux de remboursement des soins dentaires a été réduit de 70 % à 60 % à partir du 15 octobre 2023. Avant cette réforme, au cours des 9 premiers mois de l'année, les dépenses prises en charge par le régime général pour les soins dentaires avaient augmenté de 6,6 %. Ces dépenses ont diminué de 2,3 % au dernier trimestre après la réduction du taux de remboursement.
- En parallèle, dès le 1er novembre 2023, la consultation chez le médecin a été revalorisée de 1,5 euro. Cette augmentation tarifaire a eu un impact notable sur les remboursements des soins des médecins généralistes, qui ont enregistré une hausse de 5,4 % sur les deux derniers mois de l'année, après une baisse de 0,8 % observée sur les 10 premiers mois.

La reprise de l'activité des spécialistes a été particulièrement significative avec une augmentation de + 6,5 %. L'activité des auxiliaires médicaux, en particulier celle des masseurs-kinésithérapeutes, a également fortement repris (+ 7,0 % en valeur, + 7,9 % en volume).

Les dépenses en officines (médicaments et produits en lien avec la prise en charge du Covid-19) sont restées stables, équilibrées entre la hausse des coûts induite par l'innovation thérapeutique et la réduction des besoins en masques et tests antigéniques. Les dépenses au titre de la rétrocession hospitalière diminuent de 6,3 %. Les évolutions souvent heurtées de ces dépenses traduisent généralement l'entrée de nouvelles molécules coûteuses ou la modification du circuit de distribution de certains médicaments, redirigés vers les officines de ville.

L'activité des transporteurs enregistre une croissance de 9,6 % en 2023. Cette évolution est principalement due à des revalorisations tarifaires, en mars 2023 pour les taxis, et au 1er novembre 2023 pour les transporteurs sanitaires, intervenues en compensation de la hausse des charges, notamment de l'essence. L'effet prix, toutes branches confondues, est ainsi de 2,3 %. Ces effets ont été amplifiés par les mesures liées aux transports interhospitaliers et préhospitaliers avec la prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie de certaines prestations de transports urgents préhospitaliers (TUPH), à compter du 1er mars 2023. Les TUPH sont les interventions et transports primaires réalisés en ambulance à la demande du service d'aide médicale urgente (Samu Centre 15) pour l'admission d'un patient dans un établissement de santé.

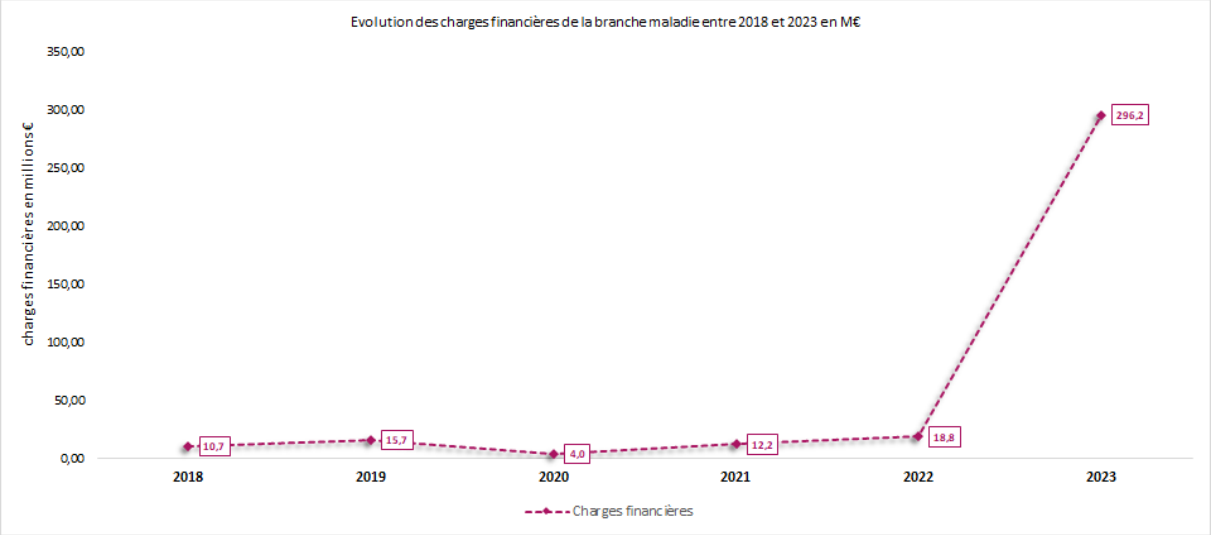
En ce qui concerne les dépenses en établissement, les mesures de revalorisation salariale et d'attractivité, notamment dans le cadre du Ségur de la santé, ont participé à leur croissance. Ainsi, les remboursements pour les soins en établissement ont progressé de 6,1 %, portés par les augmentations tarifaires de la campagne 2023.

Les établissements restent significativement affectés par les répercussions de la crise sanitaire, avec des activités qui peinent à retrouver leur niveau précrise. Dans ce contexte, l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 a introduit un mécanisme transitoire de soutien financier. Ce mécanisme, dénommé sécurisation modulée à l'activité (SMA), permet aux établissements de santé opérant dans les domaines de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD) de bénéficier d'une base de sécurisation des recettes de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à hauteur de 70 %, complétée par un ajustement de 30 % indexé sur l'activité réelle. Ce dispositif ainsi que les régularisations de la garantie de financement ont favorisé la hausse des dépenses en établissement.

En 2023, les charges de gestion se maintiennent à environ 6,1 milliards d'euros et restent stables par rapport à l'année précédente malgré le contexte d'inflation soutenue. Elles représentent 2,6 % des charges totales gérées par l'Assurance Maladie.

Enfin, du fait de la hausse des taux d'intérêt, le financement par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) des besoins de trésorerie de l'Assurance Maladie se renchérit. En 2023, cette dynamique a été particulièrement marquée avec une forte augmentation des charges financières, s'élevant à 296 millions d'euros contre 18 millions d'euros l'année précédente. Cette hausse significative est essentiellement due à un environnement de taux d'intérêt en hausse, qui a augmenté le coût de l'endettement de manière conséquente. Historiquement, en période de taux d'intérêt négatifs depuis 2014, l'Acoss profitait de conditions avantageuses pour ses emprunts à court terme, générant ainsi des revenus financiers pour la branche maladie.

Figure 2 : Évolution des charges financières de la branche maladie entre 2018 et 2023, en millions d'euros



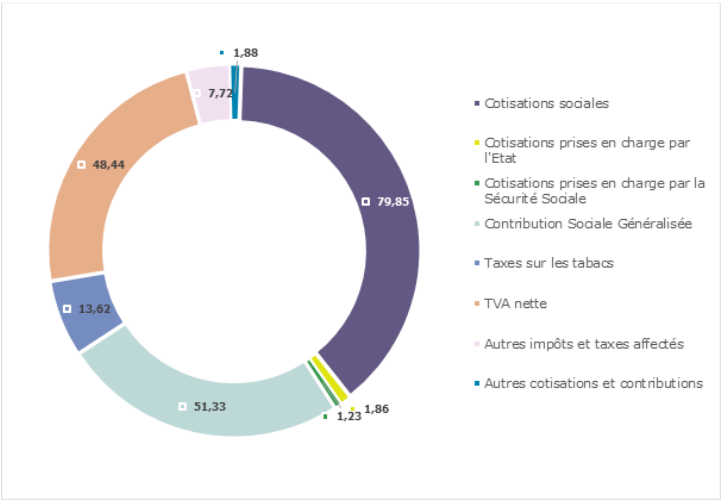

*Source : Cnam*

### 4.1.3. Les produits nets poursuivent leur croissance (+ 5,3 % par rapport à 2022)

La structure des recettes a évolué pour répondre aux besoins croissants en matière de soins de santé, aux défis démographiques et à l'universalisation croissante de la couverture maladie. La tendance structurelle est marquée par une diversification progressive des ressources de financement complémentaires aux cotisations des salariés. Depuis 2018, la contribution sociale généralisée (CSG), appliquée à une assiette de revenus plus large que les seules cotisations salariales et patronales, a été un levier important pour accroître les recettes de la branche maladie, notamment en contrepartie de la modification des taux de cotisation salariale et patronale. Par la suite, l'Assurance Maladie a vu la fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) qui lui est affectée s'accroître, contribuant à hauteur de plus de 20 % de ses ressources depuis 2021.

En 2023, le dynamisme des produits est lié notamment à la croissance de la masse salariale. La hausse des cotisations sociales et des produits de la CSG (+ 4,4 milliards d'euros) s'explique par la progression de la masse salariale du secteur privé (+ 5,7 %) notamment en lien avec l'augmentation du Smic à deux reprises (hausse de 1,81 % au 1er janvier suivie d'une augmentation de 2,2 % au 1er mai). L'évolution est tirée également par la TVA (+ 4 %, + 2 milliards d'euros) du fait d'une inflation élevée bien que légèrement en baisse (4,8 %).

Figure 3 : Répartition des recettes – cotisations, impôts et produits affectés – en 2023, en milliards d'euros




*Source : Cnam*

Tableau 1 : Charges et produits nets entre 2021 et 2023, en millions d'euros

| CNAM - Maladie | 2021 | 2022 | % | 2023 | % |
|---|---|---|---|---|---|
| **CHARGES NETTES** | **225 809** | **232 882** | ***3,1*** | **234 148** | ***0,5*** |
| **Prestations maladie maternité nettes** | **196 548** | **203 778** | ***3,7*** | **208 022** | ***2,1*** |
| Prestations maladie-maternité ONDAM[a] nettes | 185 180 | 191 110 | *3,2* | 194 919 | *2,0* |
| Soins de ville en nature nets | 83 642 | 85 106 | *1,8* | 85 223 | *0,1* |
| IJ maladie nettes | 10 091 | 12 002 | *18,9* | 10 580 | *-11,8* |
| Prestations en établissements publics nettes | 73 789 | 76 478 | *3,6* | 80 740 | *5,6* |
| Cliniques privées nettes | 15 526 | 15 969 | *2,9* | 16 861 | *5,6* |
| Etablissements médico-sociaux nets | 1 250 | 792 | *-36,7* | 859 | *8,5* |
| Soins des français à l'étranger nets | 881 | 763 | *-13,4* | 656 | *-14,1* |
| **Prestations maladie-maternité hors ONDAM[a] nettes** | ***11 148*** | ***12 517*** | ***12,3*** | ***12 902*** | ***3,1*** |
| **Dotations aux provisions nettes et pertes sur indus, franchises, participations** | *220* | *151* | *-31,6* | *202* | *33,8* |
| **Transferts nets** | **23 251** | **22 878** | ***-1,6*** | **19 666** | ***-14,0*** |
| Transferts d'équilibrage et compensations | 10 099 | 10 257 | *1,6* | 9 739 | *-5,1* |
| Cotisations famille et vieillesse PAM[b] | 1 021 | 1 073 | *5,2* | 1 084 | *1,0* |
| Participation aux dépenses du FIR[c] | 3 952 | 4 382 | *10,9* | 4 447 | *1,5* |
| Financements de fonds et organismes du champ de l'ONDAM[a] | 6 436 | 6 068 | *-5,7* | 2 881 | -- |
| Autres transferts divers | 1 744 | 1 097 | *-37,1* | 1 515 | *38,0* |
| **Charges de gestion courante** | **5 953** | **6 098** | ***2,4*** | **6 160** | *1,0* |
| **Autres charges nettes** | **56,7** | **128,5** | ++ | **300** | ++ |
| **PRODUITS NETS** | **199 752** | **211 887** | ***6,1*** | **223 011** | ***5,3*** |
| **Cotisations, contributions et recettes fiscales nettes** | **189 431** | **198 560** | ***4,8*** | **203 984** | ***2,7*** |
| Cotisations sociales | 73 092 | 77 431 | *5,9* | 79 853 | *3,1* |
| Cotisations prises en charge par l'Etat | 2 814 | 2 109 | *-25,1* | 1 863 | *-11,6* |
| CSG [d] | 45 945 | 49 385 | *7,5* | 51 331 | *3,9* |
| Impôts, taxes et autres contributions sociales | 67 021 | 69 650 | *3,9* | 70 602 | *1,4* |
| *Charges liées au recouvrement* | *559* | *-15* | -- | *334* | -- |
| **Transferts nets** | **2 717** | **3 605** | ***32,7*** | **6 934** | ++ |
| Transferts d'équilibrage et compensations | 188 | 193 | *2,6* | 198 | *2,5* |
| Prise en charge nette des cotisations maladie des PAM [b] | 110 | 126 | *14,5* | 97 | *-23,1* |
| Contribution nette de la CNSA [e] | -550 | 0 | -- | 0 | - |
| Autres transferts | 2 968 | 3 286 | *10,7* | 6 639 | ++ |
| **Autres produits nets** | **7 604** | **9 722** | ***27,9*** | **12 093** | ***24,4*** |
| Produits de gestion courante | 447 | 467 | *4,7* | 874 | ++ |
| Produits divers | 8 285 | 9 754 | *17,7* | 12 718 | *30,4* |
| *Provisions nettes et pertes sur RCT, soins des étranger et autres produits* | *-1 127* | *-499* | -- | *-1 499* | ++ |
| **RESULTAT NET** | **-26 057** | **-20 995** | ***0,0*** | **-11 138** | ***0,0*** |

(a) Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
(b) PAM : praticiens et auxiliaires médicaux
(c) FIR : Fonds d'intervention régional
(d) CSG : contribution sociale généralisée
(e) CNSA : Chambre nationale des services d'ambulance

*Source : Cnam*

## 4.2. Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée

Dans un contexte de contraintes financières croissantes, l'identification des pathologies les plus fréquemment traitées et les plus coûteuses est essentielle. Elle permet de mieux comprendre les mécanismes déterminant le niveau des dépenses de santé et leurs évolutions et de prioriser les actions visant à améliorer la résilience de notre système de santé, telles que les actions de prévention ou de réorganisation des soins.

Grâce aux nombreuses informations individuelles renseignées dans le système national des données de santé (SNDS), la cartographie des pathologies et des dépenses décrit le poids économique de 58 pathologies regroupées en 19 catégories, traitements chroniques et épisodes de soins (tels que la maternité) et son évolution au cours du temps (Encadré 1) : quelles sont les pathologies les plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Quelles ressources financières sont mobilisées pour assurer ces soins ? Comment les dépenses progressent-elles ? Ces évolutions sont-elles liées au nombre de patients soignés ou à des changements dans les traitements et les processus de soins ? Quel est l'effet des innovations médicamenteuses sur le nombre de patients traités et les dépenses ? Quels sont les impacts des actions de régulation mises en œuvre ?

Depuis 2022, les données de la cartographie sont accessibles au grand public à travers un site *open data* interactif dédié, mis à jour chaque année[1].

Les principaux constats épidémiologiques et économiques des dernières années sont demeurés relativement semblables jusqu'en 2019, avec un poids important des maladies cardio-neurovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire (MCV), des cancers et de la santé mentale, une augmentation lente et régulière des dépenses pour certaines pathologies, du fait du vieillissement de la population (maladies cardio-neurovasculaires, diabète, etc.), ou une augmentation ponctuelle et brutale, liée à l'arrivée de nouveaux traitements coûteux (tels que ceux, par exemple, de la mucoviscidose).

Les dépenses ont fortement augmenté en 2021, avec + 18,9 milliards d'euros, pour augmenter plus faiblement autour de 6,6 milliards d'euros en 2022. Les hausses de ces deux dernières années, particulièrement celle de 2021, s'expliquent 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). En 2022, avec le déclin de la pandémie, les dépenses spécifiquement liées à la prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 diminuent, comme détaillé plus loin, de même que celles liées aux dépistages et à la vaccination.

Dans une première partie sont décrits les effectifs et les dépenses associées pour la prise en charge des différentes pathologies en 2022, suivis d'une seconde partie sur leurs évolutions entre 2015 et 2022. Enfin, une troisième partie présente en détail les résultats relatifs aux cancers, aux MCV et aux maladies et traitements psychiatriques.

Encadré 1 : Éléments clés de la méthode, dernières évolutions de la cartographie et précautions d'interprétation

**Éléments clés de la méthode**

Tous les régimes d'assurance maladie sont inclus (68,7 millions de personnes en 2022).

Seules les personnes ayant au moins une consommation de soins dans l'année sont incluses. Cela peut avoir des conséquences sur l'estimation de la prévalence des pathologies si un patient souffrant d'une pathologie ne consomme pas de soins dans l'année.

La période d'analyse couvre les années 2015 à 2022. L'exploitation des années antérieures n'est pas possible en raison de l'absence d'informations sur les affections de longue durée (ALD) avant 2014 pour certains régimes.

58 pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, regroupés en 18 catégories, sont repérés. Une 19e catégorie concerne les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits dans les 18 catégories précédentes.

Les dépenses considérées sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

La totalité de ces dépenses est répartie entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins définis, sans double compte.

1 La plateforme Data pathologies est accessible en ligne : https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/

Chaque poste de dépenses est réparti entre ces pathologies, soit directement pour chaque individu si un diagnostic est renseigné pour ce poste (séjours hospitaliers, indemnités journalières pour maternité), soit par pondération entre les pathologies de chaque combinaison de pathologies possible dans le cas contraire (soins de ville notamment).

**La méthodologie de la cartographie évolue constamment. Les principales évolutions de cette version sont :**

- Ajout des lésions médullaires (lésions de la moelle épinière), qui remplacent la paraplégie. L'algorithme de repérage a été adapté à partir de celui développé par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), que nous remercions. La paraplégie sans cause retrouvée dans les données est désormais classée dans les « autres affections neurologiques ».
- Les troubles psychotiques aigus et transitoires ne sont plus considérés dans les troubles psychotiques (sous-entendu chroniques) mais dans les « autres affections psychiatriques ».
- Ajout des médicaments spécifiques dans les algorithmes de repérage de l'épilepsie et de la maladie coronaire chronique.
- Ajout des groupements homogènes de malades (codés lors d'hospitalisations) spécifiques dans l'algorithme de repérage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- Les dépenses de l'hospitalisation à domicile sont désormais affectées aux pathologies en utilisant les diagnostics des séjours (affectation directe) plutôt que par pondération.
- Les indemnités journalières dérogatoires dispensées lors de la pandémie ne sont plus prises en compte dans le poste « indemnités journalières pour maladie et AT/MP ».
- La structure de ce chapitre a évolué : des focus sur les maladies cardio-neurovasculaires, les cancers et les maladies psychiatriques seront désormais systématiquement présentés. Les figures et tableaux ont également été revus.

**Précautions dans l'interprétation des résultats**

L'interprétation des résultats de la cartographie nécessite certaines précautions. Premièrement, les différentes versions de la cartographie ne sont pas comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information, aux algorithmes de repérage des pathologies et à la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies, et en raison des dépenses qui deviennent individualisables et qu'on peut alors associer à la prise en charge d'un patient ou l'inverse.

Deuxièmement, le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses ne sont pas strictement superposables (Encadré 3).

Troisièmement, les coûts supplémentaires imputables à la pandémie, en particulier les tests antigéniques réalisés en pharmacie, la vaccination réalisée en dehors des centres de vaccination et les actes réalisés en laboratoire, tels que les PCR (*polymerase chain reaction*, réaction de polymérisation en chaîne), accroissent de manière importante les dépenses associées à chacune des pathologies. Néanmoins, cette dépense additionnelle varie en fonction des pathologies. Il est probable que les recours aux autotests et à la vaccination étaient plus ou moins fréquents selon les pathologies, du fait des recommandations des autorités sanitaires et des comportements des patients et des professionnels de santé. La part des dépenses de soins de ville imputable à la prise en charge du Covid-19 a été estimée en 2022 à 5,7 % des dépenses de soins de ville et 2,5 % de la dépense totale. Aussi, il conviendra de garder à l'esprit cette estimation lors de l'interprétation des montants remboursés par pathologie.

### 4.2.1. Les principales pathologies prises en charge en 2022 et leur coût

#### La dépense totale remboursée : 190,3 milliards d'euros en 2022

En 2022, 190,3 milliards d'euros ont été remboursés par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 68,7 millions de personnes (Figure 4). Les pathologies et traitements chroniques (Encadré 2) représentent 59 % de cette dépense (environ 112 milliards d'euros) et concernent 35 % de la population (soit près de 24 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (Figure 5). À l'opposé, 55 % de la population a reçu des soins sans avoir de pathologie repérée par les algorithmes de la cartographie. Les 10 % restant concernent la maternité, les hospitalisations pour Covid-19, les hospitalisations hors pathologies repérées et les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.

Quatre catégories de pathologies représentent plus de la moitié des dépenses remboursées :

- la part la plus importante concerne les hospitalisations hors pathologies repérées[2] : 41,3 milliards d'euros, soit 22 % des dépenses totales ;

2 Voir la définition dans l'encadré Éléments clés de la méthode, dernières évolutions de la cartographie et précautions d'interprétation.

- la santé mentale, si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et les hypnotiques), représente 26,2 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont les deux tiers concernent les maladies psychiatriques[3] ;
- la prise en charge des MCV atteint 26,1 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont 15,3 milliards d'euros sont affectés aux MCV chroniques, c'est-à-dire sans événement aigu dans l'année ;
- la prise en charge des cancers atteint 24,0 milliards d'euros, soit 13 % des dépenses totales, dont 21,6 milliards d'euros pour la prise en charge des cancers en phase active de traitement.

Encadré 2 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses

**Maladies cardio-neurovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire (MCV).** Ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie périphérique, les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires. On distingue les pathologies en phases aiguë et chronique (pour une pathologie donnée, seules les personnes n'ayant pas eu d'épisode aigu dans l'année sont considérées comme en phase chronique). Les traitements chroniques du risque cardiovasculaire sont définis par au moins trois délivrances d'antihypertenseur ou d'hypolipémiant, en excluant les personnes avec une maladie cardiovasculaire, un diabète et une insuffisance rénale chronique terminale (traitement dit « hors pathologies »). Il s'agit donc probablement de patients traités pour la majorité en prévention primaire d'événements cardiovasculaire.

**Diabète.** Quel que soit le type de diabète, 1 ou 2.

**Cancers.** Les plus fréquents (cancers du sein, de la prostate, colorectal et bronchopulmonaire) sont distingués, les autres cancers étant regroupés. On distingue les cancers en phase active de traitement (dits « actifs ») et les cancers en phase de surveillance (dits « sous surveillance »). Pour un cancer donné, une personne ne peut être comptabilisée dans les deux phases la même année.

**Maladies psychiatriques et traitements psychotropes.** Ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement). Les traitements psychotropes chroniques (au moins trois délivrances) comprennent les traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques. Ce sous-groupe exclut les personnes ayant un diagnostic psychiatrique repérable *via* une hospitalisation ou une affection de longue durée récente (traitement dit « hors pathologies »).

> *Attention : les traitements nicotiniques de substitution sont pris en compte pour le repérage des troubles addictifs s'ils sont délivrés au moins trois fois dans l'année, afin de cibler les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique. La facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 peut expliquer au moins partiellement une hausse de prévalence des troubles addictifs sur cette période.*

**Maladies neurologiques.** Ce groupe comprend les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, les lésions médullaires, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

**Maladies respiratoires chroniques.** Ce groupe comprend notamment, sans toutefois les distinguer, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive. La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe mais dans le groupe ci-dessous.

**Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH.** Les maladies inflammatoires comprennent les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la polyarthrite rhumatoïde (et maladies apparentées), la spondylarthrite ankylosante (et maladies apparentées) et les autres maladies inflammatoires chroniques. Les maladies rares comprennent les maladies métaboliques héréditaires (MMH) et l'amylose, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) fait l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

**Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).** Elle comprend la dialyse chronique, la transplantation rénale et le suivi de transplantation rénale.

**Maladies du foie ou du pancréas.** Ce groupe comprend l'ensemble des atteintes du foie et du pancréas, à l'exception de la mucoviscidose et du diabète, qui sont repérés par ailleurs.

**Affections de longue durée (ALD) (dont 31 et 32) pour d'autres causes.** Personnes avec une ALD autre que les pathologies mentionnées ci-dessus. Les ALD hors liste (n° 31) et pour multimorbidité (n° 32) sont prises en compte.

**Maternité.** Femmes de 15 à 49 ans, prises en charge pour le risque maternité à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse jusqu'au 12e jour après l'accouchement.

**Hospitalisations hors pathologies repérées.** Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins un séjour dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou en hospitalisation

3 C'est-à-dire identifiées par un diagnostic dans les données. Les personnes ayant un traitement chronique par psychotrope ont très probablement une maladie psychiatrique mais non identifiable. Voir Encadré 2 : « Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses ».

à domicile pour des motifs qui ne correspondent pas aux autres pathologies repérées. Ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées (prothèse de hanche) ou non (appendicectomie), exploratoires (coloscopie), ou des symptômes ou pathologies mal définis.

**Hospitalisation pour Covid-19.** Ce groupe comprend les personnes avec au moins un séjour en hospitalisation complète pour Covid-19 au cours de l'année, dans un établissement de MCO ou de SMR. Les critères de repérage de ces personnes ont été définis en conformité avec les consignes de codage et les travaux publiés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

**Traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.** Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins six délivrances dans l'année. Ces traitements peuvent être indiqués pour des pathologies rhumatologiques chroniques (lombalgie, arthrose, etc.), mais aussi pour toute pathologie chronique douloureuse. Cependant, seules les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus sont considérées dans ce groupe.

**Pas de pathologie repérée.** Ce groupe comprend les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus, donc *a priori* n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers…).

Les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/content/methode-detaillee-du-reperage-des-pathologies-episodes-de-soins-ou-traitements

### Les deux composantes de la dépense totale : la dépense moyenne individuelle et l'effectif de personnes

La dépense remboursée totale, le nombre de personnes traitées et la dépense moyenne individuelle par patient sont étroitement liés, la première étant dépendante des deux suivants. La dépense moyenne individuelle la plus faible concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes avec seulement 360 euros par patient, quand la plus forte concerne l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) avec 43 350 euros[4] par patient (Figure 6). L'effectif le plus élevé concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes, avec 37,9 millions de personnes, quand l'effectif le plus faible concerne l'IRCT avec seulement 100 700 patients concernés (Figure 5 et Figure 7).

Deux principaux groupes de pathologies se distinguent. Les MCV aiguës, les cancers actifs et les maladies psychiatriques présentent une dépense moyenne individuelle parmi les plus élevées et un nombre de patients faible, alors que les MCV chroniques et les traitements psychotropes ont une dépense moyenne individuelle faible et un nombre de patients relativement élevé (Figure 7).

Les hospitalisations hors pathologies repérées se démarquent avec un effectif très élevé (9,9 millions de patients) et une dépense individuelle moyenne élevée (4 160 euros), conférant de ce fait un poids économique important à cette catégorie.

Un autre groupe de pathologies se distingue avec à la fois une dépense moyenne individuelle et un nombre de patients concernés faibles. Il comprend les maladies du foie et du pancréas, les affections de longue durée (ALD) pour d'autres pathologies que celles repérées par la cartographie et les cancers sous surveillance.

### Les grands postes de dépenses (hospitalisations, soins de ville, prestations en espèces)

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Figure 8). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour les MCV aiguës (82 %), l'IRCT (68 %), les maladies psychiatriques (66 %) et les cancers actifs (62 %) et expliquent les niveaux élevés de la dépense moyenne individuelle pour ces pathologies. Ces dépenses sont aussi logiquement importantes pour les hospitalisations pour Covid-19 (87 % de la dépense individuelle moyenne[5]).

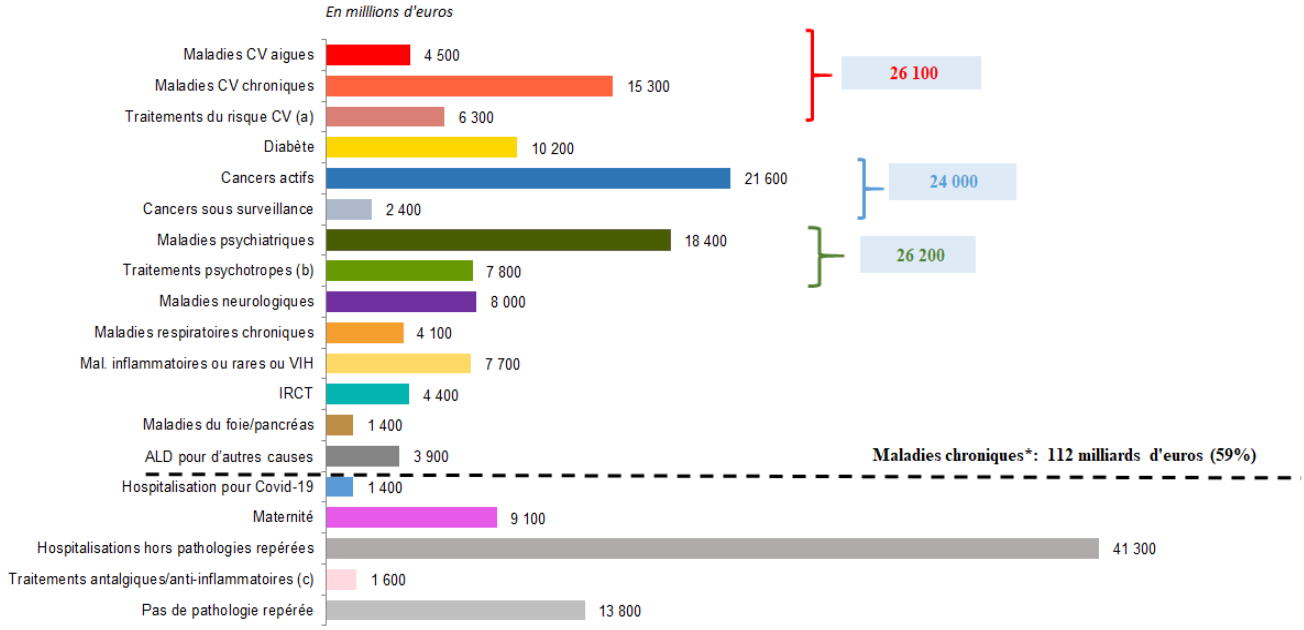
Les soins de ville concernent la majorité des dépenses affectées au diabète (85 % de la dépense moyenne par individu), au traitement du risque vasculaire en prévention primaire (78 %), aux « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (75 %), aux cancers sous surveillance (70 %), aux personnes sans pathologie repérée (66 %), aux maladies respiratoires chroniques (63 %) et aux maladies neurologiques (63 %).

4 Pour cette raison, cette pathologie n'a pas été représentée dans la Figure 7.

5 Les proportions indiquées seraient exactement les mêmes en considérant la dépense totale plutôt que la dépense moyenne individuelle.

Enfin, les prestations en espèces[6] ont un poids important dans les dépenses en lien avec la maternité (43 %) ou pour les traitements chroniques par psychotropes (44 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (40 %).

Figure 4 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 190,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, en 2022




ALD : affection de longue durée

(a) Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

(b) Hors maladies psychiatriques

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

* Les embolies pulmonaires sont enlevées.

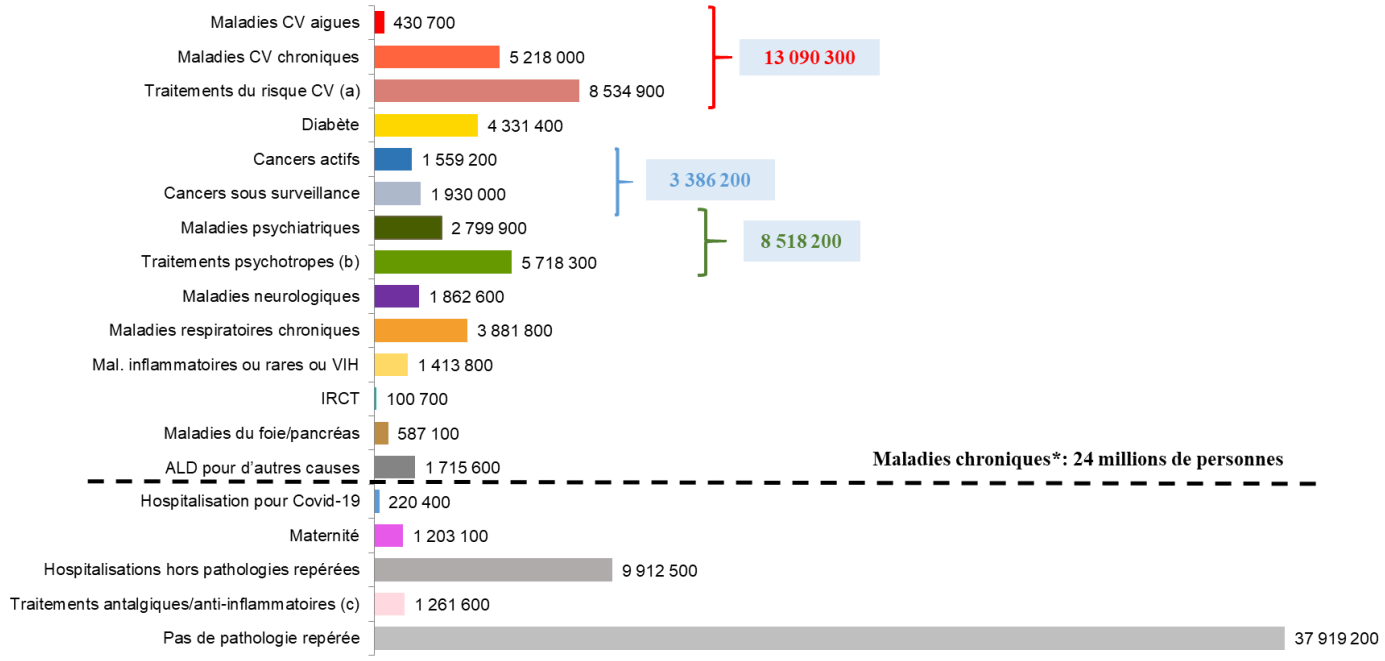
Note de lecture : répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2022 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 190,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes. Pour aboutir au total de 190,3 milliards d'euros, il faut rajouter aux dépenses par pathologie les 7,2 milliards d'euros de soins courants, qui ne sont pas affectées à des pathologies spécifiques.

*Champ : tous régimes - France entière*

*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

6 La composition détaillée des postes de dépenses est disponible en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie. Les prestations en espèces comprennent les indemnités journalières versées en cas de maladie, d'accident du travail ou maladie professionnelle, l'assurance maternité et les pensions d'invalidité.

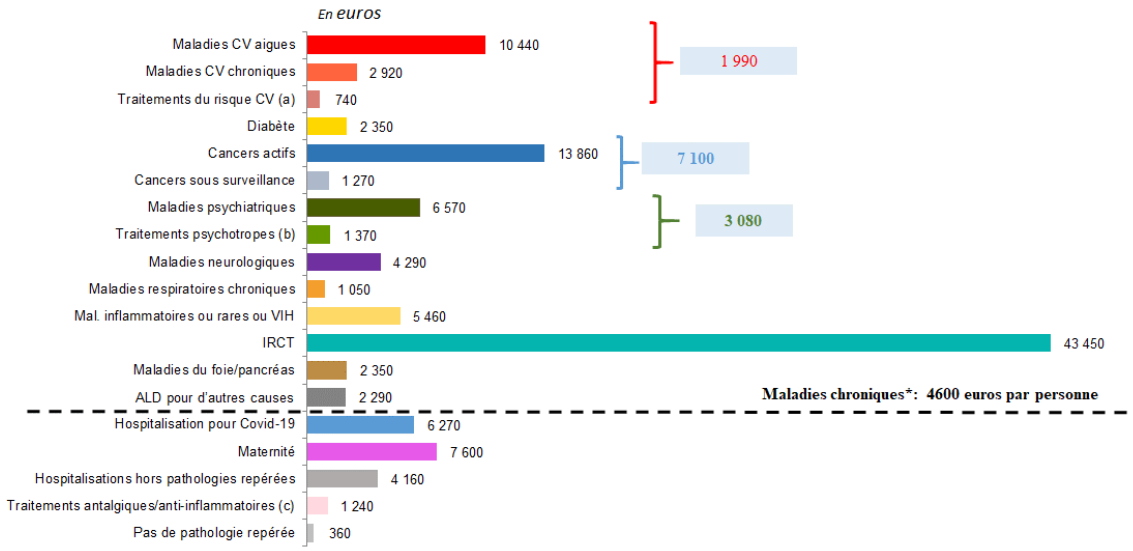
Figure 5 : Nombre de bénéficiaires pris en charge pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (68,7 millions de personnes au total), en 2022




ALD : affection de longue durée
(a) Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
(b) Hors maladies psychiatriques
(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
* Les embolies pulmonaires sont enlevées.

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

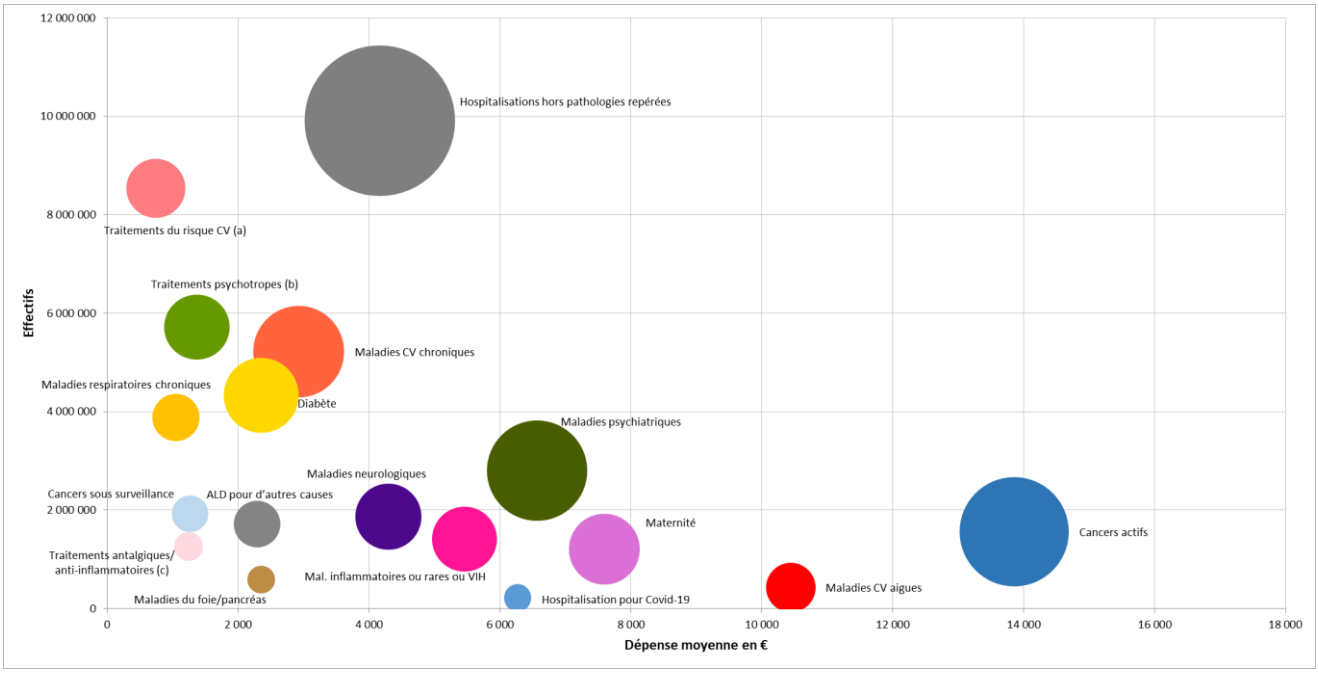
Figure 6 : Répartition de la dépense moyenne individuelle remboursée par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 4 600 euros en moyenne par bénéficiaire, en 2022




ALD : affection de longue durée
(a) Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
(b) Hors maladies psychiatriques
(c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
*Les embolies pulmonaires sont enlevées.

*Champ : tous régimes - France entière — Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Figure 7 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, en 2022

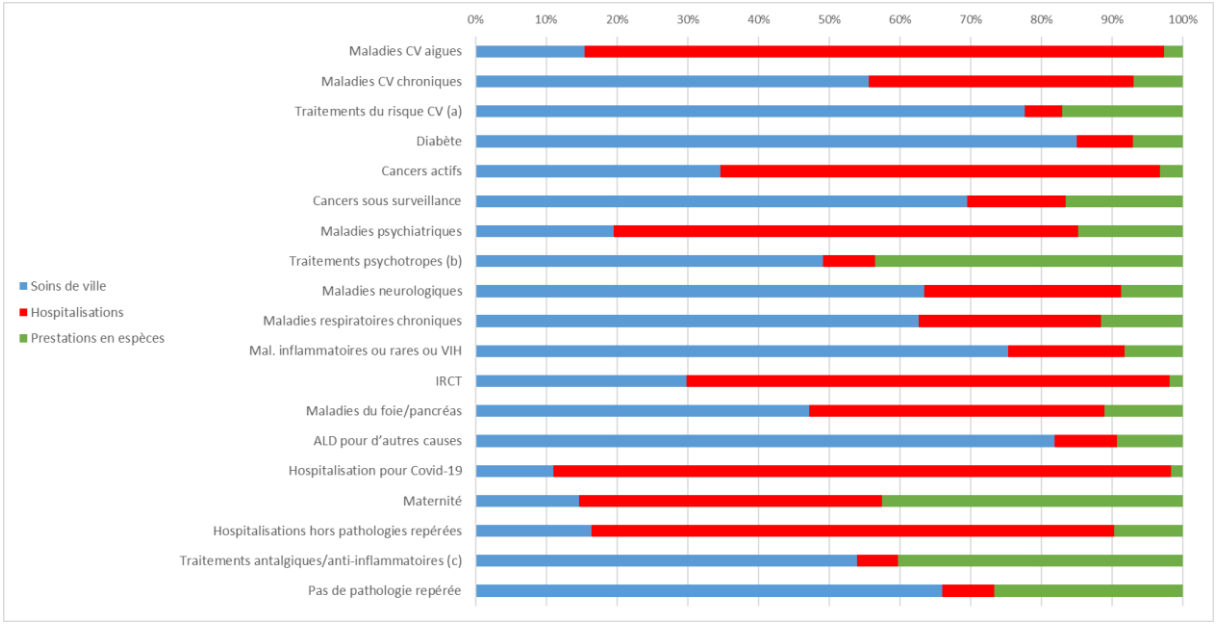



ALD : affection de longue durée
(a) Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
(b) Hors maladies psychiatriques
(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Figure 8 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, en 2022, en pourcentage




ALD : affection de longue durée
(a) Hors pathologies cardiovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
(b) Hors maladies psychiatriques
(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

### 4.2.2. Les facteurs d'évolution des dépenses par pathologie

Quelle que soit la période, l'interprétation des évolutions d'effectifs et de dépenses doit tenir compte de plusieurs mécanismes parmi lesquels :

- les modifications de la prise en charge, de l'organisation des soins ou des tarifs entraînant des évolutions des dépenses moyennes individuelles par patient ;
- l'augmentation du nombre de personnes assurées et le vieillissement de la population, conduisant à une augmentation de la fréquence des maladies chroniques chez les personnes âgées et de la polypathologie ;
- les conséquences de chocs exogènes tels que la crise sanitaire liée au Covid-19 sur la consommation, le recours aux soins et la santé de la population française.

#### En 2022, une stabilisation de l'effectif total autour de 68,7 millions

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a augmenté de 4,5 millions entre 2015 (64,1 millions) et 2022 (68,7 millions), soit + 1,1 % par an en moyenne. Les effectifs de patients atteints de maladies chroniques sont de 24,4 millions en 2022 (+ 410 000 relativement à 2021 et + 1 560 000 relativement à 2015).

Les évolutions annuelles de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins diffèrent fortement selon la période considérée. Jusqu'en 2019, l'évolution des effectifs était relativement constante, elle oscillait entre + 0,34 % et + 0,76 %. Entre 2019 et 2020, la première période de confinement ayant fortement limité les possibilités de consultation, elle était beaucoup moins importante avec seulement + 0,19 %, et on dénombrait alors 65,9 millions de personnes en 2020. En 2021, le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a fortement augmenté (+ 3,9 %, correspondant à 2,6 millions de personnes supplémentaires). Cette forte évolution s'explique probablement par l'augmentation tendancielle de l'effectif de la population et par une augmentation du nombre de personnes ayant eu recours à des soins, soit du fait de la reprise d'un suivi médical, soit d'un rattrapage de soins non réalisés en 2020, soit de soins liés au Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations) chez des personnes qui n'auraient pas eu recours aux soins en l'absence de pandémie. En 2022, la croissance des effectifs a fortement ralenti avec une évolution faible de + 0,29 %, conduisant ainsi l'effectif à un niveau proche de celui de 2021. Cette évolution traduit très probablement la moindre intensité de l'épidémie de Covid-19 en 2022 comparativement aux années 2020 et 2021 (nombreux cas d'Omicron en début d'année 2022, mais avec moins d'hospitalisations). Le nombre de personnes estimées[7] n'avoir consommé que des soins de ville en lien avec le Covid-19 en 2021 était de 1,99 million, il n'était ainsi plus que de 1,32 million en 2022.

#### Une augmentation de la dépense totale en 7 ans de 40,3 milliards d'euros, marquée par un ralentissement en 2022

Entre 2015 et 2022, les remboursements totaux de soins dans le champ de la cartographie pour l'ensemble des régimes ont augmenté de 40,3 milliards d'euros (soit + 26,8 % en 7 ans, + 4,0 % par an en moyenne). De fortes disparités sont observées dans les évolutions annuelles de ces remboursements. Elles étaient supérieures à + 2,0 % avant la pandémie et atteignaient jusqu'à 11,5 % en 2021 (correspondant à + 18,9 milliards d'euros), pour ralentir en 2022 (+ 3,6 %, soit + 6,6 milliards d'euros).

La Figure 9 présente l'évolution, entre 2015 et 2022, de la dépense totale remboursée pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, avec les évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. De manière cohérente avec ce qui précède, le premier constat est la tendance à la hausse de la dépense remboursée totale (26,8 %), sur la totalité de la période, pour la quasi-totalité des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins. Les pathologies qui contribuent le plus à l'accroissement de la dépense entre 2015 et 2022 sont les cancers actifs (5,3 % sur 26,8 %), les hospitalisations hors pathologies repérées (+ 3,6 %), les maladies psychiatriques (2,6 %) et les maladies cardiovasculaires chroniques (2,3 %). Enfin, les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes contribuent à hauteur de 2,9 %.

Un second constat global est visible : pour la majeure partie des pathologies, le niveau de la dépense totale stagne, voire diminue, en 2020, pour rebondir fortement à la hausse dès 2021, probablement en raison du

7 Personnes n'ayant consommé que des produits en lien avec le Covid-19 (tests, vaccins, masques).

rattrapage de soins non réalisés en 2020 et de l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés au Covid-19 (dépistage et vaccination). En 2022, ces tendances se poursuivent, à des rythmes moindres.

Seules les dépenses affectées aux maladies du foie et du pancréas diminuent sur la période, du fait des nouveaux traitements antiviraux de l'hépatite C, avec une baisse des effectifs (le traitement est curatif) et des prix (baisses de tarifs sur la période) pour les patients nouvellement traités[8].

Les traitements antalgiques et anti-inflammatoires se distinguent avec une dépense totale qui augmente depuis la pandémie, alors qu'elle diminuait entre 2016 et 2020 du fait d'une baisse des effectifs. Avant 2020, les nombreuses actions mises en place pour lutter contre le mésusage de la codéine chez les jeunes ont effectivement contribué à la baisse du nombre de personnes traitées (recommandations[9], communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017)[10]. Depuis 2020, on assiste à une augmentation des effectifs, notamment en lien avec la persistance des vagues épidémiques de Covid-19. Quant à la dépense moyenne individuelle, elle a augmenté fortement, de plus de + 20 %, en 2020, et diminue ensuite ces deux dernières années autour de - 5 %.

Les plus fortes évolutions à la hausse répertoriées en 2022, relativement à 2021, concernent les hospitalisations hors pathologies repérées (+ 1 949 millions d'euros), les cancers actifs (+ 1 373 millions d'euros), les maladies psychiatriques (+ 1 072 millions d'euros), les « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (+ 732 millions d'euros), le diabète (+ 667 millions d'euros) et les maladies cardiovasculaires chroniques (+ 551 millions d'euros).

Pour le diabète, la hausse de la dépense totale (+ 667 millions d'euros, + 7,0 %) s'explique par une évolution proportionnellement plus importante des effectifs (+ 4,4 %) que de la dépense moyenne individuelle (+ 2,5 %). Inversement, pour les maladies psychiatriques et les « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH », l'évolution de la dépense moyenne individuelle est plus importante en proportion (+ 4,6 % pour les premières et + 6,8 % pour les secondes) que celle des effectifs (environ + 1,3 % pour les premières et + 3,4 % pour les secondes). En niveau, pour les maladies rares, elle atteint jusqu'à 2 700 euros, dont 2 500 euros sont affectés aux médicaments. Enfin, pour les hospitalisations hors pathologies repérées, les cancers actifs et les maladies cardiovasculaires chroniques, les deux composantes évoluent de manière quasi équivalente entre 2021 et 2022 (s'agissant des hospitalisations hors pathologies repérées, + 2,6 % pour les effectifs et + 2,3 % pour la dépense individuelle ; s'agissant des cancers actifs, + 3,8 % pour les effectifs et + 2,9 % pour la dépense individuelle ; s'agissant des maladies cardiovasculaires chroniques, + 1,4 % pour les effectifs et + 2,3 % pour la dépense individuelle).

### Une baisse considérable de la dépense remboursée totale en 2022 pour les soins en lien avec le Covid-19

Quelques pathologies, à l'inverse des précédentes, voient le niveau de leur dépense totale remboursée diminuer sur la dernière année. Les baisses les plus importantes concernent en particulier les hospitalisations pour prise en charge du Covid-19 (- 900 millions d'euros) et les personnes ayant bénéficié de remboursements pour d'autres raisons que celles répertoriées par les algorithmes de la cartographie, les nommées « Pas de pathologie repérée » (- 353 millions d'euros). Les évolutions des dépenses de ces deux catégories sont directement liées à l'évolution de la pandémie. En 2022, le nombre de personnes hospitalisées pour Covid-19 a diminué de près de 10 %, quand il avait augmenté de près de 25 % l'année précédente. La dépense moyenne individuelle de ces prises en charge a, quant à elle, également diminué, probablement parce que les cas pris en charge étaient moins graves. Le constat est identique pour les assurés n'ayant « pas de pathologie repérée ». Le rapport précédent expliquait que la forte hausse de la dépense totale remboursée en 2021 était imputable aux prises en charge des soins de ville liés au Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations). En 2022, la pandémie ayant ralenti, le recours aux soins de ville qui y sont associés a lui aussi ralenti.

8 https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_5.pdf

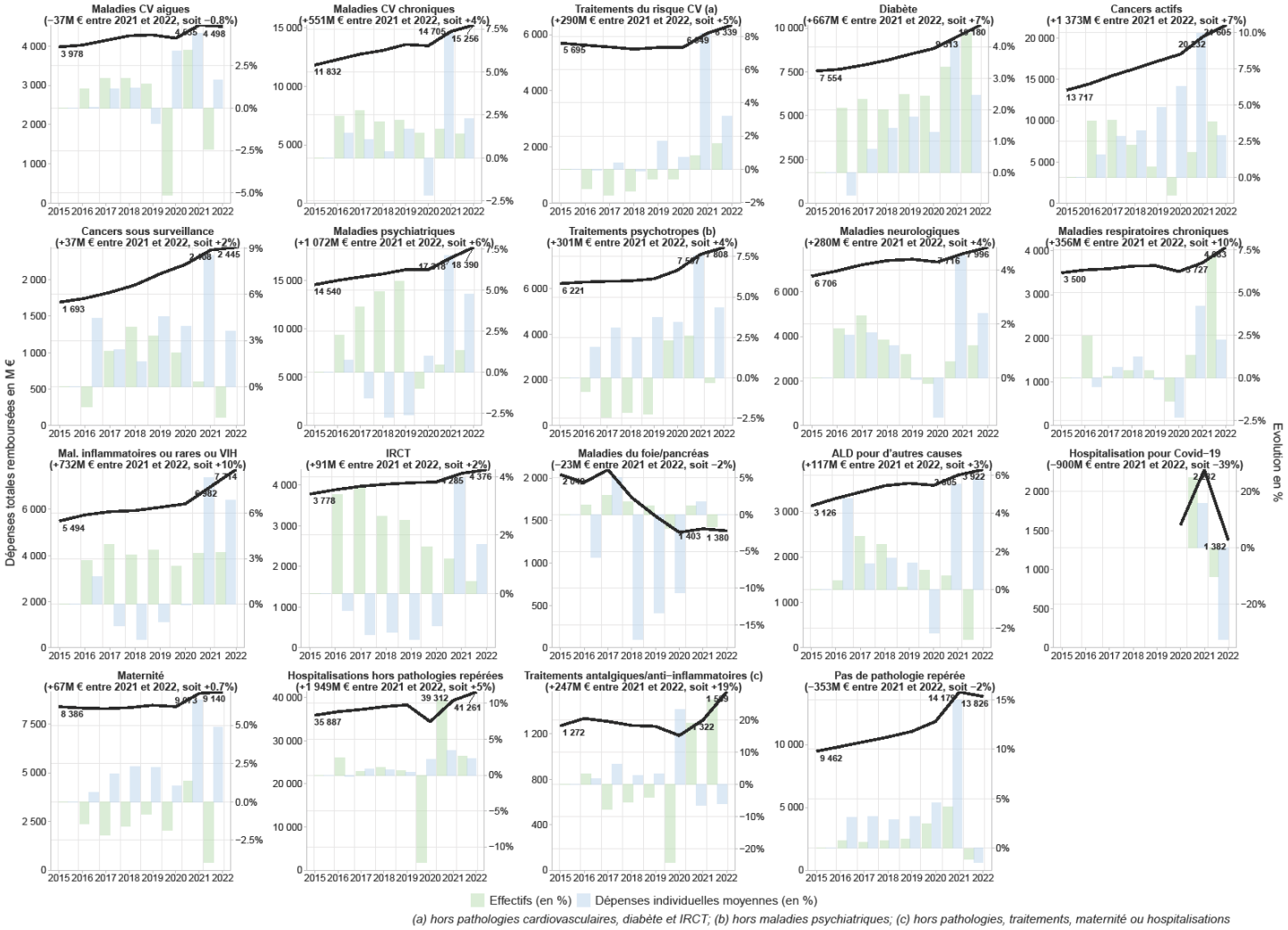
9 La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en janvier 2016 des recommandations de bonne pratique sur la *Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternative à la codéine*. En 2018, l'Académie nationale de médecine publie *Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades*.

10 En février 2019, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié un rapport sur la consommation des antalgiques : *État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques*.

## Une hausse de la dépense remboursée pour la prise en charge de maladies respiratoires chroniques qui se poursuit

La dépense remboursée pour les personnes repérées par l'algorithme « Maladies respiratoires chroniques » a augmenté de manière plus importante en 2021 (+ 6 %) et en 2022 (+ 10 %) par rapport à la période prépandémie (croissance annuelle moyenne de 1 % sur la période 2015-2019). Cette augmentation des dépenses est attribuée en 2021 à une dépense moyenne par individu plus élevée, et en 2022 principalement à une augmentation du nombre de personnes identifiées. Il s'agit majoritairement de personnes nouvellement identifiées par cet algorithme en 2022 et repérées par la consommation répétée de bronchodilatateurs plutôt que par les séjours hospitaliers ou les ALD. Il sera important de suivre à moyen terme la prévalence et l'incidence des maladies respiratoires chroniques, notamment chez les enfants et les personnes âgées, en tenant compte des conséquences de la pandémie de Covid-19, directes ou liées aux modifications des vagues épidémiques des autres virus respiratoires.

Figure 9 : Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) par catégorie de pathologies, entre 2015 et 2022




*(a) hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT; (b) hors maladies psychiatriques; (c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations*

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

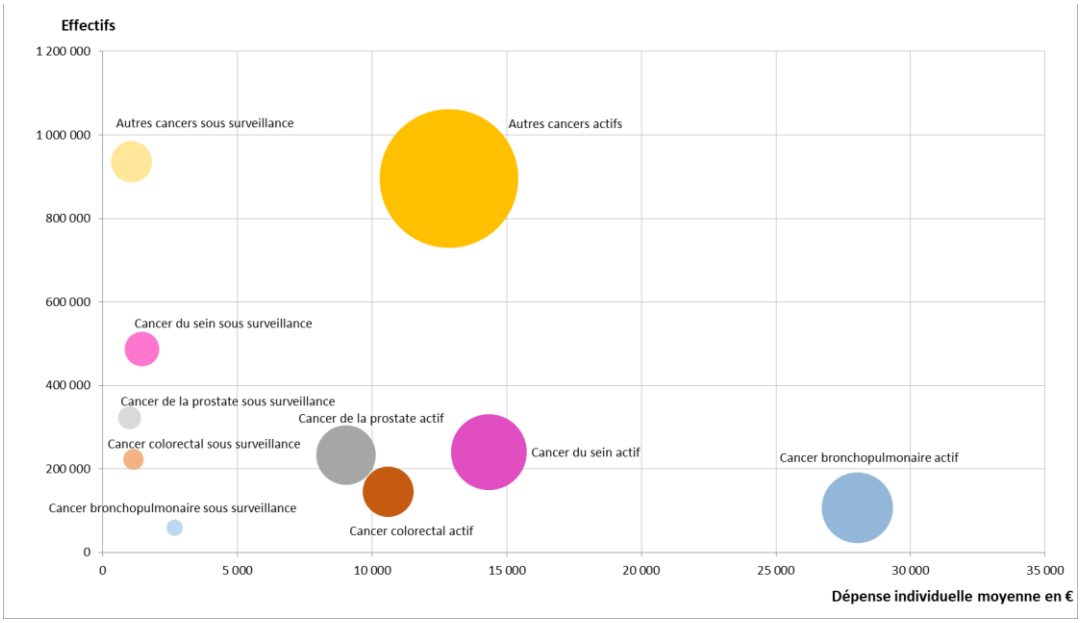
### 4.2.3. Focus sur trois regroupements de pathologies : les cancers, les maladies et traitements cardio-neurovasculaires et les maladies et traitements psychiatriques

#### Les cancers : en 2022, la dépense pour les cancers actifs est élevée en raison d'une dépense moyenne par patient élevée

En 2022, les dépenses totales sont plus élevées pour les cancers en phase active (21,6 milliards d'euros) que pour les cancers sous surveillance (2,4 milliards d'euros). Les cancers du sein actifs ont la dépense totale la plus importante avec 3,5 milliards d'euros. Suivent les cancers bronchopulmonaires actifs avec 3,0 milliards d'euros, les cancers de la prostate actifs avec 2,1 milliards d'euros et les cancers colorectaux actifs avec 1,5 milliard d'euros. La dépense totale de la catégorie « Autres cancers actifs » est de 11,5 milliards d'euros.

La dépense totale pour les cancers actifs s'explique largement par une dépense moyenne individuelle élevée (Figure 10) : 28 000 euros en moyenne pour les 107 000 patients pris en charge pour le cancer bronchopulmonaire actif ; 14 340 euros en moyenne pour les 240 000 patientes prises en charge pour le cancer du sein actif ; 10 600 euros en moyenne pour les 145 000 patients pris en charge pour le cancer colorectal actif ; 9 000 euros en moyenne pour les 232 900 patients pris en charge pour le cancer de la prostate actif ; 12 900 euros en moyenne pour les 900 000 patients pris en charge pour un autre cancer actif.
À l'inverse, s'agissant des cancers sous surveillance, la dépense totale s'explique plutôt par des effectifs élevés, la dépense moyenne individuelle étant, comme attendu, bien moindre que pour les cancers actifs correspondants. Le cancer bronchopulmonaire sous surveillance correspondant à une dépense moyenne individuelle de 2 670 euros pour 60 000 patients ; 1 460 euros en moyenne pour 487 000 patientes surveillées pour un cancer du sein ; 1 130 euros en moyenne pour 223 000 patients surveillés pour un cancer colorectal ; 1 000 euros en moyenne pour 323 000 patients surveillés pour un cancer de la prostate. Les autres types de cancers sous surveillance ont une dépense moyenne de 1 070 euros et concernent 935 800 patients.

Figure 10 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque cancer (en euros), en 2022

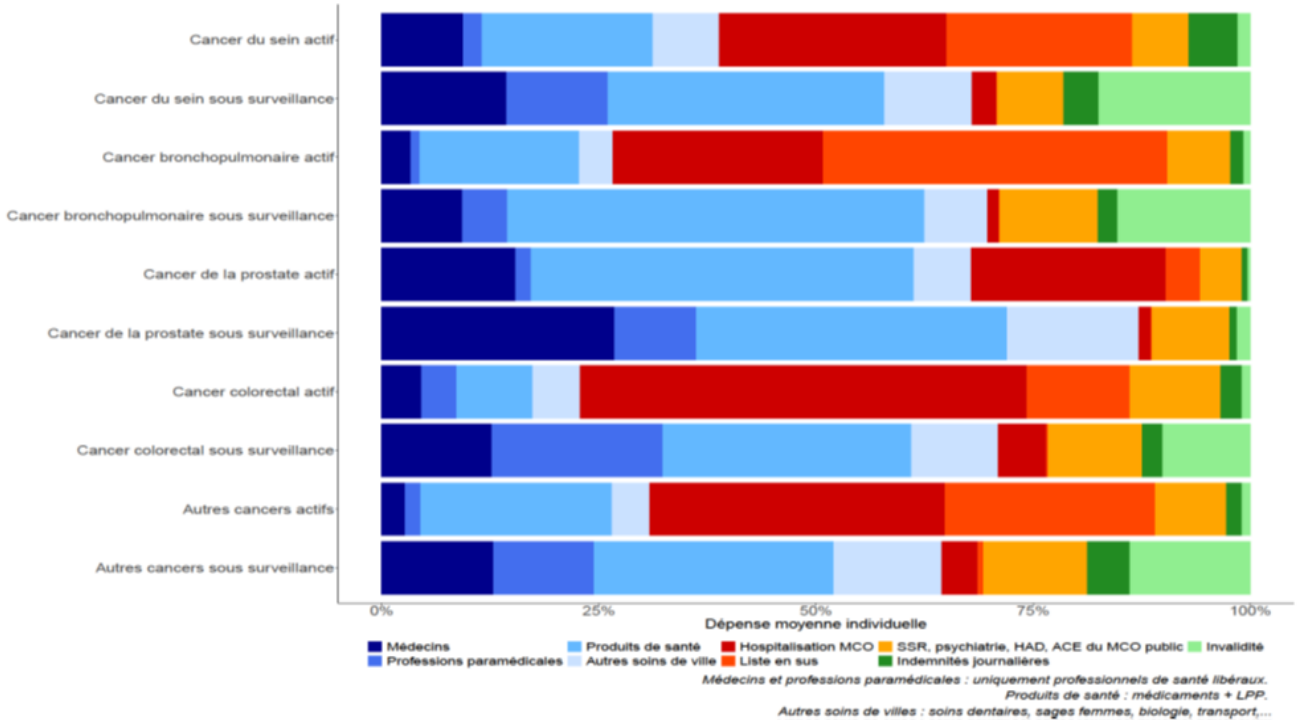



Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.
*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

## En 2022, la majorité des dépenses liées aux cancers actifs était consacrée à leur prise en charge hospitalière

La structure des dépenses est très différente selon que le cancer est actif ou sous surveillance (Figure 11). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour la prise en charge des cancers actifs. La part de la liste en sus[11] est particulièrement importante pour le cancer du sein actif, le cancer bronchopulmonaire actif et les autres cancers actifs. Les dépenses pour la prise en charge des cancers sous surveillance sont plutôt consacrées aux soins de ville, en particulier aux produits de santé (principalement des médicaments). En revanche, la structure des dépenses diffère peu selon la localisation du cancer. On observe aussi pour les cancers sous surveillance, mis à part le cancer de la prostate, une part non négligeable des prestations d'invalidité, traduisant probablement les difficultés de retour sur le marché de l'emploi des patients plus fréquentes à la suite d'un cancer.

Figure 11 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de cancer, en 2022, en pourcentage




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

## Entre 2021 et 2022, l'augmentation de la dépense pour les cancers actifs s'explique par une augmentation du nombre de patients davantage que par celle des dépenses moyennes individuelles

Depuis 2015, la dépense totale remboursée a augmenté pour les cancers actifs (+ 7,9 milliards d'euros, soit + 58,5 %, pour atteindre 21,6 milliards d'euros en 2022) comme pour les cancers sous surveillance (+ 750 millions d'euros, soit + 44,4 % pour atteindre 2 445 millions d'euros en 2022) (Figure 12). Une inflexion est toutefois visible dans cette tendance la première année de la pandémie (2020) pour les cancers actifs, traduisant, comme évoqué dans les rapports précédents, une prise en charge moindre cette année-là. La tendance à la hausse de la dépense totale s'observe aussi en 2022, sauf pour le cancer de la prostate sous surveillance dont la dépense baisse de 24 millions d'euros, soit - 7 %, par rapport à 2021.

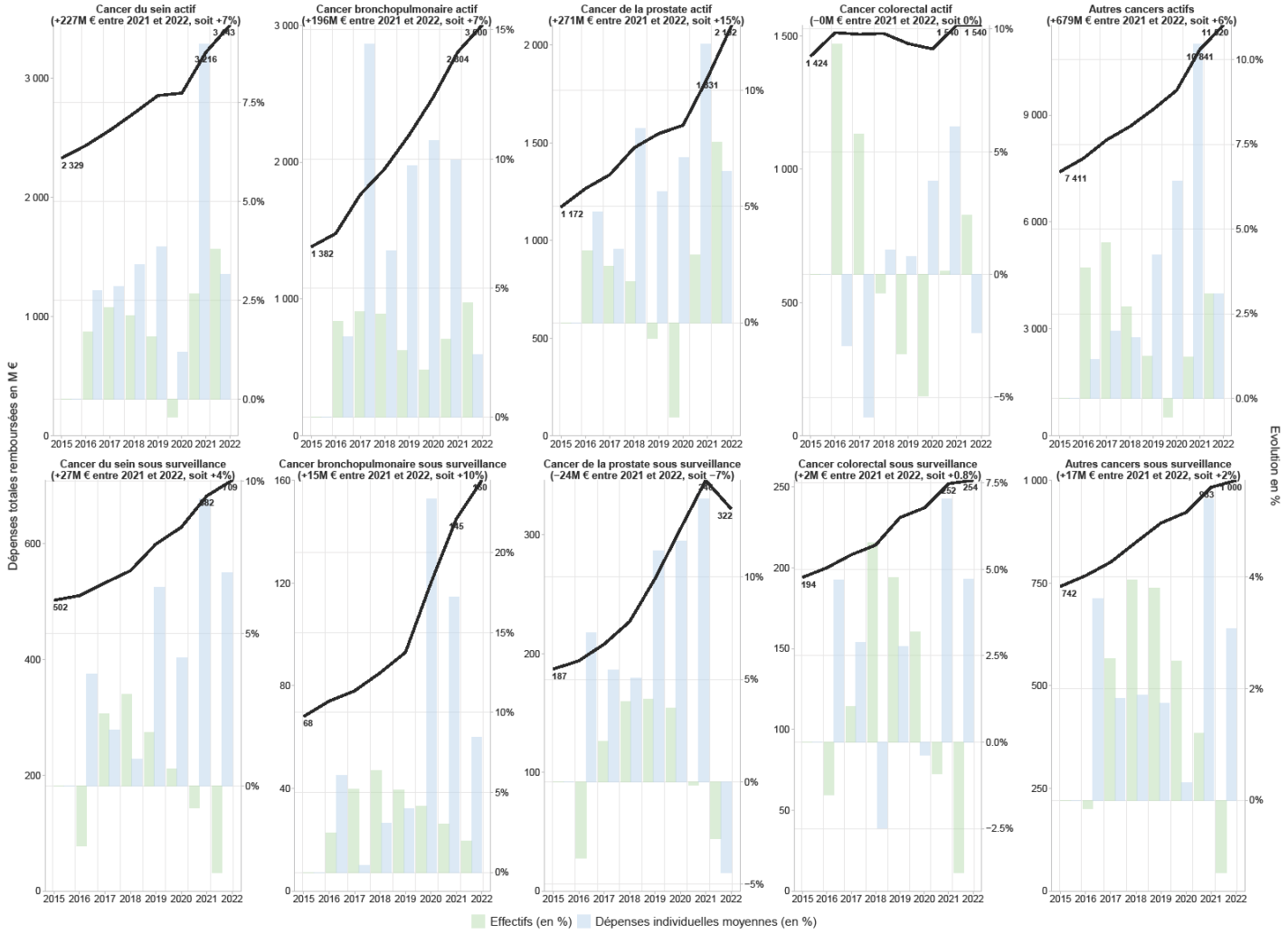
Pour tous les cancers actifs hormis le cancer colorectal, l'augmentation de la dépense entre 2021 et 2022 s'explique par une augmentation à la fois des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. À titre d'exemple, la dépense pour le cancer de la prostate actif a augmenté en 2022 de 271 millions d'euros, en raison d'une augmentation des effectifs de + 7,8 % et de la dépense moyenne individuelle de + 6,5 %. L'augmentation des

11 « *Liste en sus : au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l'Assurance Maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant. Cette liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale et précise les seules indications concernées, conformément à l'article L. 162-22-6 du code de la Sécurité sociale.* » (Source : https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/la-liste-en-sus/)

effectifs est liée à une augmentation du nombre de cas pris en charge depuis 2021 correspondant probablement à un effet de rattrapage en lien avec la baisse du nombre des cas incidents observée en 2020 en raison des confinements (Figure 13). Le constat est identique sur l'évolution du nombre de cas incidents et de décès des autres cancers actifs.

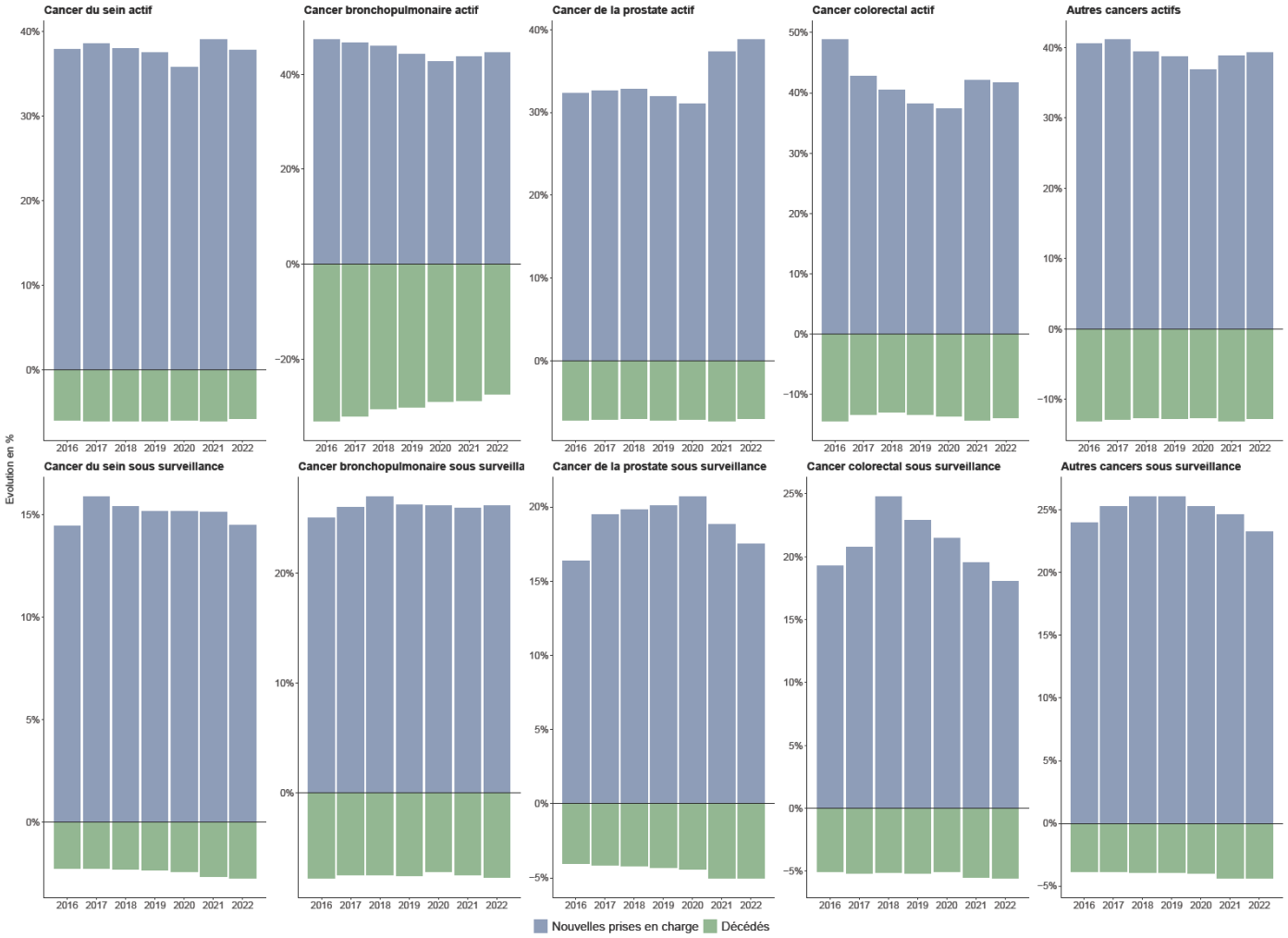
S'agissant de la dépense moyenne individuelle, l'évolution la plus importante entre 2021 et 2022 parmi les cancers actifs concerne le cancer bronchopulmonaire avec + 660 euros (soit + 2,4 %) et est fortement imputable aux produits de la liste en sus, des traitements médicamenteux dispensés en hospitalisation MCO, avec une augmentation de 327 euros, et aux médicaments dispensés en ville, avec + 421 euros (Figure 14).

Figure 12 : Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les cancers, entre 2015 et 2022



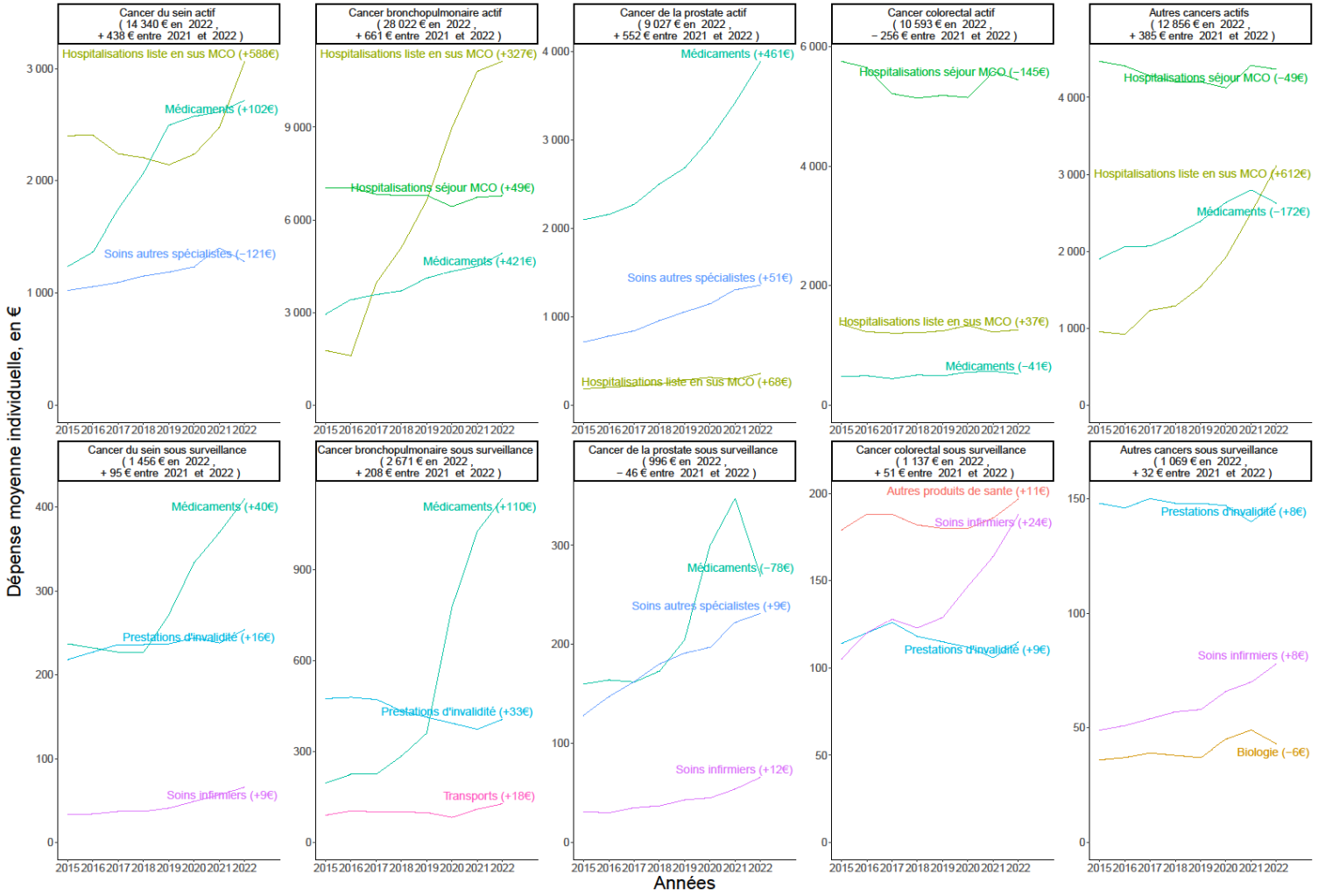

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Figure 13 : Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente de l'année précédente pour les cancers, entre 2016 et 2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Figure 14 : Évolution de la dépense moyenne individuelle, en euros, pour les cancers pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2022



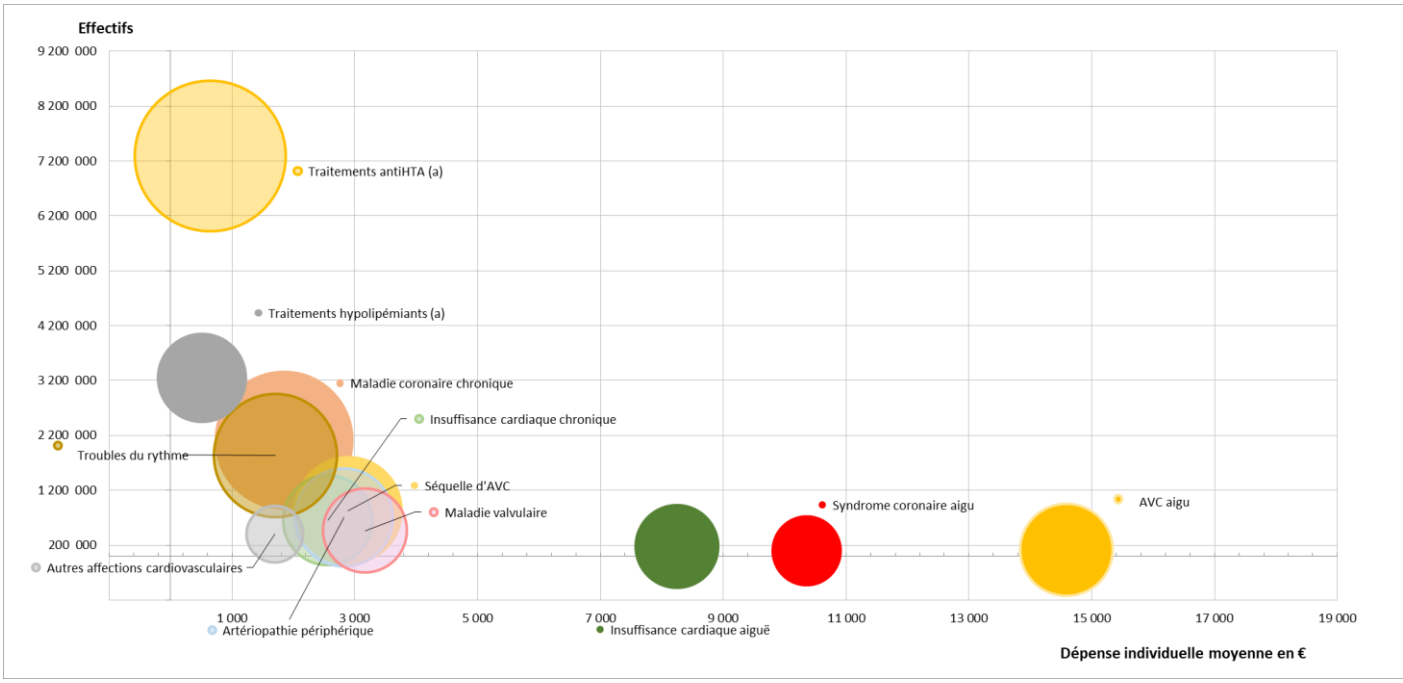

*Entre parenthèses figure l'évolution de la dépense par individu entre 2022 et 2021 pour le poste en question*
*Seuls les trois postes avec les évolutions les plus importantes en valeur absolue ont été retenus.*
*A noter que l'ensemble des individus repérés dans chaque groupe a été pris en compte dans le calcul des dépenses moyennes par poste.*

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

### *En 2022, des dépenses remboursées totales importantes pour les traitements antihypertenseurs et les maladies cardiovasculaires chroniques du fait d'un nombre de patients élevé*

Les traitements antihypertenseurs et les maladies cardiovasculaires chroniques ont les dépenses remboursées les plus importantes (entre 4,7 milliards d'euros pour les premiers et, par exemple, 3,9 milliards pour les maladies coronaires chroniques) en raison principalement d'effectifs pris en charge importants (respectivement 7,9 millions et 2,1 millions d'assurés), les dépenses moyennes individuelles étant parmi les plus faibles (entre 500 et 3 000 euros en moyenne par patient) (Figure 15). Ces dernières sont principalement consacrées aux soins de ville, en particulier les soins paramédicaux et les produits de santé (Figure 16). Enfin, la part de la liste en sus est plus importante pour les maladies valvulaires, vraisemblablement en raison de l'intégration progressive, depuis 2012 au sein de la liste en sus, des endoprothèses valvulaires.

Figure 15 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque type de maladie et traitement cardio-neurovasculaire, en 2022

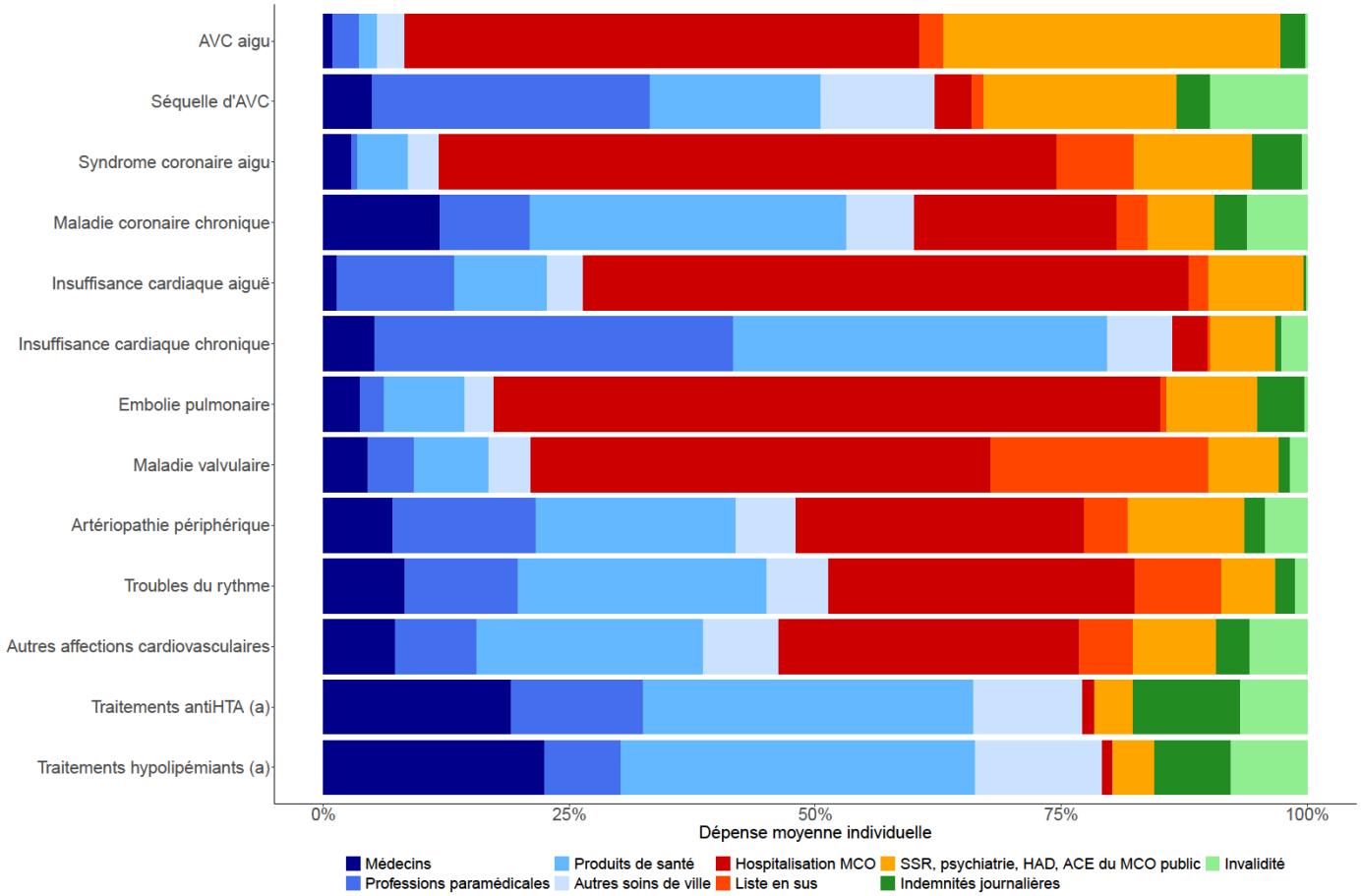



AVC : accident vasculaire cérébral
(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)
Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.
*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

### *En 2022, une dépense moins importante pour les maladies cardio-neurovasculaires (MCV) aiguës malgré le poids important des prises en charge hospitalières*

À l'inverse, les trois principales MCV aiguës que sont l'insuffisance cardiaque aiguë, le syndrome coronaire aigu et l'accident vasculaire cérébral (AVC) aigu ont une dépense totale remboursée relativement faible (en moyenne, entre 1 et 2 milliards d'euros) en raison d'effectifs pris en charge parmi les plus faibles de l'ensemble des maladies et traitements cardiovasculaires (entre 100 000 et 200 000). La dépense moyenne individuelle est toutefois importante (plus de 8 000 euros par an par patient) et davantage consacrée à la prise en charge hospitalière en MCO, mais aussi, dans une moindre mesure, dans d'autres types de structures hospitalières (en particulier en soins médicaux et de réadaptation – SMR, surtout pour les AVC) (Figure 16).

Figure 16 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement cardio-neurovasculaire, en 2022, en pourcentage




*(a) hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT.*
*Médecins et professions paramédicales : uniquement professionnels de santé libéraux.*
*Produits de santé : médicaments + LPP.*
*Autres soins de villes : soins dentaires, sages femmes, biologie, transport,...*

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

### *Entre 2021 et 2022, les dépenses pour les maladies cardio-neurovasculaires chroniques et les traitements antihypertenseurs augmentent du fait de l'augmentation de la dépense par patient*

Les évolutions observées depuis le début de la période sont semblables à celles des pathologies précédemment analysées. Depuis 2015, la dépense totale remboursée a ainsi augmenté sur l'ensemble des pathologies cardio-neurovasculaires, avec une inflexion l'année de la pandémie et un retour à l'évolution tendancielle des années précédentes, les années suivant la pandémie (Figure 17). Sur la dernière année, les évolutions les plus importantes concernent la maladie coronaire chronique, avec + 195 millions d'euros, et les traitements antihypertenseurs, avec + 140 millions d'euros. Dans les deux cas, l'évolution s'explique par une évolution plus importante de la dépense moyenne individuelle en 2022 relativement à celle des effectifs, évolution de la dépense moyenne individuelle qui avait déjà été très dynamique en 2021.

### *La dépense totale remboursée en 2022 au titre du syndrome coronaire aigu et de l'insuffisance cardiaque aiguë diminue en raison d'une diminution des effectifs…*

Seules deux pathologies cardio-neurovasculaires – le syndrome coronaire aigu et l'insuffisance cardiaque aiguë – voient leur dépense totale remboursée diminuer entre 2021 et 2022. Pour chacune d'elles, la baisse est imputable à la diminution particulièrement importante de leurs effectifs en 2022 (respectivement - 3,6 % et - 3,4 %) après une forte hausse en 2021, quand la dépense moyenne individuelle augmente de + 1,6 %. Cette baisse des effectifs en 2022 est observable sur les cas incidents (Figure 18).

### *… et alors même que leur dépense individuelle augmente fortement*

La dépense moyenne individuelle augmente fortement en 2022 pour les MCV aiguës relativement aux chroniques, avec jusqu'à + 408 euros pour les AVC aigus, + 159 euros pour le syndrome coronaire aigu, contre au maximum + 111 euros pour l'insuffisance cardiaque chronique (Figure 19). Les postes qui contribuent le plus à ces augmentations sont principalement les hospitalisations en séjour et les hospitalisations en SMR.

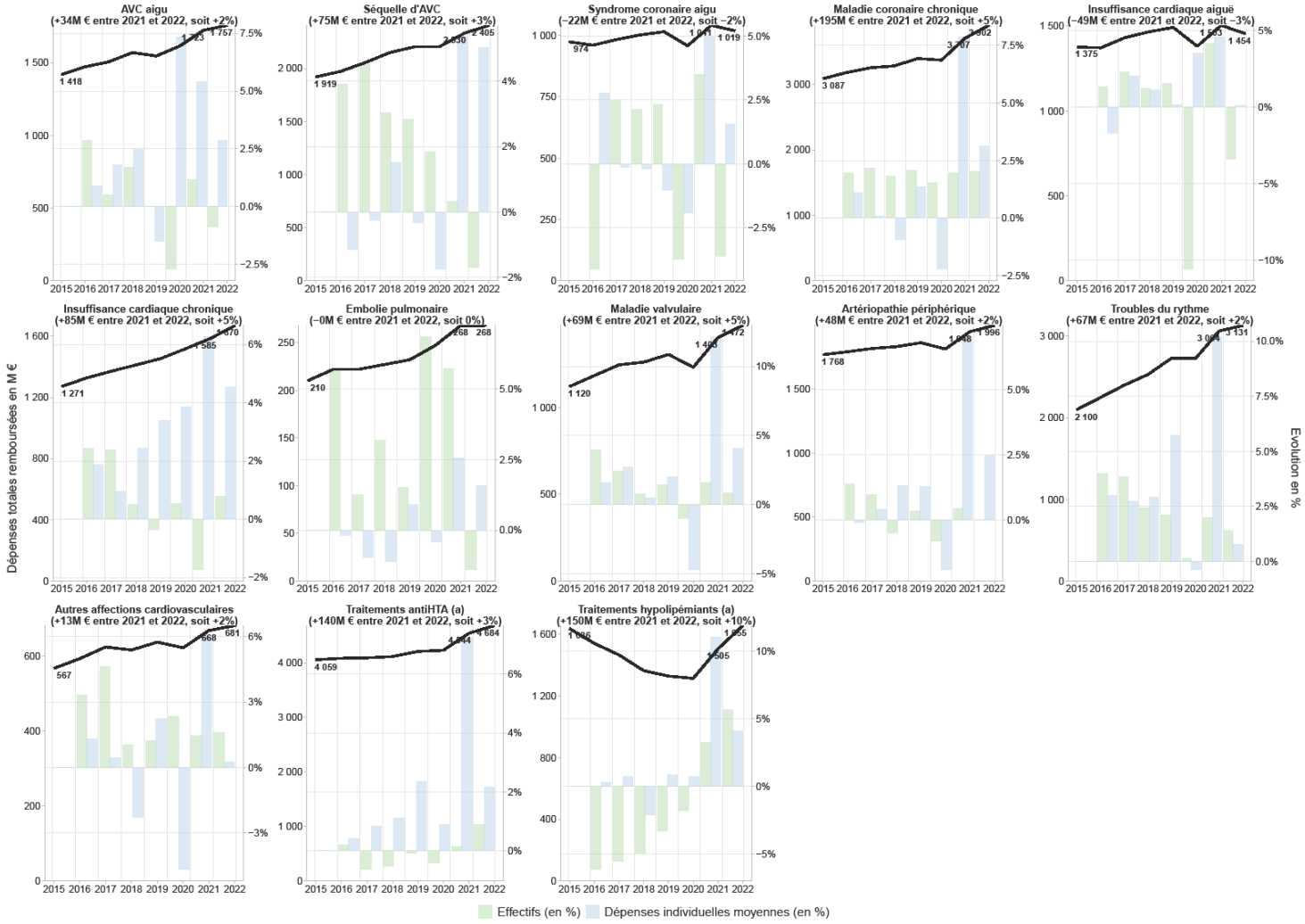
### *Les cas à part de l'embolie pulmonaire et des traitements hypolipémiants*

À l'inverse des autres MCV aiguës, la dépense totale de l'embolie pulmonaire stagne en 2022, alors qu'elle a augmenté durant la pandémie, possiblement en lien avec la sédentarité que les confinements ont impliquée et le Covid-19 lui-même. Les effectifs ont en effet chuté en 2022 (alors qu'ils augmentaient les années précédentes), avec un nombre de cas incidents en baisse constante depuis 2020.

L'évolution de la dépense associée aux traitements hypolipémiants est très particulière, avec une baisse régulière sur la période 2015-2020 (taux de croissance annuel moyen d'environ - 4 %), puis une hausse importante pour les années 2021 et 2022 (environ + 15 % et + 10 % respectivement). Cette hausse traduit les évolutions de la prise en charge du risque vasculaire à la suite de l'actualisation, en 2019, des recommandations internationales du traitement des dyslipidémies[12]. Les nouvelles définitions des catégories de risque, des valeurs cibles à atteindre et des stratégies médicamenteuses correspondantes ont entraîné une augmentation aussi bien du nombre de patients traités, visible par la nette augmentation des personnes nouvellement prises en charge en 2021 et 2022, que de l'intensité des traitements prescrits.

12 Mach F, et al.; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020 Jan 1;41(1):111-188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455. Erratum in: Eur Heart J. 2020 Nov 21;41(44):4255. doi: 10.1093/eurheartj/ehz826. PMID: 31504418.

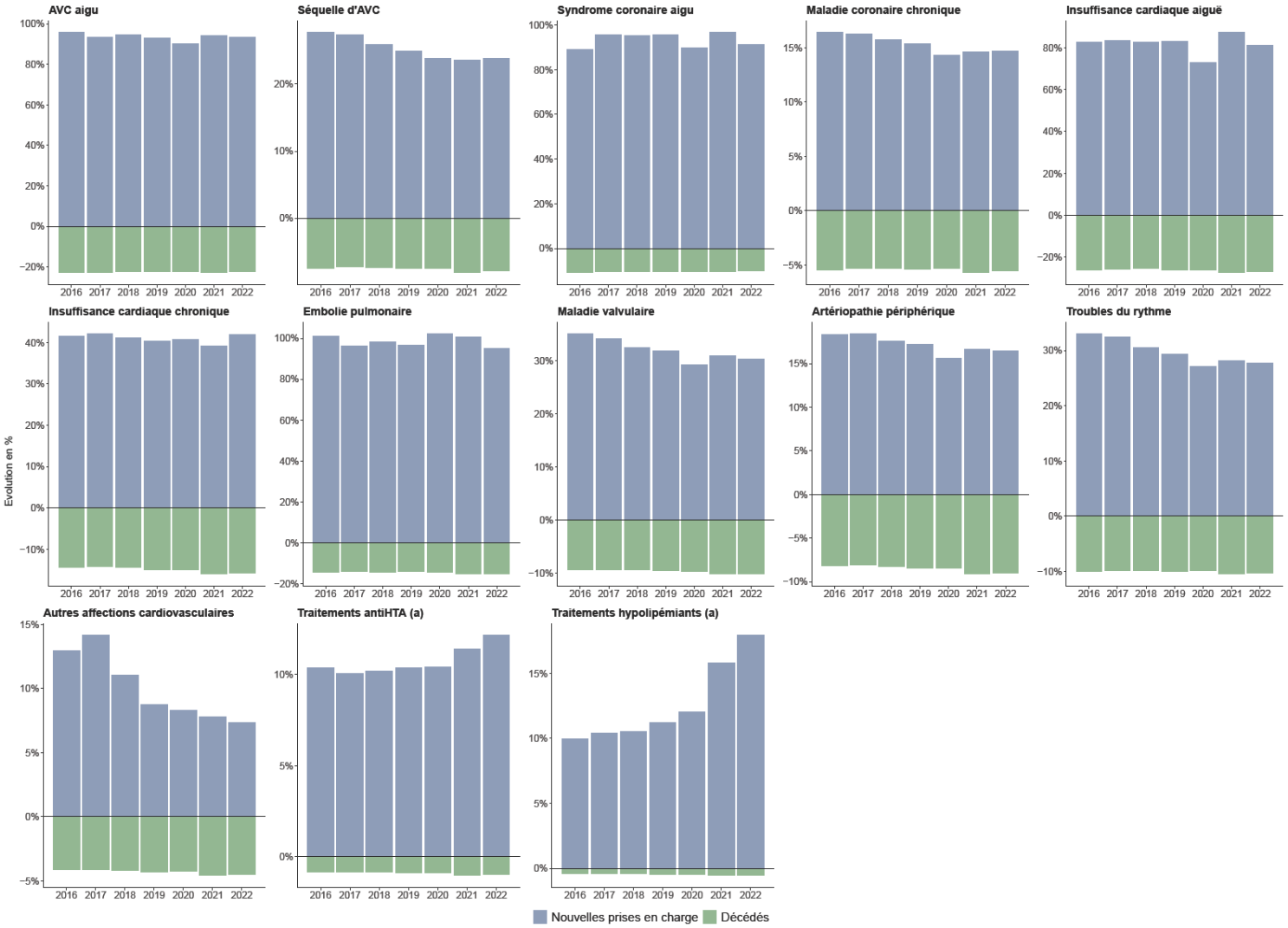
Figure 17 : Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les maladies et traitements cardio-neurovasculaires entre 2015 et 2022




*(a) hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT*

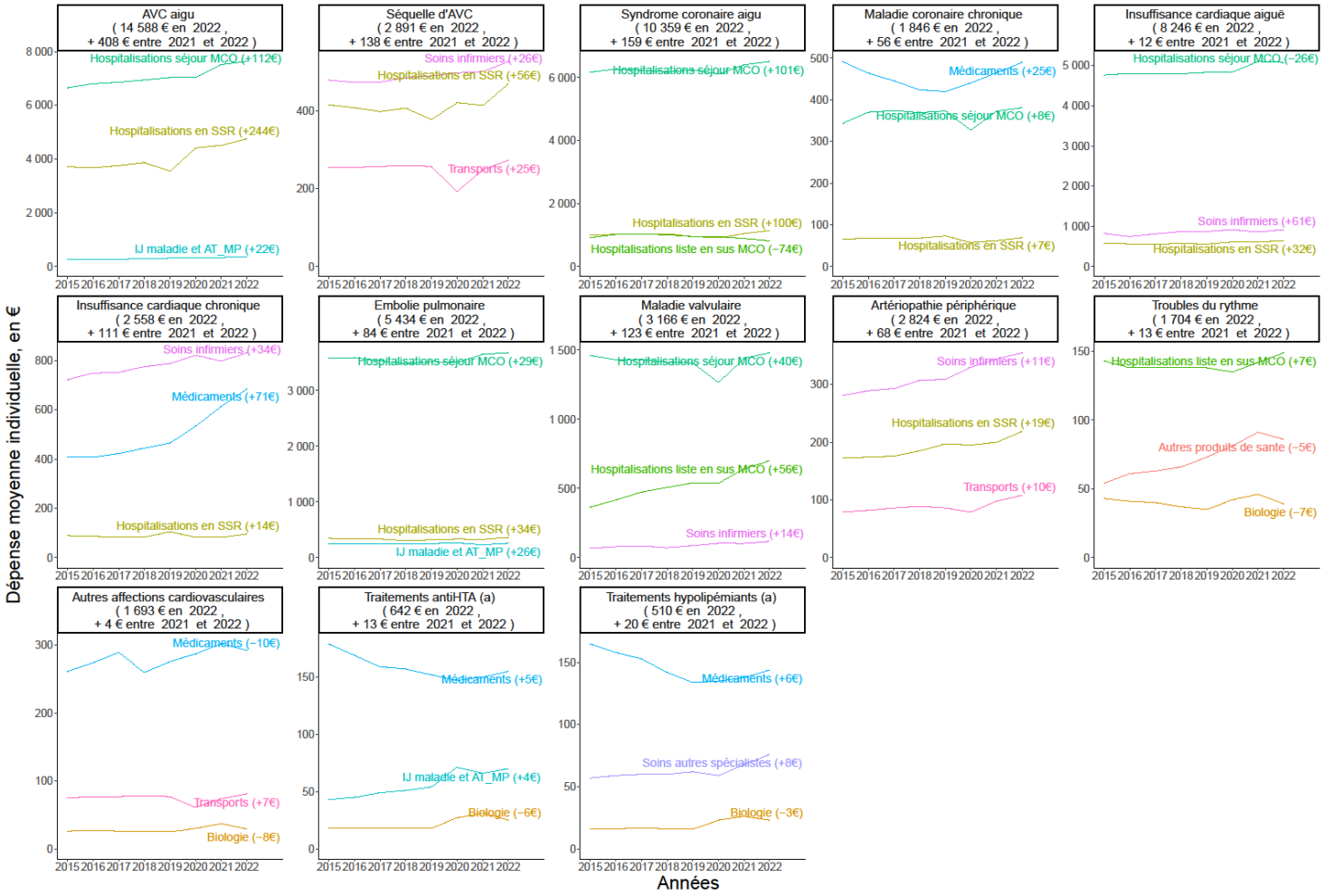
*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Figure 18 : Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente l'année précédente pour les maladies cardio-neurovasculaires, entre 2016 et 2022, en pourcentage




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Figure 19 : Évolution de la dépense moyenne individuelle des maladies et traitements cardio-neurovasculaires pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2022, en euros




*(a) hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT.*

*Entre parenthèses figure l'évolution de la dépense par individu entre 2022 et 2021 pour le poste en question*

*Seuls les trois postes avec les évolutions les plus importantes en valeur absolue ont été retenus.*

*A noter que l'ensemble des individus repérés dans chaque groupe a été pris en compte dans le calcul des dépenses moyennes par poste.*

*Champ : tous régimes - France entière*

*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

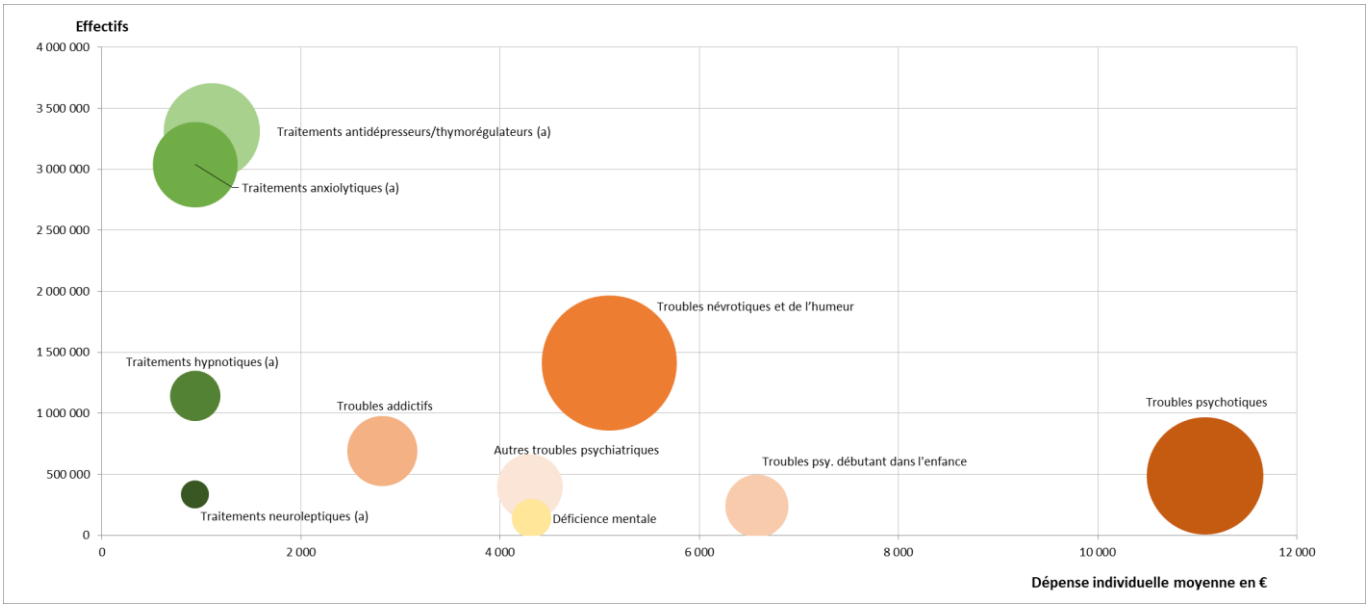
### *En 2022, les troubles psychotiques et les troubles névrotiques et de l'humeur présentent une dépense parmi les plus élevées, principalement du fait des séjours hospitaliers*

Au sein de la catégorie « Maladies et traitements psychiatriques », les maladies psychiatriques ont les dépenses remboursées totales les plus importantes, en particulier pour les troubles psychotiques (5,4 milliards d'euros) et les troubles névrotiques et de l'humeur (7,2 milliards d'euros) (Figure 20). Elles concernent 2,8 millions de personnes et correspondent à une dépense moyenne individuelle élevée (6 580 euros et jusqu'à 11 100 euros pour les troubles psychotiques). Plus de 50 % de la dépense moyenne individuelle des maladies psychiatriques est affectée à la prise en charge hospitalière hors MCO, en établissement psychiatrique (Figure 21).

### *En 2022, une dépense moins importante pour les traitements psychotropes malgré des effectifs pris en charge élevés*

À l'inverse des maladies psychiatriques, les dépenses moyennes individuelles liées aux traitements psychotropes chroniques chez les personnes sans diagnostic psychiatrique codé dans le système national des données de santé (SNDS) sont plus faibles (entre 870 euros pour les traitements hypnotiques et 1 100 euros pour les antidépresseurs) (Figure 20). Le niveau élevé de la dépense totale remboursée au titre des traitements anxiolytique et antidépresseur (respectivement 2,8 milliards d'euros et 3,6 milliards d'euros) s'explique par un nombre de patients élevé (un peu plus de 3 millions). Pour les patients traités par traitements psychotropes, la dépense est principalement composée de remboursements des produits de santé (entre 22 % et 25 %), des soins paramédicaux (entre 10 % et 20 %) et, excepté pour les traitements neuroleptiques, des indemnités journalières (de 20 % à 36 %). La dépense associée aux traitements neuroleptiques, quant à elle, est davantage consacrée au financement d'une pension d'invalidité (21 %) qu'à celui d'indemnités journalières (6 %), ce qui la distingue des autres pathologies et traitements psychiatriques.

Figure 20 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées (en euros) pour chaque maladie et traitement psychiatrique, en 2022

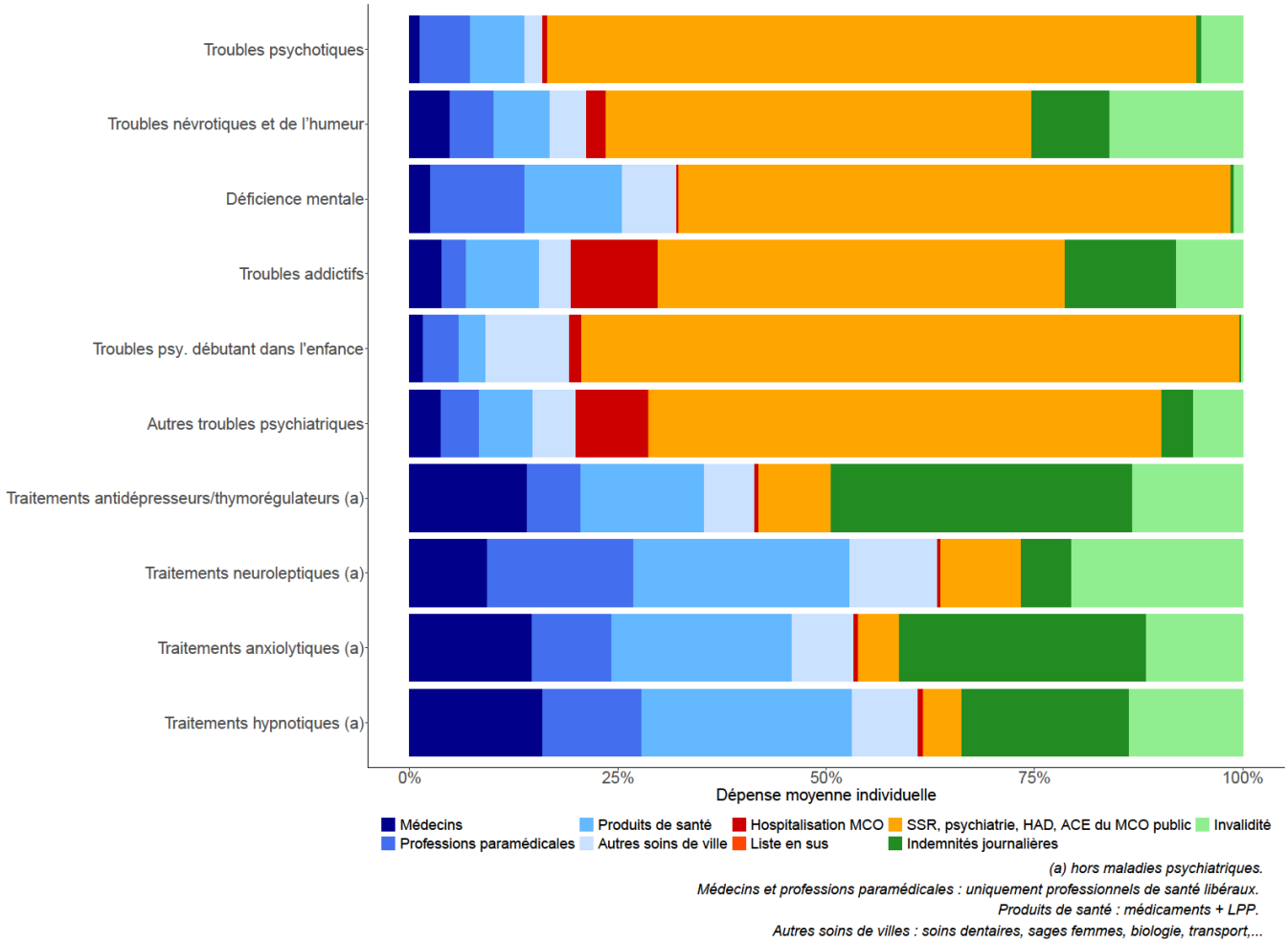



(a) Hors maladies psychiatriques

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Figure 21 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement psychiatrique, en 2022, en pourcentage




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

### *Entre 2021 et 2022, la dépense pour les maladies psychiatriques augmente en lien avec l'augmentation de la dépense hospitalière moyenne par patient*

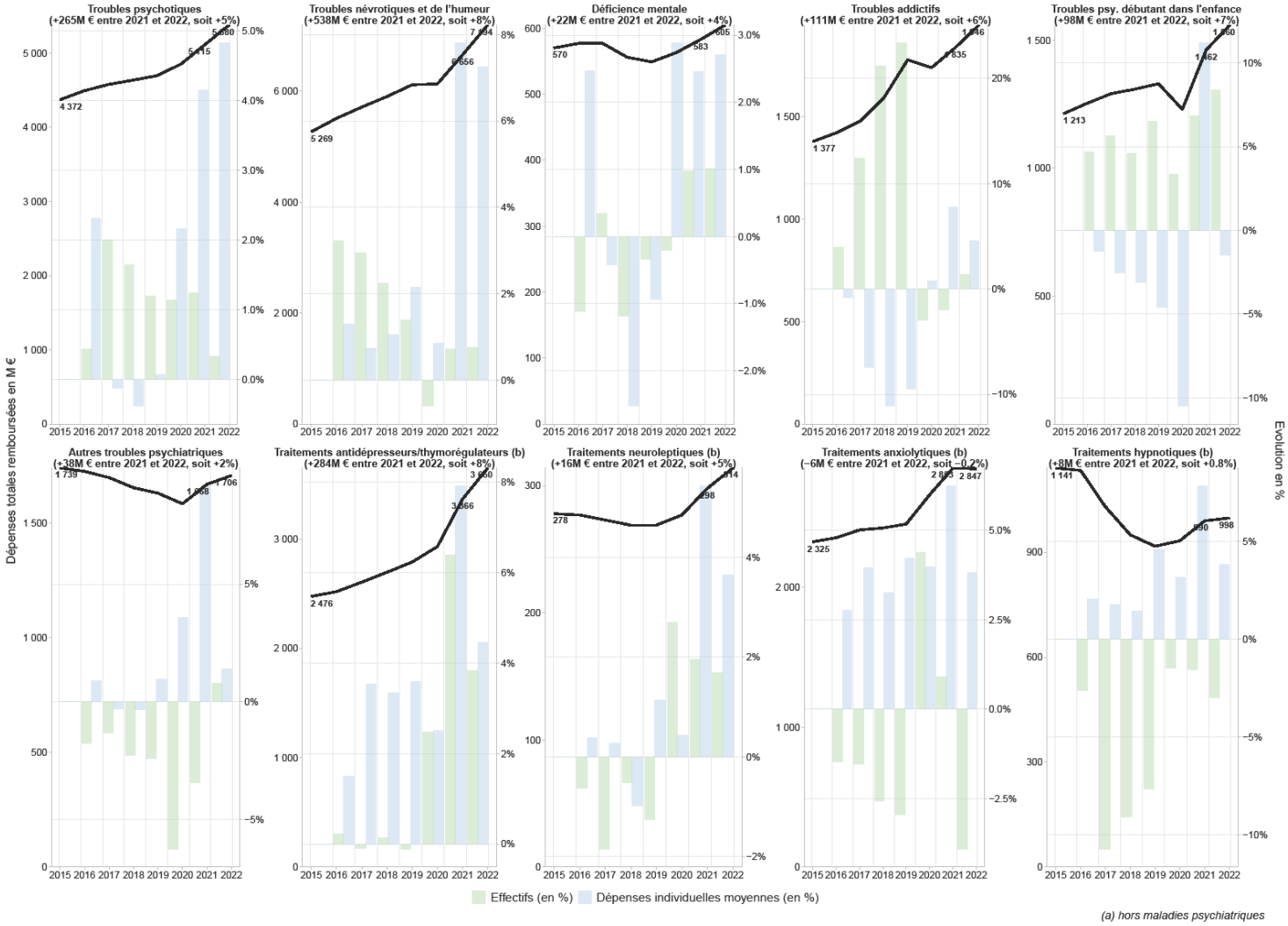
Depuis 2015, on observe une augmentation de la dépense totale remboursée pour la quasi-totalité des pathologies et traitements psychiatriques, accompagnée d'une inflexion l'année de la pandémie (Figure 22). En 2022, la dépense totale de toutes les maladies psychiatriques augmente, jusqu'à + 538 millions d'euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur et + 265 millions d'euros pour les troubles psychotiques. Dans les deux cas, l'évolution de la dépense moyenne individuelle est supérieure à celle des effectifs. Leur dépense moyenne individuelle a un niveau bien supérieur à celle des traitements psychotropes et évolue aussi plus fortement sur la dernière année, avec + 511 euros pour les troubles psychotiques et + 345 euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur, principalement en raison d'évolutions importantes des dépenses moyennes individuelles associées aux hospitalisations en psychiatrie (+ 500 euros en moyenne pour les troubles psychotiques et + 281 euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur) (Figure 23).

### *Entre 2021 et 2022, la dépense associée aux patients traités par antidépresseurs et thymorégulateurs augmente en lien avec les augmentations conjointes de leurs effectifs et de la dépense moyenne*

Entre 2021 et 2022, parmi les traitements psychotropes, seuls les traitements antidépresseurs et thymorégulateurs (traitement des troubles bipolaires) connaissent une augmentation marquée de leur dépense totale avec + 284 millions d'euros. Cette évolution est liée à l'évolution à la hausse de l'effectif de patients concernés depuis la pandémie, alors qu'elle était quasi nulle avant la pandémie, conjuguée à la poursuite de

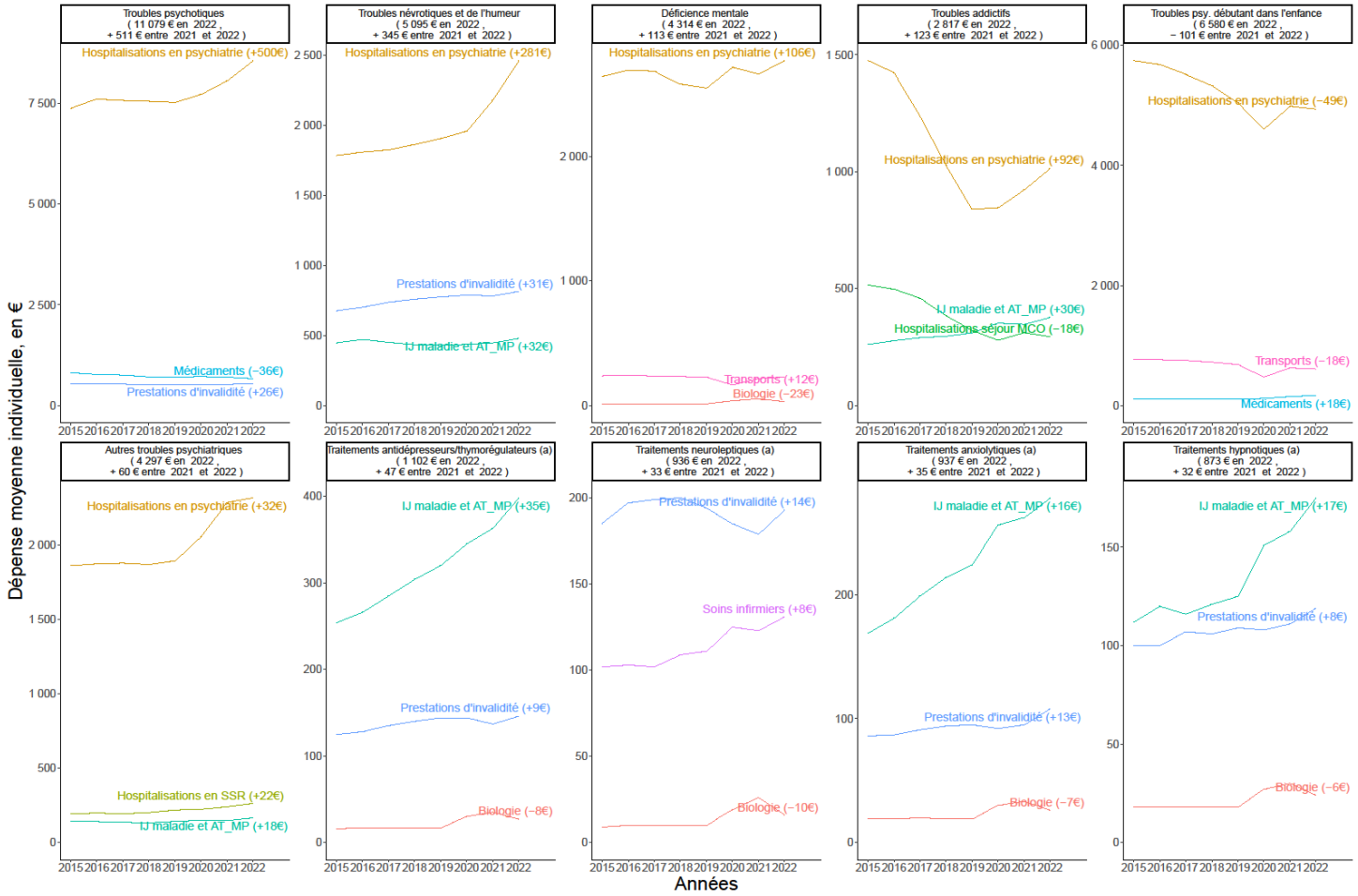
l'évolution de leur dépense moyenne individuelle. Dans l'ensemble, les traitements psychotropes ont connu une évolution du nombre de cas incidents plus importante depuis la pandémie qu'avant (Figure 24). La dépense moyenne individuelle associée aux indemnités journalières pour maladie ou AT/MP (accidents du travail/maladies professionnelles) contribue fortement à l'évolution de la dépense moyenne individuelle des traitements psychotropes, hors neuroleptiques. Ainsi, quand la dépense moyenne individuelle associée aux traitements antidépresseurs et thymorégulateurs a augmenté de + 47 euros entre 2021 et 2022, + 35 euros proviennent du financement d'indemnités journalières maladie ou AT/MP. Pour trois des traitements psychotropes (antidépresseurs et thymorégulateurs, anxiolytiques et hypnotiques), la dépense moyenne individuelle liée au financement des indemnités journalières est en constante augmentation depuis 2015.

Figure 22 : Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les maladies et traitements psychiatriques, entre 2015 et 2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Figure 23 : Évolution de la dépense moyenne individuelle des maladies et traitements psychiatriques pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2022




*(a) hors maladies psychiatriques.*

*Entre parenthèses figure l'évolution de la dépense par individu entre 2022 et 2021 pour le poste en question*

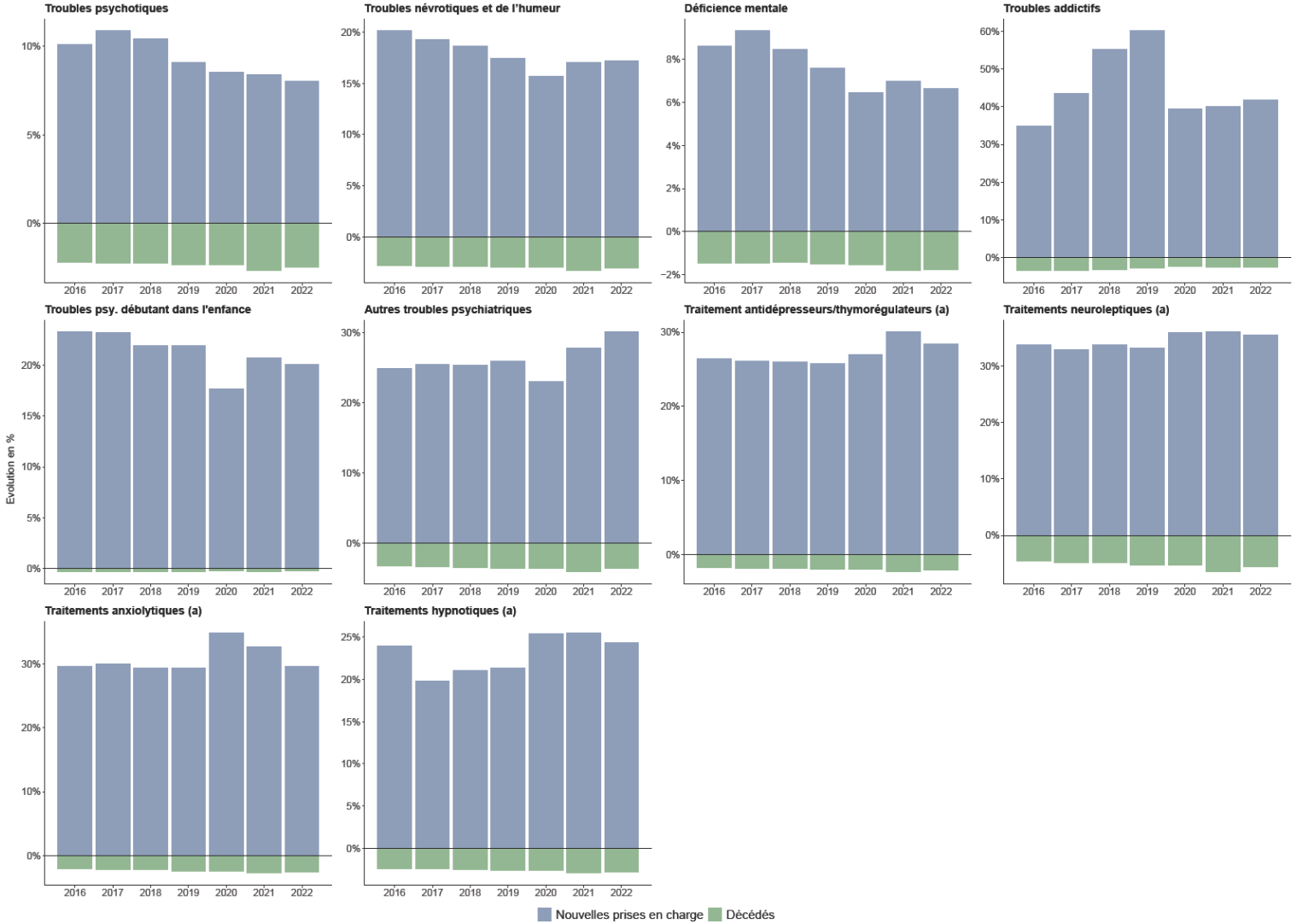
*Seuls les trois postes avec les évolutions les plus importantes en valeur absolue ont été retenus.*

*A noter que l'ensemble des individus repérés dans chaque groupe a été pris en compte dans le calcul des dépenses moyennes par poste.*

*Champ : tous régimes - France entière*

*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Figure 24 : Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente l'année précédente pour les maladies et traitements psychiatriques entre 2016 et 2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

Encadré 3 : Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses

Les dépenses retenues pour l'affectation aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) (quel que soit le régime d'affiliation) qui sont individualisables, c'est-à-dire rattachables à un individu. Il n'y a pas de correspondance exacte entre le champ Ondam (objectif national des dépenses d'assurance maladie) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses. Ainsi, les dépenses suivantes, relevant du champ Ondam, ne sont pas comptabilisées pour la cartographie des pathologies :

- Les dépenses forfaitaires des professions médicales (telles que les rémunérations sur objectifs de santé publique – Rosp –, les forfaits patientèle ou les indemnités liées à la permanence des soins ambulatoires).
- Les remises négociées sur le médicament entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les Entreprises du médicament (Leem).
- La prise en charge des cotisations sociales des professions médicales et auxiliaires ainsi que le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité lors des confinements.
- Les garanties de financement versées de 2020 à 2022 aux établissements hospitaliers.
- Les dotations aux établissements sociaux et médicosociaux.
- Les dépenses spécifiques liées au Fonds d'intervention régional (FIR) et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, devenu Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé – FMIS – en 2021).
- Les dotations aux opérateurs intervenant dans le champ de la santé (Santé publique France – SPF, Haute Autorité de santé – HAS, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM…).
- Les dotations aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).
- Les dépenses liées à la vaccination Covid-19 réalisée dans les centres de vaccination ne sont pas prises en compte dans les dépenses de cartographie. En revanche, les vaccinations réalisées par les professionnels de santé libéraux sont bien prises en compte et imputées au poste des professions libérales concernées (médecin généraliste, infirmier et poste « médicaments » pour les pharmaciens). Par ailleurs, les dépenses associées à la réalisation des tests antigéniques (TAG) en pharmacie sont affectées au poste « médicaments » dans la cartographie ainsi que dans le suivi de l'Ondam. L'achat des vaccins n'est pas intégré dans le champ des dépenses de la cartographie.

À l'inverse, les indemnités journalières maternité et les prestations d'invalidité, qui ne font pas partie du champ Ondam, sont comptabilisées dans le champ de la cartographie des pathologies et des dépenses.

Ces différences de champ sont à l'origine des écarts constatés, notamment pour les années 2020 à 2022, entre les évolutions des dépenses totales relevant du champ Ondam et les évolutions des dépenses affectées à la prise en charge des pathologies, traitements ou événements de santé présentées dans cette partie. En particulier, certaines ressources spécifiquement mobilisées pour répondre aux enjeux de la crise sanitaire, telles que les dispositifs de compensation financière de la perte d'activité pour les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux, les hausses de dotations à Santé publique France, aux établissements sanitaires et médicosociaux (achats de masques, de vaccins, de matériels de protection, de respirateurs, etc.), ne sont pas prises en compte dans le calcul des dépenses affectées aux pathologies, traitements ou événements de santé. Ainsi, si les dépenses totales dans le champ de l'Ondam ont augmenté de près de 3,0 % entre 2021 et 2022, les dépenses prises en compte dans le champ de la cartographie ont progressé de 3,6 % sur la même période.

Une présentation détaillée des dépenses considérées pour la cartographie des pathologies et des dépenses est disponible en ligne : https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methodecartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie

Tableau 2 : Dépenses totales remboursées, effectifs, dépenses moyennes individuelles pour l'ensemble des postes de dépenses, et parts[a] des nouvelles prises en charge en 2022 et des décédés en 2021

| | Dépenses totales remboursées (en millions d'euros) | Effectifs | Dépenses moyennes individuelles (en euros) | Nouvelles prises en charge (en %) | Décédés (en %) | Dépenses moyennes individuelles en soins de ville (en euros) | Dépenses moyennes individuelles d'hospitalisation (en euros) | Dépenses moyennes individuelles en espèces (en euros) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Syndrome coronaire aigu | 1 000 | 98 400 | 10 360 | 91,1 | 10,1 | 1 220 | 8 560 | 580 |
| Maladie coronaire chronique | 3 900 | 2 113 500 | 1 850 | 14,7 | 5,5 | 1 110 | 560 | 170 |
| Maladie coronaire | 4 900 | 2 211 800 | 2 220 | 13,2 | 5,8 | 1 110 | 920 | 190 |
| Accident vasculaire cérébrale (AVC) aigu | 1 800 | 120 400 | 14 590 | 93,4 | 22,3 | 1 210 | 12 990 | 390 |
| Séquelle d'AVC | 2 400 | 831 900 | 2 890 | 23,9 | 7,8 | 1 800 | 710 | 380 |
| AVC | 4 200 | 952 400 | 4 370 | 22,0 | 9,7 | 1 720 | 2 260 | 380 |
| Insuffisance cardiaque aiguë | 1 500 | 176 300 | 8 250 | 81,0 | 27,0 | 2 180 | 6 050 | 20 |
| Insuffisance cardiaque chronique | 1 700 | 652 900 | 2 560 | 41,9 | 15,9 | 2 210 | 270 | 80 |
| Insuffisance cardiaque | 3 100 | 829 300 | 3 770 | 33,2 | 18,3 | 2 200 | 1 500 | 70 |
| Artériopathie périphérique | 2 000 | 706 800 | 2 820 | 16,5 | 9,0 | 1 360 | 1 290 | 180 |
| Troubles du rythme | 3 100 | 1 837 000 | 1 700 | 27,7 | 10,3 | 880 | 770 | 50 |
| Maladie valvulaire | 1 500 | 464 900 | 3 170 | 30,4 | 10,1 | 670 | 2 410 | 90 |
| Embolie pulmonaire | 300 | 49 400 | 5 430 | 94,9 | 15,4 | 940 | 4 220 | 270 |
| Autres affections cardiovasculaires | 700 | 402 000 | 1 690 | 7,4 | 4,5 | 780 | 750 | 160 |
| **Maladies cardiovasculaires (CV) aiguës** | **4 500** | **430 700** | **10 440** | **86,1** | **20,4** | **1 620** | **8 550** | **280** |
| **Maladies CV chroniques** | **15 300** | **5 218 000** | **2 920** | **14,2** | **6,7** | **1 620** | **1 090** | **200** |
| **Maladies CV** | **19 800** | **5 362 900** | **3 680** | **14,2** | **6,9** | **1 710** | **1 750** | **220** |
| Traitements antiHTA (hypertension artérielle) [b] | 4 700 | 7 291 300 | 640 | 12,2 | 1,0 | 500 | 30 | 110 |
| Traitements hypolipémiants [b] | 1 700 | 3 243 000 | 510 | 17,9 | 0,5 | 400 | 30 | 80 |
| **Traitements du risque CV [b]** | **6 300** | **8 534 900** | **740** | **12,5** | **0,9** | **580** | **40** | **130** |
| **Maladies CV et traitements du risque CV** | **26 100** | **13 090 300** | **1 990** | **10,1** | **3,2** | **1 080** | **740** | **170** |
| **Diabète** | **10 200** | **4 331 400** | **2 350** | **8,6** | **3,5** | **2 000** | **190** | **170** |
| Cancer du sein actif | 3 400 | 240 100 | 14 340 | 37,7 | 5,8 | 5 570 | 7 750 | 1 020 |
| Cancer du sein sous surveillance | 700 | 487 000 | 1 460 | 14,5 | 2,7 | 990 | 150 | 310 |
| Cancer du sein | 4 200 | 727 100 | 5 710 | 10,7 | 3,7 | 2 500 | 2 660 | 540 |
| Cancer colorectal actif | 1 500 | 145 300 | 10 590 | 41,7 | 13,9 | 2 420 | 7 810 | 360 |
| Cancer colorectal sous surveillance | 300 | 223 000 | 1 140 | 18,1 | 5,6 | 810 | 190 | 140 |
| Cancer colorectal | 1 800 | 368 400 | 4 870 | 15,7 | 8,7 | 1 450 | 3 200 | 230 |
| Cancer bronchopulmonaire actif | 3 000 | 107 000 | 28 020 | 44,5 | 27,3 | 7 450 | 19 930 | 640 |
| Cancer bronchopulmonaire sous surveillance | 200 | 59 900 | 2 670 | 26,2 | 7,7 | 1 860 | 340 | 470 |
| Cancer bronchopulmonaire | 3 200 | 166 900 | 18 930 | 27,8 | 20,2 | 5 450 | 12 900 | 580 |
| Cancer de la prostate actif | 2 100 | 232 900 | 9 030 | 38,8 | 6,9 | 6 130 | 2 820 | 80 |
| Cancer de la prostate sous surveillance | 300 | 323 000 | 1 000 | 17,5 | 5,0 | 870 | 100 | 20 |
| Cancer de la prostate | 2 400 | 555 900 | 4 360 | 14,1 | 5,8 | 3 070 | 1 240 | 50 |
| Autres cancers actifs | 11 500 | 896 100 | 12 860 | 39,3 | 12,8 | 3 970 | 8 540 | 350 |
| Autres cancers sous surveillance | 1 000 | 935 800 | 1 070 | 23,3 | 4,4 | 690 | 180 | 200 |
| Autres cancers | 12 500 | 1 831 900 | 6 830 | 17,1 | 8,4 | 2 290 | 4 270 | 270 |
| **Cancers actifs** | **21 600** | **1 559 200** | **13 860** | **38,4** | **11,7** | **4 790** | **8 620** | **440** |
| **Cancers sous surveillance** | **2 400** | **1 930 000** | **1 270** | **19,0** | **4,2** | **880** | **180** | **210** |
| **Cancers** | **24 000** | **3 386 200** | **7 100** | **14,8** | **7,2** | **2 710** | **4 070** | **320** |
| Troubles psychotiques | 5 400 | 485 600 | 11 080 | 8,0 | 2,5 | 1 770 | 8 690 | 620 |
| Troubles névrotiques et de l'humeur | 7 200 | 1 411 900 | 5 100 | 17,2 | 3,0 | 1 080 | 2 720 | 1 290 |
| Déficience mentale | 600 | 140 100 | 4 310 | 6,7 | 1,8 | 1 380 | 2 870 | 60 |
| Troubles addictifs | 1 900 | 690 700 | 2 820 | 41,9 | 2,6 | 550 | 1 670 | 600 |
| Troubles psy. débutant dans l'enfance | 1 600 | 237 100 | 6 580 | 20,1 | 0,3 | 1 260 | 5 290 | 20 |
| Autres troubles psychiatriques | 1 700 | 396 900 | 4 300 | 30,1 | 3,6 | 860 | 3 020 | 420 |
| **Maladies psychiatriques** | **18 400** | **2 799 900** | **6 570** | **19,6** | **2,8** | **1 280** | **4 310** | **970** |
| Traitements antidépresseurs/thymorégulateurs [c] | 3 700 | 3 312 100 | 1 100 | 28,4 | 2,1 | 460 | 100 | 540 |
| Traitements neuroleptiques [c] | 300 | 335 400 | 940 | 35,6 | 5,6 | 590 | 90 | 250 |
| Traitements anxiolytiques [c] | 2 800 | 3 038 000 | 940 | 29,6 | 2,6 | 500 | 50 | 390 |
| Traitements hypnotiques [c] | 1 000 | 1 142 500 | 870 | 24,3 | 2,8 | 530 | 50 | 290 |
| **Traitements psychotropes [c]** | **7 800** | **5 718 300** | **1 370** | **24,2** | **2,4** | **670** | **100** | **590** |
| **Maladies psychiatriques ou psychotropes** | **26 200** | **8 518 200** | **3 080** | **18,9** | **2,5** | **870** | **1 490** | **720** |
| Démences | 2 300 | 710 500 | 3 290 | 26,3 | 18,3 | 2 340 | 930 | 20 |
| Maladie de Parkinson | 1 200 | 273 600 | 4 210 | 16,6 | 9,1 | 3 310 | 710 | 190 |
| Sclérose en plaques | 1 400 | 126 000 | 11 400 | 5,3 | 1,4 | 6 110 | 3 560 | 1 740 |
| Lésion médullaire | 700 | 97 700 | 7 130 | 16,0 | 2,9 | 4 020 | 1 790 | 1 320 |
| Myopathie ou myasthénie | 300 | 53 000 | 6 210 | 8,7 | 3,2 | 3 360 | 1 990 | 850 |
| Épilepsie | 900 | 520 700 | 1 660 | 12,3 | 4,7 | 940 | 480 | 240 |
| Autres affections neurologiques | 1 200 | 199 200 | 5 910 | 8,6 | 3,9 | 3 380 | 1 960 | 580 |
| **Maladies neurologiques** | **8 000** | **1 862 600** | **4 290** | **16,2** | **9,5** | **2 720** | **1 190** | **370** |
| **Maladies respiratoires chroniques** | **4 100** | **3 881 800** | **1 050** | **31,8** | **3,2** | **660** | **270** | **120** |
| Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici) | 1 200 | 303 800 | 4 030 | 10,5 | 1,2 | 2 580 | 1 120 | 340 |
| Polyarthrite rhumatoïde ou maladies apparentées | 1 000 | 320 200 | 3 250 | 10,8 | 3,0 | 2 390 | 400 | 460 |
| Spondylarthrite ankylosante ou maladies apparentées | 1 100 | 254 600 | 4 270 | 11,6 | 1,6 | 2 870 | 550 | 850 |
| Autres maladies inflammatoires chroniques | 600 | 238 300 | 2 370 | 16,2 | 3,7 | 1 240 | 780 | 350 |
| Maladies inflammatoires chroniques | 3 900 | 1 064 700 | 3 680 | 11,4 | 2,3 | 2 420 | 750 | 520 |
| Maladies métaboliques héréditaires (MMH) ou amylose | 1 000 | 123 600 | 8 010 | 13,9 | 3,4 | 5 540 | 2 340 | 140 |
| Mucoviscidose | 800 | 9 400 | 87 720 | 4,9 | 1,5 | 84 750 | 2 680 | 290 |
| Hémophilie/troubles de l'hémostase graves | 800 | 62 300 | 13 590 | 7,8 | 1,9 | 12 250 | 1 100 | 230 |
| Maladies rares | 2 700 | 194 800 | 13 640 | 11,6 | 2,8 | 11 500 | 1 960 | 180 |
| Infection par le VIH | 1 100 | 166 300 | 6 840 | 9,8 | 1,1 | 5 960 | 570 | 300 |
| **Mal. inflammatoires ou rares ou VIH** | **7 700** | **1 413 800** | **5 460** | **11,1** | **2,2** | **4 110** | **900** | **450** |
| Dialyse chronique | 3 600 | 56 700 | 63 370 | 19,6 | 14,2 | 17 320 | 45 590 | 460 |
| Transplantation rénale | 200 | 3 200 | 71 700 | 102,5 | 3,1 | 16 590 | 53 080 | 2 030 |
| Suivi de transplantation rénale | 600 | 40 900 | 13 630 | 9,6 | 3,3 | 6 670 | 5 790 | 1 170 |
| **Insuffisance rénale chronique terminale** | **4 400** | **100 700** | **43 450** | **11,9** | **9,4** | **12 980** | **29 670** | **800** |
| **Maladies du foie/pancréas** | **1 400** | **587 100** | **2 350** | **30,2** | **8,7** | **1 110** | **980** | **260** |
| **ALD[d] pour d'autres causes** | **3 900** | **1 715 600** | **2 290** | **12,3** | **3,8** | **1 870** | **200** | **210** |
| **Hospitalisation pour Covid-19** | **1 400** | **220 400** | **6 270** | **82,8** | **22,7** | **690** | **5 480** | **110** |
| **Maternité** | **9 100** | **1 203 100** | **7 600** | **45,5** | **0,0** | **1 110** | **3 250** | **3 230** |
| **Hospitalisations hors pathologies repérées** | **41 300** | **9 912 500** | **4 160** | **67,1** | **3,7** | **680** | **3 080** | **400** |
| **Traitements antalgiques/anti-inflammatoires [e]** | **1 600** | **1 261 600** | **1 240** | **92,4** | **0,0** | **670** | **70** | **500** |
| **Pas de pathologie repérée** | **13 800** | **37 919 200** | **360** | **12,4** | **0,0** | **240** | **30** | **100** |
| **Total consommants tous régimes** | **190 300** | **68 729 200** | **2 770** | **0,0** | **0,9** | **1 200** | **1 200** | **370** |

(a) Relativement à la population de l'année précédente ; (b) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale ; (c) Hors maladies psychiatriques ; (e) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

*Champ : tous régimes - France entière - Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)*

### 4.2.4. Analyse médicalisée des dépenses à l'échelle régionale : l'exemple du diabète

L'analyse médicalisée des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie, dont les résultats pour la période 2015-2022 sont présentés dans la section précédente, permet de décrire la fréquence et le poids économique d'une soixantaine de pathologies et leurs évolutions au cours du temps. Ces résultats, issus de la cartographie des pathologies et des dépenses et publiés chaque année dans le Rapport de propositions pour améliorer la qualité du système de santé[13], sont devenus un élément incontournable du pilotage du système de soins. Depuis 2022, les données de la cartographie sont également accessibles au grand public à travers un site *open data* interactif dédié, mis à jour chaque année[14].

Les effectifs et les prévalences de patients bénéficiant d'une prise en charge pour ces pathologies sont disponibles à des niveaux territoriaux, par exemple à l'échelle des régions et des départements, ou par classe d'âge et sexe. L'estimation du poids économique des pathologies n'est cependant disponible qu'à l'échelle nationale, sans possibilité de déclinaison à des échelles géographiques plus fines ni selon des caractéristiques démographiques. Cette limite est inhérente à la méthode actuelle d'affectation des dépenses aux pathologies, qui s'effectue à l'échelle nationale pour tirer profit des effectifs importants et s'assurer au mieux de la validité des estimations.

Parmi les nouveautés de ce rapport Charges et produits pour l'année 2025, un exercice de faisabilité d'analyse médicalisée des dépenses à l'échelle régionale a été effectué en prenant comme exemple de pathologie le diabète. Avec plus de 4,3 millions de personnes prises en charge pour l'année 2022 et plus de 10 milliards d'euros remboursés (Tableau 2), le diabète est la pathologie la plus fréquente et la plus coûteuse parmi celles qui sont repérables à travers les algorithmes médicaux de la cartographie. Les spécificités tarifaires des départements et régions d'outre-mer (Drom) n'ont pas permis de mener l'analyse sur ces régions et les résultats qui suivent concernent les 13 régions de France hexagonale (Encadré 4). Une analyse spécifique des dépenses au sein des Drom serait très utile et fera l'objet d'une étude prochaine.

#### Quelles applications d'une analyse des dépenses à l'échelle régionale ?

De la même manière que les résultats de la cartographie permettent de le faire à l'échelle nationale, une analyse médicalisée de l'ensemble des dépenses remboursées au sein d'une région constituerait un aperçu précis du poids économique des pathologies localement et permettrait d'approcher les besoins de soins d'une population ou d'informer la priorisation des moyens à allouer localement. Ceci impliquerait de mener l'analyse médicalisée des dépenses pour l'ensemble des pathologies repérées au sein d'une région et n'est pas l'approche qui a été choisie pour cet exercice.

En se focalisant sur les personnes prises en charge pour un diabète, l'analyse ne concerne qu'une seule pathologie, mais a été appliquée à l'ensemble des régions (hors Drom) et vient compléter les résultats présentés dans la section précédente. Il s'agit de décliner à l'échelle de chacune des 13 régions de France hexagonale l'estimation des dépenses affectées à la prise en charge du diabète, en ventilant ces dépenses par poste. Les résultats obtenus permettront de décrire les éventuels écarts entre régions et d'alimenter la réflexion sur les déterminants de la variabilité territoriale des dépenses. Il s'agit donc d'un exercice d'abord de faisabilité, puis de compréhension des écarts observés.

13 Ces rapports sont disponibles en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/rapport-propositions-assurance-maladie-charges-produits

14 Sur la plateforme Data pathologies, accessible en ligne : https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/

Encadré 4 : Champ et méthode de l'exercice d'affectation des dépenses à l'échelle régionale

Pour cet exercice d'analyse médicalisée des dépenses à l'échelle régionale, la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies à l'échelle nationale, qui permet de produire les résultats présentés dans la section dédiée de ce rapport, a été appliquée à l'échelle des régions. Une présentation détaillée de cette méthode est disponible en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie.

Cette méthode distingue deux grands types d'affectation des dépenses, selon le type de recours aux soins : lorsque la consommation de soins qui a généré la dépense a aussi généré de l'information diagnostique spécifique, on peut affecter directement cette dépense à une pathologie (il s'agit notamment des soins hospitaliers et des indemnités journalières maternité) ; lorsque, à l'inverse, la consommation de soins ne comporte pas d'information diagnostique spécifique, ou que cette information n'est actuellement pas exploitée, la méthode d'affectation est dite « indirecte » et ne s'applique pas à l'échelle d'une personne, mais des combinaisons de pathologies observées (il s'agit notamment des soins de ville et des indemnités journalières hors maternité). L'ensemble des étapes de la méthode d'affectation a été appliqué au niveau de chacune des régions étudiées.

Les départements et régions d'outre-mer (Drom) n'ont pas pu être inclus dans cet exercice, en raison des majorations appliquées aux tarifs des actes et des prestations réalisés dans ces départements. Les dépenses pour les personnes diabétiques dans les départements et régions d'outre-mer (Drom) auraient été surestimées, en rendant peu interprétable la comparaison entre les régions d'outre-mer et les régions de France hexagonale. Il est complexe de prendre en compte cet « effet prix », les coefficients de majoration appliqués étant spécifiques à chaque territoire et aussi à chaque type d'acte ou de prestation. À noter que pour l'analyse médicalisée des dépenses à l'échelle nationale, ce problème ne se pose pas : ces majorations constituent des dépenses remboursées à prendre effectivement en compte dans l'estimation du fardeau économique des pathologies et il n'y a pas de risque de surestimation en l'absence d'analyse régionale.

Au total, l'exercice a porté sur 4 128 145 personnes prises en charge pour diabète en 2022 (environ 95 % de l'effectif total à l'échelle nationale) et 9,4 milliards d'euros (environ 93 % des dépenses remboursées à l'échelle nationale pour l'année 2022). Le Tableau 3 présente les effectifs et les dépenses pour les régions étudiées.

Tableau 3 : Effectifs de patients diabétiques et dépenses remboursées, selon les régions de France hexagonale, en 2022

| Région | Effectifs | | Dépenses affectées[(a)] | |
|---|---|---|---|---|
| | N | % | Millions d'euros | % |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 476 958 | 12 % | 1 070 | 11 % |
| Bourgogne-Franche-Comté | 199 947 | 5 % | 436 | 5 % |
| Bretagne | 163 233 | 4 % | 348 | 4 % |
| Centre-Val de Loire | 181 542 | 4 % | 374 | 4 % |
| Grand Est | 398 390 | 10 % | 928 | 10 % |
| Hauts-de-France | 438 150 | 11 % | 1 078 | 11 % |
| Île-de-France | 702 354 | 17 % | 1 526 | 16 % |
| Normandie | 218 938 | 5 % | 474 | 5 % |
| Nouvelle-Aquitaine | 392 897 | 10 % | 878 | 9 % |
| Occitanie | 380 460 | 9 % | 923 | 10 % |
| Pays de la Loire | 210 029 | 5 % | 423 | 4 % |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 343 606 | 8 % | 926 | 10 % |
| Corse | 21 641 | 1 % | 66 | 1 % |
| *France hexagonale* | *4 128 145* | *100 %* | *9 451* | *100 %* |

(a) Il s'agit des dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du diabète

*Champ : tous régimes - France hors départements et régions d'outre-mer*
*Source : Cnam (cartographie version de juin 2024)*

## Principaux résultats de l'analyse régionale des dépenses liées à la prise en charge du diabète en France hexagonale

Le Tableau 4 présente, globalement et pour chacune des 13 régions de France hexagonale, les dépenses remboursées aux personnes diabétiques toutes pathologies confondues et les dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du diabète. En 2022, 2 289 euros étaient liés à la prise en charge du diabète en France

hexagonale, soit 28 % de l'ensemble des dépenses remboursées aux patients diabétiques, dont 1 930 euros pour les soins de ville, soit 47 % de l'ensemble des dépenses de ville remboursées, 186 euros pour les soins hospitaliers (5 %) et 208 euros pour les prestations en espèces (34 %). La part des dépenses remboursées qui était spécifiquement liée à la prise en charge du diabète était relativement homogène à travers les régions pour les trois grands agrégats. Les dépenses affectées les plus élevées (3 068 euros, dont 2 732 euros de soins de ville) étaient observées en Corse. En dehors de la Corse, les dépenses régionales les plus élevées étaient observées en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et les plus faibles dans les Pays de la Loire, avec, respectivement, 2 695 euros et 2 012 euros au total (soit un rapport de 1,3 entre ces deux régions), dont 2 357 euros et 1 682 euros de soins de ville (soit un rapport de 1,4).

À noter que, pour toutes les régions, les dépenses de soins de ville représentaient entre 80 % et 90 % des dépenses liées à la prise en charge du diabète (1 930 euros sur 2 289 euros à l'échelle hexagonale, soit 84 %).

Tableau 4 : Dépenses totales remboursées aux personnes diabétiques et dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du diabète, selon les régions de France hexagonale, en 2022

| Région | Dépenses avant affectation[a] (€/personne) | | | | Dépenses affectées[b] (€/personne) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Total | soins de ville | soins hospitaliers | prestations en espèces | Total | % avant affectation | soins de ville | % avant affectation | soins hospitaliers | % avant affectation | prestations en espèces | % avant affectation |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 8 048 | 3 951 | 3 535 | 561 | 2 244 | 28 % | 1 861 | 47 % | 184 | 5 % | 198 | 35 % |
| Bourgogne-Franche-Comté | 7 913 | 3 891 | 3 550 | 473 | 2 181 | 28 % | 1 847 | 47 % | 175 | 5 % | 159 | 34 % |
| Bretagne | 8 028 | 3 929 | 3 592 | 507 | 2 134 | 27 % | 1 770 | 45 % | 198 | 6 % | 166 | 33 % |
| Centre-Val de Loire | 7 337 | 3 650 | 3 252 | 435 | 2 059 | 28 % | 1 772 | 49 % | 152 | 5 % | 135 | 31 % |
| Grand Est | 8 335 | 4 209 | 3 644 | 482 | 2 328 | 28 % | 2 005 | 48 % | 170 | 5 % | 154 | 32 % |
| Hauts-de-France | 8 476 | 4 298 | 3 581 | 596 | 2 461 | 29 % | 2 071 | 48 % | 187 | 5 % | 204 | 34 % |
| Île-de-France | 7 683 | 3 634 | 3 515 | 533 | 2 173 | 28 % | 1 728 | 48 % | 249 | 7 % | 197 | 37 % |
| Normandie | 7 786 | 3 822 | 3 410 | 553 | 2 165 | 28 % | 1 836 | 48 % | 151 | 4 % | 178 | 32 % |
| Nouvelle-Aquitaine | 7 920 | 4 157 | 3 303 | 459 | 2 235 | 28 % | 1 926 | 46 % | 161 | 5 % | 148 | 32 % |
| Occitanie | 8 652 | 4 655 | 3 540 | 457 | 2 426 | 28 % | 2 107 | 45 % | 172 | 5 % | 146 | 32 % |
| Pays de la Loire | 7 255 | 3 494 | 3 230 | 532 | 2 012 | 28 % | 1 682 | 48 % | 147 | 5 % | 183 | 34 % |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 9 223 | 5 193 | 3 548 | 482 | 2 695 | 29 % | 2 357 | 45 % | 184 | 5 % | 154 | 32 % |
| Corse | 10 471 | 5 996 | 3 876 | 598 | 3 068 | 29 % | 2 732 | 46 % | 128 | 3 % | 208 | 35 % |
| *France hexagonale* | *8 120* | *4 110* | *3 497* | *513* | *2 289* | *28 %* | *1 930* | *47 %* | *186* | *5 %* | *173* | *34 %* |
| *Rapport (max/min, hors Corse)* | | | | | *1,3* | | *1,4* | | *1,7* | | *1,5* | |

(a) Il s'agit de l'ensemble des dépenses remboursées aux personnes diabétiques et pas spécifiquement de celles liées à la prise en charge du diabète

(b) Il s'agit des dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du diabète

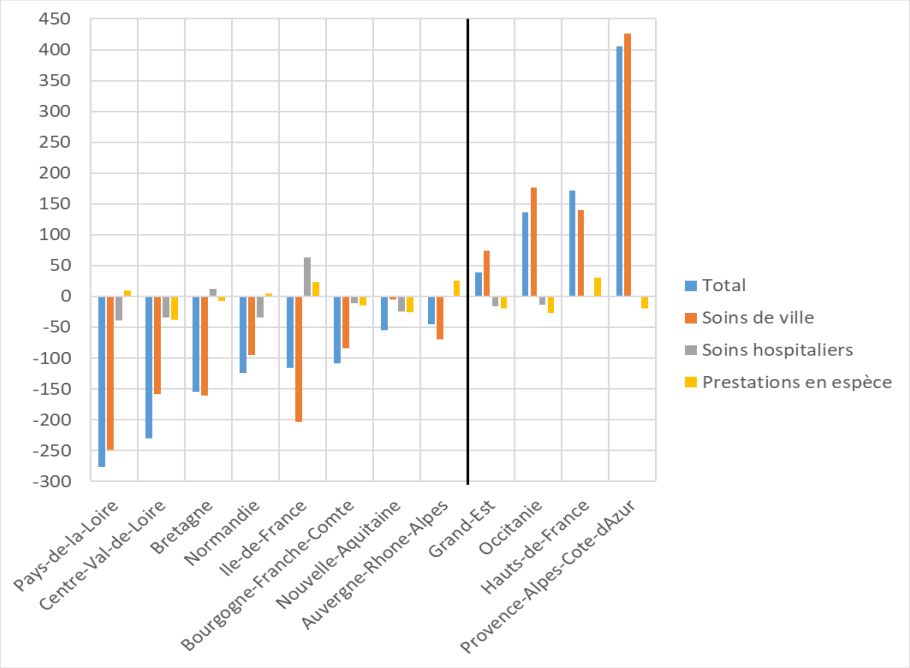
Note de lecture : en 2022, sur 8 048 euros remboursés en moyenne aux personnes avec un diabète en Auvergne-Rhône-Alpes, 2 244 euros, soit 28 %, étaient liés spécifiquement à la prise en charge du diabète. En orange, les valeurs minimales et maximales parmi les régions de France hexagonale, hors Corse.

*Champ : tous régimes - France hors départements et régions d'outre-mer*

*Source : Cnam (cartographie version de juin 2024)*

Les écarts entre les dépenses au sein des régions et les dépenses moyennes en France hexagonale, globalement et pour les trois grands agrégats, sont représentés sur la Figure 25 (hors Corse) et dans le Tableau 5. Les dépenses sont inférieures à la moyenne hexagonale pour huit régions et supérieures pour cinq. Les écarts atteignent ou dépassent 10 % de la moyenne hexagonale pour 4 régions : les Pays de la Loire et le Centre-Val de Loire avec les dépenses les plus faibles (respectivement - 277 euros, soit - 12 %, et - 230 euros, soit - 10 %) et la Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse avec les dépenses les plus élevées (respectivement + 406 euros, soit + 18 %, et + 779 euros, soit + 36 %). On note qu'en Île-de-France les dépenses hospitalières sont les plus élevées (+ 63 euros par rapport à la moyenne hexagonale, soit + 34 %) et les dépenses de soins de ville parmi les plus faibles (- 203 euros par rapport à la moyenne hexagonale, soit - 11 %).

Figure 25 : Écarts entre la dépense affectée moyenne au sein des régions (hors Corse) et celle de la France hexagonale, en 2022, en euros




Note de lecture : les régions sont représentées, de la gauche vers la droite, selon la dépense moyenne croissante : cette dépense est inférieure à la moyenne de la France hexagonale pour les régions à gauche du trait vertical noir et supérieure pour les régions à droite. L'écart pour un des grands agrégats (soins de ville, soins hospitaliers, prestations en espèces) peut ne pas être dans le même sens que l'écart de la dépense moyenne tous postes confondus.

*Champ : tous régimes - France hors départements et régions d'outre-mer et hors Corse*

*Source : Cnam (cartographie version de juin 2024)*

Tableau 5 : Écarts entre la dépense affectée moyenne au sein des régions et celle de la France hexagonale, en 2022, en euros et en pourcentage

| Régions | Écarts par rapport à la dépense affectée moyenne[(a)] de la France hexagonale | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | En euros | | | | En pourcentage | | | |
| | Total | Soins de ville | Soins hospitaliers | Prestations en espèces | Total | Soins de ville | Soins hospitaliers | Prestations en espèces |
| Auvergne-Rhône-Alpes | - 46 | - 69 | - 1 | + 25 | - 2 % | - 4 % | - 1 % | + 14 % |
| Bourgogne-Franche-Comté | - 108 | - 84 | - 10 | - 14 | - 5 % | - 4 % | - 6 % | - 8 % |
| Bretagne | - 155 | - 161 | + 13 | - 7 | - 7 % | - 8 % | + 7 % | - 4 % |
| Centre-Val de Loire | - 230 | - 158 | - 34 | - 38 | - 10 % | - 8 % | - 18 % | - 22 % |
| Grand Est | + 39 | + 74 | - 16 | - 20 | + 2 % | + 4 % | - 8 % | - 11 % |
| Hauts-de-France | + 172 | + 140 | + 1 | + 31 | + 8 % | + 7 % | + 1 % | + 18 % |
| Île-de-France | - 116 | - 203 | + 63 | + 23 | - 5 % | - 11 % | + 34 % | + 14 % |
| Normandie | - 124 | - 95 | - 34 | + 5 | - 5 % | - 5 % | - 19 % | + 3 % |
| Nouvelle-Aquitaine | - 55 | - 5 | - 24 | - 25 | - 2 % | 0 % | - 13 % | - 15 % |
| Occitanie | + 136 | + 177 | - 13 | - 27 | + 6 % | + 9 % | - 7 % | - 16 % |
| Pays de la Loire | - 277 | - 248 | - 39 | 10 | - 12 % | - 13 % | - 21 % | + 6 % |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | + 406 | + 426 | - 1 | - 19 | + 18 % | + 22 % | - 1 % | - 11 % |
| Corse | + 779 | + 802 | - 58 | + 35 | + 34 % | + 42 % | - 31 % | + 20 % |

(a) Il s'agit des dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du diabète.

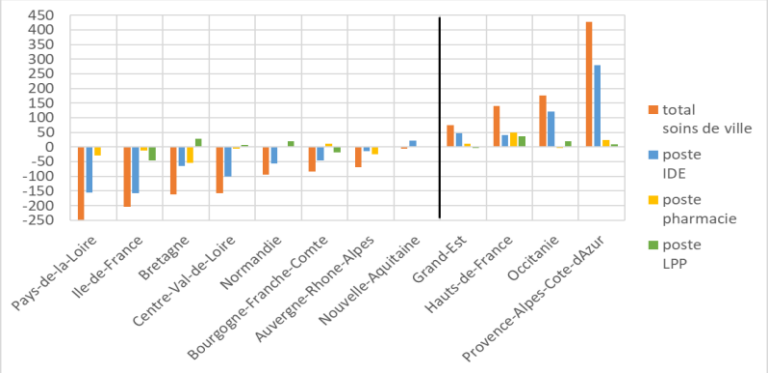
*Champ : tous régimes - France hors départements et régions d'outre-mer*

*Source : Cnam (cartographie version de juin 2024)*

La Figure 26 et le Tableau 6 présentent les écarts entre les dépenses au sein des régions et les dépenses moyennes en France hexagonale pour les postes de soins de ville. Au sein de chaque région, les postes qui

représentent la part la plus importante des dépenses de ville sont les dépenses de pharmacie, le poste LPP (liste des produits et prestations) et les soins infirmiers. Ainsi, à l'échelle hexagonale, ces postes représentent respectivement 682 euros, 471 euros et 394 euros sur 1 930 euros. On note que pour la quasi-totalité des régions, l'écart des dépenses de soins de ville est très majoritairement expliqué par le poste des soins infirmiers (62 % des environ - 250 euros d'écart dans les Pays de la Loire, et 66 % des environ + 430 euros d'écart en Provence-Alpes-Côte d'Azur). De même, la variabilité des dépenses entre régions est la plus forte pour le poste des soins infirmiers : le rapport de dépenses entre les régions avec la moyenne la plus élevée et la moyenne la plus faible (hors Corse) est de 2,8 pour le poste des soins infirmiers, contre 1,4 pour l'ensemble des soins de ville.

Figure 26 : Écarts entre la dépense affectée moyenne au sein des régions (hors Corse) et celle de la France hexagonale, pour les soins de ville, en 2022, en euros




IDE : infirmier diplômé d'État ou infirmière diplômée d'État ; LPP : liste des produits et prestations

Note de lecture : les régions sont représentées, de la gauche vers la droite, selon la dépense moyenne croissante pour l'ensemble des soins de ville : cette dépense est inférieure à la moyenne de la France hexagonale pour les régions à gauche du trait vertical noir et supérieure pour les régions à droite. L'écart pour un des postes spécifiques représentés peut ne pas être dans le même sens que l'écart de la dépense moyenne pour l'ensemble des soins de ville.

*Champ : tous régimes - France hors départements et régions d'outre-mer et hors Corse*
*Source : Cnam (cartographie version de juin 2024)*

Tableau 6 : Écarts entre la dépense affectée moyenne au sein des régions et celle de la France hexagonale, pour les soins de ville, en 2022, en euros

| Région | Dépenses affectées[a] (€/personne) | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | total soins de ville | poste généralistes | poste spécialistes | poste IDE[b] | poste biologie | poste pharmacie | poste LPP | poste transport | autres soins de ville |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 1 861 | 73 | 96 | 380 | 61 | 658 | 470 | 34 | 90 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 1 847 | 78 | 96 | 349 | 65 | 693 | 452 | 47 | 67 |
| Bretagne | 1 770 | 78 | 81 | 329 | 56 | 628 | 498 | 27 | 72 |
| Centre-Val de Loire | 1 772 | 68 | 98 | 294 | 56 | 677 | 477 | 38 | 63 |
| Grand Est | 2 005 | 100 | 105 | 440 | 72 | 693 | 468 | 37 | 89 |
| Hauts-de-France | 2 071 | 103 | 101 | 434 | 65 | 731 | 508 | 36 | 93 |
| Île-de-France | 1 728 | 74 | 126 | 237 | 64 | 670 | 426 | 33 | 99 |
| Normandie | 1 836 | 73 | 98 | 338 | 56 | 683 | 491 | 35 | 61 |
| Nouvelle-Aquitaine | 1 926 | 87 | 90 | 416 | 61 | 680 | 469 | 38 | 86 |
| Occitanie | 2 107 | 87 | 110 | 514 | 66 | 678 | 491 | 45 | 115 |
| Pays de la Loire | 1 682 | 71 | 86 | 239 | 57 | 654 | 474 | 29 | 71 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 2 357 | 99 | 127 | 673 | 82 | 706 | 480 | 49 | 140 |
| Corse | 2 732 | 111 | 129 | 968 | 95 | 722 | 461 | 79 | 169 |
| *France hexagonale* | *1 930* | *84* | *105* | *394* | *65* | *682* | *471* | *37* | *93* |
| *Rapport (max/min, hors Corse)* | 1,4 | 1,4 | 1,6 | 2,8 | 1,5 | 1,2 | 1,2 | 1,8 | 2,3 |

(a) Il s'agit des dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du diabète ; (b) IDE : infirmier diplômé d'État ou infirmière diplômée d'État

Note de lecture : En 2022, 239 euros étaient liés aux soins infirmiers pour les personnes avec un diabète aux Pays de la Loire, contre 673 en Provence-Alpes-Côte d'Azur, soit un rapport de 2,8. En orange, les valeurs minimales et maximales parmi les régions de France hexagonale, hors Corse.

*Champ : tous régimes - France hors départements et régions d'outre-mer - Source : Cnam (cartographie version de juin 2024)*

## Pistes d'interprétation des écarts observés entre régions

Parmi les différents facteurs qui peuvent expliquer les dépenses de soins, on peut mentionner l'état de santé, mais aussi d'autres facteurs individuels sociodémographiques tels que l'âge ou le niveau de revenu et également des facteurs liés au lieu de résidence, comme la structuration de l'offre de soins et son accessibilité. Par ailleurs, il est important de distinguer les facteurs qui sont associés au niveau des dépenses de soins des facteurs associés à la variabilité de ces dépenses. Ainsi, les pathologies repérées et prises en charge sont le principal déterminant du niveau de dépenses remboursées, avec, par exemple, plus de 8 000 euros par an pour les personnes avec une insuffisance cardiaque aiguë, contre environ 2 300 euros pour les personnes prises en charge pour un diabète et 360 euros pour celles sans pathologie repérée. Au sein de groupes plus homogènes, comme parmi les personnes diabétiques qui partagent déjà certaines caractéristiques communes, d'autres facteurs peuvent être à l'origine de la variabilité des dépenses entre régions.

Le Tableau 7 présente une sélection de caractéristiques individuelles des personnes prises en charge pour un diabète au sein de chacune des régions de France hexagonale. La fréquence de la plupart de ces caractéristiques est relativement homogène au sein de toutes les régions, avec des personnes très majoritairement diabétiques de type 2, en moyenne âgées de 68 ans, majoritairement des hommes, avec environ 35 % des cas de diabète classés dans les strates de sévérité élevées[15]. Il ne semble pas y avoir de particularités nettement associées à l'écart des dépenses régionales avec la moyenne hexagonale, regroupant d'un côté les régions avec les dépenses les plus faibles (par exemple Pays de la Loire et Centre-Val de Loire) et de l'autre les régions avec les dépenses les plus élevées (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse). Il existe une hétérogénéité dans la part de personnes avec faible revenu bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, mais qui ne semble pas suffire à expliquer ces écarts. Il est intéressant de noter la spécificité de l'Île-de-France, avec une population de personnes diabétiques plus jeunes, plus souvent à faible revenu, mais avec un niveau de gravité du diabète et de comorbidités moindre.

Tableau 7 : Caractéristiques individuelles des personnes avec diabète, au sein des régions de France hexagonale, en 2022

| Région | Âge moyen | % hommes | % C2S | % type 2[(a)] | % obésité | Stratification des niveaux de gravité[(a)] | | | | Indice ERMIp[(b)] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 1 (min) | 2 | 3 | 4 (max) | |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 68,2 | 55,8 | 9,2 | 96,8 | 15,9 | 52,3 | 13,0 | 33,6 | 1,1 | 7,01 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 68,8 | 55,4 | 7,7 | 97,6 | 14,2 | 52,1 | 11,7 | 35,3 | 0,9 | 7,00 |
| Bretagne | 68,2 | 57,5 | 6,6 | 96,6 | 16,1 | 52,1 | 12,9 | 33,8 | 1,1 | 7,26 |
| Centre-Val de Loire | 68,5 | 55,5 | 8,1 | 97,4 | 17,0 | 52,9 | 12,4 | 33,5 | 1,2 | 6,78 |
| Grand Est | 68,1 | 54,6 | 8,9 | 97,4 | 20,1 | 51,2 | 11,6 | 36,0 | 1,1 | 7,03 |
| Hauts-de-France | 66,6 | 53,6 | 11,6 | 97,0 | 19,8 | 52,9 | 12,0 | 34,0 | 1,1 | 6,93 |
| Île-de-France | 64,9 | 55,3 | 12,7 | 96,2 | 12,4 | 57,2 | 12,3 | 29,3 | 1,2 | 6,64 |
| Normandie | 67,9 | 55,7 | 8,8 | 97,2 | 17,1 | 51,9 | 12,5 | 34,5 | 1,1 | 7,06 |
| Nouvelle-Aquitaine | 69,2 | 56,9 | 8,5 | 97,3 | 15,9 | 51,4 | 12,4 | 35,1 | 1,0 | 7,11 |
| Occitanie | 69,0 | 56,8 | 12,2 | 97,0 | 13,1 | 50,5 | 12,4 | 36,0 | 1,1 | 7,13 |
| Pays de la Loire | 68,1 | 57,0 | 7,4 | 96,9 | 14,1 | 52,7 | 12,7 | 33,5 | 1,1 | 6,92 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 68,6 | 56,0 | 13,2 | 97,1 | 12,0 | 53,0 | 11,9 | 34,0 | 1,1 | 7,09 |
| Corse | 68,6 | 57,0 | 8,9 | 97,5 | 11,8 | 52,6 | 11,2 | 35,2 | 0,9 | 7,17 |
| *France hexagonale* | *67,7* | *55,7* | *10,2* | *96,9* | *15,5* | *52,9* | *12,3* | *33,7* | *1,1* | *6,97* |

(a) Les définitions de l'algorithme de classement en diabète de type 2 et des strates de sévérité des personnes avec diabète sont détaillées dans la section « Approche par pathologie : le diabète » du rapport Charges et produits pour l'année 2024, disponible en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits

(b) Mesure synthétique de morbidité élaborée à partir de la cartographie des pathologies, permettant de prendre en compte les dépenses de soins attendues. Plus d'informations disponibles en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie

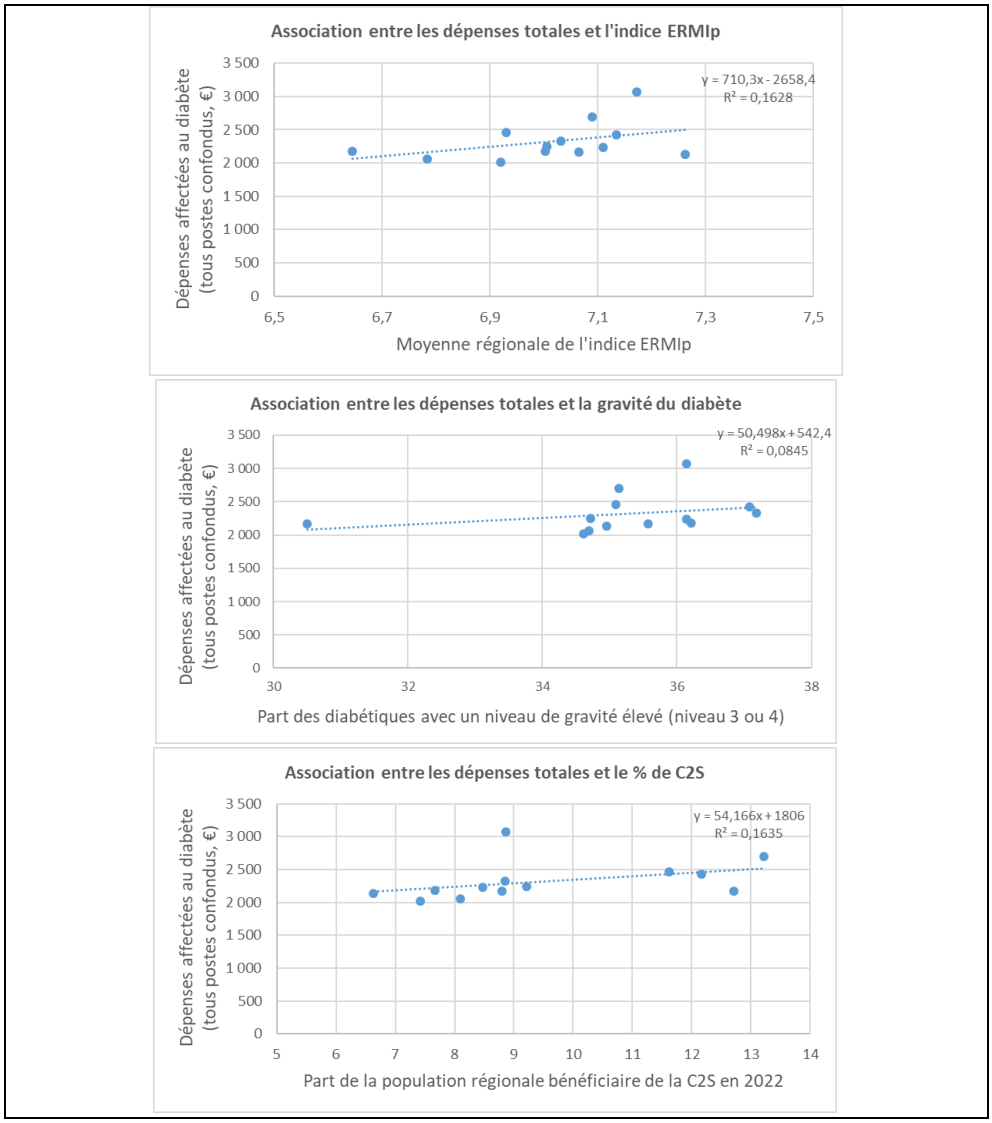
*Champ : tous régimes - France hors départements et régions d'outre-mer*
*Source : Cnam (cartographie version de juin 2024)*

15 Quatre niveaux de sévérité sont définis, traduisant l'évolution de la maladie à moyen et long terme et la survenue de complications spécifiques. Une description détaillée de ces niveaux est disponible en ligne, dans le chapitre « Approche par pathologie : le diabète » du rapport Charges et produits pour l'année 2024 : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits

La Figure 27 regroupe des graphiques qui montrent l'association entre certaines caractéristiques des personnes diabétiques ou de leur région de résidence et le niveau des dépenses régionales. En plus de la part de personnes avec faible revenu (bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire), du niveau de gravité du diabète (stratification en quatre niveaux[15]) et du niveau de comorbidités (indice de morbidité ERMIp[16]) représentés dans le Tableau 7, la densité de l'offre de soins en infirmiers et en médecins généralistes est également étudiée[17].

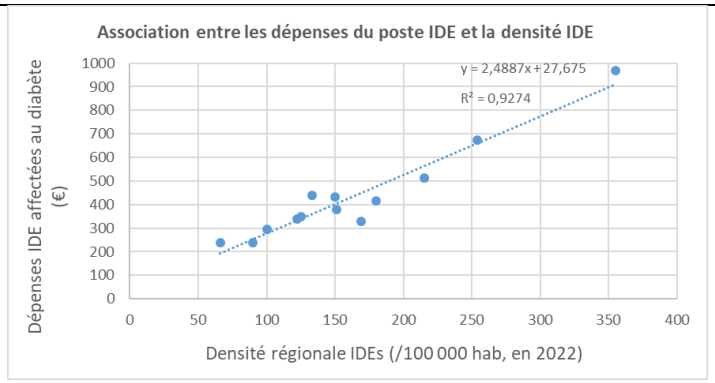
Ces graphiques montrent qu'il existe un lien entre les facteurs étudiés et le niveau de dépenses au sein des régions. Les associations représentées sont des corrélations sans ajustement sur d'autres variables, il semble cependant que le lien entre la densité de l'offre de soins et les dépenses affectées est plus important que celui entre les déterminants individuels et les dépenses. Cette relation entre dépenses affectées et densité de l'offre est particulièrement forte pour les soins infirmiers.

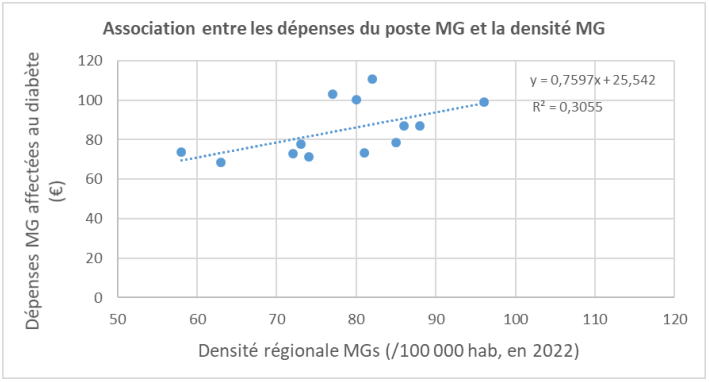
Figure 27 : Association entre les dépenses affectées (en euros) au sein des régions de France hexagonale et une sélection de facteurs explicatifs des dépenses de soins




16 Mesure synthétique de morbidité élaborée à partir de la cartographie des pathologies, permettant de prendre en compte les dépenses de soins attendues. Plus d'informations disponibles en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie

17 Densité de professionnels de santé libéraux exclusifs ou partiels, en activité au 31 décembre 2022, issue des données de la plateforme Data professionnels de santé libéraux : https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux/




Note de lecture : Les graphiques représentent l'association entre les dépenses liées à la prise en charge du diabète (en ordonnée) et des caractéristiques individuelles des personnes diabétiques ou la densité de l'offre de soins des régions (en abscisse). Chaque point représente une des 13 régions de France hexagonale.

*Champ : tous régimes - France hors départements et régions d'outre-mer*

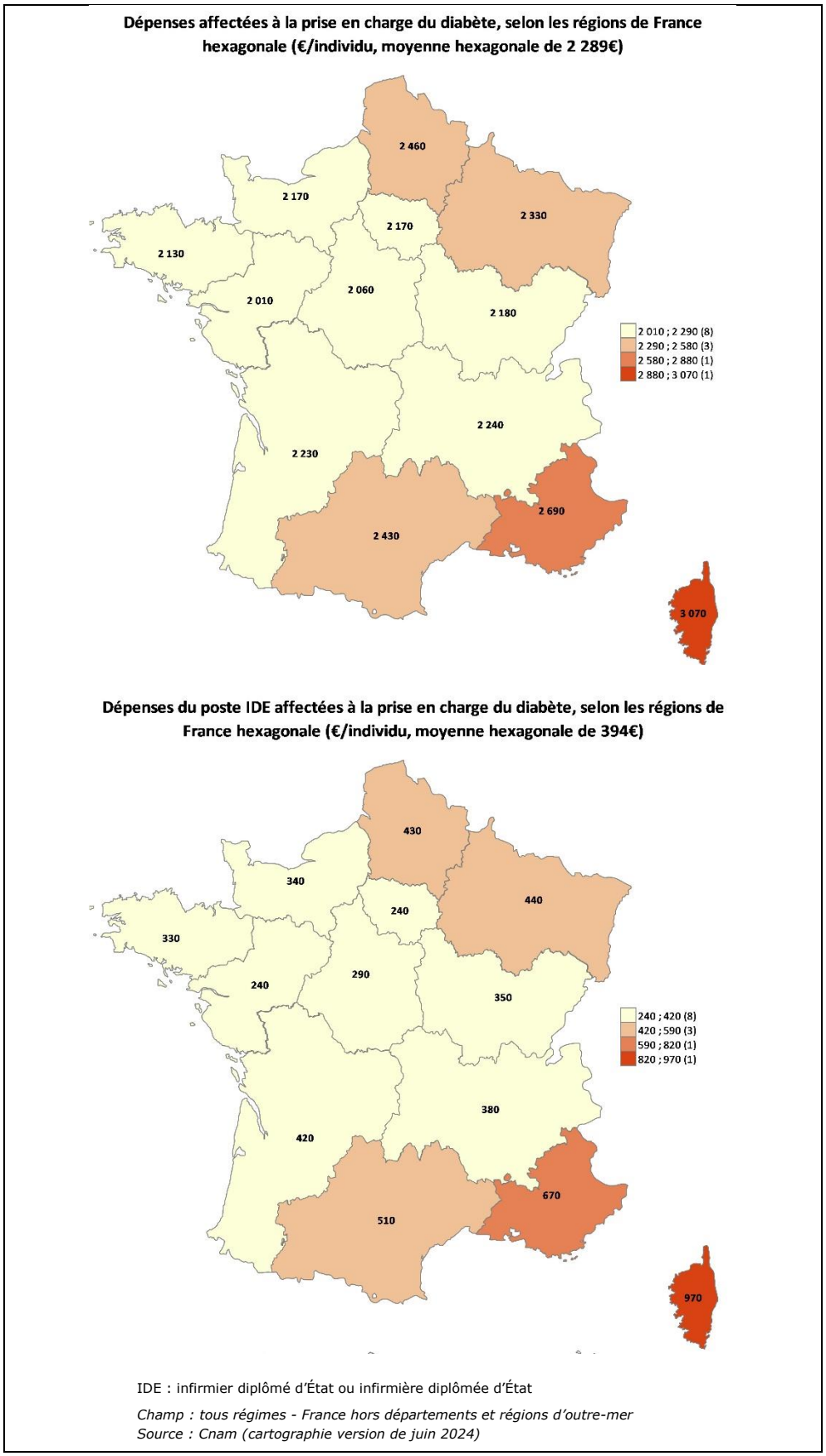
*Source : Cnam (SNDS et cartographie version de juin 2024)*

## Conclusion et perspectives

Comme indiqué en introduction, un des objectifs de ces analyses était d'effectuer un exercice de faisabilité de l'affectation des dépenses à l'échelle régionale. Les résultats produits montrent que cet exercice a été possible pour le diabète, pathologie la plus fréquente parmi celles repérées par les algorithmes de la cartographie. Pour la plupart des régions, les écarts constatés avec la moyenne hexagonale étaient inférieurs à 10 %. Pour la quasi-totalité des régions, ces écarts étaient principalement expliqués par les dépenses liées aux soins infirmiers. La Figure 28 présente sous forme de cartes la dépense moyenne par individu liée à la prise en charge du diabète au sein des régions françaises hors Drom, pour 2022, globalement et pour le poste des soins infirmiers.

Les résultats de cet exercice suggèrent qu'il existe des spécificités dans l'intensité de la prise en charge des patients diabétiques qu'il conviendrait d'approfondir en intégrant l'ensemble des facteurs explicatifs du recours aux soins, tels que l'état clinique des patients, mais également les modalités de prise de charge et les spécificités de la structuration de l'offre.

Figure 28 : Dépenses régionales liées à la prise en charge du diabète, tous postes confondus et pour les soins infirmiers, en 2022




IDE : infirmier diplômé d'État ou infirmière diplômée d'État

*Champ : tous régimes - France hors départements et régions d'outre-mer*
*Source : Cnam (cartographie version de juin 2024)*

## 4.3. Les professionnels de santé libéraux

### 4.3.1. Démographie des professionnels de santé libéraux et évolutions notables depuis cinq ans

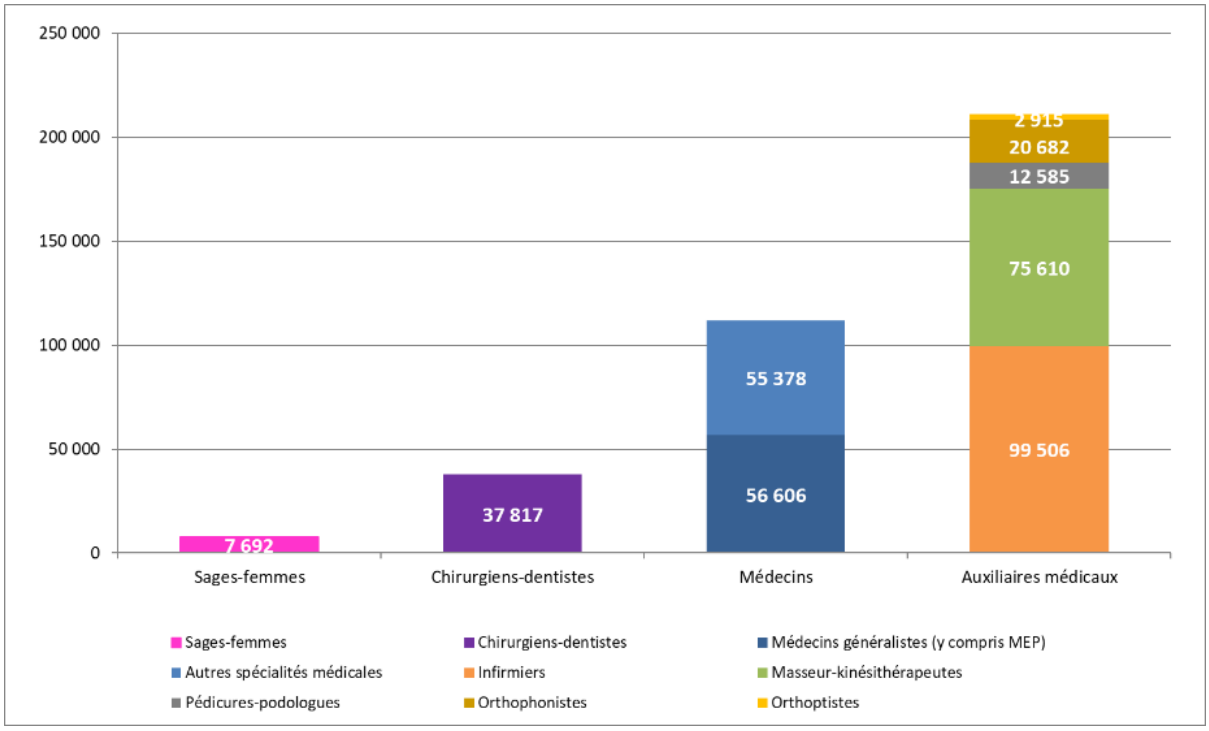
#### Les professionnels de santé libéraux en 2022

En 2022, la France compte plus de 368 000 professionnels de santé libéraux (Encadré 5 pour les précisions méthodologiques) hors pharmaciens et biologistes, soit environ 6 % de plus qu'en 2017.

Parmi ces professionnels de santé libéraux (exercice libéral exclusif ou mixte, Encadré 4 pour les définitions) :

- 57 % sont des auxiliaires médicaux : ils sont plus de 211 000, dont près de la moitié (47 %) sont des infirmières et infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel), plus d'un tiers (36 %) sont des masseurs-kinésithérapeutes et le reste des orthophonistes (10 % des auxiliaires médicaux), pédicures-podologues (6 %) et orthoptistes (1 %).
- 30 % sont des médecins : 112 000 médecins exerçant en libéral, dont la moitié (51 %) sont des médecins généralistes (y compris les médecins à exercice particulier – MEP). Après les médecins généralistes, les spécialités les plus nombreuses qui exercent en libéral sont les chirurgiens (7 500 chirurgiens de spécialités variées), les psychiatres (6 100), les radiologues (près de 5 500), les cardiologues (près de 5 000) et les spécialistes en accès direct hors stomatologues (gynécologues et ophtalmologues : environ 4 400).
- 10 % sont des chirurgiens-dentistes.
- Et 2 % sont des sages-femmes (Figure 29).

Figure 29 : Effectifs des professionnels de santé libéraux dans les professions médicales et les auxiliaires médicaux, en 2022




MEP : médecin à expertise particulière

*Champ : professionnels de santé libéraux actifs au 31 décembre 2021, tous secteurs (y compris non conventionnés) - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

## Des dynamiques démographiques différentes selon les professions

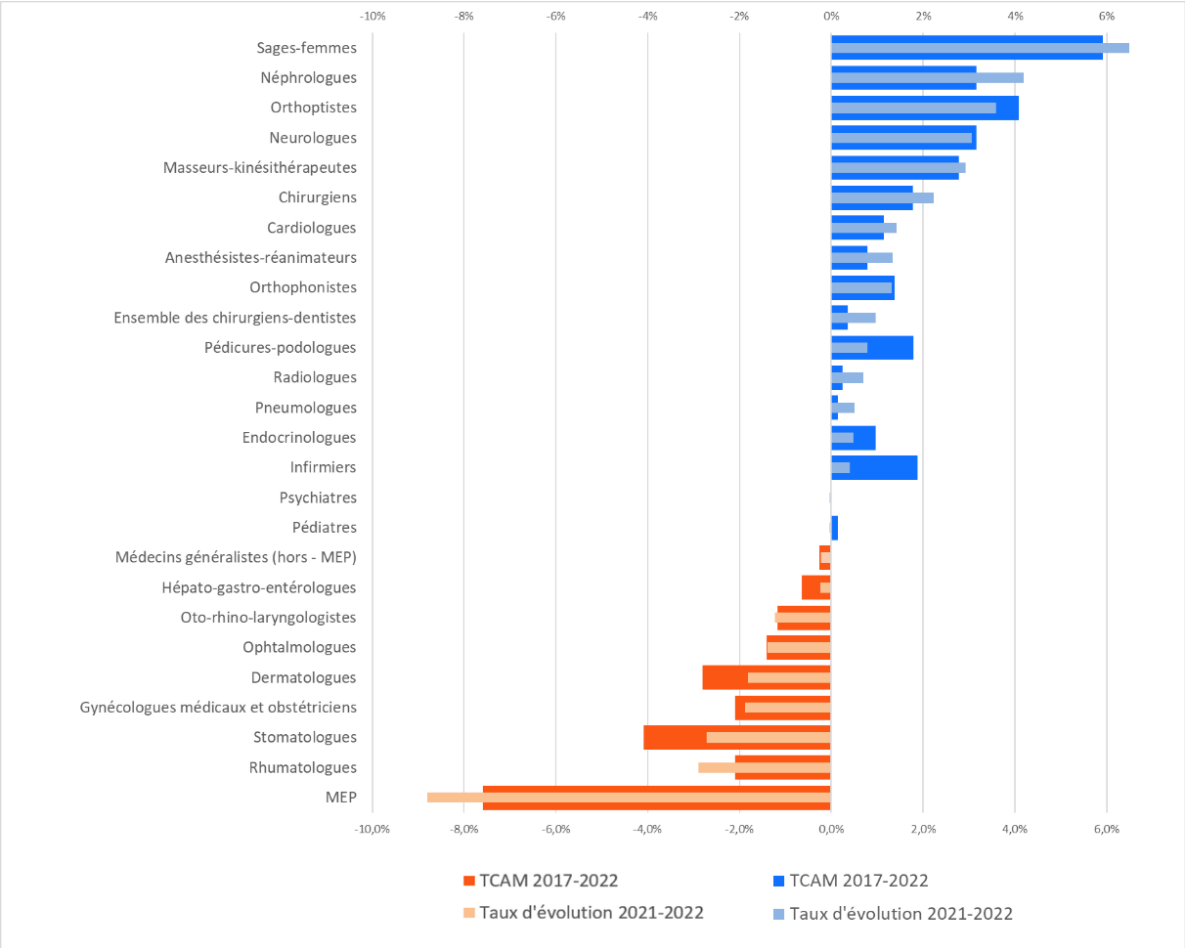
Les effectifs de médecins généralistes libéraux (hors MEP) sont en légère baisse depuis 5 ans (- 0,3 % par an en moyenne depuis 2017, Figure 30). Les effectifs des autres spécialités médicales libérales augmentent en moyenne de 0,3 % par an depuis 2017. L'évolution est variable selon les spécialités : les effectifs de chirurgiens, neurologues et cardiologues augmentent de 1 à 3 % par an entre 2017 et 2022. Les effectifs de gynécologues, dermatologues et rhumatologues diminuent de plus de 2 % par an sur la même période.

Les effectifs de chirurgiens-dentistes libéraux sont en légère augmentation depuis 5 ans (en moyenne + 0,4 % par an depuis 2017 et + 1 % la dernière année).

Avec une augmentation moyenne de 6 % par an, les effectifs de sages-femmes libérales poursuivent leur forte progression.

Enfin, les effectifs des auxiliaires médicaux libéraux (Idel, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues et orthoptistes) continuent également de croître. On note une dynamique qui reste forte chez les masseurs-kinésithérapeutes et les orthoptistes (respectivement + 2,8 % et + 4,1 % par an). Les effectifs d'Idel et de pédicures-podologues augmentent en moyenne de 2 % par an depuis 2017 avec un ralentissement la dernière année. Ceux augmentant le moins vite depuis 2017 sont les orthophonistes libéraux (+ 1,4 % par an en moyenne).

Figure 30 : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) des effectifs par profession entre 2017 et 2022, et taux d'évolution entre 2021 et 2022




Note de lecture : entre 2017 et 2022, le nombre de sages-femmes libérales a augmenté en moyenne de 5,9 % par an, soit un taux de croissance moyen moins élevé que celui observé entre 2021 et 2022 (6,5 %).

*Champ : tous secteurs - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

Encadré 5 : L'exercice libéral

**Il existe deux statuts pour les professionnels de santé : libéral ou salarié.** Les professionnels de santé libéraux exercent leur métier sous leur propre responsabilité et sont rémunérés à l'acte. L'exercice libéral comprend à la fois le cabinet de ville, les maisons de santé pluriprofessionnelles et l'exercice en établissement de santé privé, lorsque les professionnels de santé ne sont pas salariés. L'exercice libéral est plus ou moins important selon les professions, certaines exerçant majoritairement à l'hôpital (urgentistes, gériatres…).

L'exercice libéral peut être exclusif, ou complémentaire d'une activité salariée (exercice libéral mixte). Concernant les professionnels de santé ayant une activité mixte (libérale et salariée), les données présentées dans ce chapitre portent uniquement sur la partie libérale de leur activité. L'activité salariée, non rattachable au niveau individuel dans les bases de données de l'Assurance Maladie, n'est pas prise en compte. Les professionnels qui exercent exclusivement en tant que salariés, à l'hôpital ou dans d'autres structures (centres de santé, services de protection maternelle et infantile – PMI –, etc.), ne sont donc pas comptabilisés.

À noter (cas particulier) : certains praticiens hospitaliers ont la possibilité d'exercer une activité libérale au sein de l'hôpital, dans la limite d'une demi-journée par semaine. Ces praticiens sont comptabilisés dans les effectifs présentés (sous la modalité « exercice libéral mixte »). Seule la partie libérale de leur activité est décrite. Il s'agit de cas peu fréquents (4 % des effectifs de médecins libéraux).

Par ailleurs, les professions de santé libérales présentées dans ce chapitre sont celles dont l'activité est remboursée par l'Assurance Maladie. Ne sont pas présentées les professions de santé non conventionnées avec l'Assurance Maladie, qui peuvent également exercer en libéral : diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens…

Par ailleurs, les remplaçants ne sont pas pris en compte dans les effectifs présentés : leur activité n'est pas identifiable ni dissociable de celle des médecins qu'ils remplacent et est donc comptabilisée dans l'activité de ces derniers.

Méthode de dénombrement des professionnels dans ce chapitre : professionnels de santé libéraux ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année, actifs au 31 décembre de l'année N.

**Les médecins à expertise particulière (MEP)** sont des médecins généralistes ayant déclaré une compétence particulière induisant des modes d'exercice spécifiques. Le terme de MEP regroupe des médecins ayant déclaré des modes d'exercice ou des techniques de soins spécifiques variés, dont le praticien peut avoir déclaré la pratique exclusive (33 % d'entre eux) ou associée à la pratique de la médecine générale (67 %). : homéopathie, acupuncture, angiologie, phlébologie, échographie, médecine d'urgence, nutrition… À noter que tous les médecins généralistes ayant une expertise particulière ne la déclarent pas forcément.

La spécialité « chirurgiens » dans ce chapitre regroupe dix spécialités chirurgicales différentes : chirurgie générale, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, chirurgie vasculaire et chirurgie viscérale et digestive.

## Une répartition inégale sur le territoire

La répartition des professionnels de santé sur le territoire est inégale, avec des densités globalement plus élevées dans les départements de la moitié sud et sur le littoral atlantique de la métropole ainsi qu'en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion tandis que la Guyane et Mayotte affichent des densités plus faibles. Pour chaque profession de santé, les dix départements les plus denses présentent des densités de professionnels deux à trois fois supérieures que celles des dix départements les moins denses (Tableau 8).

Tableau 8 : Rapport interdécile D9/D1 de la densité départementale des professionnels de santé libéraux, en 2022

| Densité de PS /100 000 habitants | Médecins Généralistes | Médecins spécialistes | Sages-femmes | Chirurgiens dentistes | Infirmiers | Masseurs-kinésithérapeutes |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D1 (1er décile) | 60 | 36 | 36,6 | 34 | 83 | 59 |
| D5 (médiane) | 82 | 62 | 52 | 48 | 147 | 95 |
| Moyenne | 83 | 81 | 53 | 56 | 146 | 111 |
| D9 | 104 | 98 | 74,7 | 71 | 247 | 168 |
| Rapport D9/D1 | 1,7 | 2,7 | 2,0 | 2,1 | 3,0 | 2,8 |

Note de lecture : 10 % des départements comptent moins de 60 médecins généralistes (MG) libéraux pour 100 000 habitants. Ces 10 départements les moins denses ont une densité 1,7 fois inférieure aux 10 départements les plus denses en MG.

*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

Si la densité moyenne en France s'élève à 83 médecins généralistes pour 100 000 habitants, un quart des départements affichent une densité de médecins généralistes inférieure ou égale à 65 praticiens pour 100 000 habitants avec une importante diminution entre 2021 et 2022. La densité diminue dans plus de la moitié des départements et stagne dans un tiers ; de plus, elle tend à diminuer dans les zones déjà les moins denses : en effet, la baisse de la densité est de l'ordre de - 2,4 % dans le premier quartile des départements ayant les densités les plus basses tandis qu'elle stagne dans le dernier quartile (en moyenne - 0,4 % dans le quart des départements ayant les densités les plus élevées).

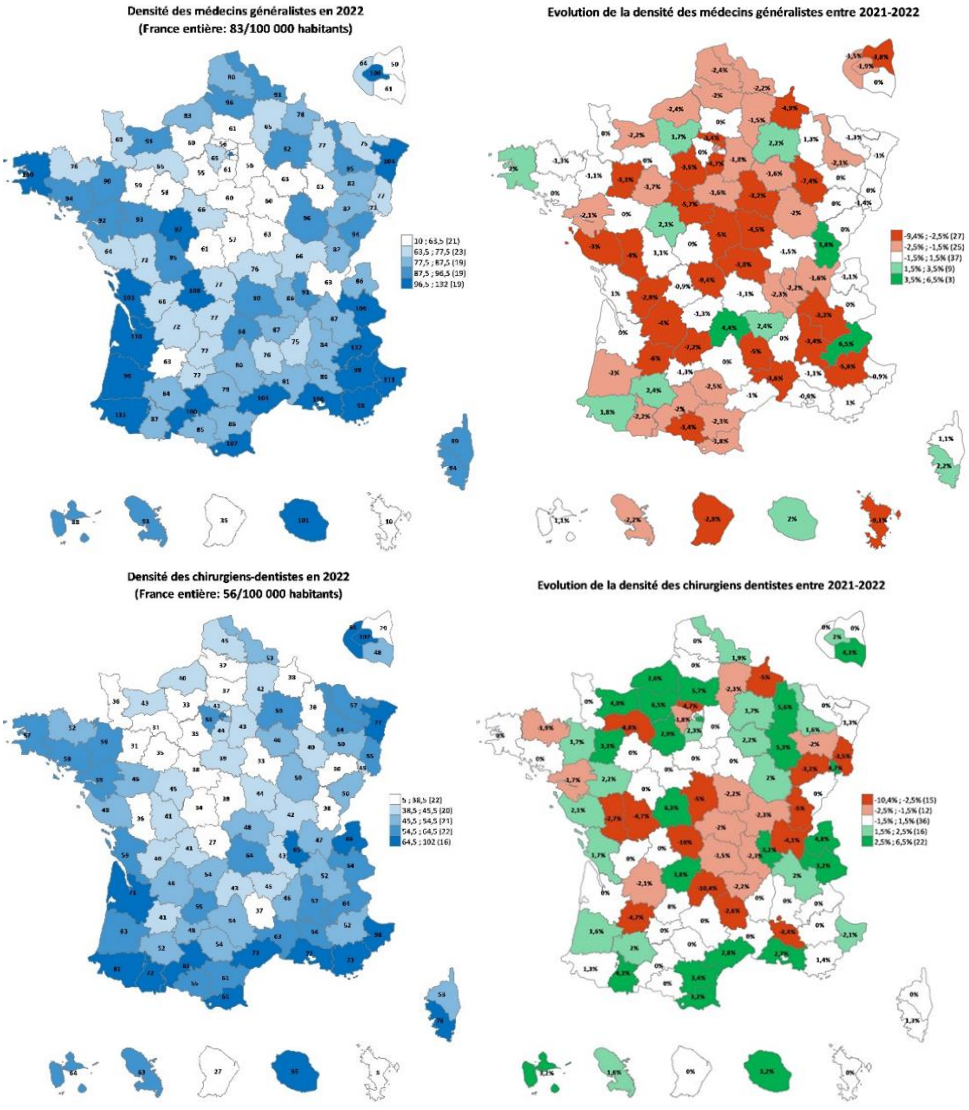
En 2022, les chirurgiens-dentistes sont moins nombreux dans les régions centrales et le nord de la France, avec environ un quart des départements affichant moins de 40 dentistes pour 100 000 habitants contre 56 pour 100 000 habitants en France en moyenne. Environ, un quart des départements enregistrent une baisse de la densité de dentistes, notamment dans le centre de la France (en particulier en Auvergne-Rhône-Alpes).

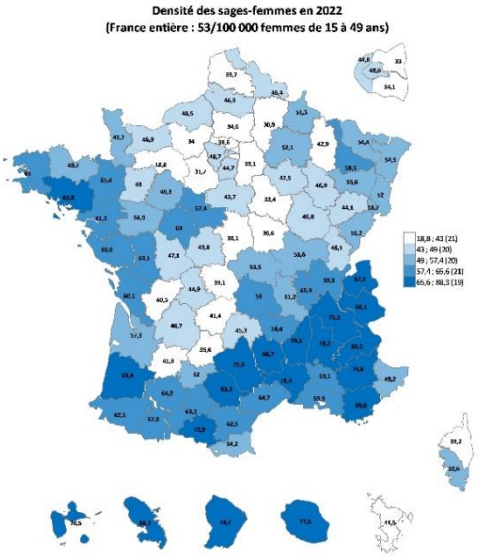
Si la densité des sages-femmes en France est de 53 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, elle est inférieure à 37 pour 10 % des départements et descend jusqu'à 19 pour l'Orne, contre une densité supérieure à 75 pour 10 % des départements. On note une forte augmentation de la densité de 2021 à 2022 dans la plupart des départements en France (excepté 5 déjà peu denses).

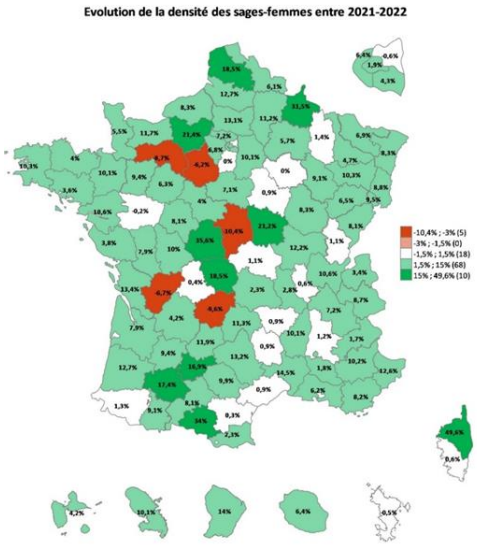
C'est la densité des infirmiers qui est la densité la plus élevée des professions de santé avec 146 infirmiers pour 100 000 habitants, en particulier dans la moitié sud métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer (Drom-Com). Cependant entre 2021 et 2022, elle augmente dans les zones les moins denses (en moyenne + 2,4 % dans la moitié des départements ayant les densités les plus basses, situés plutôt dans la moitié nord de l'Hexagone), alors qu'elle stagne ou diminue dans la plupart des zones déjà densément dotées en infirmiers, situées plutôt dans la moitié sud (en moyenne - 0,7 % dans le dernier quintile des départements ayant les densités les plus élevées).

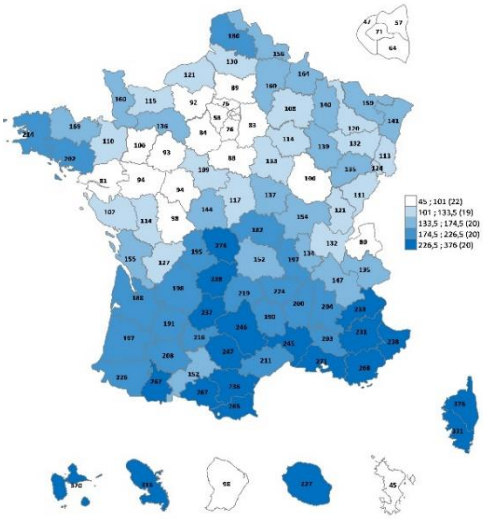
Avec 111 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en France, leur densité est la plus haute après les infirmiers. On note leur densification en France entre 2021 et 2022, particulièrement dans le quart sud-ouest. Cependant, un quart des départements affichent une densité inférieure à 73, notamment autour de la région francilienne.

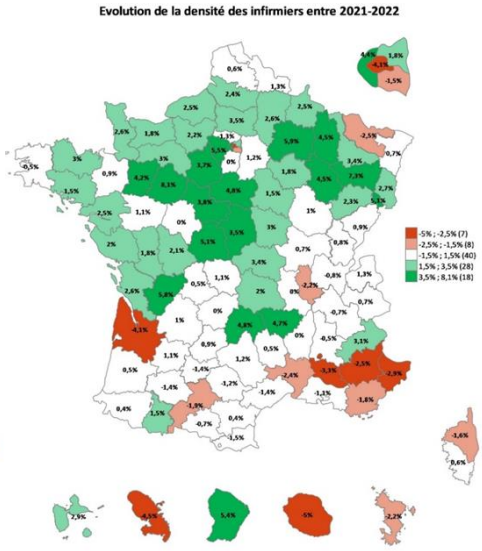
Figure 31 : Cartes des densités départementales de professionnels de santé libéraux en 2022, et évolution des densités départementales entre 2021 et 2022

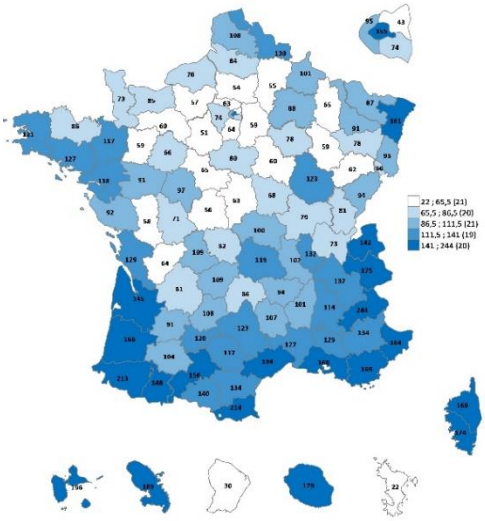


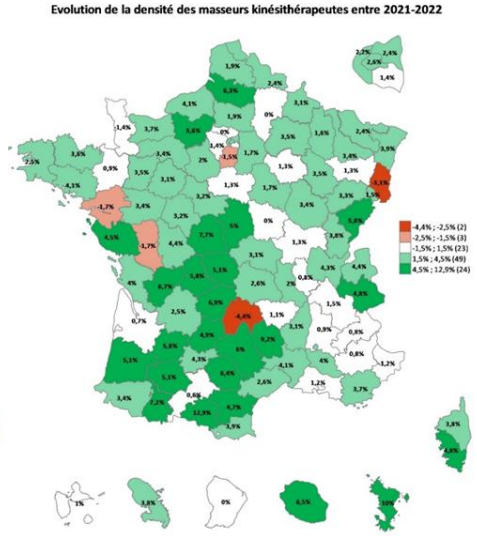


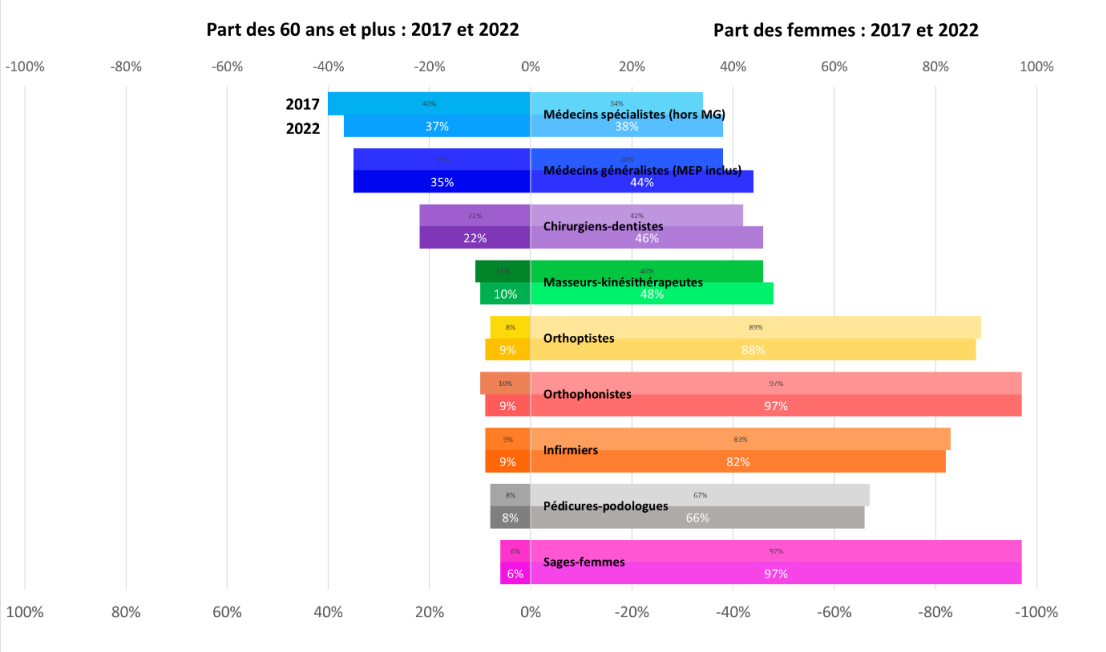

*Champ : professionnels de santé libéraux tous secteurs - France entière*
*Sources : Cnam (SNDS, Amos), Insee (données de population - estimation provisoire)*

### Une féminisation croissante des professions de santé libérales (Figure 32)

Médecins, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes sont des professions de santé majoritairement masculines (52 % à 62 % d'hommes), mais dans lesquelles la part des femmes progresse entre 2017 et 2022, en particulier chez les médecins généralistes (de 38 % à 44 % de femmes). Idel, pédicures-podologues et orthoptistes sont des professions majoritairement féminines (66 % à 88 % de femmes), mais dont la part des femmes enregistre une légère baisse sur cette période (- 1 point dans chaque profession). Enfin, les orthophonistes et sages-femmes sont des professions quasi exclusivement féminines (97 % de femmes) au sein desquelles la part des femmes est stable.

La part des 60 ans et plus est très faible chez les auxiliaires médicaux et les sages-femmes (<10 %). En revanche, 22 % des chirurgiens-dentistes, 35 % des médecins généralistes et 37 % des médecins spécialistes (hors généralistes) ont 60 ans ou plus en 2022. Cette part est en diminution chez les médecins spécialistes, et stable chez les autres. En parallèle, on note un rajeunissement de l'âge moyen pour ces professions sur cette période (- 1 an).

Figure 32 : Part des femmes et des plus de 60 ans par profession, en 2017 et 2022




Note de lecture : chez les médecins spécialistes hors généralistes, la part des femmes augmente de 34 à 38 % entre 2017 et 2022, et la part des 60 ans et plus diminue de 40 à 37 %.

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

## 4.3.2. Secteurs conventionnels, honoraires et dépassements

### Secteurs de conventionnement et effectifs des spécialités médicales en 2022

En 2022, 95 % des médecins généralistes sont en secteur 1 (c'est-à-dire qu'ils ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires, sauf cas exceptionnels, voir *infra* l'Encadré 6 : « Secteurs d'exercice, contrats Optam-CO et honoraires »). Parmi les médecins généralistes en secteur 2 (5 %) autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, 40 % ont adhéré à un contrat d'engagement pour limiter leurs dépassements d'honoraires : l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam, voir l'Encadré 6).

Pour les autres spécialités médicales, 53 % sont installés en secteur 2, en progression depuis 2017 où ils étaient encore majoritairement en secteur 1 (54 % de secteur 1 en 2017). La part de secteur 2 ayant adhéré à l'Optam/Optam-CO (option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique) a augmenté depuis 2017,

passant de 17 % à 25 % de l'ensemble des médecins spécialistes (hors généralistes) en lien notamment avec la hausse des médecins spécialistes (hors généralistes) en secteur 2. Ainsi, l'ensemble des médecins spécialistes (hors généralistes) en secteur 1 ou ayant un engagement pour limiter les dépassements d'honoraires a légèrement augmenté sur la période (de 71 % à 72 %). La part de secteur 2 non adhérents à ce contrat est en léger recul passant de 29 % à 28 %.

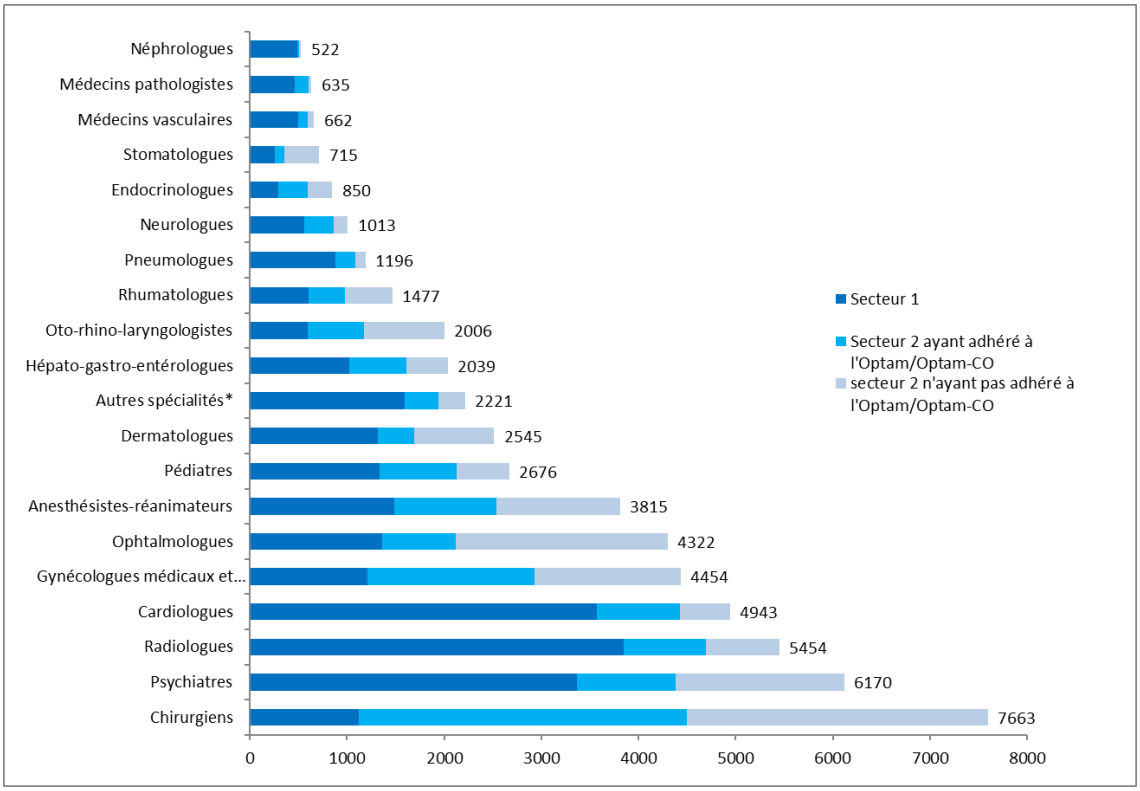
La répartition par secteur est très variable selon les spécialités (Figure 34).

Les spécialités chirurgicales sont majoritairement en secteur 2 : 73 % des gynécologues, 70 % des otorhinolaryngologistes (ORL), 68 % des ophtalmologues et 63 % des stomatologues. Parmi les autres spécialités chirurgicales (regroupement « chirurgiens »[18]), 85 % sont en secteur 2 dont plus de la moitié sont adhérents à l'Optam/Optam-CO. Un peu plus de la moitié des gynécologues en secteur 2 sont également adhérents à l'Optam/Optam-CO, soit 66 % des gynécologues avec une pratique tarifaire encadrée (secteur 1 ou secteur 2 Optam), contre 59 % des ORL et environ la moitié des ophtalmologues ou des stomatologues. La part de secteur 2 non Optam/Optam-CO est en diminution entre 2017 et 2022 chez les chirurgiens[18], en augmentation chez les stomatologues, et stable dans les autres spécialités chirurgicales.

À l'inverse, 94 % des néphrologues, 82 % des radiologues et plus de 70 % des pneumologues et cardiologues sont en secteur 1. Dans ces trois dernières spécialités, la part des secteurs 1 baisse depuis 2017, au profit des secteurs 2 Optam-CO.

Enfin, les neurologues et les psychiatres sont 55 % en secteur 1, et les dermatologues, pédiatres, et gastro-entérologues proches de 50 %. Les secteurs 2 sont majoritairement adhérents à l'Optam/Optam-CO parmi les pédiatres, gastro-entérologues et neurologues, contrairement aux psychiatres et aux dermatologues.

Figure 33 : Effectifs de médecins spécialistes selon le secteur de conventionnement et l'adhésion au contrat Optam/Optam-CO, en 2022

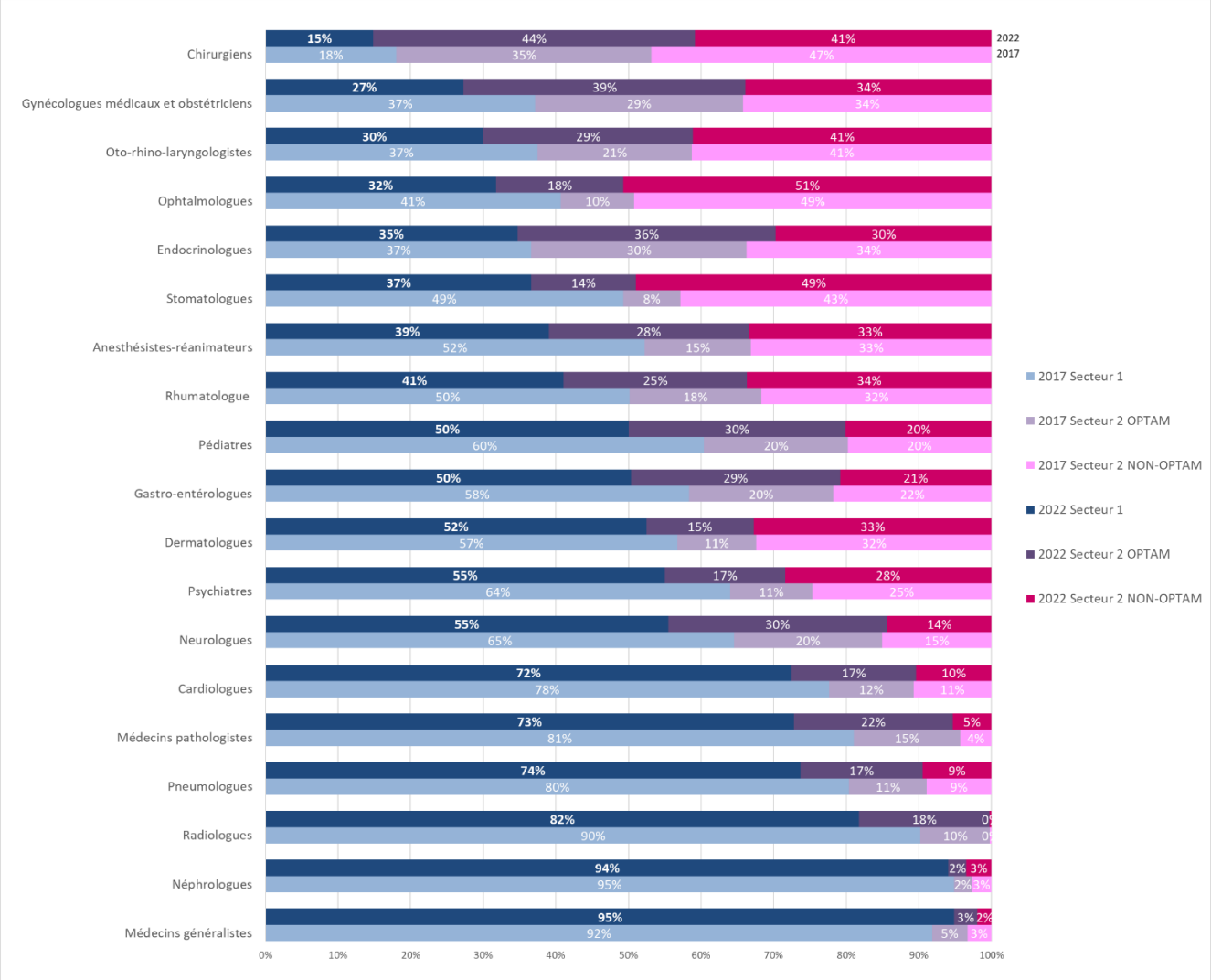



Note de lecture : autres spécialités : effectifs de libéraux <500 : radiothérapie, médecine nucléaire, médecine interne, oncologie, hématologie, médecine physique et de réadaptation, gériatrie, allergologie, maladies infectieuses et tropicales, médecine légale, médecine d'urgence.

*Champ : médecins libéraux conventionnés, hors généralistes - France entière - Source : Cnam*

18 « Chirurgie » : regroupement de dix spécialités chirurgicales : chirurgie générale, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, chirurgie vasculaire et chirurgie viscérale et digestive.

Figure 34 : Répartition des secteurs de conventionnement selon les spécialités médicales et évolution entre 2017 et 2022




*Champ : médecins libéraux conventionnés - France entière*
*Sources : Cnam, FNPS (Fichier national des professionnels de santé)*

Encadré 6 : Secteurs d'exercice, contrats Optam-CO et honoraires

**Les secteurs d'exercice des médecins**

- Secteur 1

Les médecins installés en secteur 1 pratiquent des tarifs fixés dans la convention médicale (dits « tarifs conventionnels, opposables ou de secteur 1 »), sans dépassement d'honoraires sauf cas exceptionnels. Ces tarifs conventionnels servent de base au remboursement de l'Assurance Maladie.

- Secteur 2

Ce secteur, dit « conventionné à honoraires libres », permet aux médecins de fixer librement le tarif de leurs consultations. Il est accessible sous certaines conditions. En d'autres termes, ces médecins sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires au-delà du tarif conventionnel. Il leur est demandé d'appliquer ces honoraires « avec tact et mesure ». Le patient est remboursé sur la base du tarif fixé par la convention médicale. Si le patient est affilié à un organisme complémentaire, celui-ci peut prendre en charge le dépassement d'honoraires selon un taux contractuellement défini.

- Secteur avec droit à dépassement permanent (secteur 1 DP)

En principe, les médecins de secteur 1 appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale sans dépassements d'honoraires (dits « tarifs conventionnels, opposables ou de secteur 1 »). Toutefois, par dérogation, certains médecins exerçant en secteur 1 peuvent adhérer à un contrat (Optam ou Optam-CO) et peuvent dans ce cadre pratiquer des dépassements d'honoraires. Il s'agit de médecins installés en secteur 1 avant le 1er janvier 2013 et qui disposent de titres hospitaliers ouvrant droit à l'accès au secteur 2 (secteur d'exercice permettant la pratique de dépassements).

**Les contrats Optam/Optam-CO**

Afin de faire évoluer les pratiques de dépassements d'honoraires des médecins, et dans la continuité du précédent contrat d'accès aux soins (CAS), la convention médicale de 2016 a créé deux nouveaux contrats : l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ainsi qu'une variante spécifique adaptée aux chirurgiens et gynécologues-obstétriciens (Optam-CO). Ces deux options sont en vigueur depuis janvier 2017. En souscrivant à ces dispositifs, les médecins s'engagent à maîtriser leurs dépassements d'honoraires en respectant un taux de dépassement moyen, et à favoriser l'activité à tarif opposable, permettant ainsi de limiter les restes à charge pour les patients et garantir un meilleur remboursement de leurs soins.

**Les honoraires sans dépassement (HSD)**

Chaque acte médical pratiqué par un médecin a un tarif dit « conventionnel » (fixé par la convention médicale). Les médecins qui exercent en secteur 1 appliquent le tarif fixé dans la convention nationale sans dépassements d'honoraires (dits « tarifs conventionnels, opposables ou de secteur 1 »).

Les honoraires dits « sans dépassement » (c'est-à-dire aux tarifs conventionnels) présentés dans ce document incluent uniquement les honoraires relatifs à l'activité et excluent les autres rémunérations de type forfaitaire potentiellement perçues (Rosp, Optam, forfaits divers…).

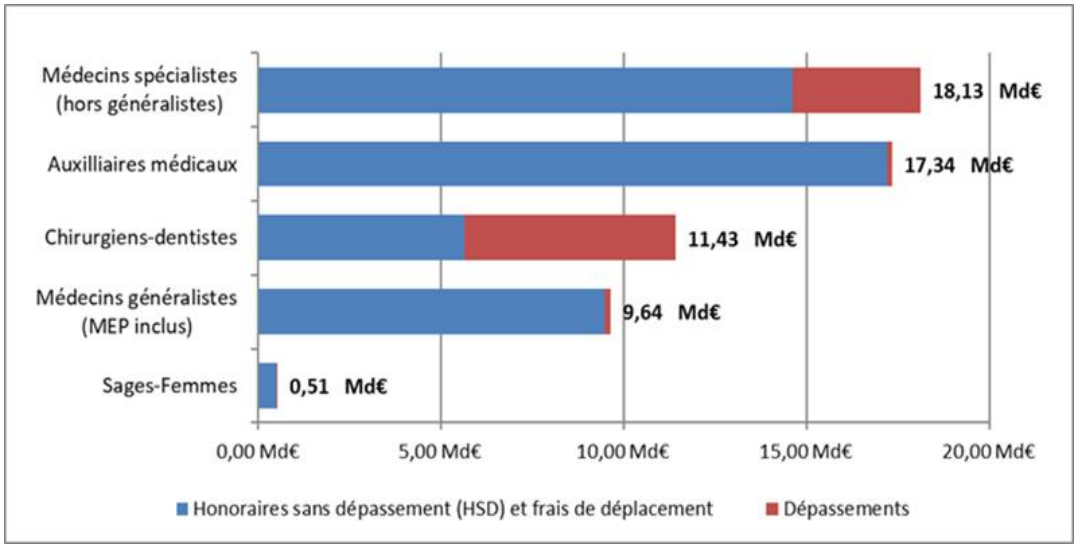
**Les dépassements d'honoraires des médecins**

Pour les médecins en secteur 2, les honoraires sont libres c'est-à-dire que ces professionnels de santé sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, au-delà du tarif conventionnel. Il leur est demandé d'appliquer ces honoraires « avec tact et mesure » : le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il peut être pris en charge, en totalité ou en partie, par un organisme de complémentaire santé, selon les garanties souscrites dans le contrat.

Les médecins en secteur 1 sont autorisés à pratiquer un dépassement d'honoraires à titre exceptionnel : si le patient demande une consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet ou encore pour une visite en urgence à domicile qui s'avère être un appel de confort. Il s'agit des exigences de temps ou de lieu du patient. Ces dépassements ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Une consultation en dehors du parcours de soins coordonnés peut également donner lieu à un dépassement d'honoraires.

## Les honoraires selon les professions et spécialités médicales

Figure 35 : Honoraires totaux par grande catégorie de professionnels de santé libéraux en 2022, en milliards d'euros



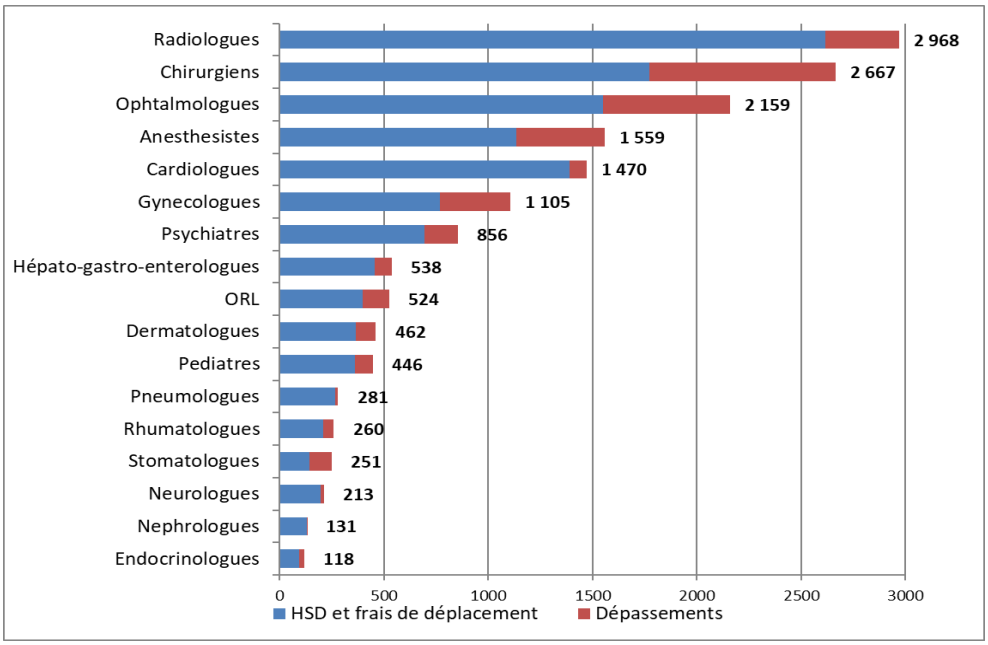

MEP : médecin à expertise particulière

*Champ : professionnels de santé libéraux tous secteurs - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

Les honoraires totaux des médecins s'élèvent à 27,8 milliards d'euros, dont près de 9,6 milliards d'euros pour les médecins généralistes et 18,1 milliards d'euros pour les autres spécialités médicales. Ceux des chirurgiens-dentistes dépassent 11 milliards d'euros, dont plus de la moitié sont des dépassements d'honoraires (51 %).

Les trois premières professions médicales en termes d'honoraires totaux sont les radiologues (3 milliards d'euros, dont 12 % de dépassements d'honoraires), les chirurgiens[19] (2,7 milliards d'euros, dont 34 % de dépassements d'honoraires), les ophtalmologues (2,2 milliards d'euros, dont 28 % de dépassements d'honoraires).

Figure 36 : Honoraires totaux par spécialité médicale, hors généralistes, tous secteurs confondus, en 2022, en millions d'euros




ORL : otorhinolaryngologiste

*Champ : médecins libéraux tous secteurs - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

### *Dépassements d'honoraires*

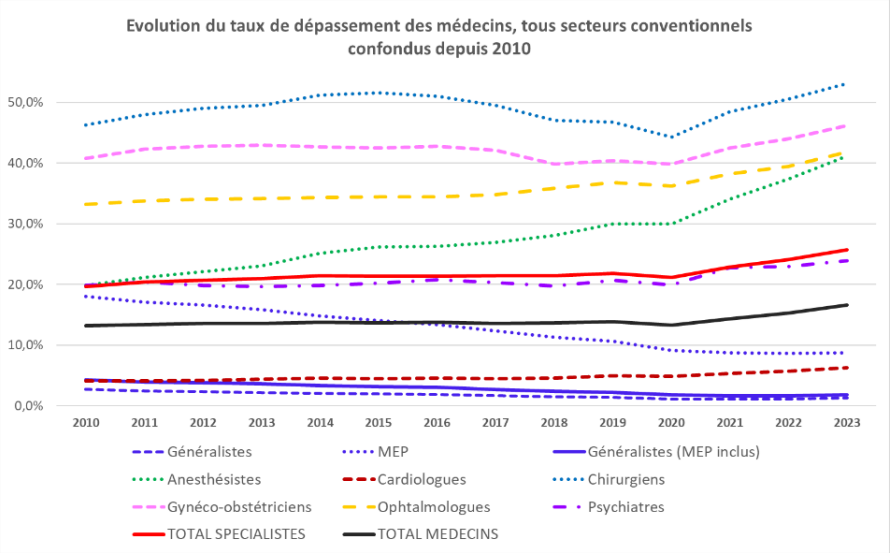
Les dépassements d'honoraires représentent 2 % des honoraires totaux des médecins généralistes (tous secteurs confondus), contre 19 % des honoraires des autres spécialités médicales.

Les médecins pratiquant les plus forts taux moyens de dépassement (montants des dépassements rapportés aux honoraires sans dépassement) sont les spécialités dont la part de médecins en secteur 2 est la plus importante : stomatologues (taux de dépassement de 77 %), chirurgiens[19] (51 %), gynécologues-obstétriciens (44 %), ophtalmologues (39 %), les anesthésistes (37 %) ainsi que les ORL (31 %).

Ceux pratiquant les plus faibles taux de dépassement sont les néphrologues (0,65 %), les pneumologues (5 %), les cardiologues (6 %) et les neurologues (8 %).

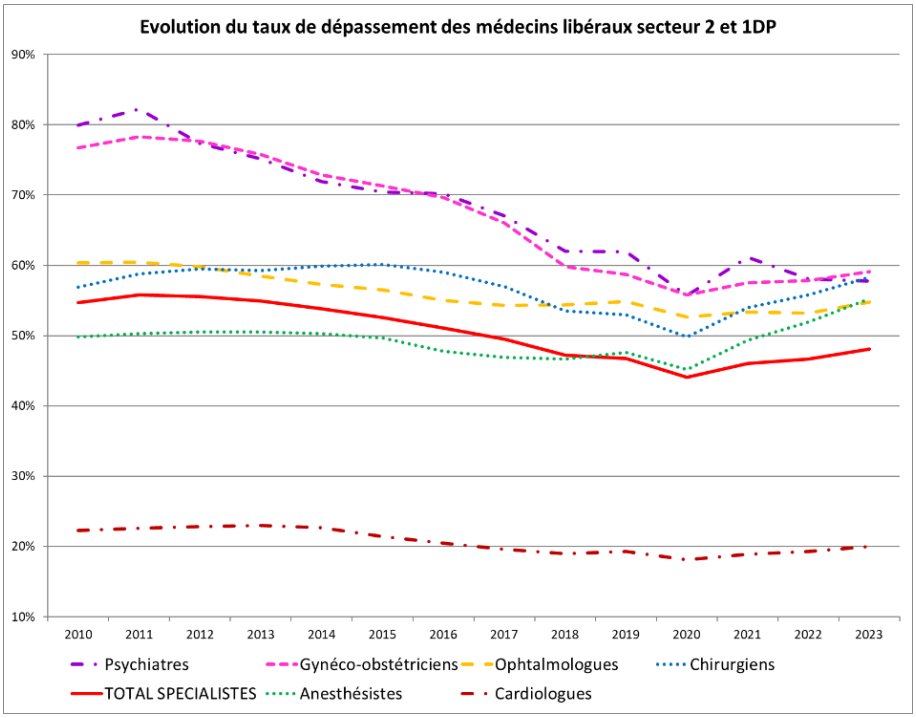
[19] Chirurgie générale, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, chirurgie vasculaire et chirurgie viscérale et digestive.

Figure 37 : Évolution du taux de dépassement des médecins libéraux, tous secteurs conventionnels confondus, depuis 2010




*Champ : médecins libéraux conventionnés - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

Figure 38 : Évolution du taux de dépassement des médecins libéraux de secteur 2 et 1 DP, depuis 2010




*Champ : médecins libéraux de secteur 2 et 1 DP - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

Le montant global des dépassements des médecins s'élève à 3,7 milliards d'euros. L'augmentation des montants de dépassement pour les médecins au cours des années est notamment liée à la hausse du nombre de médecins exerçant en secteur 2. Pour limiter les dépassements et améliorer l'accès aux soins, l'Assurance Maladie a mis en place en 2012 les contrats d'accès aux soins (CAS) et depuis 2017 les dispositifs Optam et Optam-CO qui visent à maîtriser l'évolution des dépassements des médecins du secteur 2 (Encadré 6). La mise en place du CAS en 2012 puis de l'Optam en 2017 a permis d'inverser la dynamique haussière des taux de dépassement : ainsi le taux de dépassement moyen, mesuré sur l'ensemble des médecins pouvant facturer des dépassements (secteur 2 et 1 DP), a baissé de 7 points entre 2012 et 2022 alors que, sur la même période, la part de l'activité réalisée à

tarif opposable a progressé de plus de 10 points. On constate cependant une tendance qui repart à la hausse des taux de dépassement dans la plupart des spécialités depuis 2020.

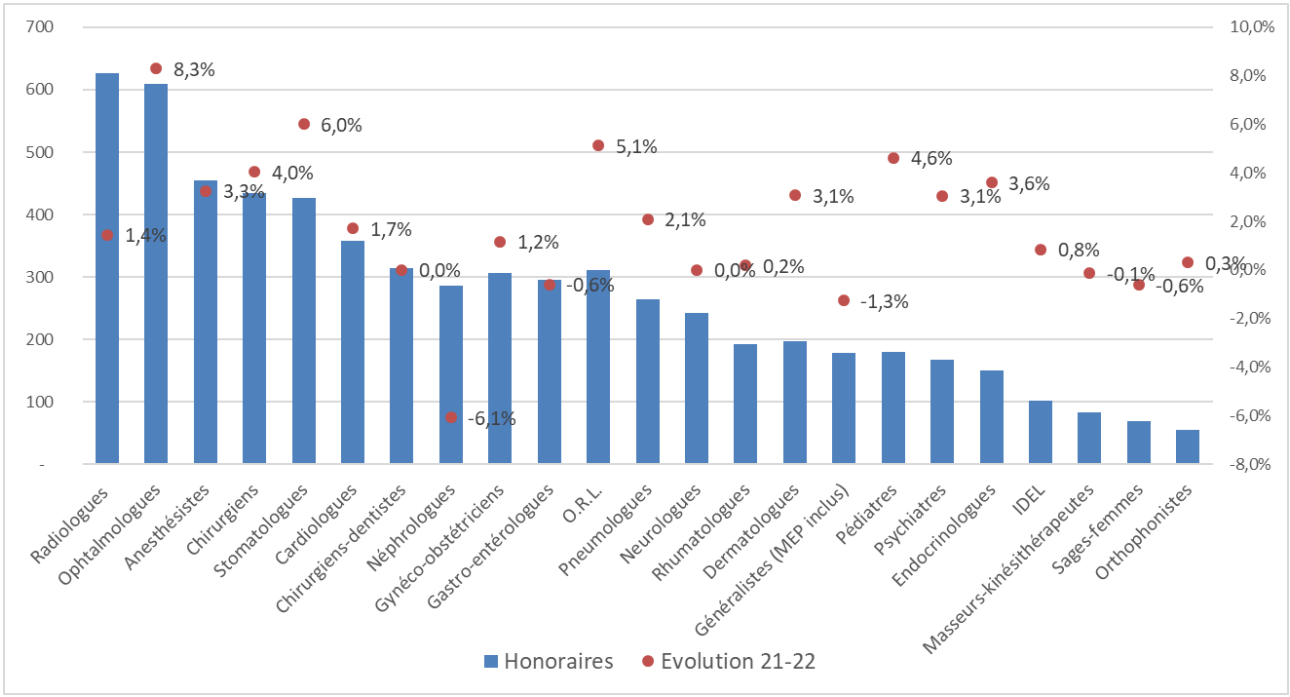
### *Honoraires moyens par professionnel (Figure 39)*

Les honoraires moyens sont présentés pour les professionnels de santé libéraux définis comme actifs à part entière (APE)[20]. Les honoraires sont à différencier des revenus nets qui sont obtenus après déduction des taux de charge. Il existe une variabilité importante des taux de charge selon les professions et spécialités en fonction des spécificités d'exercice nécessitant un recours plus ou moins important à du matériel, un équipement spécifique, ou un local adapté. Par ailleurs, les honoraires présentés sont ceux issus de l'activité libérale, ne sont pas inclus les revenus tirés d'activités salariées pour les professionnels de santé libéraux ayant une activité mixte (hospitalière ou autre).

Les spécialités médicales ayant les honoraires par tête les plus élevés sont les radiologues et les ophtalmologues. Les spécialités médicales avec les honoraires les plus bas sont les pédiatres, les psychiatres et les endocrinologues (sachant qu'environ un tiers d'entre eux dans ces spécialités ont une activité libérale mixte, complémentaire d'une activité hospitalière ou salariée autre).

On note par ailleurs un fort taux de croissance des honoraires moyens entre 2021 et 2022 pour les spécialités telles que l'ophtalmologie (+ 8,3 %), la stomatologie (+ 6,0 %) ou l'ORL (+ 5,1 %) et, à l'inverse, une décroissance en 2022 comparée à 2021 pour les néphrologues (- 6,1 %). Les honoraires par tête des médecins généralistes sont également en baisse entre 2021 et 2022 (- 1,3 %).

Figure 39 : Honoraires moyens par tête (en milliers d'euros) issus de l'activité libérale en 2022 parmi les professionnels de santé libéraux actifs à part entière et taux d'évolution (en pourcentage), entre 2021 et 2022



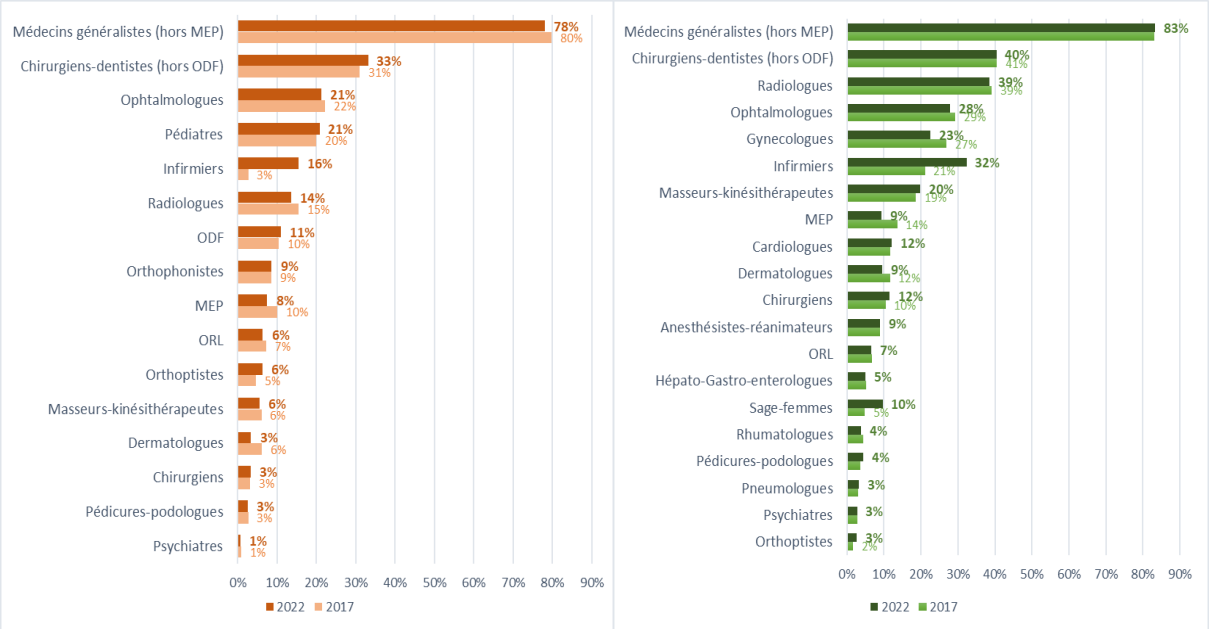

*Champ : professionnels de santé libéraux actifs à part entière (APE) - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

20 Un professionnel de santé libéral APE est un professionnel de santé ayant exercé une activité libérale normale, sur une année complète, dans le cadre conventionnel. Sont donc exclus du groupe des professionnels de santé libéraux APE : les professionnels de santé libéraux qui se sont installés au cours de l'année, les professionnels de santé libéraux qui ne sont pas conventionnés, les professionnels de santé libéraux qui exercent à l'hôpital à plein temps et les professionnels de santé libéraux qui ont atteint 65 ans au cours de l'année considérée.

### 4.3.3. Évolution des files actives

Le taux de recours correspond au nombre de personnes ayant consulté au moins une fois dans l'année un professionnel spécifique rapporté à la population Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) au 1er janvier de l'année N.

Figure 40 : Taux de recours aux professionnels de santé libéraux des enfants (< 15 ans) et des adultes (≥15 ans), en 2017 et en 2022




*Champ : le taux de recours a été calculé sur la population Insee de la tranche d'âge concernée au 1er janvier de l'année N. Professionnels de santé libéraux tous secteurs, patients tous régimes - France entière*
*Sources : Cnam (SNDS, Amos), Insee*

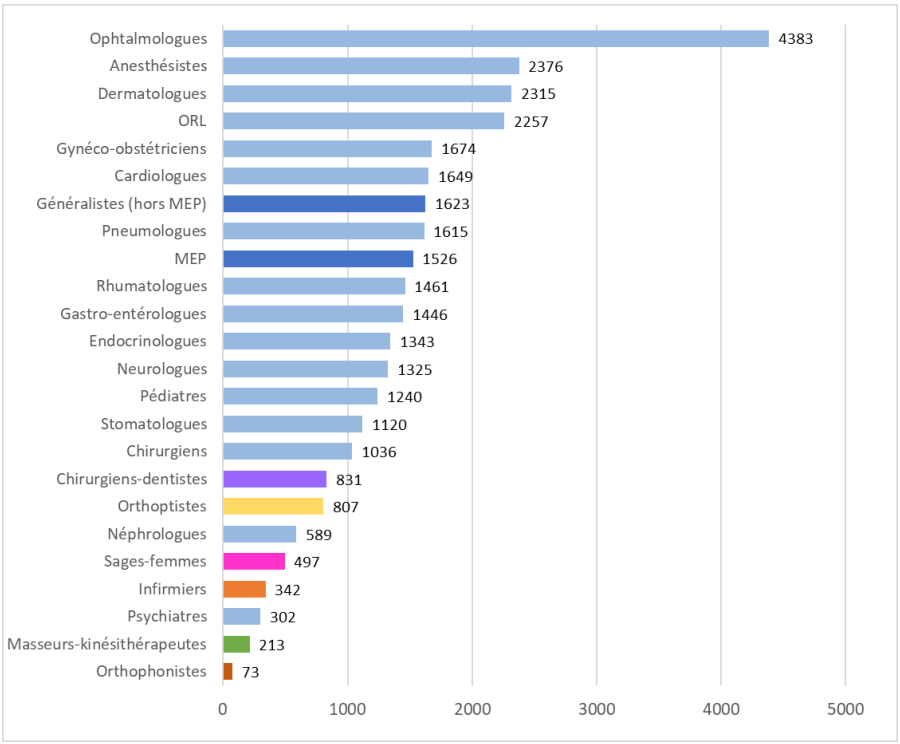
#### Des files actives variables selon les professions, globalement en augmentation depuis cinq ans

La « file active » correspond au nombre de patients ayant réalisé au moins un acte dans l'année auprès du professionnel.

Il existe une grande variabilité dans les files actives moyennes selon les professions et spécialités : par exemple, un ophtalmologue voit en moyenne quasiment 4 400 personnes par an, soit près de 15 fois plus de patients qu'un psychiatre, mais celui-ci voit ses patients plus fréquemment.

Les médecins, à l'exception des psychiatres et des néphrologues, sont les professionnels avec les files actives moyennes de patients les plus élevées (supérieure à 1 000 personnes par an). Ils sont suivis des dentistes et des orthoptistes (file active moyenne supérieure à 800 personnes par an). Les orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, psychiatres, Idel et sages-femmes sont les professions ayant les files actives de patients les plus faibles.

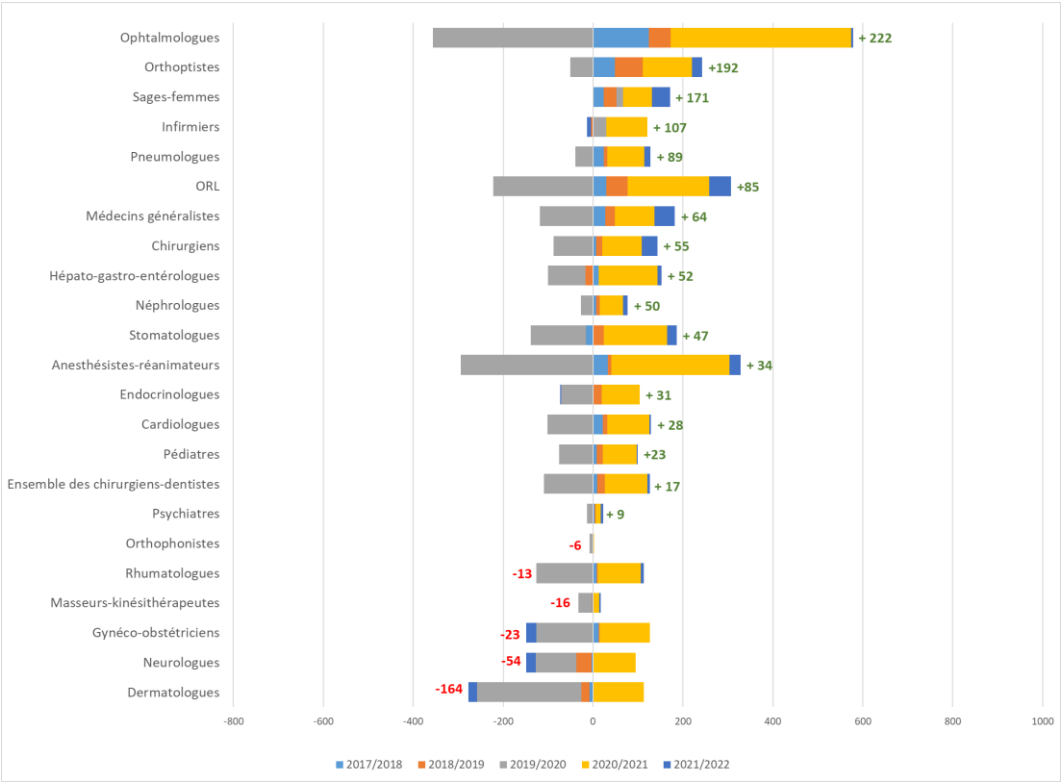
Figure 41 : File active annuelle moyenne selon la profession ou la spécialité médicale, en 2022, en nombre de patients




ORL : otorhinolaryngologistes ; MEP : médecins à expertise particulière

*Champ : professionnels de santé libéraux tous secteurs, patients tous régimes - France entière*
*Sources : Cnam (SNDS, Amos), Insee*

Figure 42 : Évolutions annuelles des files actives moyennes de patients par spécialité, de 2017 à 2022, en nombre de patients




ORL : otorhinolaryngologistes

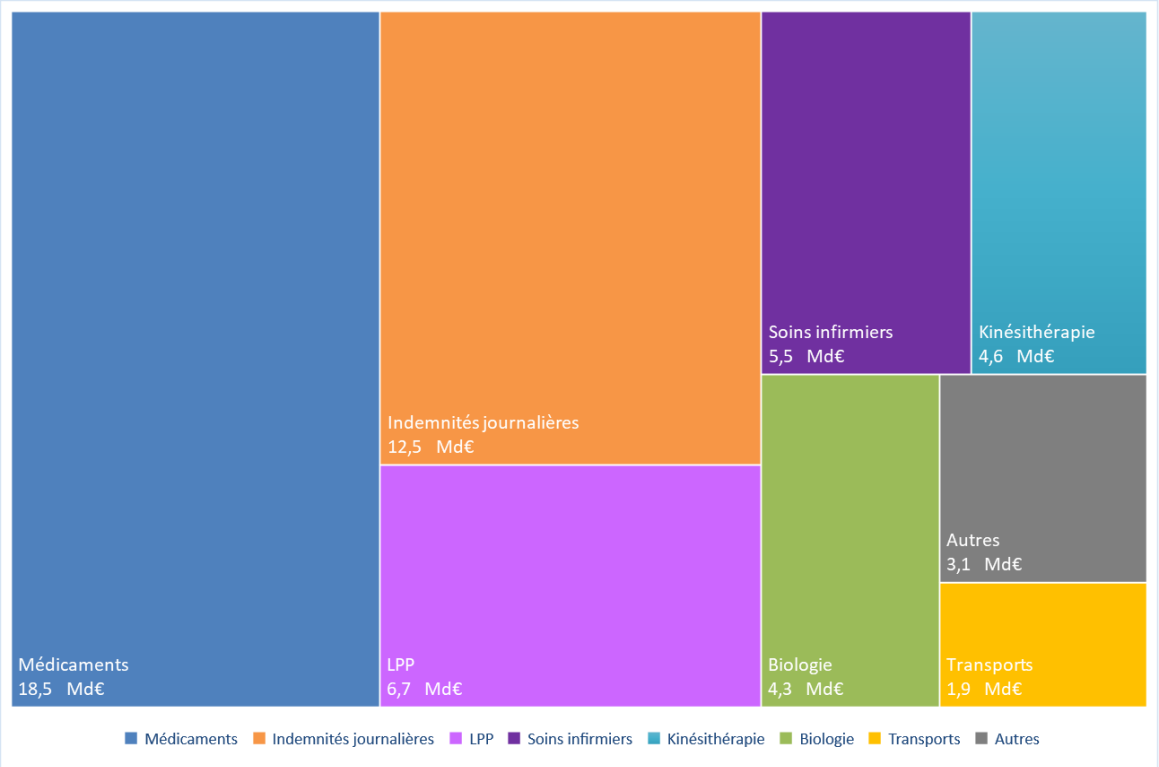
*Champ : France entière, professionnels de santé libéraux tous secteurs, patients tous régimes*
*Sources : Cnam (SNDS, Amos), Insee*

On observe entre 2017 et 2022 une tendance à l'augmentation de la file active annuelle dans la plupart des spécialités libérales, sauf parmi les dermatologues, neurologues, gynécologues-obstétriciens et rhumatologues. Chez les neurologues et les gynécologues, cette baisse de file active est plus ou moins compensée dans l'activité du spécialiste par une augmentation du nombre moyen d'actes facturés par patient (+ 3 % chez les gynécologues et + 5,3 % chez les neurologues entre 2016 et 2022). Par ailleurs, on observe aussi une diminution de la file active des masseurs-kinésithérapeutes et dans une moindre mesure des orthophonistes. Pour le reste des spécialités et professions, la tendance est à la hausse avec de fortes augmentations de 100 à plus de 200 patients supplémentaires par an chez les ophtalmologues, les orthoptistes, les sages-femmes et les infirmiers.

Si l'on s'intéresse aux variations de file active pendant la pandémie, on observe une chute de la file active annuelle en 2020 dans toutes les professions, excepté les sages-femmes, chez qui on note seulement un ralentissement de l'augmentation de la file active, et chez les Idel qui ont la particularité d'avoir augmenté leur file active en 2020 et surtout en 2021, notamment en raison de l'effection des tests de dépistage du Covid-19. Parmi les autres professions ou spécialités, on voit une baisse moyenne de 113 patients dans la file active 2020, très variable selon les spécialités : - 14 patients pour les psychiatres, - 118 pour les généralistes et jusqu'à - 356 pour les ophtalmologues. Cette baisse est compensée l'année suivante, sauf chez les dermatologues.

### 4.3.4. Structure des dépenses prescrites selon les spécialités médicales (y compris les dépenses en lien avec le Covid-19)

Figure 43 : Répartition du montant des prescriptions médicales par grand poste, en 2022, en milliards d'euros

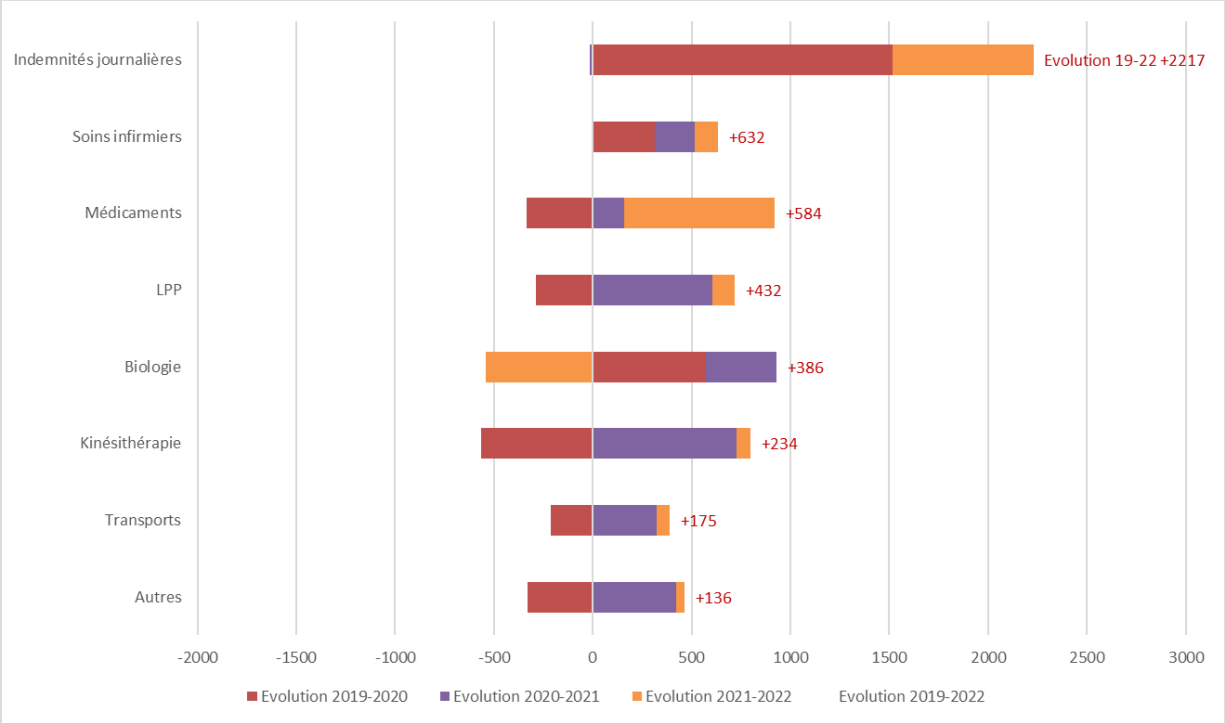



*Champ : médecins libéraux tous secteurs, dépenses tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

On compte 57,0 milliards d'euros de dépenses remboursables prescrites par les médecins (toutes spécialités confondues) en 2022, en augmentation depuis 2019 (+ 9 %, soit 4,8 milliards d'euros). Les montants des prescriptions correspondent à la base de remboursement des prescriptions médicales exécutées (séances de kinésithérapie, médicaments, etc.). À ne pas confondre avec le montant remboursé par l'Assurance Maladie (qui n'en est qu'une partie). Le premier poste est constitué par les médicaments qui représentent un tiers des dépenses prescrites (18,5 milliards d'euros, 32 %). Ils sont suivis par les indemnités journalières (12,5 milliards

d'euros, 22 % de la dépense totale) et les dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations[21] (LPP) (6,7 milliards d'euros, 12 % de la dépense totale). Entre 2019 et 2022, la tendance est à la hausse dans tous les postes de dépenses. Les indemnités journalières connaissent la plus forte croissance (en moyenne + 6,7 % par an, au total 2,2 milliards d'euros annuels supplémentaires entre 2019 et 2022), suivies par les soins infirmiers (en moyenne + 4,1 % par an, au total 632 millions d'euros annuels supplémentaires entre 2019 et 2022), et les transports de malades (en moyenne + 3,3 % par an, 175 millions d'euros annuels supplémentaires entre 2019 et 2022). Les médicaments augmentent en moyenne de 1,1 % par an depuis 2019, dont + 4,1 % entre 2021 et 2022 (au total 584 millions d'euros annuels supplémentaires entre 2019 et 2022). La biologie enregistre une forte baisse sur la dernière année (- 11,2 %) en raison de la baisse des tests Covid, mais ce poste augmente en moyenne de 3,2 % par an sur l'ensemble de la période (au total 386 millions d'euros annuels supplémentaires entre 2019 et 2022).

Figure 44 : Évolutions annuelles et totales des montants des prescriptions médicales de l'ensemble des médecins par grand poste (y compris les dépenses liées au Covid-19), de 2019 à 2022, en millions d'euros




*Champ : médecins libéraux tous secteurs, dépenses tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

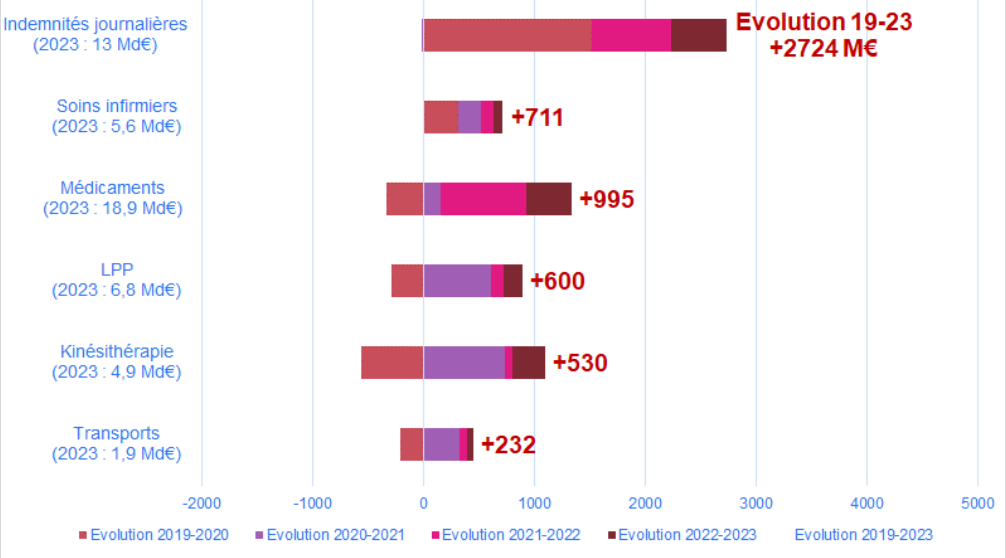
On observe des dynamiques différentes entre les médecins généralistes et les autres spécialités médicales sur la période 2019 à 2022 : en effet, les postes « médicaments », « soins infirmiers », « kinésithérapie » et « biologie » augmentent davantage chez les spécialistes (hors généralistes). Ce sont même eux qui portent à eux seuls la dynamique du poste « médicaments » puisque les dépenses prescrites de médicaments sont stables (- 0,4 %) pour les médecins généralistes. En revanche, les dépenses d'indemnités journalières et de LPP augmentent deux fois plus vite chez les généralistes.

[21] LPP : liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie. Il s'agit notamment des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques.

Encadré 7 : Mise à jour des prescriptions par des médecins libéraux en 2023

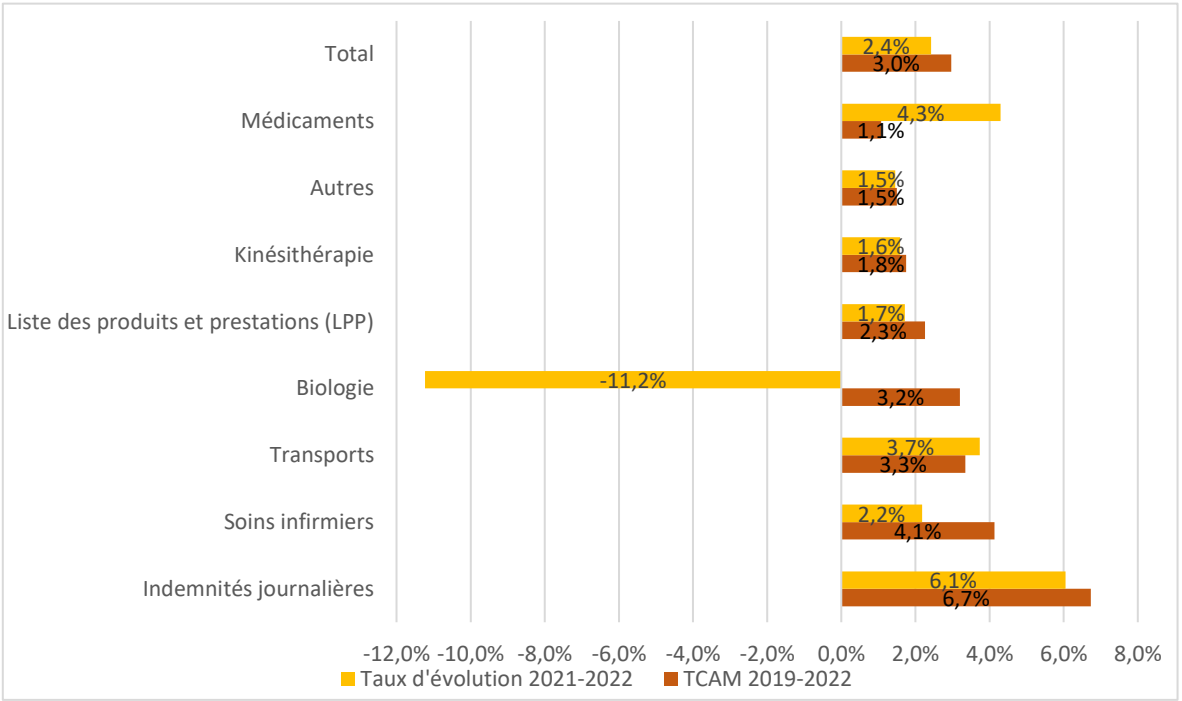
Une mise à jour des prescriptions par des médecins libéraux sur l'année 2023 a été réalisée. On compte 58,2 milliards d'euros de dépenses remboursables prescrites par les médecins (toutes spécialités confondues) en 2023, en augmentation de 1,2 milliard d'euros. Les montants des prescriptions correspondent à la base de remboursement des prescriptions médicales exécutées (séances de kinésithérapie, médicaments, etc.).

Figure 45 : Évolutions annuelles et totales des montants des prescriptions médicales (millions d'euros) de l'ensemble des médecins de 2019 à 2023 par grand poste



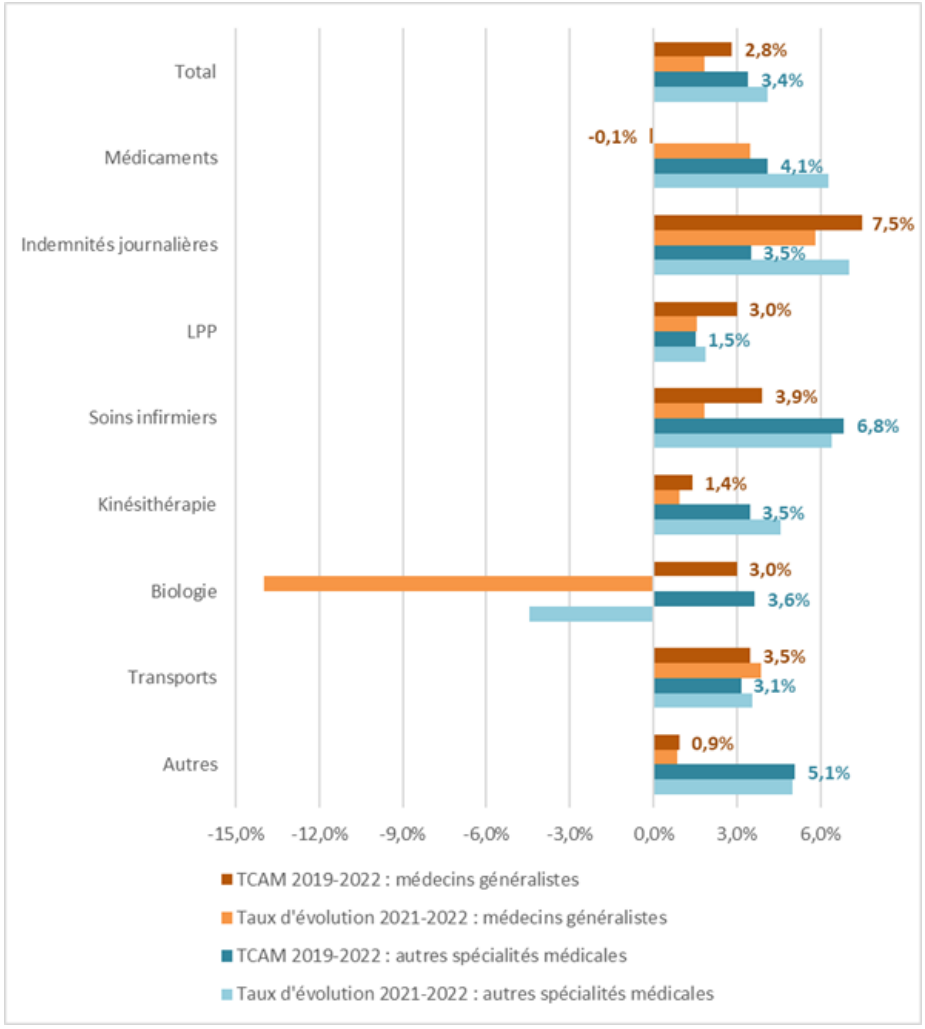

*Source : Cnam*

Figure 46 : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2019 et 2022 et taux d'évolution 2021-2022 des dépenses prescrites remboursables (y compris les dépenses liées au Covid-19)




*Champ : médecins libéraux tous secteurs, dépenses tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

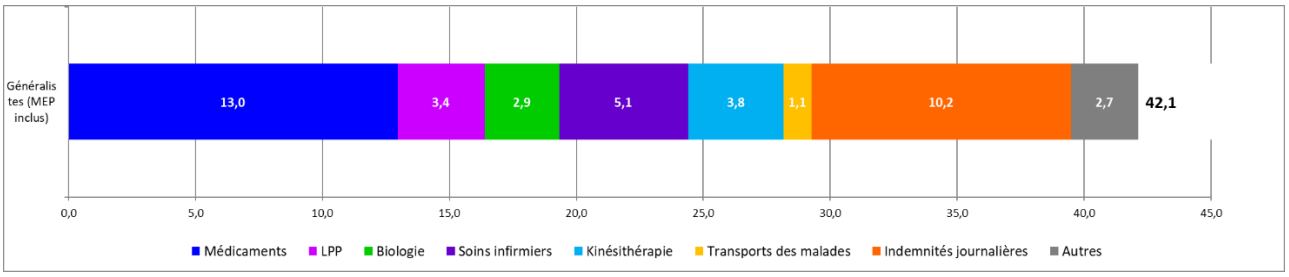
Figure 47 : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2019 et 2022 et taux d'évolution 2021-2022 du montant des prescriptions médicales chez les médecins généralistes et dans les autres spécialités médicales (y compris les dépenses liées au Covid-19)




*Champ : médecins libéraux tous secteurs, dépenses tous régimes - France entière. La catégorie des médecins généralistes inclut les médecins à expertise particulière (MEP).*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

Les prescriptions de médecins généralistes (MEP inclus) représentent 74 % du montant total des prescriptions médicales en 2022, soit 42,1 milliards d'euros. Ils sont suivis par les chirurgiens (3,4 milliards d'euros, 6 % de la dépense totale) et les ophtalmologues (1,53 milliard d'euros, 3 % de la dépense totale). Les autres spécialités représentent chacune moins de 2 % de la dépense totale.

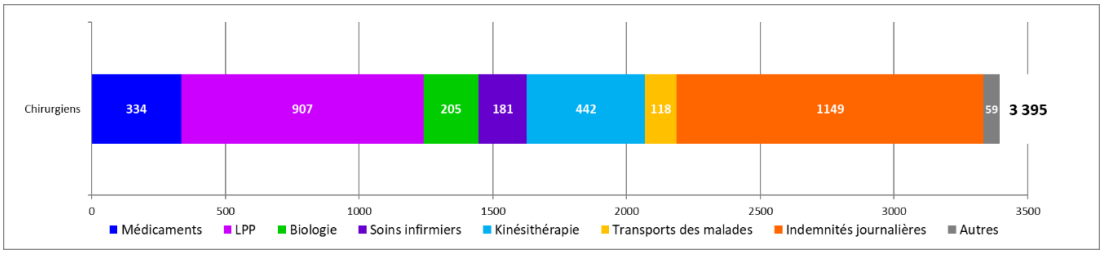
Figure 48 : Montant total des prescriptions médicales des médecins généralistes par grand poste, en 2022, en milliards d'euros




LPP : liste des produits et prestations

*Champ : médecins libéraux tous secteurs, dépenses tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

Figure 49 : Montant total des prescriptions médicales des chirurgiens[(a)] par grand poste, en 2022, en millions d'euros

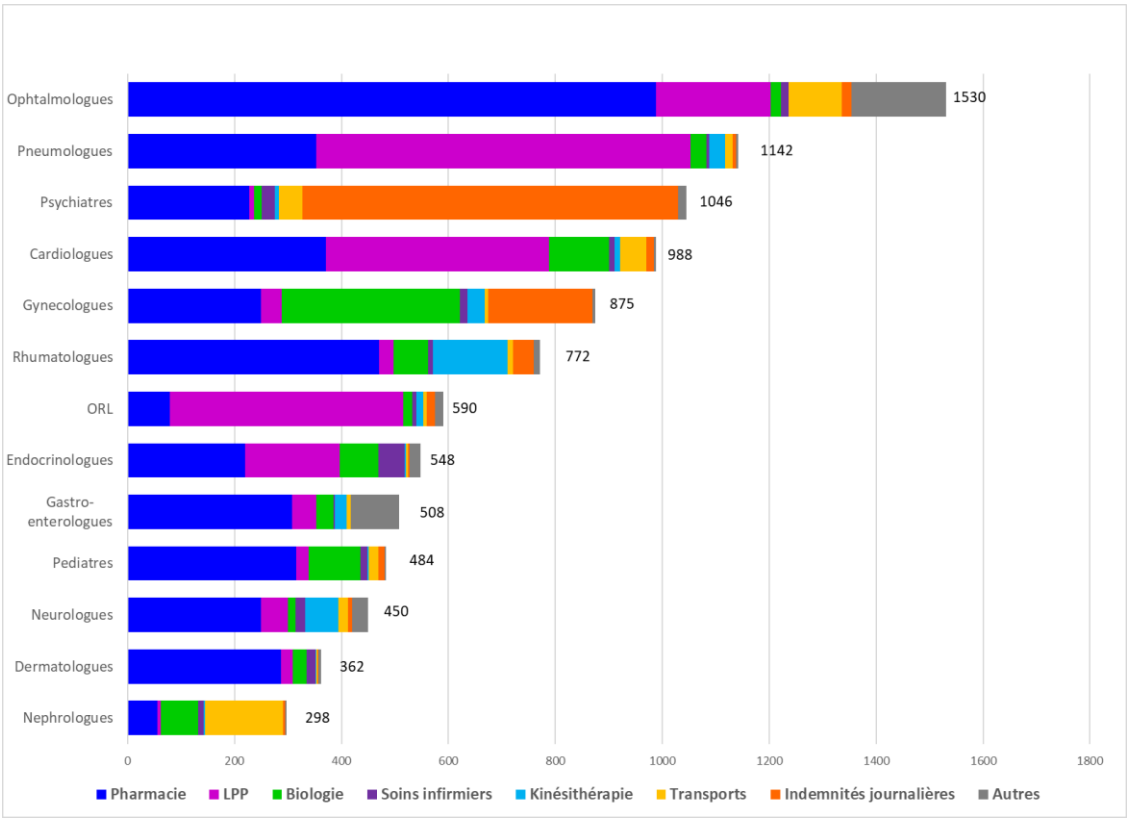



(a) Chirurgie générale, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie vasculaire et chirurgie viscérale et digestive

LPP : liste des produits et prestations

*Champ : médecins libéraux tous secteurs, dépenses tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

Figure 50 : Montant total des prescriptions médicales par poste selon les autres spécialités médicales, en 2022, millions d'euros




*Champ : médecins libéraux tous secteurs, dépenses tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

La pharmacie est le premier poste de prescription dans la majorité des spécialités, représentant jusqu'à 80 % du montant des prescriptions des dermatologues, ou encore les deux tiers des prescriptions des ophtalmologues et des gastro-entérologues.

La LPP est le premier poste chez les ORL, pneumologues et cardiologues (respectivement 75 %, 63 % et 45 %). Chez les pneumologues, il s'agit essentiellement de prescriptions d'appareils d'assistance respiratoire (notamment de pression positive continue – PPC – pour apnée du sommeil) et oxygénothérapie à domicile. Pour les ORL, il s'agit surtout d'audioprothèses. Pour les cardiologues, les deux tiers des prescriptions de LPP sont pour des implants (implants et stents vasculaires et coronariens, stimulateurs cardiaques).

La biologie est le premier poste prescrit par les gynécologues (38 % des prescriptions), et le second des néphrologues (24 %).

Les médecins généralistes et les endocrinologues sont les deux spécialités prescrivant le plus de soins infirmiers (respectivement 12 % et 9 % des dépenses prescrites).

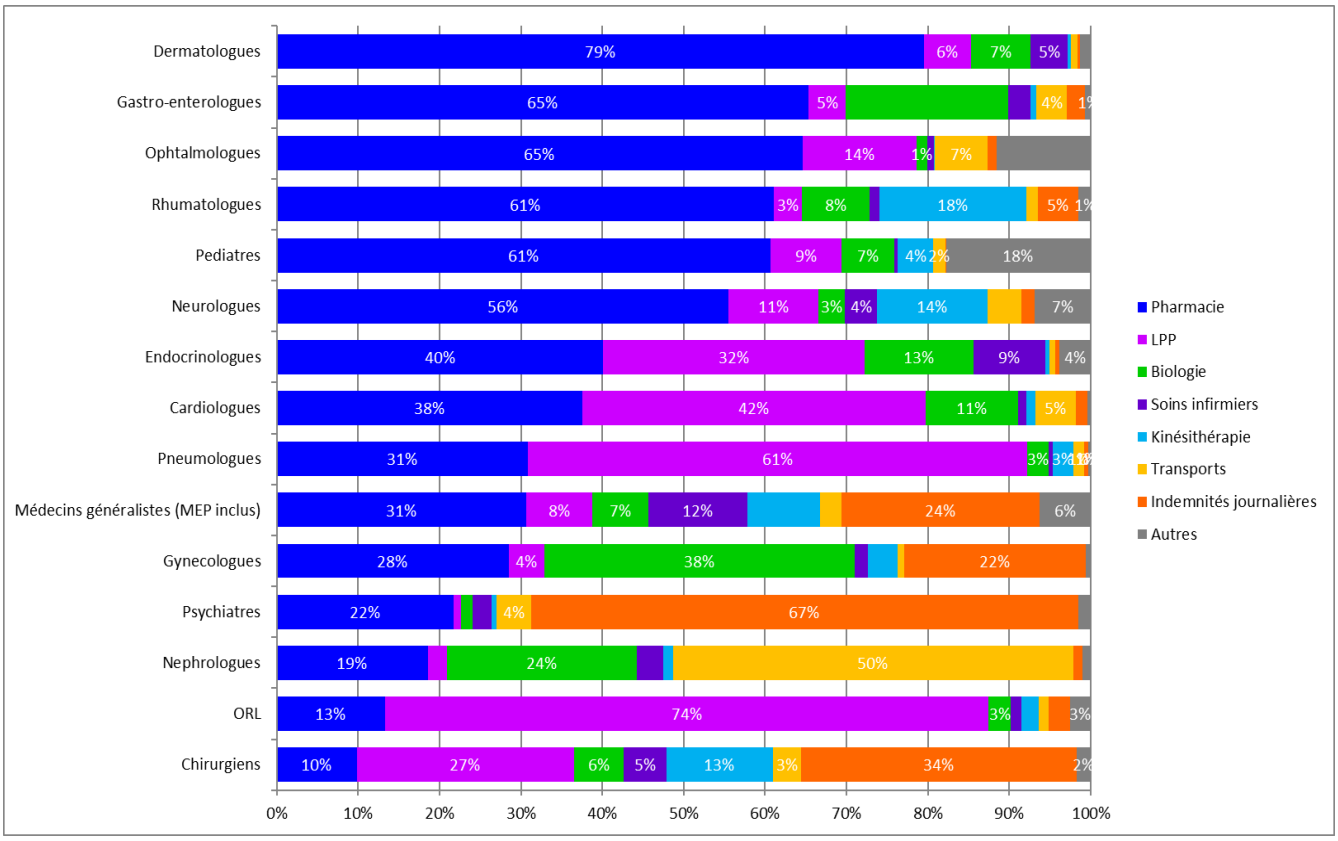
Les rhumatologues, chirurgiens et neurologues sont les spécialités les plus prescriptrices de séances de kinésithérapie (respectivement 18 % des dépenses prescrites pour les rhumatologues, et 13 à 14 % des dépenses prescrites pour les neurologues et chirurgiens).

Les indemnités journalières sont le premier poste prescrit par les psychiatres et les chirurgiens, représentant respectivement deux tiers et un tiers des dépenses prescrites. Elles représentent près d'un quart des dépenses prescrites des médecins généralistes.

La catégorie « autres » représente 18 % des prescriptions des pédiatres, et 12 % des prescriptions des ophtalmologues : pour les pédiatres, il s'agit essentiellement de prescriptions d'orthophonie, alors que, pour les ophtalmologues, il s'agit essentiellement de dépenses d'orthoptie.

Enfin, les transports sont le premier poste de dépenses prescrites par les néphrologues : plus de 50 %.

Figure 51 : Répartition des dépenses prescrites par poste de prescription selon la spécialité du prescripteur, en 2022




*Champ : médecins libéraux tous secteurs, dépenses tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, Amos)*

## 4.4. Tableau de bord des indicateurs de santé publique

### PRÉVENTION DES CANCERS

Actions de l'Assurance Maladie

#### DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS

**Participation au dépistage du cancer colorectal**

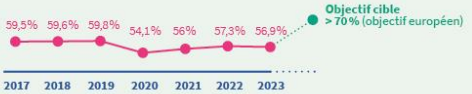
— Part des personnes dépistées sur 2 ans/population éligible




*Source : données issues des CRCDC et Insee (ELP). Exploitation Santé Publique France*

**Participation au dépistage du cancer du sein**

— Part des femmes ayant bénéficié au moins d'une mammographie bilatérale sur les 24 derniers mois dans le cadre d'un dépistage organisé ou individuel/population cible/ femmes âgées de 50 à 74 ans




*Sources : données DCIR/RNIAM*

**Participation au dépistage du cancer du col de l'utérus**

— Taux de couverture (%) du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 25 à 65 ans par période triennale glissante




*Sources : SPF (calculé à partir du SNDS pour le numérateur et Insee pour le dénominateur)*

Envoi des invitations et des relances aux dépistages organisés des cancers (janvier 2024).

Déploiement de plateaux d'appels téléphoniques sortants envers les assurés les plus éloignés du système de santé (janvier 2024).

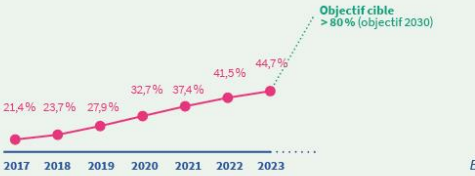
Promotion du dépistage auprès des professionnels de santé et assurés éligibles (campagnes d'incitation, incitation dans le cadre de la ROSP[1]).

Mise à disposition des médecins traitants d'une liste de leurs patients éligibles à chacun des dépistages organisés dès avril 2022 en PDF puis via Amelipro en juin 2024.

#### VACCINATION HPV

**Vaccination contre le papillomavirus (HPV)**

— Taux de couverture vaccinale (2 doses) par le vaccin HPV chez les filles âgées de 16 ans selon l'année de naissance*




*Sources : SNDS-DCIR. Exploitation Santé publique France*

Déploiement et pérennisation des campagnes de vaccination dans les collèges (septembre 2023).

Information ciblée à destination des assurés et médecins généralistes/ pédiatres/sages-femmes, à travers des campagnes d'e-mailing.

* Les données affichées correspondent à un schéma complet à 16 ans, selon la cohorte de naissance (les données de 2021 correspondent à la cohorte de naissance 2005).
Le présent indicateur suit la vaccination des filles ; la campagne concerne aussi les garçons, conformément aux recommandations.

[1] ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique fixée dans le cadre de la convention médicale

## PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE

Actions de l'Assurance Maladie

### RECOURS AUX CHIRURGIENS-DENTISTES

**Part des enfants ayant eu au moins un acte réalisé par un chirurgien-dentiste dans les 12 derniers mois**
**— âgés de 3 à 24 ans**




*Sources : SNDS*

Extension du dispositif M'T dents (consultations chez le dentiste prises en charge par l'Assurance Maladie de 3 à 24 ans).

Poursuite de la campagne de communication, proposition d'un accompagnement multicanal en soutien des envois des bons de prise en charge courrier pour toutes les tranches d'âge.

Action spécifique en classe de CP dans les zones défavorisées.

## VACCINATIONS

Actions de l'Assurance Maladie

### VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

**Taux de couverture vaccinale antigrippale**
**— ensemble de la population éligible**




*Sources : SNDS*

### VACCINATION CONTRE LA GRIPPE DES FEMMES ENCEINTES

**Taux de couverture vaccinale antigrippale**
**— femmes enceintes âgées de 18 à 44 ans**




*Sources : SNDS*

Prise en charge à 100% (vaccin et injection) pour les publics éligibles, dont les femmes enceintes.

Campagnes d'incitation à la vaccination auprès des publics éligibles et des professionnels de santé.

Élargissement des compétences des pharmaciens et infirmiers et articulation des campagnes de vaccination grippe/covid 19.

## MATERNITÉ

Actions de l'Assurance Maladie

### SUIVI DE GROSSESSE – Part des femmes (par accouchement)

**— ayant eu au moins 3 échographies de grossesse (tout acte d'échographie confondu) au cours de la grossesse**




*Sources : SNDS*

Mise à disposition d'informations personnalisées (courrier, calendrier personnalisé, guide « Ma Maternité ») auprès des femmes enceintes dès la réception de la déclaration de grossesse.

### SUIVI POST-NATAL – Part des femmes

**— ayant eu recours au moins une fois à une sage-femme ou un médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie de la maternité**




*Sources : SNDS/DCIR (tous régimes) et Insee. Exploitation Santé publique France*

Mise en place du rôle de sage-femme référente. Sécurisation du suivi de la femme en sortie de maternité selon les recommandations de la HAS, notamment en cas de sortie précoce.

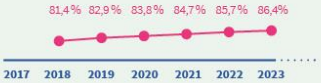
## PETITE ENFANCE

Actions de l'Assurance Maladie

### VACCINATION DE L'ENFANT

**Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)**

**— Taux de couverture vaccinale ROR (2 doses) à l'âge de 33 mois, selon l'année de naissance****




*Source : SNDS-DCIR. Exploitation Santé Publique France*

Prise en charge du vaccin à 100 % jusqu'à 18 ans.

Campagne ciblée et graduée de courriers/mails/sms aux parents d'enfants non vaccinés ou de manière incomplète contre le ROR.

** Les données affichées correspondent à un schéma 2 doses à l'âge de 33 mois chez les enfants nés entre janvier et mars de l'année n-2.

## ADDICTION

Actions de l'Assurance Maladie

### SUIVI DE L'ÉTAT DE SANTÉ

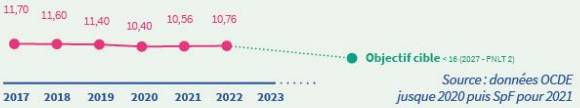
**Addiction au tabac — Pourcentage de fumeurs quotidiens de plus de 15 ans**




*Source : données OCDE jusque 2020 puis SpF pour 2021 et 2022****

Plan d'action FLCA (fonds de lutte contre les addictions) et actions Cnam de lutte contre le tabagisme : prise en charge des traitements nicotiniques de substitution ; développement du e-coaching Tabac Info Service ; appel à projet Mois sans tabac ; action dans les centres d'examen de santé : « Tabac, ici commencez à arrêter ». Identification de nouvelles actions probantes dans le cadre des travaux sur le PNLT 2023-2028.

**Addiction à l'alcool — Quantité d'alcool consommée chez les plus de 15 ans (en litres/personne)**




*Source : données OCDE jusque 2020 puis SpF pour 2021*

Financements par la Cnam d'associations de lutte contre la consommation excessive d'alcool, dans le cadre du FLCA.
Mise en œuvre des contractualisations pluriannuelles avec les grandes associations de lutte contre l'alcool et soutien des actions de marketing social de Santé Publique France dans le cadre des plans d'actions FLCA.

*** Calcul de SpF légèrement différent (taux de fumeurs quotidien parmi les 18-75 ans en France métropolitaine) que celui de l'OCDE (taux de fumeurs quotidien parmi les personnes de plus de 15 ans).
² : PNLT : Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022.

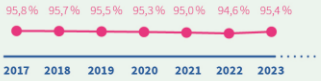
## MALADIES CHRONIQUES

Actions de l'Assurance Maladie

### MT

**Accès à un médecin traitant des patiens en ALD**

— Part des patients en affection de longue durée (ALD) ayant un médecin traitant (tous régimes)




*Source : SNDS*

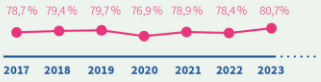
Plan d'actions « zéro patient en ALD sans médecin traitant ».

Promotion de l'exercice coordonné et des dispositifs visant à libérer du temps médical pour parvenir à l'objectif d'un médecin traitant pour tous (assistants médicaux, infirmiers en pratique avancée, délégations de tâches...).

### DIABÈTE

**Dosage de l'hémoglobine glyquée chez les populations diabétiques**

— Part des patients ayant un médecin traitant traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année selon les recommandations




*Source : ROSP médecin traitant*****

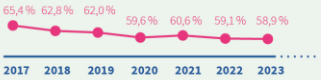
Incitation dans le cadre de la ROSP du médecin traitant.

Programme d'accompagnement des malades chroniques Sophia.

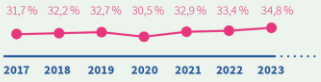
### INSUFFISANCE CARDIAQUE

**Recours aux soins des patients atteints d'insuffisance cardiaque**

— Part des patients atteints d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins 4 consultations par un médecin généraliste par an*****




— Part des patients atteints d'insuffsance cardiaque ayant eu au moins 2 consultations par un cardiologue par an*****




*Source : SNDS, données Outil de Diagnostic territorial National*

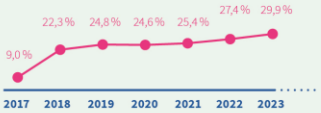
Déploiement du parcours insuffisance cardiaque – démarche d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins :

- développement d'un outil d'analyse des données pour établir un diagnostic territorial dans chaque région ;
- mobilisation des acteurs (MSP, CPTS, établissements, professionnels libéraux et patients) ;
- déploiement de campagnes grand public en 2022 et en 2024.

### INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

**Dépistage de la maladie rénale chronique (MRC) en population à risque**

— Part des patients ayant un médecin traitant 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




*Source : ROSP médecin traitant*****

Incitation dans le cadre dela ROSP du médecin traitant.

Programme d'accompagnement des malades chroniques Sophia.

**** L'indicateur concerne exclusivement les patients ayant déclaré un médecin traitant.

***** Indicateur évalué parmi les patients vivants au 31/12 de l'année considérée.

****** Cet indicateur qui est actuellement intégré dans la ROSP sera actualisé dans le cadre du futur forfait Médecin Traitant selon les dernières recommandations de la HAS. Les examens à réaliser sont la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, l'albuminurie et la créatininurie sur échantillon.

## 5. Contribuer à la décarbonation du système de santé et approfondir la prise en compte des enjeux de santé environnementale

## 5.1. Contribuer à la transformation écologique du système de santé

La convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'Assurance Maladie 2023-2027 intègre pour la première fois l'engagement à contribuer à la transformation écologique du système de santé. Ainsi, l'institution s'est attachée ces derniers mois à mettre en place une gouvernance nationale dédiée qui a vocation à être déclinée au niveau local, et à engager des actions transverses de formation, dans le but d'intégrer la protection de l'environnement dans toutes les missions. Un schéma directeur de la transition écologique pluriannuel est désormais en cours d'élaboration, et dans l'attente, une feuille de route 2024 a été établie. Cette feuille de route fixe notamment pour priorités la décarbonation des médicaments et la promotion de la santé environnementale.

### 5.1.1. Décarboner les médicaments

#### Déterminer l'empreinte carbone de la consommation française de médicaments

Le rapport du *think tank* The Shift Project *Décarbonons la santé pour soigner durablement*, publié en 2021 puis mis à jour en 2023, a permis une prise de conscience de l'ensemble des acteurs du secteur de la nécessité de se doter d'une feuille de route stratégique permettant d'assurer la nécessaire transition écologique du système de santé. En 2023, le ministère chargé de la Sécurité sociale a ainsi lancé la planification écologique du système de santé (PESS). Cette feuille de route est composée de huit axes dont un axe dédié aux industries de santé (médicaments et dispositifs médicaux).

Le Shift Project a évalué l'impact carbone des produits de santé à environ 50 % du total des émissions de gaz à effet de serre du secteur, dont 29 % pour le seul médicament. Il s'agit du premier poste d'émission et donc une priorité pour les partenaires de la PESS. Mais pour actionner les bons leviers, au bon rythme, afin d'atteindre les objectifs fixés par la stratégie nationale bas-carbone (SNBC), il est indispensable d'approfondir ces travaux, notamment sur l'évaluation de l'empreinte carbone. En effet, l'estimation du Shift Project a permis de mesurer un ordre de grandeur sur la base du facteur d'émission monétaire du médicament, seul facteur d'émission existant à ce jour. Aussi, cette estimation est nécessairement moins précise qu'une estimation basée sur des données physiques.

#### Poursuite des travaux de recherche du Shift Project en partenariat avec la Cnam

Consciente de cette nécessité, l'Assurance Maladie a décidé de soutenir le programme de recherche « Santé, climat, résilience » du Shift Project.

Les travaux engagés sur l'évaluation carbone des industries de santé, et du médicament en particulier, permettront d'approfondir les connaissances afin d'avoir une vision plus juste de l'empreinte carbone de la consommation française de médicaments, et surtout une meilleure vision du potentiel des leviers de décarbonation à mobiliser avec une priorisation plus juste des actions à engager (quels flux ? quels produits ?, etc.). La méthodologie proposée pour atteindre cet objectif prévoit trois étapes :

- établir une cartographie (quantifier et localiser) des flux de produits et de matières sur toute la chaîne de valeur du médicament ;
- convertir la cartographie « matières » en flux énergie-carbone ;
- chiffrer le potentiel de décarbonation des leviers pour estimer au plus juste ce qui relèvera de la réduction des volumes et de la prévention, de la promotion de la santé et du juste soin.

L'objectif prioritaire est d'identifier les catégories de produits et les parties de la chaîne de valeur les plus carbonées, et donc là où l'industrie doit prioriser ses actions de décarbonation (sur la provenance des principes actifs, sur les conditionnements…). L'Assurance Maladie a la volonté d'accompagner les industriels et de travailler avec l'ensemble des acteurs de la chaîne du médicament à la mise en place d'un cadre facilitant les évolutions nécessaires à la décarbonation ainsi qu'à la mise en place de politiques publiques favorisant ces changements dans l'appareil de production des industriels.

## Construction d'une méthode commune d'évaluation carbone des médicaments produit par produit

En complémentarité avec les travaux du Shift Project, l'Assurance Maladie s'est engagée pleinement avec les partenaires « PESS » et dans le cadre de l'axe « Industries de santé » de la feuille de route nationale pilotée par la Direction générale des Entreprises (DGE) dans la construction d'une méthode unifiée d'évaluation carbone des médicaments, produit par produit, et partagée par l'ensemble de l'écosystème. Cette méthodologie doit permettre de comparer les produits entre eux et de mettre les données collectées auprès des industriels à disposition de l'ensemble des acteurs.

La construction de cette méthode poursuit plusieurs objectifs pour les différents utilisateurs :

- permettre aux fabricants de mettre en œuvre le plus rapidement possible des actions de décarbonation de leur outil industriel et de leur chaîne d'approvisionnement, mais également d'identifier les classes médicamenteuses, technologies ou formes galéniques qui ont le plus d'impact sur l'environnement afin d'y remédier ;
- permettre aux décideurs publics d'avoir des données quantifiées ;
- permettre aux acheteurs de produits de santé de réaliser des achats responsables sur des critères quantitatifs et opposables ;
- permettre aux professionnels de santé, et notamment aux médecins, pharmaciens et infirmiers, de mieux orienter les travaux de mise en place d'écosoins et de prescriptions écoresponsables ;
- permettre le choix des différents acteurs vers des produits moins émetteurs.

Ce projet ambitieux nécessite l'implication de tous les acteurs et en premier lieu des acteurs industriels pour l'appropriation de la méthode et la saisie des données d'évaluation des produits et leur mise à disposition. Il est nécessaire par ailleurs de définir rapidement les modalités de vérification/validation par une entité indépendante des données saisies pour permettre leur utilisation par l'écosystème.

L'objectif pour l'Assurance Maladie, comme pour l'ensemble des partenaires « PESS », est d'aboutir à ce qu'une offre de soins la moins carbonée possible se développe en France sur le médicament, et que l'ensemble du tissu industriel, des professionnels de santé et des patients concoure à la décarbonation du système de santé. Décarboner les médicaments signifie décarboner l'appareil de production, mais aussi réduire les volumes consommés *via* la mise en œuvre d'actions en faveur de la pertinence des soins, la lutte contre le gaspillage et le renforcement de la politique de prévention.

## Permettre l'appropriation rapide de l'évaluation carbone

La mission d'Ecovamed, le prestataire choisi dans le cadre de l'appel d'offres lancé pour la construction de la méthode d'évaluation commune de l'impact carbone des médicaments, était de construire une méthode simplifiée et robuste. Pour que les industriels s'en emparent rapidement et que nous disposions de données exploitables, un outil de recueil des données en ligne sera mis à disposition.

Afin de garantir la pertinence de cette évaluation, l'Assurance Maladie s'est toujours prononcée en faveur d'une autorité vérificatrice, publique et indépendante permettant d'apprécier la robustesse du dossier d'évaluation carbone réalisé par les industriels. Cette autorité doit être en mesure de délivrer une appréciation du niveau d'émission de la solution thérapeutique proposée.

L'évaluation de l'empreinte carbone des médicaments consommés en France est un objectif ambitieux mais il ne permet pas de mesurer l'ensemble des impacts de cette consommation sur l'environnement. Le projet mené dans le cadre de la PESS prévoit d'intégrer à terme d'autres critères environnementaux dans l'évaluation des produits. Une piste d'évolution de la méthode pourrait être de s'inspirer de la démarche PEF (*Product Environmental Footprint*, démarche européenne multicritères) et de ses 16 critères[22]. Les liens entre médicaments et biodiversité doivent être rappelés : disponibilité des principes actifs, traitement des zoonoses et maladies émergentes…

22 Les 16 critères sont les suivants : le changement climatique, les particules fines, l'épuisement des ressources en eau, l'épuisement des ressources énergétiques non renouvelables, l'usage des terres, l'épuisement des ressources minérales non renouvelables, l'appauvrissement de la couche d'ozone, l'acidification, la radiation ionisante, la formation photochimique d'ozone, l'eutrophisation terrestre, l'eutrophisation marine, l'eutrophisation en eau douce, la toxicité humaine cancérigène, l'écotoxicité de l'eau douce, la toxicité humaine non cancérigène.

### Partager l'information sur l'impact carbone des médicaments avec les professionnels de santé et les assurés

Les professionnels de santé prennent conscience de l'impact du système de santé sur l'environnement, et ils sont nombreux en établissement comme en ville à s'engager pour limiter l'impact de leur pratique, notamment leur empreinte carbone. Aussi, la mise à disposition de l'évaluation carbone des médicaments fait partie des leviers indispensables à l'adaptation de leurs pratiques de soins.

L'intégration dans les bases de données médicaments, utilisées par les logiciels d'aide à la prescription et d'aide à la dispensation notamment, apparaît alors souhaitable. Cette information doit être disponible, accessible simplement dans les outils quotidiens des professionnels de santé, comme une caractéristique essentielle du produit.

Lorsque les données d'évaluation carbone seront disponibles, il sera également possible pour l'Assurance Maladie d'accompagner les professionnels de santé dans la connaissance et la prise en compte de l'impact carbone de leurs pratiques, *via* la mise à disposition d'outils permettant de visualiser l'empreinte carbone globale des prescriptions ou des consommations de médicaments de leurs patients. De la même façon, dans le cadre de ses campagnes d'accompagnement et de gestion du risque en faveur de la pertinence des soins, l'Assurance Maladie intégrera ces données d'impact carbone. Il s'agit alors de permettre aux professionnels d'étudier les alternatives à certains traitements moins carbonés lorsqu'elles existent. S'agissant des produits de santé, et des médicaments en particulier, les pharmaciens d'officine apparaissent comme un acteur clé de la décarbonation du système de santé ayant la main sur la politique d'achat et le choix des fournisseurs. Il sera nécessaire de créer les conditions favorables à un engagement des pharmaciens vers des produits décarbonés, par des dispositifs les autorisant et les incitant par exemple à proposer au patient le produit le moins carboné (les gaz propulseurs, par exemple).

Une traduction concrète de cette évaluation carbone pourrait consister à terme en la mise en place d'un « carbone score » sur les boîtes de médicaments. Cette évaluation visuelle, à l'image du Nutri-Score s'agissant des informations nutritionnelles des produits alimentaires, doit permettre de sensibiliser les acteurs (professionnels de santé comme patients) à l'utilisation des médicaments et faciliter la compréhension de leur impact sur l'environnement. Ce chantier ambitieux, non ouvert à ce jour, doit être réalisé en concertation avec les acteurs de la chaîne du médicament et intégrer, pour une efficacité optimale, l'ensemble des médicaments, remboursés ou non. L'Assurance Maladie souhaite que ces travaux puissent être engagés dans le cadre de la PESS après la stabilisation de la méthode d'évaluation actuellement mise en consultation publique.

### Prendre en compte l'impact carbone des produits dans nos politiques tarifaires

Le déploiement progressif d'une évaluation carbone commune et reproductible des produits de santé doit permettre d'intégrer à terme, dans la politique tarifaire de fixation des prix, leur impact environnemental. Aujourd'hui, la tarification est assise principalement sur l'apport thérapeutique des produits de santé. Il n'y a pas de prise en compte concrète de l'impact environnemental du produit. L'Assurance Maladie, dans le cadre du rapport Charges et produits pour 2024, a proposé une prise en compte de l'impact environnemental dans la fixation du prix des médicaments. Cette prise en compte pourrait s'appuyer sur les travaux engagés depuis ce rapport et permettant de calculer un indicateur consensuel entre toutes les parties.

## 5.1.2. Agir contre le gaspillage des produits de santé

L'Assurance Maladie mène des actions de gestion du risque dans un objectif de bon usage des produits de santé et de santé publique. Les enjeux écologiques de réduction des volumes de médicaments consommés rejoignent ces objectifs et ils constituent un enjeu complémentaire en faveur de la pertinence et du juste soin. Les actions auprès des prescripteurs, des pharmacies et des assurés pour un meilleur usage des médicaments sont nombreuses et s'enrichissent régulièrement (déprescription, prescription de thérapeutiques non médicamenteuses, ordonnance de non-prescription…).

L'utilisation du levier conventionnel, avec les différentes catégories de professionnels de santé comme dans le cadre pluriprofessionnel, permet d'enrichir ces actions. La convention médicale signée le 4 juin 2024 intègre par exemple des objectifs ambitieux sur la prescription de médicaments et de dispositifs médicaux et crée pour la première fois un indicateur sur la sobriété des prescriptions médicamenteuses incitant ainsi les professionnels à

adopter des pratiques sobres en termes de prescriptions à travers une comparaison de la pratique du professionnel au regard de la pratique de l'ensemble de ses pairs.

En complément à ces actions, l'Assurance Maladie souhaite prendre l'engagement de mettre en œuvre et en cohérence toutes les actions possibles permettant de ne plus jeter ou détruire des médicaments. Un produit dispensé doit être un produit utilisé. Plusieurs actions seront ainsi engagées dans les prochains mois avec les professionnels de santé, notamment les infirmiers, profession particulièrement sensibilisée au gaspillage. Ces actions s'articulent autour de quatre axes :

- Développer et valoriser le rôle des infirmiers dans l'évaluation des besoins des patients sur les produits de santé. L'Assurance Maladie vient d'engager des travaux avec les représentants syndicaux des infirmiers libéraux pour définir ensemble des propositions permettant de réduire le gaspillage des produits de santé qu'ils constatent au quotidien dans leur activité. Parmi les axes de travail identifiés, une priorité est de valoriser le rôle des infirmiers dans l'évaluation des besoins des patients, notamment par l'intervention pour détecter les prescriptions problématiques, identifier les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) (29 % des personnes âgées, hors établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad –, ont reçu au moins un MPI, d'après une étude des données du système national des données de santé – SNDS – en 2022), et les prescriptions non pertinentes du matériel et des pansements postchirurgie.

  Le gaspillage des produits nécessaires au traitement des plaies est très fréquemment cité dans les signalements remontés à l'Assurance Maladie, notamment du fait de prescriptions initiales qui peuvent être inadaptées et qui ont pour conséquence la délivrance de produits ne permettant pas de répondre aux besoins du patient. Ces prescriptions génèrent souvent de nouvelles prescriptions par les infirmiers. Afin de lutter contre le gaspillage, l'Assurance Maladie souhaite limiter la délivrance de pansements et produits nécessaires au traitement des plaies à sept jours de traitement, en sortie d'hospitalisation ou non. Ainsi, le prescripteur rédige une prescription précisant la durée du traitement et le pharmacien délivre pour sept jours maximum. À l'issue des sept jours, en fonction de la durée de traitement, et en lien avec son infirmier si soins infirmiers associés (le suivi infirmier n'étant pas systématique selon le type de plaie), le patient pourra obtenir la délivrance complémentaire. En fonction de l'évolution de la plaie, et si l'infirmier l'estime nécessaire, il peut bien sûr prescrire un nouveau produit plus adapté à cette évolution et en informe le médecin traitant le cas échéant. Cette proposition doit permettre une meilleure adaptation des produits délivrés aux besoins et une réévaluation nécessaire.

  Par ailleurs, il paraît pertinent d'étudier les conditions permettant à l'infirmier qui constate que des produits ne seront pas utilisés pour le traitement de la plaie de son patient de récupérer les dispositifs médicaux non ouverts pour qu'ils puissent être utilisés, sauf opposition expresse du patient. Cela impliquerait notamment de définir avec ces professionnels les modalités leur permettant de s'assurer des conditions de conservation et de traçabilité des produits ainsi réutilisés.

- Accompagner le déploiement des mesures portées par la convention médicale en matière de pertinence et sobriété des prescriptions. Les partenaires conventionnels ont acté dans la convention signée le 4 juin 2024 un engagement résolu en faveur de la pertinence et la sobriété des prescriptions, notamment des médicaments. Pour la première fois, une consultation de déprescription pour des patients hyperpolymédiqués intègre la nomenclature des médecins. La nouvelle convention crée aussi et surtout 15 objectifs communs de pertinence, dont 8 objectifs relatifs aux produits de santé. Elle met également en place un indicateur de sobriété, dispositif permettant à la fois d'informer les médecins généralistes sur leurs prescriptions de médicaments par rapport à la pratique nationale et de sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments.

- Ajuster les prescriptions et délivrances en misant sur la coordination pluriprofessionnelle :
  - Expérimenter une intervention à domicile pluriprofessionnelle de détection et d'ajustement des soins. Les représentants des infirmiers libéraux alertent régulièrement sur le gaspillage de produits de santé dont ils sont témoins lors de leurs passages quotidiens au domicile des patients. Sur la base d'une expérimentation anglaise[23] intitulée *« Show me your meds, please »* (« Montrez-moi vos médicaments, s'il vous plaît »), l'Assurance Maladie proposera à des équipes pluriprofessionnelles intégrant des infirmiers de réaliser une action de détection à domicile des gaspillages et d'ajustement des soins (Encadré 8).
  - Promouvoir les protocoles pluriprofessionnels permettant une coordination entre médecins, pharmaciens et infirmiers pour ajuster la délivrance des médicaments prescrits. Par exemple, une maison de santé pluriprofessionnelle a mis en place un programme intitulé « Arrêtons de délivrer tous les médicaments prescrits et non utilisés », reposant sur la coordination des médecins et pharmaciens avec les infirmiers se rendant de manière hebdomadaire au domicile

23 https://pharmaceutical-journal.com/article/opinion/show-me-your-meds-please-the-impact-of-home-based-medicines-assessments

de patients dépendants. Les patients sont également impliqués dans la démarche écoresponsable. L'infirmier a pour rôle essentiel d'éduquer le patient, de vérifier les stocks présents au domicile et les besoins du patient avant d'inscrire le code « NPD » sur la prescription pour « ne pas délivrer » afin d'adapter la distribution du traitement à la situation, surveiller et préparer les traitements.

- Identifier avec les pharmaciens les médicaments non utilisés et ramenés à l'officine et expérimenter la réutilisation des médicaments non utilisés. Les Français, selon l'organisme Cyclamed, ont adopté très majoritairement de bonnes pratiques et ont pris l'habitude de ramener les médicaments non utilisés (MNU) à l'officine. Le gisement total de MNU est de 13 443 tonnes en 2022, sur lequel Cyclamed en a collecté 9 415 tonnes (taux de collecte de 70 %). L'Assurance Maladie souhaite pouvoir étudier ces MNU pour, d'une part, mieux connaître la typologie des médicaments rapportés (classe thérapeutique, délai de péremption, etc.), et, d'autre part, étudier les conditions permettant la réutilisation des médicaments non utilisés. Des initiatives existent en ce sens en Europe[24]. À la suite du rapport Charges et produits pour 2024, l'Assurance Maladie a débuté des travaux avec le ministère chargé de la Sécurité sociale pour la mise en œuvre d'une expérimentation française similaire à l'hôpital.

Encadré 8 : Projet d'expérimentation pluriprofessionnelle de lutte contre le gaspillage de produits de santé

**Constats**

Les professionnels de santé alertent régulièrement sur le phénomène du gaspillage de médicaments, sur des situations de mauvaise observance des traitements et sur le risque d'événements indésirables liés à la polymédication.

**Principe de l'expérimentation** :

Étape 1 – Identification à domicile : un professionnel de santé qui se rend au domicile du patient lui demande « Montrez-moi vos médicaments, s'il vous plaît ». Cette étape permet de détecter un mauvais usage des médicaments prescrits.

Étape 2 – Analyse par l'équipe traitante : l'équipe décide de l'action à mener auprès du patient et du professionnel de l'équipe qui en assurera le suivi.

Étape 3 – Accompagnement du patient : décision d'évolution des traitements prise avec le patient et suivi effectué par le professionnel dédié en lien avec l'équipe.

**L'intervention pluriprofessionnelle présente plusieurs avantages complémentaires, elle pourrait permettre de :**

- développer le bilan de médication et l'accompagnement à la prise médicamenteuse ;
- enrichir le rôle de pharmacien correspondant et d'infirmier référent ;
- offrir une concrétisation de l'intérêt de l'équipe traitante pluriprofessionnelle ;
- associer gains en santé et gain écologique ;
- satisfaire les professionnels en termes de sens au travail : levier d'attractivité pour des professionnels de santé qui seront sensibles au travail au sein d'une équipe investie dans une démarche écoresponsable.

### 5.1.3. Promouvoir les soins écoresponsables

#### Recenser les bonnes pratiques

La promotion des soins écoresponsables est un des huit axes de la feuille de route « PESS ». Les partenaires du groupe de travail dédié ont dans un premier temps dû s'accorder sur une définition du soin écoresponsable : un soin écoresponsable (ou « écosoin » ou soin « écoconçu ») est un soin qui, à qualité, sécurité et pertinence égales, a moins d'impact sur l'environnement. Cet impact, pouvant inclure des dimensions économiques et/ou sociales, concerne aussi bien la pratique de soin que l'organisation du soin. Afin de réaliser un état des lieux des actions « écoresponsables » d'ores et déjà mises en œuvre par les professionnels de santé, en établissement et en ville, un questionnaire a été diffusé au premier trimestre 2024 : ces premières remontées de terrain confirment

24 Smale EM, van den Bemt BJF, Heerdink ER, Desar IME, Egberts TCG, Bekker CL; ROAD Study Group. Cost Savings and Waste Reduction Through Redispensing Unused Oral Anticancer Drugs: The ROAD Study. JAMA Oncol. 2024 Jan 1;10(1):87-94. doi: 10.1001/jamaoncol.2023.4865. PMID: 37971730; PMCID: PMC10654927.

l'intérêt des professionnels de santé pour la thématique et leur mobilisation pour réduire l'empreinte carbone des soins.

Au total, 264 actions ont été recensées à travers ce questionnaire : 168 actions (57 %) sont issues des professionnels de ville et 96 (43 %) sont issues d'établissements sanitaires et médicosociaux. Toutes les régions de France y compris de l'outre-mer sont représentées. La plupart des actions sont déployées à des échelles collectives (60 %) : pôles, équipes, groupements hospitaliers de territoire ; 40 % ont été déployées en individuel en ville. Les principales thématiques sont, par ordre décroissant, la réduction de l'usage unique, la sobriété des prescriptions et/ou de la délivrance de médicaments et/ou matériel LPP (liste de produits et prestations), le tri des déchets de soins à risque infectieux (DASRI).

Les professions les plus représentées sont les médecins (majoritairement médecine générale), les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes qui ont largement contribué à ces actions de promotion.

Ainsi, 40 % des répondants déclarent avoir pu mettre en place une pratique écoresponsable en moins de 6 mois et 70 % déclarent que le coût de mise en place est « peu coûteux ». Les facteurs clés de réussite identifiés sont la coconstruction de la démarche avec les équipes, la formation des professionnels, l'information des patients et enfin l'utilisation de référentiels existants.

Une première communication commune entre l'Agence nationale de la performance sanitaire et médicosociale (Anap), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Assurance Maladie sur ces résultats a eu lieu en juin 2024 pour mettre en avant de premières actions, illustrer le concept de soins écoresponsables et lancer la suite des travaux.

### Diffuser largement et valoriser les soins écoresponsables vers les professionnels de santé et les assurés

L'objectif est désormais d'amplifier le mouvement engagé au sein de la communauté des soignants et d'outiller les professionnels de santé qui souhaiteraient s'inscrire dans une démarche écoresponsable. Pour cela, l'Assurance Maladie souhaite s'appuyer sur des référentiels et des outils simples, faciles à utiliser, synthétiques et opérationnels, adaptés au contexte professionnel de chacun.

Pour promouvoir les soins écoresponsables tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins délivrés, l'Assurance Maladie souhaite mettre à disposition des guides résumant l'impact environnemental de l'action ciblée, ses conditions de réalisation, les données évaluatives disponibles, et les éventuelles « fausses bonnes idées » connexes. Les guides ou mémos « soins écoresponsables » ainsi créés seraient hébergés sur les pages « professionnels de santé » du site ameli.fr. Ces contenus pourront également être relayés par les représentants des professionnels (Conseils nationaux professionnels – CNP –, Union régionale des professionnels de santé – URPS –, fédérations).

L'exercice coordonné apparaît comme une organisation propice au développement d'actions écoresponsables. Les protocoles pluriprofessionnels, mis en œuvre en maisons de santé pluriprofessionnelles ou centres de santé, sont des leviers pour faciliter l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de métiers différents autour d'une situation clinique ou organisationnelle identifiée comme ayant un impact sur l'environnement. Par ailleurs, l'évaluation annuelle de l'action transmise lors du bilan dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) permet à l'Assurance Maladie de prendre connaissance des pratiques vertueuses. Si l'on prend par exemple le cas des produits nécessaires à la réalisation des pansements par les infirmiers, une organisation permettant à l'infirmier de faire le point avec le médecin traitant sur les produits réellement nécessaires et adaptés à la situation spécifique du patient permet d'éviter des gaspillages.

De la même façon, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont toute leur place dans l'animation et le pilotage de projets visant à réduire l'impact des soins sur l'environnement. Elles peuvent mener des actions de sensibilisation, d'information et de formation des professionnels de santé de leur territoire, et évaluer et suivre l'impact des actions déployées. Pour contribuer à la diffusion de ces pratiques, il est nécessaire de faciliter l'évaluation des actions écoresponsables déployées. Le réseau de l'Assurance Maladie pourrait ainsi aider les équipes à satisfaire cette exigence d'évaluation des actions menées (soutien méthodologique, apport de données, etc.).

Par ailleurs, le réseau de l'Assurance Maladie est aussi composé de structures de soins qui doivent permettre de mettre en valeur et d'enrichir encore les pratiques de soins écoresponsables (appropriation des bonnes pratiques

identifiées, utilisation des structures comme laboratoires d'idées – initiatives, expérimentations, remontées terrain…), et de valoriser les réalisations des structures pour démontrer la faisabilité et les bénéfices générés.

Encadré 9 : Les dix priorités Transition écologique du groupe Ugecam

Le groupe Ugecam (Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie) gère les 242 établissements et services sanitaires et médicosociaux de l'Assurance Maladie. Composé de 14 000 salariés engagés, cet opérateur de santé majeur soigne et accompagne des personnes (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées) fragilisées médicalement et socialement par la maladie ou le handicap.

Le groupe Ugecam s'est fixé dix priorités en matière de transition écologique de ses structures :

1. Gouvernance/Pilotage.

2. Intégrer dans la politique immobilière du groupe et des directions régionales la performance énergétique (au vu des audits énergétiques finalisés fin 2023 et dans son ensemble – maintenance, bornes, contrat de performance énergétique – CPE…).

3. Développer l'intégration de clauses d'achats responsables, chaque fois que le segment d'achats le permet, y compris *via* l'utilisation des marchés des centrales d'achats.

4. Élaborer une stratégie régionale de gestion de flotte automobile incluant :

   - le verdissement de la flotte automobile à l'horizon 2027 (loi d'orientation des mobilités – LOM) ;
   - le développement d'infrastructures de recharge de véhicules électriques (IRVE).

5. Développer la restauration écoresponsable : veiller au respect des dispositions législatives relatives à la loi EGalim.

6. Réduire les consommations d'énergies liées aux déplacements (transports).

7. Optimiser la gestion des déchets.

8. Développer une démarche d'écosoins.

9. Optimiser la consommation du système d'information.

10. Sensibiliser, former les salariés et valoriser actions et résultats de l'Ugecam.

## 5.2. Promouvoir la santé environnementale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 23 % de la mortalité mondiale est liée à l'environnement, ce qui représente 1,4 million de décès par an en Europe.

Selon Santé publique France (SPF), près de 33 000 décès auraient été liés à la chaleur entre 2014 et 2022[25]. Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), les facteurs environnementaux seraient à l'origine de plus de 70 % des maladies non transmissibles[26], qu'il s'agisse de maladies cardiovasculaires ou métaboliques, de cancers ou encore de problèmes respiratoires chroniques.

Comme tous les pays développés, la France est confrontée à une progression des maladies chroniques (diabètes, maladies respiratoires, maladies inflammatoires, cancers hormonodépendants) et à une augmentation des troubles de la fertilité et de la reproduction, troubles pour lesquels le facteur environnemental est largement mis en avant. En 2022, les dépenses liées aux seules affections de longue durée (ALD) représentaient près de 66 % des dépenses totales de l'Assurance Maladie.

En tant qu'organisme responsable du financement des soins, l'Assurance Maladie se doit d'être mobilisée pour gérer les répercussions financières des maladies attribuables aux facteurs environnementaux. C'est le sens de sa politique de prise en charge et de gestion des risques. C'est pourquoi elle souhaite aujourd'hui affiner son positionnement sur la santé environnementale, en clarifiant son périmètre d'action, en bonne complémentarité avec les autres acteurs institutionnels mobilisés sur ce champ.

### 5.2.1. Santé environnementale : le champ d'action de l'Assurance Maladie

Le positionnement de l'Assurance Maladie en matière de santé environnementale repose sur la reconnaissance des trois principes suivants :

- Interdépendance et cobénéfices : si la raison d'être de l'Assurance Maladie demeure résolument la santé humaine, la santé environnementale doit permettre de reconnaître l'interdépendance de celle-ci avec la qualité des milieux naturels et la santé des écosystèmes en général. À ce titre, la notion de cobénéfice sert à identifier les leviers d'action qui permettent à la fois d'améliorer la santé et de préserver l'environnement (par exemple, les mobilités douces sont à la fois moins émettrices de gaz à effet de serre et permettent de lutter contre l'inactivité ; l'alimentation biologique permet de préserver la qualité des sols et de limiter l'exposition humaine aux produits phytosanitaires).
- Interdisciplinarité : pour saisir pleinement les implications de cette interdépendance, l'approche clinique/biomédicale ne suffit pas, d'autres approches en santé publique doivent être valorisées (épidémiologique, écotoxicologique, etc.), ainsi qu'un dialogue avec d'autres disciplines (écologues, climatologues, vétérinaires, etc.).
- Responsabilité : la dégradation de nos environnements de vie et des écosystèmes est imputable à l'activité humaine, et l'évolution de nos modes de production et de consommation constitue une clé majeure du problème et une responsabilité vis-à-vis des générations futures. L'Assurance Maladie n'a pas vocation à se positionner directement sur ces enjeux, mais inscrit son action dans le schéma plus large des évolutions de nos modes de vie.

Ces trois principes étant posés, il est proposé la définition suivante au terme « santé environnementale », sur la base de laquelle pourra être délimité plus précisément le périmètre d'action de l'Assurance Maladie : *« La gestion ou la prévention des risques environnementaux pour la santé humaine et plus particulièrement sur les trois axes suivants :*

1. *Les phénomènes liés au dérèglement climatique : fortes chaleurs, événements climatiques extrêmes (inondations, mégafeux…), exposition aux UV…*

25 Estimation de la fraction de la mortalité attribuable à l'exposition de la population générale à la chaleur en France métropolitaine. Application à la période de surveillance estivale (1er juin - 15 septembre) 2014-2022. Saint-Maurice : Santé publique France, 2023. 35 p. www.santepubliquefrance.fr

26 https://www.inserm.fr/c-est-quoi/ambiance-ta-life-cest-quoi-lexposome/

2. *Les phénomènes liés aux interfaces homme/nature : zoonoses, maladies vectorielles, antibiorésistance…*
3. *Les phénomènes liés aux pollutions des milieux naturels : qualité de l'air intérieur/extérieur, pollution de l'eau, exposition aux perturbateurs endocriniens, pollution sonore… »*

### 5.2.2. Les cinq leviers d'action de l'Assurance Maladie en matière de santé environnementale

#### Engager une réflexion prospective

Pour modéliser différents scénarios d'adaptation possibles face aux inévitables mutations environnementales et leurs conséquences sanitaires, l'Assurance Maladie est légitime à mener un travail de prospective quant aux risques à anticiper sur les trois axes « santé environnementale » (dérèglement climatique, interface santé humaine/animale et pollutions) définis plus haut.

Les livrables de cet exercice prospectif pourraient être par exemple un « tableau de distribution des pathologies de demain » et des dépenses de soins associées ou des scénarios d'adaptation face à des crises différenciées (maladies émergentes, antibiorésistance, virage préventif…).

Ces travaux pourraient s'appuyer notamment sur des données de remboursement et aussi nourrir les apports de l'Assurance Maladie à la conception des politiques publiques et renforcer son plaidoyer en matière de gestion du risque et de politique d'« aller vers » par exemple, les publics vulnérables étant particulièrement exposés aux risques environnementaux.

#### Partager nos données, soutenir la recherche et produire des études

Les bases de données intégrées de l'Assurance Maladie sont des outils précieux en matière de santé environnementale et la quasi-totalité des entretiens réalisés a fait remonter des attentes en matière d'exploitation de données, que ce soit de la part des professionnels de santé, du monde associatif ou de la recherche.

On distingue deux grands types de possibilités :

- encourager les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) à partager des données permettant de nourrir les réflexions sur la prévalence de certaines pathologies ou de cartographier les expositions d'un territoire à des risques environnementaux dans le cadre de projets de recherche territorialisés ;
- la participation à ou l'impulsion de projets de recherche ou d'études axés sur des facteurs de risques environnementaux précis et leur impact sur la santé (qualité de l'air, îlots de chaleur, etc.) ou sur le chiffrage des bénéfices des politiques de prévention en santé environnementale, dont les apports sont aujourd'hui sous-documentés.

#### Faire de la santé environnementale un moteur du virage préventif

La prévention et la promotion de la santé sont identifiées comme un levier d'action incontournable pour sensibiliser les assurés aux comportements à risque et à la limitation des expositions problématiques.

- Dès le second semestre 2024, les caisses pourront élaborer des appels à projets sur les thèmes suivants : prévention des troubles auditifs en lien avec l'exposition aux bruits, prévention des risques d'exposition solaire, prévention et dépistage de l'exposition aux perturbateurs endocriniens, prévention et accompagnement de l'exposition à la pollution de l'air intérieur et extérieur.
- Encourager et expérimenter des formats innovants au sein du réseau pour aller à la rencontre des assurés : réunions publiques de sensibilisation, ateliers collectifs, notamment *via* les contrats locaux de santé (CLS).
- Intégrer la dimension environnementale aux campagnes de communication et de sensibilisation nationales (« Mission : retrouve ton cap », M'T dents, etc.).
- À moyen terme, travailler avec les centres d'examens de santé (CES) du réseau pour en faire des avant-postes de la prévention et du dépistage.

#### Accompagner les professionnels de santé

La position privilégiée de l'Assurance Maladie, à l'interface entre acteurs institutionnels et professionnels de santé, a été identifiée à de nombreuses reprises comme un levier d'action à exploiter :

- en déployant une politique proactive et systématique de sensibilisation des acteurs de l'exercice coordonné (communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS –, maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP – et centres de santé – CDS) afin d'harmoniser le degré d'acculturation aux enjeux, aujourd'hui identifié comme très hétérogène ;
- en nourrissant le dialogue conventionnel afin d'augmenter la prise en compte des facteurs de risque environnementaux lors des soins et des échanges avec les patients notamment en mettant à disposition des supports de médiation pour accompagner les professionnels de santé dans leurs échanges avec les patients ;
- en appuyant l'intégration des enjeux de santé environnementale dans les cursus de formation continue.

#### Promouvoir la mise en réseau des acteurs

Les missions et le maillage territorial couvert par l'Assurance Maladie la positionnent à l'interface entre les acteurs institutionnels du champ de la santé, les collectivités territoriales et les services de l'État, les assurés, les professionnels de santé et l'expertise scientifique, autrement dit à une place privilégiée pour diffuser les bonnes pratiques et expérimentations réussies.

Cela passe par exemple par le fait de s'associer à des dispositifs pilotés par les territoires comme les CLS, d'intégrer la gouvernance et les groupes de travail liés à la mise en œuvre des plans régionaux santé environnement (PRSE) pilotés par l'agence régionale de santé (ARS), ou encore de se rapprocher des groupes régionaux d'expertise sur le climat (GREC) ainsi que de toute autre structure pertinente sur les territoires en matière d'observation des mutations liées au changement climatique et aux pollutions des milieux de vie.

Au regard de la proximité et du lien entre santé au travail et santé environnementale tels que définis plus haut, et en particulier sur les expositions aux températures extrêmes, aux perturbateurs endocriniens, ou au bruit par exemple, la prévention des risques professionnels portée par la branche AT/MP (accidents du travail/maladies professionnelles) auprès des salariés et des employeurs a vocation à investir certains de ces leviers d'action. En matière de recherche et d'études plus spécifiquement, comme pour mieux prendre en compte la santé environnementale dans les actions de prévention des risques professionnels, les apports de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) seront attendus et développés.

### 5.2.3. Partager nos données, soutenir la recherche et produire des études

#### Zoom sur le cas de la qualité de l'air

En vue d'impulser ou de participer à des projets de recherche permettant de chiffrer les coûts associés à des risques environnementaux, la rigueur scientifique impose à l'Assurance Maladie de procéder à une revue des méthodologies employées dans le cadre des études en santé environnementale. La thématique de la pollution de l'air permet d'illustrer ces questionnements méthodologiques et de retenir certains principes.

#### Méthodologie d'estimation des dépenses liées à la pollution de l'air

La pollution atmosphérique est aujourd'hui le premier risque environnemental pesant sur la santé humaine selon l'Organisation des Nations unies (ONU), qui estime qu'elle serait à l'origine de 7 millions de décès dans le monde chaque année[27]. Plusieurs polluants sont présents dans l'atmosphère, de nature particulaire (particules caractérisées par leur diamètre, notamment PM10 et PM2.5 pour les particules de diamètre inférieur à 10 et 2,5 micromètres respectivement) ou gazeuse (notamment les oxydes d'azote, le dioxyde de soufre, l'ozone, le monoxyde de carbone). Les mécanismes par lesquels la pollution de l'air affecte la santé sont nombreux et mal connus. On peut citer notamment des mécanismes inflammatoires, le stress oxydatif, des modifications de protéines intracellulaires, une activité procoagulante, l'augmentation ou au contraire la diminution des mécanismes immunitaires[28].

27 https://www.unep.org/fr/about-air ; https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/how-air-pollution-is-destroying-our-health

28 Bernstein JA, Alexis N, Barnes C, Bernstein IL, Bernstein JA, Nel A, Peden D, Diaz-Sanchez D, Tarlo SM, Williams PB. Health effects of air pollution. J Allergy Clin Immunol. 2004 Nov;114(5):1116-23. doi: 10.1016/j.jaci.2004.08.030. PMID: 15536419.

La grande variété de polluants ainsi que les possibilités d'interaction rendent difficile l'étude de l'effet causal de la pollution sur la santé. Des études toxicologiques (expérimentales) mesurent des réponses à des expositions dans un environnement contrôlé, ce qui limite la présence de facteurs confondants[29]. Ces méthodes sont toutefois limitées par l'extrapolation des modèles animaux ou cellulaires aux humains et les synergies entre polluants. Les études épidémiologiques (observationnelles) s'appuient fréquemment sur des études toxicologiques pour présupposer la causalité. Traditionnellement, les études économiques adoptent une approche différente, quasi expérimentale, qui utilise des méthodes économétriques pour tenter de reproduire des conditions expérimentales[30].

L'enjeu d'évaluer la charge pour la société, en termes de morbidité et de mortalité, mais aussi en termes économiques est important. Ces évaluations doivent permettre d'aider les décideurs politiques en éclairant les conséquences économiques attendues des politiques d'amélioration de la qualité de l'air. Nous présentons ci-après les méthodes utilisées ainsi que des études représentatives les utilisant.

### Approche par fraction attribuable

La relation entre une exposition à un polluant et une pathologie peut être estimée grâce à des études épidémiologiques de type exposé/non-exposé, dont l'objectif est de fournir un **risque relatif** (RR). Dans ce type d'étude, le suivi d'une cohorte d'individus permet d'estimer la survenue d'une pathologie en fonction d'une exposition à un facteur de risque. Le risque relatif est le rapport entre la fréquence de la pathologie dans le groupe exposé et sa fréquence dans le groupe non exposé.

À partir de ce risque relatif et de la connaissance du niveau d'exposition dans la population totale, ainsi que du nombre de personnes atteintes de la pathologie considérée, il est possible de calculer la fraction attribuable, c'est-à-dire la proportion de malades que l'on pourrait éviter si on supprimait le facteur de risque dans la population. L'estimation de la fraction attribuable suppose une relation causale.

Une fois déterminé le nombre de cas attribuables à un facteur de risque, il est possible d'effectuer une valorisation monétaire. Il s'agit d'une valorisation moyenne par patient, qui peut prendre différentes perspectives en fonction du payeur et de la nature des dépenses prises en compte (dépenses pour l'assuré ou dépenses d'assurance maladie ou dépenses pour l'ensemble de la collectivité).

Plusieurs rapports institutionnels ont cherché à estimer le coût de la pollution de l'air et se sont appuyés sur des approches par fraction attribuable. On peut citer le rapport de 2015 sur l'*Estimation des coûts pour le système de soins français de cinq maladies respiratoires et des hospitalisations attribuables à la pollution de l'air*[31] du Commissariat général au développement durable (CGDD). La perspective adoptée pour l'évaluation des coûts est celle du système de soins français, les coûts remboursés par l'Assurance Maladie sont pris en compte, de même que la part remboursée par les organismes complémentaires. Les coûts incluent soins de ville (consultations et médicaments), hospitalisations dans le secteur public et indemnités journalières (valorisées par le montant maximum journalier). L'estimation globale des 5 pathologies est comprise entre 0,9 milliard d'euros et 1,8 milliard d'euros. Un autre rapport, celui de l'Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail (Afsset) sur l'*Impact économique des pathologies liées à la pollution*[32]*,* a été publié en 2007. Il se focalise sur deux pathologies, l'asthme et le cancer, et déplore la difficulté d'établir des relations causales entre un facteur de risque et une pathologie, ainsi que l'absence de données sanitaires satisfaisantes permettant d'estimer l'exposition de la population. Les risques attribuables utilisés ont donc été élaborés par expertise, en estimant par exemple que pour le cancer, 1 à 5 % des cas sont attribuables à la pollution de l'air, soit une prise en charge de 0,1 à 0,5 milliard d'euros en 2004 (soins ambulatoires, hospitaliers et médicamenteux). L'ensemble de l'incertitude provient de l'estimation de la fraction attribuable (et pas de l'estimation des coûts).

Dans l'approche par fraction attribuable, certains aspects méthodologiques peuvent donner lieu à discussion, notamment la définition des seuils permettant de définir les populations : exposées et non exposées, hétérogénéité entre la population source et cible pour l'estimation du risque relatif – les caractéristiques

29 Bernstein JA, Alexis N, Barnes C, Bernstein IL, Bernstein JA, Nel A, Peden D, Diaz-Sanchez D, Tarlo SM, Williams PB. Health effects of air pollution. J Allergy Clin Immunol. 2004 Nov;114(5):1116-23. doi: 10.1016/j.jaci.2004.08.030. PMID: 15536419.

30 Dowd BE. Separated at birth: statisticians, social scientists, and causality in health services research. Health Serv Res. 2011 Apr;46(2):397-420. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01203.x. Epub 2010 Nov 24. PMID: 21105867; PMCID: PMC3064910.

31 CGDD. (2015). Estimation des coûts pour le système de soins français de cinq maladies respiratoires et des hospitalisations attribuables à la pollution de l'air (n° 122, *Études & Documents*) : https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/09_estimation%20co%C3%BBts%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9.pdf

32 Afsset. (2007). *Impacts économiques des pathologies liées à la pollution.* Étude d'impact sur les coûts que représentent pour l'Assurance Maladie certaines pathologies liées à la pollution (p. 137). Afsset. https://www.anses.fr/fr/system/files/AIR2007et9000Ra.pdf

observables et inobservables d'une cohorte donnée ont peu de chances d'être similaires à celle de la population entière –, le faible nombre de couples polluants-pathologies pour lesquels une relation de causalité a pu être mise en évidence…

### Approche quasi expérimentale

Ces dernières années, la littérature économique environnementale s'est focalisée sur la causalité en raison de l'endogénéité des expositions environnementales, qui peut être à l'origine de biais dans les résultats[33]. La causalité est cruciale pour les politiques environnementales, car les conséquences des politiques ne peuvent pas être évaluées sinon.

Bien que certains champs de l'économie aient recours à des expérimentations (voir par exemple le travail de Chabé-Ferret et al.[34] pour une revue des méthodes expérimentales et quasi expérimentales en économie), celles-ci sont difficilement applicables à des expositions environnementales (même s'il s'agit également d'un champ en développement). La littérature économique s'est donc tournée vers les méthodes quasi expérimentales, qui permettent de faire de l'analyse causale en utilisant des hypothèses et des méthodes qui permettent de s'approcher virtuellement d'une expérimentation en laboratoire. Selon la revue de Deschenes et Meng[35], alors que les études quasi expérimentales en économie environnementale étaient inexistantes avant 2000, elles comptent pour plus de 30 % des articles publiés dans les grandes revues économiques en 2018.

La stratégie des méthodes quasi expérimentales pour prendre en compte les caractéristiques inobservées est d'utiliser des variations dans les circonstances pour « faire comme si » le traitement (l'exposition à un niveau de pollution) était attribué aléatoirement. On peut citer des études américaines, comme Deryugina et al.[36] qui utilisent les changements de direction des vents pour prédire la pollution aux PM2.5 et ses conséquences sur la mortalité des personnes âgées de 65 ans et plus (bénéficiaires de *Medicare*). Ils montrent qu'une augmentation de 1 µg/m$^3$ des PM2.5 une journée augmente de 0,69 décès par million d'individus dans les 3 jours, mais également les visites aux urgences de 2,7 par million et les dépenses associées de 16 000 dollars par million. Également sur données américaines, et en utilisant une matrice de diffusion des émissions de SO2 (dioxyde de soufre) et NOx (oxyde d'azote) pour instrumenter les PM2.5, Williams et Phaneuf[37] montrent qu'une augmentation d'un écart-type (soit 28 %) de la pollution de l'air liée aux particules fines augmente les dépenses liées à l'asthme et à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) de 12,7 %, ce qui est cohérent avec l'amplitude des variations observées pendant la période d'étude. Cela correspond à une variation de 9 milliards de dollars annuellement.

### Recommandations et programme de travail

Les méthodes quasi expérimentales semblent les plus adaptées aujourd'hui pour évaluer les effets des politiques d'amélioration de la qualité de l'air[38]. En moyenne, les estimations des effets de la pollution de l'air sur la santé sont dix fois supérieures dans les études causales que dans les études épidémiologiques[39]. Cependant, les méthodes causales se développent également en épidémiologie, et certains chercheurs appellent à leur utilisation pour l'évaluation de l'effet des expositions environnementales[40]. Au-delà des méthodes, il convient de se poser la question des biais potentiels pouvant affecter la causalité des relations entre une exposition et un effet sur la santé[41].

33 Deschênes, O., Greenstone, M., & Shapiro, J. S. (2017). Defensive Investments and the Demand for Air Quality: Evidence from the NOx Budget Program. *American Economic Review*, 107(10), 2958–2989. https://doi.org/10.1257/aer.20131002

34 Chabé-Ferret, S., Dupont-Courtade, L., & Treich, N. (2017). Évaluation des politiques publiques : Expérimentation randomisée et méthodes quasi expérimentales. *Économie & prévision*, 211(2), 1–34. https://doi.org/10.3406/ecop.2017.8218

35 Deschenes, O., & Meng, K. C. (2018). Quasi-experimental methods in environmental economics: Opportunities and challenges. In P. Dasgupta, S. K. Pattanayak, & V. K. Smith (Eds.), *Handbook of Environmental Economics* (Vol. 4, pp. 285–332). Elsevier. https://doi.org/10.1016/bs.hesenv.2018.08.001

36 Deryugina, T., Heutel, G., Miller, N. H., Molitor, D., & Reif, J. (2019). The Mortality and Medical Costs of Air Pollution: Evidence from Changes in Wind Direction. *American Economic Review*, 109(12), 4178–4219. https://doi.org/10.1257/aer.20180279

37 Williams, A. M., & Phaneuf, D. J. (2019). The Morbidity Costs of Air Pollution: Evidence from Spending on Chronic Respiratory Conditions. *Environmental and Resource Economics*, 74(2), 571–603. https://doi.org/10.1007/s10640-019-00336-9

38 Dominici, F., Greenstone, M., & Sunstein, C. R. (2014). Particulate Matter Matters. Science (New York, N.Y.), 344(6181), 257–259. https://doi.org/10.1126/science.1247348

39 Bagilet, V. (2023). *Accurately Estimating Relatively Small Effects: Air Pollution and Health*. Working Paper. https://vincentbagilet.github.io/inference_pollution/inference_pollution_paper.pdf

40 Bind, M.-A. (2019). Causal Modeling in Environmental Health. *Annual Review of Public Health*, 40, 23–43. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044048

41 Dominici, F., & Zigler, C. (2017). Best Practices for Gauging Evidence of Causality in Air Pollution Epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 186(12), 1303–1309. https://doi.org/10.1093/aje/kwx307

La Cnam souhaite donc lancer une étude sur l'impact de la pollution atmosphérique sur les dépenses remboursées. Elle sera réalisée à partir des données de pollution de l'air fournies par les associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (AASQA) ainsi que des données du système national des données de santé (SNDS), et en utilisant les méthodes quasi expérimentales couramment utilisées dans la littérature scientifique. Elle doit permettre d'estimer l'impact de la pollution de l'air extérieur sur les dépenses remboursées, notamment à des niveaux faibles, impact qui ne cesse d'être revu à la hausse dans la littérature internationale. Ces résultats devront également permettre l'estimation des gains liés aux politiques d'amélioration de la qualité de l'air.

L'étude des dépenses associées à d'autres types d'expositions se fera en collaboration avec des partenaires institutionnels. Les méthodes utilisées seront déterminées au cas par cas avec ces partenaires, pour prendre en compte la spécificité de chaque exposition.

### 5.2.4. Faire de la santé environnementale un moteur du virage préventif

#### Zoom sur la mise en œuvre de l'action nationale « Zéro phtalates »

Les perturbateurs endocriniens (PE) désignent un ensemble de substances présentes dans de très nombreux produits du quotidien (aliments, produits d'hygiène, revêtements, mobilier, textiles), qui pénètrent l'organisme aussi bien par voie cutanée, digestive que respiratoire et qui interfèrent avec le système endocrinien par leur composition moléculaire, très proche de celle des hormones.

Les résultats du volet biosurveillance de l'étude Esteban, publiés en septembre 2019 par Santé publique France[42], montrent ainsi une imprégnation généralisée du sang et des tissus corporels humains pour six familles de polluants (les bisphénols, les phtalates, les parabènes, les éthers de glycol, les retardateurs de flamme bromés et les composés perfluorés). En 2021, dans son étude PEPS'PE[43], Santé publique France évalue à 21 les effets sanitaires des perturbateurs endocriniens devant être surveillés prioritairement. Parmi les effets sanitaires répertoriés, on peut citer par exemple :

- Les effets sur la fertilité : les PE peuvent réduire la fertilité chez les hommes et les femmes. Chez les hommes, ils peuvent entraîner une diminution de la qualité et de la quantité des spermatozoïdes, tandis que chez les femmes, ils peuvent provoquer des irrégularités menstruelles et des troubles de l'ovulation.
- Les effets sur le développement fœtal : l'exposition aux PE pendant la grossesse peut entraîner des malformations congénitales, des naissances prématurées, et des retards de croissance intra-utérine.
- L'altération de la fonction immunitaire : les PE peuvent affaiblir le système immunitaire, rendant les individus plus susceptibles aux infections et aux maladies auto-immunes.
- Les effets sur le développement cérébral : l'exposition précoce aux PE, notamment pendant la grossesse et la petite enfance, peut être associée à des troubles du développement neurologique tels que l'autisme, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), et des baisses du quotient intellectuel (QI).
- Les effets sur le métabolisme : les PE peuvent contribuer à l'obésité, au diabète de type 2, et à d'autres troubles métaboliques en perturbant le métabolisme des lipides et du glucose.
- Les effets cardiovasculaires : l'exposition aux PE, comme les phtalates et les bisphénols, est liée à une augmentation du risque d'hypertension, de maladies coronariennes, et d'autres problèmes cardiovasculaires.
- Le risque accru de cancers : les PE sont associés à un risque accru de cancers hormonodépendants, tels que le cancer du sein, de la prostate, et des testicules.

Certaines études évaluent à 160 milliards d'euros par an le coût à supporter pour le système de santé européen[44].

42 Imprégnation de la population française par les éthers de glycol (et suivants), Programme national de biosurveillance, Esteban 2014-2016. Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2019. 45 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

43 Étude PEPS'PE : Priorisation des effets sanitaires à surveiller dans le cadre du programme de surveillance en lien avec les perturbateurs endocriniens. Résultats. Saint-Maurice : Santé publique France, 2023. 73 p. www.santepubliquefrance.fr

44 Trasande L, Zoeller RT, Hass U, Kortenkamp A, Grandjean P, Myers JP, DiGangi J, Hunt PM, Rudel R, Sathyanarayana S, Bellanger M, Hauser R, Legler J, Skakkebaek NE, Heindel JJ. Burden of disease and costs of exposure to endocrine disrupting chemicals in the European Union: an updated analysis. Andrology. 2016 Jul;4(4):565-72. doi: 10.1111/andr.12178. Epub 2016 Mar 22. PMID: 27003928; PMCID: PMC5244983.

Ces éléments fondent la volonté de l'Assurance Maladie de généraliser, auprès des assurés et des professionnels de santé, l'information sur l'impact sanitaire des perturbateurs endocriniens et les moyens de réduction des expositions.

La stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE), coportée par le ministère chargé de la Sécurité sociale et l'Assurance Maladie, constitue un cadre d'action national pertinent dans lequel inscrire la généralisation de l'expérimentation menée par les CPAM de l'Indre et de l'Aisne à partir de 2021, rejointes ensuite par l'ensemble des caisses des régions Centre-Val de Loire et Hauts-de-France.

### Les grands principes de l'action « Zéro phtalates »

La lutte contre les expositions aux perturbateurs endocriniens s'incarnera pour l'Assurance Maladie par une action transversale et coordonnée de prévention, dirigée en priorité vers les femmes enceintes et les enfants dans le cadre des 1 000 premiers jours.

Les 1 000 premiers jours de vie, qui couvrent la période depuis la conception jusqu'aux deux premières années de vie, sont une période de développement rapide et critique. Que ce soit pendant le développement *in utero* ou la période néonatale et infantile, les systèmes biologiques de l'enfant et notamment le système endocrinien, sont en pleine formation et l'exposition à des perturbateurs endocriniens peut avoir des effets particulièrement délétères :

- troubles du développement neurologique : retard de développement, troubles du spectre autistique, troubles de l'attention ;
- problèmes métaboliques : augmentation du risque d'obésité, de diabète et de maladies cardiovasculaires ;
- altérations reproductives : troubles de la fertilité et anomalies du développement des organes reproducteurs.

Les expositions aux perturbateurs endocriniens pendant les 1 000 premiers jours peuvent entraîner des modifications épigénétiques, qui sont des changements dans la régulation de l'expression des gènes sans altérer la séquence d'ADN. Ces modifications peuvent persister tout au long de la vie de l'individu et, dans certains cas, être transmises aux générations suivantes.

Pour autant, il existe des moyens accessibles et facilement actionnables de limiter les expositions aux perturbateurs endocriniens et plus particulièrement aux phtalates qui présentent la particularité d'être non persistants et de pouvoir être éliminés en quelques jours de l'organisme dès lors que l'exposition est réduite à la source, par exemple en agissant sur l'usage et la consommation de certains produits de soin, jouets ou articles ménagers.

L'action « Zéro phtalates » s'appuiera sur une approche transversale et populationnelle, avec :

- l'accompagnement des professionnels de santé exerçant en libéral, notamment par l'intervention des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) : médecins, sages-femmes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ;
- l'intégration d'une offre de service expérimentale à des moments clés du parcours des 1 000 premiers jours, notamment les rendez-vous maternité proposés systématiquement à réception de la déclaration de grossesse ;
- la sensibilisation des parents et futurs parents grâce notamment à la mise en place d'ateliers, en lien avec des partenaires associatifs ;
- la mise à l'agenda politique des collectivités territoriales par le financement d'opérations de biomonitoring ;
- la contribution à la formation des professionnels de la petite enfance et des équipes en charge de la commande publique au gré d'un partenariat noué avec les collectivités territoriales.

La campagne de prévention associée pourra s'appuyer sur des supports variés et pédagogiques qui transmettent des informations de manière non anxiogène comme :

- des supports de communication à destination des assurés : des affiches, des dépliants, des messages sur les réseaux sociaux, des vidéos… et le relais d'outils tel que l'application Scan4Chem (information sur la composition des produits) ;
- des supports de communication à destination des professionnels de santé (supports de visites du DAM, mémo, webinaires) ;
- des supports de formation.

Un cahier des charges commun permettra d'établir les actions socles à décliner par chaque caisse à compter du quatrième trimestre 2024. Il comprendra des indicateurs d'évaluation et ouvrira des pistes d'expérimentation, notamment en matière de :

- mesures du taux d'imprégnation des organismes pour certaines catégories de perturbateurs endocriniens comme proposé aujourd'hui par certains laboratoires d'analyse, car c'est un mode de sensibilisation des assurés à expérimenter ;
- implication des acteurs en charge de la prévention des risques professionnels (caisses d'assurance retraite et de la santé au travail – Carsat –, associations interprofessionnelles de santé et de médecine du travail – AISMT –, etc.) afin de garantir une continuité de l'effort entre la vie personnelle et professionnelle des assurées concernées par une grossesse en cours.

Les caisses déjà impliquées dans le cadre de l'expérimentation initiale pourront étendre le périmètre d'action à d'autres publics comme les enfants, les adolescents, ou encore les couples ayant un projet parental.

La mise en œuvre de l'action « Zéro phtalates » devra se faire en articulation avec les agences régionales de santé (ARS) du fait notamment de leur compétence en matière de prévention et promotion de la santé par l'information et d'éducation sanitaire.

### Proposition 1 : Lutter contre le gaspillage de pansements, médicaments et matériel médical non utilisés qui s'accumulent chez les patients

- Limiter la première délivrance de pansements et produits nécessaires au traitement des plaies à sept jours de traitement et permettre à l'infirmier d'adapter ensuite la prescription au juste besoin du patient.
- Expérimenter une intervention à domicile pluriprofessionnelle de détection des gaspillages et d'ajustement des soins et promouvoir les protocoles pluriprofessionnels permettant une coordination entre médecins, pharmaciens et infirmiers pour ajuster la délivrance des médicaments prescrits.
- Identifier avec les pharmaciens les dispositifs médicaux non ouverts ramenés à l'officine et expérimenter les modalités de leur utilisation.
- Accompagner le déploiement des mesures portées par la convention médicale en matière de pertinence et sobriété des prescriptions, notamment la nouvelle consultation de déprescription pour les patients hyperpolymédiqués et le « bonus sobriété » pour les prescripteurs les plus respectueux de l'environnement.

### Proposition 2 : Promouvoir la santé environnementale

- Mieux connaître et évaluer l'impact de l'environnement sur la santé et les dépenses de santé en lançant un programme de recherche prioritaire partagé avec Santé publique France (SPF) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).
- Réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens à travers la généralisation dès fin 2024 de l'expérimentation menée par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de l'Indre et de l'Aisne sur les phtalates.

## 6. Approche par pathologie

## 6.1. Mettre en place une approche globale des maladies cardiovasculaires et associées au regard des facteurs de risque

Les facteurs de risque cardiovasculaire constituent une menace pour la santé publique dans la mesure où ils sont souvent la cause des maladies les plus fréquentes, coûteuses et invalidantes. La possibilité de réduire chez les assurés le nombre de facteurs de risque par des modifications de leur mode de vie (alimentation, lutte contre la sédentarité et le tabagisme…) a conduit l'Assurance Maladie à faire des maladies cardiovasculaires une priorité de son action, avec un objectif dédié dans la convention d'objectifs et de gestion (COG). L'Assurance Maladie souhaite donc créer des parcours et les déployer auprès des professionnels de santé et de leurs patients pour répondre aux ambitions de fluidification du système de santé, de garantie d'une meilleure qualité de prise en charge et pour réduire les dépenses évitables. Le parcours « insuffisance cardiaque » a constitué une première étape dans la structuration de cette logique de parcours : il conviendra de s'appuyer sur cette expérience pour aller plus vite et être plus ambitieux dans le déploiement des parcours au bénéfice des patients.

L'Assurance Maladie a initié la promotion du dépistage des maladies cardiovasculaires et associées (MCVA) dans son rapport Charges et produits pour 2024 en proposant d'organiser le dépistage précoce du diabète de type 2 en France. Pour mémoire, 28 % des patients diabétiques sont diagnostiqués au stade des complications donnant lieu à hospitalisation (incidents en stade 3 de diabète de type 2 en 2021). Cette proposition voit sa mise en œuvre initiée par le début du déploiement de « Mon bilan prévention » qui propose la réalisation du questionnaire Findrisc (questionnaire d'évaluation du risque de développer un diabète) à partir de la tranche d'âge 45-50 ans. Elle va se poursuivre au cours de l'année avec la promotion de ce dépistage auprès des médecins généralistes par voie électronique puis par la visite des délégués de l'Assurance Maladie chez une partie des médecins généralistes.

Cette action constitue la première séquence en faveur d'une amélioration du taux de couverture des dépistages des maladies chroniques dans les populations à risque. La deuxième étape intervient cette année avec la promotion du dépistage de la maladie rénale chronique (MRC), souvent silencieuse jusqu'au stade terminal et pour laquelle la prise en charge en dialyse en urgence (30 % des incidents en dialyse chaque année) est un problème de santé publique majeur (altération de la qualité de vie des malades et impact important de la dialyse sur les dépenses d'Assurance Maladie).

Cette démarche pourra s'étendre dans les années à venir au dépistage de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) par exemple, dans la continuité de l'expérimentation de l'Assurance Maladie pour la réalisation de spirométries en pratiques de soins primaires. En complément du dépistage des maladies en tant que telles, l'Assurance Maladie mettra également l'accent sur la prise en compte des principaux facteurs de risque (exemple : dyslipidémies), en complément des actions déjà en cours, telles que la délivrance des appareils d'automesure tensionnelle en médecine générale.

La nouvelle convention médicale, *via* les indicateurs « dépistage du diabète » et « dépistage de la MRC » du futur forfait médecin traitant, agira en synergie avec les actions de communication à destination des professionnels de santé. Il s'agira d'un levier direct par la mise à disposition de listes nominatives des patients qui relèvent de ces dépistages et qui n'en ont pas bénéficié.

### 6.1.1. Une capacité à agir sur les facteurs de risque en amont de la survenue d'une MCVA

Dans une approche extensive du risque cardiovasculaire, on peut dénombrer jusqu'à 12 facteurs de risque. Parmi ceux-ci, les plus fréquents en population générale sont le surpoids et l'obésité ainsi que le tabagisme, l'hypertension artérielle et les anomalies lipidiques qui touchent environ un tiers de la population. La sédentarité et le manque d'activité physique combinés concernent 20 % des personnes.

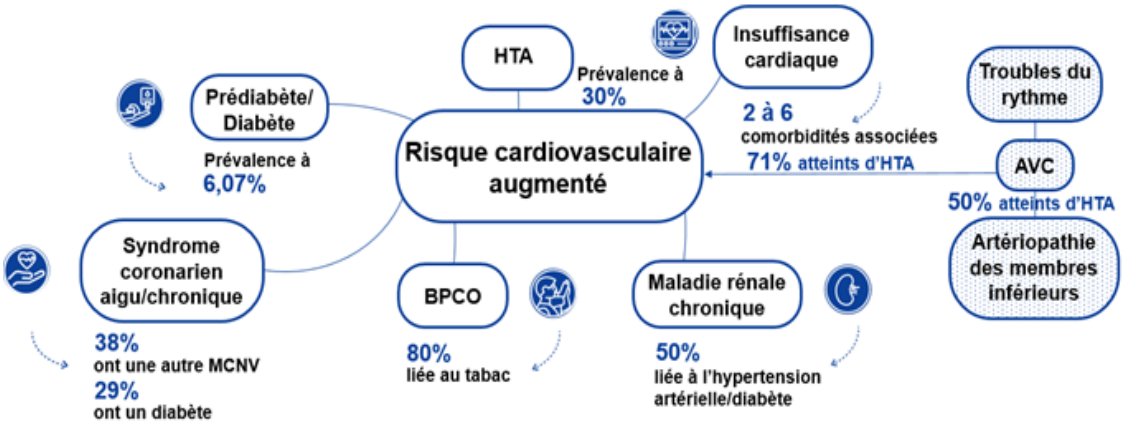
Parmi ces facteurs de risque, certains sont non modifiables comme l'âge, le sexe et l'hérédité. Si les hommes sont à risque d'avoir un événement cardiovasculaire plus tôt dans la vie que les femmes, la pathologie cardiovasculaire est un problème majeur de santé publique qui progresse fortement chez les femmes (voir *infra* la section 7.2.4 « Focus sur les pathologies cardiovasculaires et respiratoires »). D'autres de ces facteurs sont

modifiables par un changement de comportement, particulièrement pour les 23 %[45] d'adultes dont la consommation d'alcool dépasse les repères de consommation ainsi que pour les 32 %[46] de personnes qui se déclarent fumeuses (24,5 % de personnes se déclarent fumeurs quotidiens). Les modifications thérapeutiques du mode de vie (activité physique, alimentation équilibrée) et au besoin les traitements médicamenteux hypolipémiants et antihypertenseurs permettent de minimiser le risque associé aux facteurs de risque correspondants.

### Un champ pathologique avec une forte interdépendance entre les maladies

Le risque cardiovasculaire augmenté conduit à un ensemble de maladies, cinq d'entre elles constituent une priorité dans le cadre de la COG (syndrome coronarien chronique, insuffisance cardiaque, maladie rénale chronique, diabète, BPCO). Les facteurs de risque et les maladies sont intimement liés en raison des mécanismes physiopathologiques qui les régissent. Les patients atteints du syndrome coronarien chronique par exemple sont atteints d'une autre maladie cardiovasculaire dans 38 % des cas et d'un diabète dans 29 % des cas, tandis que la maladie rénale chronique est due dans plus de 50 % des cas à une hypertension artérielle ou un diabète.

Figure 52 : Maladies cardiovasculaires et associées




*Sources : Cnam*

### Focus sur un facteur de risque majeur : l'obésité

L'obésité et le surpoids sont des caractéristiques individuelles qui ne sont pas, en tant que telles, identifiables dans les données de l'Assurance Maladie de manière générale.

Dans les bases de l'Assurance Maladie, les assurés ne peuvent être identifiés comme atteints d'obésité que lorsqu'ils sont hospitalisés pour une prise en charge en lien avec l'obésité ou pour une prise en charge liée à une autre pathologie compliquée par l'obésité (définition du diagnostic associé au sens du programme de médicalisation des systèmes d'information – PMSI). Les tendances montrent une relative stabilité du nombre d'assurés qui peuvent être repérés en situation d'obésité à l'aide du SNDS entre 2017 et 2021 avec environ 850 000 hommes et 1 350 000 femmes, cet écart est notamment dû à une fréquence d'hospitalisation plus importante chez les femmes que chez les hommes, en lien avec la maternité. Cela n'est donc pas le reflet de la prévalence de cette affection.

L'étude de référence sur l'obésité est l'étude Esteban, menée par Santé publique France dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS). Il s'agit d'une étude transversale en population générale portant sur un échantillon aléatoire national d'adultes et d'enfants dont l'indice de masse corporelle (IMC) est mesuré. Publiée en 2017, elle présente des données recueillies en 2014 et 2015.

Ainsi, on constate l'écart important qui existe entre la prévalence mesurée approximativement à l'aide du SNDS (3,4 %) et celle de l'étude Esteban (17 %). Cet écart s'explique par le fait que seule une partie des patients

45 Données Baromètres de Santé publique France, Andler R, Quatremère G, Richard JB, Beck F, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. *Bull Épidémiol Hebd. 2024*;(2):22-31. http://beh.santepubliquefrance.fr

46 Données Santé publique France 2022, Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans. *Bull Épidémiol Hebd. 2023*;(9-10):152-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_1.html

atteints d'obésité fait l'objet d'une hospitalisation et seule une partie des patients obèses hospitalisés fait l'objet d'un codage CIM-10 PMSI d'obésité.

### L'obésité : une pathologie d'entrée dans les maladies cardiovasculaires et associées

La survenue du surpoids et de l'obésité relève de facteurs génétiques, épigénétiques, physiologiques, psychologiques, environnementaux ou socioéconomiques. La prévalence de l'obésité est plus élevée dans les milieux sociaux défavorisés[47]. De même, les habitudes alimentaires sont significativement affectées par le milieu social et familial : chez les enfants âgés de moins de 10 ans, les habitudes alimentaires considérées comme « saines » sont positivement corrélées au niveau d'études de son parent représentant.

À l'âge adulte, l'obésité est un facteur de risque important de maladies cardiovasculaires (diabète, hypertension artérielle – HTA –, dyslipidémie, maladie coronaire, accident vasculaire cérébral – AVC –, insuffisance cardiaque, troubles du rythme, fibrillation atriale…) sans compter les conséquences psychologiques et sociales qui peuvent en découler comme l'altération de la qualité de vie, la discrimination, la difficulté à l'embauche, etc.

### Les actions de l'Assurance Maladie en prévention de l'obésité de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte

Après trois années d'expérimentation, le dispositif « Mission : retrouve ton cap » a été généralisé dans toute la France. Ce dispositif permet aux enfants de 3 à 12 ans à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier sur prescription médicale d'une prise en charge précoce, pluridisciplinaire – diététique, psychologique, activité physique – remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie sans avance de frais par la famille ni dépassement d'honoraires.

À début mai 2024, ce sont 420 structures (maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP –, centres de santé – CDS) qui sont référencées sur le territoire pour dispenser la prise en charge du dispositif « Mission : retrouve ton cap ». Plus de 88 % des départements ont au moins une structure référencée sur leur territoire avec une répartition hétérogène sur le territoire. Chaque mois, les référencements progressent depuis la généralisation. Au moins 2 400 enfants ont initié une prise en charge dans une des structures référencées.

Le dispositif « article 51 » issu de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 donne lieu à plusieurs autres expérimentations sur la prise en charge des personnes atteintes d'obésité (enfants et adultes). À titre d'exemple, le modèle de l'Espace médical nutrition obésité (EMNO) en cours d'évaluation, pourrait être généralisé à travers un parcours coordonné renforcé en fonction des résultats de son évaluation, tels qu'appréciés par le conseil stratégique de l'innovation en santé.

## 6.1.2. L'Assurance Maladie poursuit son engagement pour la promotion de l'activité physique et de l'activité physique adaptée

### L'activité physique : une thématique importante de « Mon bilan prévention » potentialisée dans le cadre de la Grande Cause Nationale 2024

L'activité physique intervient à tous les niveaux (bien-être physique, mental, social), et dans la prévention de nombreuses maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires et associées, maladies psychiatriques), mais également pour ralentir leur évolution et dans leur prise en charge thérapeutique (prévention secondaire et tertiaire).

Dans le cadre de la Stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024 visant à *« améliorer l'état de santé de la population en favorisant l'activité physique et sportive de chacun au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie »* l'activité physique est promue « Grande Cause Nationale 2024 », année des Jeux olympiques organisés à Paris. L'Assurance Maladie en est un partenaire officiel et s'implique tout au long de l'année 2024 à sa promotion.

47 Mas, Marine & Brindisi, Marie-Claude & Chambaron, Stephanie. (2021). Facteurs socio-économiques, psychologiques et environnementaux de l'obésité : vers une meilleure compréhension pour de nouvelles perspectives d'action. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 56. 10.1016/j.cnd.2021.06.001.

La prescription d'activité physique adaptée (APA) peut être freinée par le manque de connaissance ou d'information des médecins, le manque de temps (besoin d'un temps d'échange suffisant pour aborder ce type de thématique comportementale), la méconnaissance de l'offre sur le territoire, et la difficulté à motiver le patient. Une mission ministérielle confiée au docteur Dominique Delandre a notamment la charge d'explorer ces dimensions.

En conséquence, l'Assurance Maladie a commencé à déployer une campagne de promotion de la prescription d'APA auprès des médecins généralistes, ainsi que des sages-femmes, infirmiers, pharmaciens et masseurs-kinésithérapeutes. Cette campagne a débuté en avril 2024 par l'envoi de courriels à l'ensemble de ces professionnels de santé pour les inciter à améliorer le niveau de pratique de leurs patients et à les orienter vers les structures ressources en sport santé et APA, principalement les Maisons Sport-Santé.

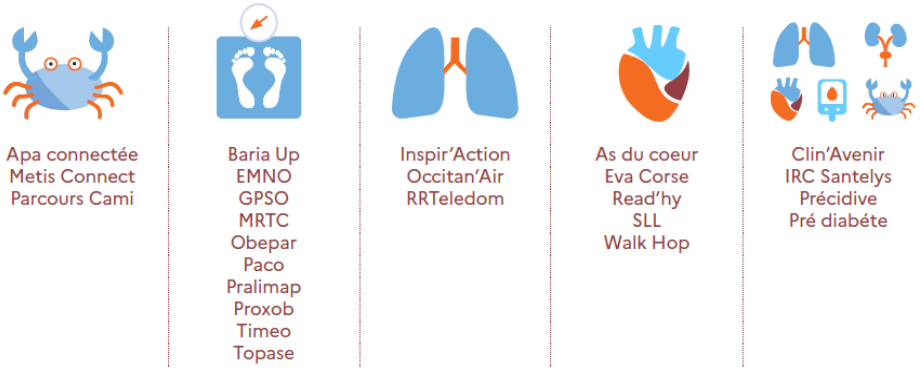
Cette campagne va se poursuivre avec des visites de délégués de l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes pour appuyer ces messages et outiller plus concrètement les médecins pour faciliter leur pratique quotidienne, *via* un mémo synthétique d'aide à la prescription d'APA notamment.

### L'activité physique adaptée est portée dans de nombreuses expérimentations « article 51 »

Le dispositif « article 51 » issu de la LFSS pour 2018 donne lieu à plus d'une dizaine d'expérimentations qui proposent un parcours de santé intégrant l'activité physique adaptée. L'APA est prescrite dans le cadre d'une prévention tertiaire de pathologies chroniques telles que les pathologies cardiaques, respiratoires ou encore le cancer, le diabète, etc., notamment au décours d'un épisode aigu.

Certaines de ces expérimentations arriveront à échéance en 2024 et donneront lieu possiblement à une généralisation en fonction des résultats des évaluations.

Figure 53 : Expérimentations « article 51 » intégrant de l'activité physique adaptée




APA : activité physique adaptée ; Cami : cancer, art martiaux et information ; EMNO : Espace médical nutrition et obésité ; GPSO : Gestion du parcours de santé dans l'obésité ; MRTC : programme « Mission : retrouve ton cap » ; RR Télédom : programme de réadaptation respiratoire à domicile et par téléréadaptation ; SLL : structures libérales légères ; IRC : insuffisance rénale chronique

*Source : annexes du rapport au parlement 2023 de l'Article 51*

## 6.1.3. Les temps forts des actions, vers une approche élargie des maladies à risque cardiovasculaire élevé

### L'insuffisance cardiaque : une année 2023-2024 marquée par une implication très forte de l'Assurance Maladie

Initié en 2020, le programme d'accompagnement du parcours de soins de l'insuffisance cardiaque de l'Assurance Maladie s'est progressivement déployé au décours de la période de pandémie de Covid-19, à partir du second

semestre de l'année 2021. Les axes structurants de ce programme, avec un portage dans les territoires auprès des acteurs de soins primaires et des équipes spécialisées et avec des actions d'envergure nationale, ont été détaillés dans les éditions précédentes du rapport annuel de propositions de l'Assurance Maladie[48]. Il s'agit aussi bien d'initiatives de communication auprès du grand public, des patients et de leurs représentants associatifs ou des professionnels de santé, que de partenariats forts et synergiques avec des sociétés savantes (Collège de la médecine générale, Société française de cardiologie et Conseil national professionnel cardiovasculaire) et des acteurs institutionnels.

La deuxième partie de l'année 2023 et le premier semestre de l'année 2024 ont été marqués par la montée en charge de la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque. La transition du programme expérimental Etapes (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) vers le droit commun, effective au 1er juillet 2023, permet d'intégrer ce dispositif de suivi à distance dans le parcours de soins des patients atteints de la pathologie et nécessitant un temps ponctuel de renforcement de la prise en charge clinique, dans l'objectif d'accompagner le patient exposé à un épisode de décompensation avérée de sa pathologie.

Une étude récemment publiée[49], réalisée auprès de cardiologues exerçant sur le territoire national lors de la pandémie de Covid-19, met en évidence le recours préférentiel d'une solution de télésurveillance au décours d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque décompensée. La gestion de cette transition hôpital-suivi en secteur ambulatoire du parcours de soins fait l'objet d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs de soins : près de 25 % des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ayant signé l'accord conventionnel interprofessionnel ont ainsi choisi l'insuffisance cardiaque dans le volet « parcours de soins », s'investissant notamment sur la coordination ville-hôpital. L'Assurance Maladie est très présente sur ce volet de la prise en charge, avec une augmentation significative de patients bénéficiaires du programme d'accompagnement de retour à domicile des patients insuffisants cardiaques (Prado insuffisance cardiaque) lors de la crise sanitaire récente et la mise à disposition de supports informationnels thématiques auprès des médecins généralistes, infirmiers libéraux et pharmaciens d'officine, téléchargeables sur le site ameli.fr.

Dans les régions, l'appropriation par les équipes soignantes des « boîtes à outils » de coordination et organisation des soins, mises à disposition dans le cadre des trophées Outil'ic, initiative du Conseil national professionnel cardiovasculaire (CNPCV) soutenue par l'Assurance Maladie, contribue à renforcer le maillage territorial et l'efficience des soins apportés aux patients insuffisants cardiaques (supports consultables sur le site internet du CNPCV).

La campagne nationale de communication portant sur la reconnaissance des signes et symptômes de l'insuffisance cardiaque (campagne « EPOF », pour essoufflement, prise de poids, œdèmes des membres inférieurs et fatigue), réalisée auprès de la population âgée de 60 ans et plus et des professionnels de santé, connaît un vif succès. Une enquête BVA, réalisée en novembre 2023, confirme en effet l'impact très positif des messages portés par cette campagne de communication auprès du grand public avec un bon niveau de mémorisation spontanée et d'une incitation accrue à aborder la thématique de façon proactive avec le médecin et l'entourage, notamment lorsque des symptômes sont perçus.

Cette action sera complétée cette année par une campagne nationale d'information sur les recommandations de bonnes pratiques d'hygiène de vie et de suivi, destinée aux patients insuffisants cardiaques, à leurs aidants et aux professionnels de santé. Les enjeux et bénéfices de l'exercice physique régulier, de la surveillance attentive du poids, de l'observance au traitement et au calendrier de suivi médical et de la modération de l'apport de sel (sous l'acronyme EPON) de la Société française de cardiologie (SFC) seront présentés.

Les récentes données nationales de l'outil de diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque développé par l'Assurance Maladie, et qui fait l'objet de remontées très positives de la part des offreurs de soins dans les territoires, permettent d'estimer à 16,4 % le taux de patients hospitalisés à au moins une reprise pour insuffisance cardiaque décompensée au cours d'une période de suivi de deux ans (parmi 619 618 patients suivis du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022, Tableau 9), en repli notable comparé à la période 2020-2021 (26,9 % des sujets hospitalisés)[50]. Il s'agit de personnes âgées (âge moyen de 79 ans) et 49 % sont des femmes. Les trois quarts de ces patients hospitalisés présentent des comorbidités chroniques de fort impact sur leur état global de santé

48 Consulter les sections dédiées « Approche par pathologie : l'insuffisance cardiaque » des rapports pour l'année 2022, 2023 et 2024, disponibles en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/rapport-propositions-assurance-maladie-charges-produits

49 El Blidi-Rahmani M, Villaceque M, Maribas P, Albert F, Amara W, et al. (2023) Barriers and Solutions for Deploying, Expanding and Sustaining Remote Patient Monitoring for Managing Patients with Heart Failure: Qualitative questionnaire-based study in France. *J Community Med Public Health* 7:341. DOI : https://doi.org/10.29011/2577-2228.100341

50 Résultats publiés dans le rapport précédent, section 5.2.2, page 93, disponible en ligne : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf

et leur qualité de vie (score de Charlson médian de 3). Le taux global de mortalité au cours de la période de référence s'inscrit lui aussi à la baisse (24,2 % pour les patients suivis en 2021-2022 contre 26,7 % pour l'effectif suivi en 2020-2021).

Tableau 9 : Sélection d'indicateurs nationaux produits pour l'outil de diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque

| | |
|---|---|
| Cohorte de patients pris en charge pour une insuffisance cardiaque (IC) en 2020[(a)] | 619 618 |
| Nombre (%) de patients avec au moins un séjour pour IC en 2021 ou 2022 | 101 625 (16,4 %) |
| ***Indicateurs calculés pour les patients avec au moins un séjour*** | |
| Durée moyenne du séjour index (jours) | 11,7 |
| Taux de patients admis en soins critiques[(b)] | 18,1 % |
| Taux d'admission en établissement SMR[(c)] à 3 mois | 9,8 % |
| **Réhospitalisation pour IC (taux bruts)** | |
| à 30 jours | 7,4 % |
| à 3 mois | 17,6 % |
| à 6 mois | 26,1 % |
| **Mortalité (taux brut), effectif total (N. = 619 618)** | |
| au cours du suivi 01/01/2021 à 31/12/2022 | 24,2 % |

(a) Il s'agit de la population de patients étudiée pour l'outil de diagnostic territorial : patients âgés de 18 ans ou plus, vivants au 1er janvier 2020 et non-résidents en Ehpad. Suivi réalisé du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2022.
(b) Patients admis au cours du séjour index en réanimation ou en unité de soins intensifs ou surveillance continue
(c) SMR : Soins médicaux et de réadaptation polyvalents ou cardiologiques

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam, outil de diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque (SNDS)*

Il est ici permis de penser que les actions susmentionnées entreprises depuis 2021 par l'Assurance Maladie dans les territoires, avec ses partenaires (associations de patients, représentants des sociétés savantes médicales et paramédicales) et l'implication des équipes d'accompagnement des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des services médicaux auprès des professionnels de santé, ainsi que les actions au niveau national ont contribué à l'amélioration de ces indicateurs, indépendamment des conséquences de la crise sanitaire.

La prévention des réhospitalisations, la préservation de la capacité fonctionnelle et l'amélioration de la qualité de vie de ces patients sont des bénéfices démontrés de la réadaptation cardiaque. Les données nationales du suivi de cohorte de l'outil de diagnostic territorial rappellent la faible proportion de sujets bénéficiaires d'une prise en charge dans les établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR), atteignant à peine 10 % dans les 3 mois suivant la sortie de secteurs de soins aigus. La comparaison avec le taux de prise en charge en réadaptation cardiaque de patients lors d'un syndrome coronarien aigu, établi selon des travaux récents à 22 %[51], met en évidence la marge de progression notable sur ce volet de l'optimisation du parcours de soins des patients insuffisants cardiaques.

L'Assurance Maladie, en lien avec la cellule d'expertise de l'article 51 du ministère chargé de la Sécurité sociale, suit attentivement le développement des expérimentations en cours, comme Read'hy, Walk Hop, EVA Corse et SLL (structures libérales légères), portant sur une alternative ambulatoire au SMR afin de favoriser l'accès aux soins et optimiser la prise en charge en post-aigu des patients porteurs d'une pathologie cardiovasculaire, incluant l'insuffisance cardiaque.

### Un enjeu fort de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque : diagnostiquer tôt et agir vite en secteur de soins primaires

Le nombre annuel de cas incidents d'insuffisance cardiaque demeure globalement stable depuis 2019, avec une proportion moindre, en 2022, de cas entrant dans la pathologie sur un mode aigu avec hospitalisation. Si les actions de l'Assurance Maladie et de ses partenaires, axées sur la thématique EPOF, ont démontré leur impact

51 Grave C et al., Évolutions nationale et régionales de l'admission en réadaptation cardiaque après un syndrome coronaire aigu en France entre 2009 et 2021 : des disparités persistantes. *Bull Épidémiol Hebd. 2024*;(8):164-74. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/8/2024_8_3.html

sur la reconnaissance des signes et symptômes de la maladie avec une contribution possible à la réduction du nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque aiguë, un effort soutenu et continu doit être réalisé afin d'ancrer cette évaluation systématique dans la pratique quotidienne. Les résultats de l'étude française IC-PS2, menée par le groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies (Gicc) de la Société française de cardiologie - (SFC) en 2018[52], nous rappellent en effet que près de 50 % des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque décompensée présentaient des signes et symptômes d'appel depuis plus de 15 jours et un tiers depuis plus de 2 mois avant l'admission.

La démarche de diagnostic optimisé de l'insuffisance cardiaque symptomatique en secteur de soins primaires doit donc associer la reconnaissance précoce de signes et symptômes d'alerte (de type EPOF) à la confirmation rapide de l'hypothèse diagnostique à l'aide du dosage sanguin des peptides natriurétiques. La systématisation de cette stratégie clinique simple, chez le patient insuffisant cardiaque connu, constituera le premier objectif de la mise à disposition des profils pour les médecins généralistes de leur « patientèle à risque de constitution d'une insuffisance cardiaque », lancé au second semestre 2024 par les équipes de l'Assurance Maladie. Ils sont partagés par les praticiens-conseils lors d'une campagne d'échanges confraternels qui s'étendra sur la période 2024-2025.

Mais la reconnaissance précoce d'une insuffisance cardiaque symptomatique évolutive ne doit pas se limiter aux cas des patients avec la maladie « connue » : nombre de pathologies fréquemment rencontrées en médecine de soins primaires sont susceptibles d'évoluer vers la constitution d'une insuffisance cardiaque, événement de santé très péjoratif dans le parcours de vie du patient.

Le profil individuel informationnel présenté par les équipes d'accompagnement de l'Assurance Maladie détaillera les effectifs de patients porteurs de sept pathologies causales d'une insuffisance cardiaque et fréquemment rencontrées en médecine générale : la maladie coronarienne, l'hypertension artérielle avérée potentiellement sévère, les valvulopathies cardiaques chroniques, les troubles rythmiques supraventriculaires (fibrillation atriale notamment), le diabète, la bronchopneumopathie chronique obstructive et la maladie rénale chronique documentée (insuffisance rénale chronique, notamment).

Le deuxième objectif de ce support de données sera donc de sensibiliser les médecins généralistes à l'évaluation systématique de l'hypothèse d'une insuffisance cardiaque paucisymptomatique méconnue parmi les sujets porteurs d'une ou plusieurs de ces affections, selon la même démarche diagnostique d'évaluation d'EPOF.

Le troisième objectif du profil médecin généraliste « patientèle à risque de constitution d'une insuffisance cardiaque » sera donc pour l'Assurance Maladie et ses partenaires de contribuer à stabiliser, voire réduire progressivement le taux d'incidence de cette maladie en accompagnant les professionnels de santé dans la prévention de son développement ou le ralentissement de son évolution.

### Vers une approche élargie des maladies à risque cardiovasculaire élevé

Parmi les sept pathologies abordées dans le profil médecin généraliste « patientèle à risque de constitution d'une insuffisance cardiaque », quatre, en complément de l'insuffisance cardiaque, font l'objet de priorités d'actions et d'un engagement fort de l'Assurance Maladie et de priorités d'actions, dans le cadre de la signature de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027 avec l'État : le syndrome coronarien chronique, le diabète, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et la maladie rénale chronique (MRC).

S'il peut être complexe de renseigner leur taux réel de prévalence en France, les études menées dans le SNDS et les approches méthodologiques d'extrapolation des épidémiologistes et des experts des sociétés savantes permettent d'estimer le nombre de patients adultes concernés[53] :

- diabète sucré : 4,7 millions de patients adultes ;
- bronchopneumopathie obstructive chronique : 3,5 à 4 millions de patients adultes ;
- syndrome coronarien chronique : 1,7 million de patients adultes ;
- néphropathie chronique « documentée » (*via* l'affection de longue durée – ALD – ou motif(s) d'hospitalisation renseigné(s) dans le SNDS) : 730 000 patients[54].

52 Beauvais F et al. First symptoms and health care pathways in hospitalized patients with acute heart failure: ICPS2 survey. A report from the Heart Failure Working Group (GICC) of the French Society of Cardiology. Clin Cardiol. 2021 Aug; 44(8):1144-1150. doi: 10.1002/clc.23666. Epub 2021 Jun 26. PMID : 34173675; PMCID : PMC8364729.

54 Sources : Cnam, Santé publique France, Société française de cardiologie, Société de pneumologie de langue française

55 Sur une estimation globale de 6 millions de sujets atteints d'une maladie rénale chronique, tous stades, en France. Sources : Registre REIN ABM, SFNDT

Ajoutons à ce panorama l'effectif de plus de cinq millions de patients, repérés dans le SNDS comme porteurs d'une hypertension artérielle « potentiellement sévère documentée », avec possible atteinte d'organe (*Hypertension-Mediated Organ Damage,* HMOD).

Ces maladies présentent des similarités : fortement prévalentes et à fort risque de gravité, sources d'une altération significative et durable de la qualité de vie des patients, elles sont susceptibles d'être déstabilisées et aggravées par l'impact péjoratif de facteurs de risque modifiables. Elles sont aussi fréquemment associées entre elles (à titre d'exemple, l'analyse des données du SNDS met en évidence plus de 1 million de patients affectés par une maladie coronarienne présentant aussi une hypertension artérielle potentiellement sévère ; près de 600 000 sujets atteints d'une BPCO sont également porteurs d'un diabète…), rendant plus complexe une prise en charge optimale en secteur de soins primaires, avec les impératifs d'une organisation interprofessionnelle renforcée et une coordination fluide avec les acteurs de soins spécialisés autour de ces sujets fragilisés. La transition harmonieuse de la sortie d'établissement de santé vers le retour à domicile, avec un suivi clinique adapté au décours d'un événement clinique aigu, et le maintien de la qualité de vie des patients au long cours avec un suivi médical permettant *a minima* la stabilisation de l'état de santé, voire son amélioration, représentent deux illustrations à très fort enjeu de la séquence de soins afférente à ces pathologies.

Un échantillon de données de suivi clinique, issues des premières analyses populationnelles dans le SNDS, rend compte de la nécessité absolue d'appréhender les points de rupture des parcours de soins des patients affectés par une ou plusieurs de ces maladies chroniques :

- moins de 60 % des sujets coronariens bénéficient d'une délivrance annuelle régulière d'antiagrégants plaquettaires et d'hypolipémiants ;
- moins de 30 % des patients porteurs d'une BPCO bénéficient d'une évaluation annuelle de leur capacité fonctionnelle respiratoire (spirométrie ou exploration fonctionnelle respiratoire – EFR) ;
- moins de 50 % des patients diabétiques bénéficient d'une vaccination antigrippale annuelle ou d'un bilan rénal annuel.

Dans la poursuite de l'accompagnement du parcours de soins de l'insuffisance cardiaque, l'Assurance Maladie souhaite s'impliquer auprès des offreurs de soins et des partenaires institutionnels afin de contribuer à optimiser le parcours de soins des patients porteurs de ces cinq pathologies chroniques. La variabilité de leur prévalence régionale, associée à leur intrication péjorative fréquente chez un même patient, rend nécessaire d'accroître la visibilité des professionnels de santé sur les enjeux territoriaux afférents aux populations atteintes. Le premier objectif sera donc de mettre à disposition des acteurs de terrain un outil de diagnostic territorial « polypathologies chroniques », support unique incluant une synthèse de données populationnelles descriptives, d'indicateurs socles du parcours de soins et d'évolution des données de santé intéressant la BPCO, le diabète, le syndrome coronarien chronique, la maladie rénale chronique et l'insuffisance cardiaque. Une analyse observationnelle plus fine de chacun des parcours de santé sera proposée dans des supports dédiés.

Le profil individuel informationnel présenté par les équipes d'accompagnement de l'Assurance Maladie détaillera les effectifs de patients porteurs de sept pathologies causales d'une insuffisance cardiaque et fréquemment rencontrées en médecine générale : la maladie coronarienne, l'hypertension artérielle avérée potentiellement sévère, les valvulopathies cardiaques chroniques, les troubles rythmiques supraventriculaires (fibrillation atriale, notamment), le diabète, la bronchopneumopathie chronique obstructive et la maladie rénale chronique documentée (insuffisance rénale chronique, notamment).

### 6.1.4. Le champ des maladies cardiovasculaires et associées nécessite une évolution de l'accompagnement individualisé des patients : évolution de l'offre du dispositif sophia en 2025

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé définie par l'État, où la prévention est réaffirmée comme un axe stratégique majeur, l'Assurance Maladie a pour mission de contribuer pleinement et fondamentalement à la politique de prévention et d'accompagnement en santé des assurés. C'est dans cette dynamique que s'inscrit l'évolution de l'offre sophia (service d'accompagnement des malades chroniques).

Le programme d'accompagnement sophia est une initiative en place depuis 15 ans visant à offrir un accompagnement personnalisé aux assurés souffrant de diabète ou présentant des fragilités particulières. Ce programme propose un suivi individualisé, notamment par le biais d'entretiens téléphoniques avec des infirmiers

conseillers en santé (ICS), afin principalement d'aider les patients à mieux gérer leur santé au quotidien. Les objectifs incluent l'amélioration de l'adhésion au traitement médicamenteux et non médicamenteux, notamment par le soutien de modifications thérapeutiques du comportement, et du suivi, permettant la prévention des complications liées à la maladie.

À fin 2023, les adhérents au service sophia ont un meilleur résultat sur les écarts aux soins (bilan rénal à + 4,1 points, bilan ophtalmologique à + 6,7 points et bilan dentaire à + 4,2 points) que les éligibles au service sophia qui n'ont pas adhéré. Ces résultats sont encore plus nets pour les adhérents qui ont été appelés : (respectivement) + 10,8 points, + 12,8 points et + 11 points. Ces résultats sont en adéquation avec les résultats des études médico-économiques précédentes.

Conformément à la COG 2023-2027, le programme sophia va élargir son offre de service personnalisée à partir de 2025 pour répondre aux besoins de santé des assurés atteints de maladies cardiovasculaires (MCVA) en plus du diabète : insuffisance cardiaque, BPCO, maladie rénale chronique (MRC) et syndrome coronarien chronique (SCC).

Cette évolution repose sur une identification des assurés et une communication adaptée, une offre de service graduée, ainsi qu'une étroite collaboration avec le médecin traitant.

### Identification et communication

Les assurés éligibles atteints de MCVA seront identifiés dans un premier temps à partir de données médicales spécifiques et seront ensuite ciblés en fonction de critères de santé ou de fragilité sociale : un dispositif d'« aller vers » sera proposé aux patients les plus vulnérables. Les assurés disposeront d'un droit d'opposition.

Ce dispositif est une stratégie qui vise à aller directement vers les assurés pour les accompagner dans leur parcours de santé. L'objectif principal du dispositif d'« aller vers » étant de favoriser la prévention des complications des maladies cardiovasculaires et de mieux accompagner les assurés dans la gestion de leur santé, en intervenant de manière proactive et en répondant à leurs besoins spécifiques.

Des actions de communication seront entreprises auprès des malades éligibles en écarts aux soins et/ou en situation de précarité pour faire le bilan de leur santé, les informer de l'existence du programme sophia et les encourager à y recourir, selon les cas.

### Services gradués

Dès septembre 2024, le service sophia proposera un accès numérique à tous les assurés, avec une plateforme de connaissances et de ressources accessible au grand public sur le site ameli.fr de l'Assurance Maladie. Cette plateforme a pour but de mettre à disposition des informations sur les pathologies, des conseils hygiénodiététiques en matière de nutrition, d'activité physique, de sevrage tabagique, d'observance thérapeutique et de connaissance de la maladie, des incitations au changement de comportement et des partages d'expérience patient.

### Coordination et partenariat avec les professionnels de santé

À horizon 2025, dans le cadre de la nouvelle trajectoire adoptée par le programme sophia, la collaboration étroite avec le médecin traitant est essentielle pour assurer une prise en charge optimale des patients éligibles. C'est un service que les médecins traitants pourront solliciter pour leurs patients pour lesquels ils jugent qu'il peut contribuer à leur parcours de soins et s'intégrer dans la stratégie thérapeutique non médicamenteuse. Pour faciliter cette identification, le médecin recevra régulièrement une liste des patients éligibles de sa patientèle, basée sur les données de l'Assurance Maladie.

### Modalités de suivi et partage d'information

Pour assurer une prise en charge coordonnée et efficace, des modalités de suivi et de partage d'information sont prévues entre les professionnels de santé de ville et ceux du service sophia : le médecin traitant sera régulièrement tenu informé du suivi des patients qu'il a orientés vers le service sophia. Il recevra un compte rendu de l'accompagnement dont a bénéficié son patient, lui permettant de prendre connaissance de la démarche d'accompagnement entreprise par l'infirmier conseiller en santé de sophia.

Ainsi, l'évolution de l'offre du service sophia pour les années à venir vise à offrir un accompagnement gradué et adapté aux besoins de santé des assurés, en renforçant la coordination entre les différents acteurs de la santé. Ce modèle permettra d'améliorer la prise en charge des patients et de favoriser une meilleure gestion des pathologies chroniques.

## 6.2. Les patients pris en charge pour une maladie rénale chronique

La maladie rénale chronique (MRC) correspond à la diminution plus ou moins importante des fonctions des reins, quelle qu'en soit la cause. Les reins perdent, de façon durable et irréversible, leur capacité à filtrer correctement le sang de l'organisme. La MRC est une maladie longtemps silencieuse, d'évolution progressive et sans possibilité de guérison. Il existe donc un enjeu important de promotion du dépistage précoce de cette maladie dans la population à risque. L'insuffisance rénale a deux causes principales : le diabète et l'hypertension artérielle. À ce titre, elle s'intègre pleinement dans le champ des maladies cardiovasculaires et associées (MCVA) qui constituent une priorité pour l'Assurance Maladie.

En dessous d'un certain seuil de capacité des reins à filtrer le sang, on parle d'insuffisance rénale chronique dont l'évolution naturelle, plus ou moins lente, peut aller jusqu'à la perte totale de la fonction rénale. On parle alors d'insuffisance rénale chronique terminale, nécessitant un traitement de suppléance par dialyse ou greffe de rein, ou, dans des cas bien particuliers, un traitement dit « conservateur » avec prise en charge de la personne sans dialyse ni greffe.

La greffe rénale (transplantation rénale) est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale terminale tant sur le plan du résultat pour le patient que du coût. Elle consiste à greffer un rein prélevé sur un donneur et peut permettre de restituer toutes les fonctions rénales au patient en insuffisance rénale. Elle permet, le plus souvent, de retrouver un quotidien quasi normal. Cependant, un suivi médical reste indispensable, un traitement immunosuppresseur devant être pris sans interruption, pour éviter le rejet du rein transplanté.

La dialyse est également un traitement efficace mais contraignant, qui peut considérablement affecter la qualité de vie des patients. Il existe deux principaux types de dialyse : l'hémodialyse (HD) et la dialyse péritonéale (DP). L'HD nécessite en général des séances régulières, en moyenne trois fois par semaine, le temps d'une demi-journée, dans un centre de dialyse ou à l'hôpital, nécessitant une supervision médicale et/ou paramédicale selon la situation clinique. L'HD à domicile s'est développée ces dernières années grâce à la miniaturisation et la simplification des appareils de dialyse pouvant désormais être installés au domicile des patients. Les patients qui en bénéficient sont formés au préalable et sont ainsi autonomes dans la gestion de leur dialyse. Ce mode de dialyse permet notamment aux patients de réaliser des dialyses plus courtes et plus fréquentes, par exemple le soir après une journée de travail, diminuant ainsi les contraintes en comparaison de la dialyse en centre, contraintes qui sont, d'une part, les effets secondaires hémodynamiques ainsi que la fatigue importante postdialyse longue, et, d'autre part, la contrainte sur l'emploi du temps des patients.

La DP peut être réalisée à domicile, offrant ainsi plus de flexibilité mais nécessitant une gestion rigoureuse par le patient, qui sera autonome ou assisté médicalement au début et à la fin de la dialyse, notamment grâce à l'intervention d'un infirmier à domicile.

Le dépistage précoce et ciblé est crucial pour identifier la MRC avant qu'elle ne progresse vers des stades plus graves. Une intervention rapide permet de ralentir la progression de la maladie, d'améliorer la qualité de vie des patients et de réduire les coûts de santé associés aux traitements de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Ce chapitre abordera dans un premier temps les caractéristiques des patients pris en charge et l'analyse des dépenses de soins de ces patients (liés ou non à la MRC), soulignant les implications financières pour le système de santé. Les résultats d'une étude sur les recours aux soins avant l'initiation d'une dialyse seront ensuite présentés. Enfin, des propositions pour améliorer le dépistage et le parcours de soins des patients atteints de MRC seront argumentées.

### 6.2.1. Analyse des caractéristiques et des dépenses des patients, selon le stade et les modalités de prise en charge de la maladie rénale chronique

#### En l'absence de données biologiques, l'algorithme Renalgo-Expert et celui de la cartographie des pathologies permettent de repérer indirectement les patients pris en charge pour une maladie rénale chronique (MRC) dans le système national des données de santé (SNDS)

Le diagnostic de la MRC repose sur la baisse du débit de filtration glomérulaire, qui peut être estimé à partir du dosage de la créatininémie. Cependant, les résultats biologiques ne sont pas disponibles dans le SNDS. Le repérage direct dans le SNDS des patients atteints de MRC en insuffisance rénale chronique terminale (stade 5) reste possible grâce aux traitements de suppléance (la dialyse ou la greffe), qui sont enregistrés dans les bases de données. C'est la méthode utilisée dans la cartographie des pathologies et des dépenses de la Cnam.

D'autres méthodes de repérage, plus complexes, ont été élaborées par l'Agence de la biomédecine en collaboration avec un groupe de travail, ReDSiam[55], dans le but de détecter les personnes atteintes de MRC à des stades plus précoces de l'histoire de la maladie, avant la suppléance rénale (insuffisance rénale modérée à sévère, stades 3 et 4). L'algorithme Renalgo-Expert, issu de cette collaboration, combine divers critères de consommation de soins de ville et hospitaliers disponibles dans le SNDS, tels que les médicaments prescrits, les actes médicotechniques, les examens de biologie, les diagnostics hospitaliers, la spécialité du prescripteur et la déclaration d'une affection de longue durée (ALD). En utilisant des combinaisons et des répétitions de ces critères, l'algorithme permet de repérer les patients ayant un suivi recommandé pour la MRC de stade 3 ou 4, sans les distinguer, selon deux niveaux de certitude : « certaine » ou « probable ».

Les analyses présentées dans cette section portent sur :

- les patients répertoriés comme ayant un suivi recommandé pour une MRC de stade 3 ou 4 « certaine »[56], repérés selon l'algorithme Renalgo-Expert, et non repérés pour une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) par la cartographie : le groupe « MRC "certaine" » ;
- les patients présentant une insuffisance rénale terminale en suppléance (MRC de stade 5) repérés par la cartographie[57] : le groupe « IRCT ».

Encadré 10 : Précautions d'interprétation des résultats

Dans le groupe « MRC "certaine" », seuls les patients repérés de manière certaine dans le système national des données de santé (SNDS) sont inclus dans les analyses présentées dans ce chapitre. Le repérage étant basé sur les consommations de soins en lien avec la maladie rénale chronique (MRC) selon des recommandations de bonnes pratiques (KDIGO), les patients ayant un suivi irrégulier, voire absent, ne sont probablement pas inclus dans ces analyses. De même, les évolutions d'effectifs de patients peuvent dépendre de l'évolution de la régularité de leur suivi. Il est également possible que des patients au stade 2 aient un suivi plus intense et soient repérés par l'algorithme.

Parmi les patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), seuls sont repérés ceux ayant des consommations de soins de suppléance (dialyse ou greffe) au cours de l'année. À ce stade terminal de la MRC, une prise en charge alternative à la suppléance dite « conservatrice », visant à prendre en charge la symptomatologie et améliorer la qualité de vie, peut être proposée notamment pour les patients les plus fragiles, la dialyse et la greffe demeurant des traitements lourds . Ces patients ne sont pas inclus dans ce groupe, car non repérés dans le SNDS.

Parmi les patients dialysés, seuls ceux n'ayant pas eu de transplantation rénale ou étant suivis pour une transplantation rénale ont été inclus. De plus, les transferts éventuels entre les deux techniques de dialyse ne sont pas étudiés. Les personnes ayant bénéficié des deux techniques la même année sont considérées en hémodialyse.

Les dépenses décrites sont les dépenses remboursées par l'Assurance Maladie, qu'elles soient en lien ou non avec la MRC.

55 https://www.redsiam.fr/

56 L'algorithme « MRC "probable" » fait encore l'objet d'ajustements au moment de ces analyses.

57 https://www.assurance-maladie.ameli.fr/content/methode-detaillee-du-reperage-des-pathologies-episodes-de-soins-ou-traitements

## Une population aux comorbidités fréquentes, avec des différences marquées selon le stade et le type de traitement

En 2022, 642 313 patients avaient une MRC « certaine » (Tableau 10). Ces personnes étaient âgées de 72 ans en moyenne, 46 % étaient des femmes. Parmi les comorbidités retrouvées (84 %), les plus fréquentes étaient des facteurs de risque de MRC tels que les maladies cardiovasculaires (52 %), le diabète (36 %) ou l'obésité (17 %[58]).

Les patients dialysés ayant une IRCT (56 666 personnes) étaient un peu plus jeunes (70 ans en moyenne) que ceux ayant une MRC « certaine ». La principale explication est que la majeure partie des patients au stade 3 ou 4 n'évolue pas vers le stade 5 et a donc une espérance de vie supérieure aux patients dialysés dont la mortalité annuelle est comprise entre 16 % et 17 % ces dernières années, d'après le registre du réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN).

Parmi les patients dialysés, les résultats suggèrent que la prévalence de ces pathologies était plus faible chez ceux pris en charge par DP (7 % des dialysés), plutôt que par HD. Une explication possible est que les maladies cardiovasculaires peuvent être favorisées par l'HD[59]. En raison de la survenue plus fréquente de complications de la DP chez les patients obèses[60], la DP est rarement choisie, voire contre-indiquée en cas d'obésité morbide (indice de masse corporelle supérieur à 46 kg/m²)[61], ce qui peut expliquer la prévalence plus faible de l'obésité chez les patients en DP (19 %). Ces résultats sont à interpréter avec prudence, car les patients dialysés sont très hétérogènes au sein de chaque type de prise en charge. Il a en effet été montré à plusieurs reprises qu'il existe un gradient de comorbidités identiques entre les patients en HD et les patients en DP, et que par exemple les patients en dialyse péritonéale continue ambulatoire assistés par un infirmier ont plus de comorbidités que les patients en HD en centre[62].

Enfin, comme attendu, les patients ayant bénéficié d'une transplantation rénale au cours de l'année (3 180 personnes) étaient les plus jeunes (53 ans en moyenne), au regard des recommandations de non-orientation vers la greffe en cas d'espérance de vie limitée et/ou des comorbidités entraînant un risque périopératoire trop élevé et/ou l'absence de bénéfice de la transplantation en termes d'espérance et de qualité de vie (recommandations de la Haute Autorité de santé – HAS). Il est à noter que tous les patients dialysés et transplantés ne bénéficiaient pas d'une ALD pour néphropathie mais d'une autre ALD probablement en rapport avec une comorbidité associée, cause ou conséquence de la MRC.

58 La proportion de personnes ayant une obésité est sous-estimée, car il ne s'agit que des obésités codées lors d'une hospitalisation.

59 Chirakarnjanakorn S, Navaneethan SD, Francis GS, Tang WH. Cardiovascular impact in patients undergoing maintenance hemodialysis: Clinical management considerations. Int J Cardiol. 2017 Apr 1;232:12-23. doi: 10.1016/j.ijcard.2017.01.015. Epub 2017 Jan 4. PMID: 28108129; PMCID: PMC5316356.

60 McDonald, S., Collins, J., & Johnson, D. (2003). Obesity is associated with worse peritoneal dialysis outcomes in the Australia and New Zealand patient populations. *Journal of the American Society of Nephrology*: JASN, 14 11, 2894-901. https://doi.org/10.1097/01.ASN.0000091587.55159.5F

61 Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

62 Phirtskhalaishvili T, Bayer F, Edet S, Bongiovanni I, Hogan J, Couchoud C; REIN registry. Spatial Analysis of Case-Mix and Dialysis Modality Associations. *Perit Dial Int*. 2016 May-Jun;36(3):326-33. doi : 10.3747/pdi.2015.00003. Epub 2015 Oct 16. PMID : 26475843; PMCID : PMC4881796.

Tableau 10 : Descriptif des patients pris en charge pour une maladie rénale chronique (MRC), en 2022

| | MRC « certaine » | IRCT | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | dialyse | | | transplantation | suivi de transplantation |
| | | total | HD | DP | | |
| Effectif | 642 313 | 56 666 | 52 774 | 3 892 | 3 180 | 40 878 |
| Age moyen, ans | 72 | 70 | 70 | 69 | 53 | 57 |
| Age médian (Q1-Q3), ans | 75 (64-85) | 72 (62-80) | 72 (62-80) | 73 (61-81) | 55 (42-66) | 59 (48-69) |
| Femmes | 46 | 37 | 37 | 38 | 37 | 39 |
| C2S* | 8 | 14 | 15 | 8 | 17 | 12 |
| participative | 4 | 8 | 8 | 4 | 8 | 6 |
| gratuite | 5 | 8 | 8 | 5 | 12 | 7 |
| ALD (toute cause) | 87 | 99 | 99 | 98 | 100 | 99 |
| ALD n°19 (néphropathie) | 27 | 60 | 60 | 58 | 77 | 74 |
| ≥ 1 pathologie (hors MRC) | 84 | 89 | 90 | 84 | 74 | 66 |
| Maladies cardioneurovasculaires | 52 | 63 | 63 | 58 | 42 | 30 |
| Maladie coronaire | 23 | 33 | 33 | 30 | 20 | 14 |
| Accident vasculaire cérébral | 9,5 | 10 | 10 | 9,1 | 5,3 | 4,4 |
| Insuffisance cardiaque | 22 | 27 | 27 | 29 | 13 | 8,2 |
| Artériopathie périphérique | 10 | 21 | 21 | 14 | 8,6 | 5,7 |
| Troubles du rythme cardiaque | 27 | 26 | 26 | 26 | 15 | 10 |
| Maladies valvulaires | 8,4 | 8,3 | 8,3 | 8,2 | 4,7 | 3,6 |
| Obésité** | 17 | 24 | 24 | 19 | 17 | 12 |
| Diabète | 36 | 45 | 45 | 40 | 35 | 31 |
| Cancers | 25 | 25 | 25 | 21 | 13 | 19 |
| actifs | 14 | 12 | 12 | 9,2 | 3,7 | 9,3 |
| surveillés | 13 | 14 | 14 | 13 | 9,0 | 10 |
| Maladies psychiatriques | 9,3 | 7,7 | 7,8 | 6,6 | 5,3 | 4,8 |
| Maladies neurologiques | 13 | 9,3 | 9,4 | 7,9 | 5,3 | 4,7 |
| Démences | 8,4 | 3,6 | 3,6 | 3,6 | 0,5 | 0,8 |
| Maladie de Parkinson | 1,9 | 1,3 | 1,3 | 1,0 | 0,5 | 0,5 |
| Épilepsie | 2,2 | 3,5 | 3,6 | 2,1 | 2,8 | 2,2 |
| Maladies respiratoires chroniques | 18 | 17 | 17 | 16 | 12 | 9,1 |
| Mal. inflammatoires/rares/VIH | 7,3 | 8,9 | 8,9 | 8,8 | 12 | 8,5 |
| Maladies du foie ou du pancréas | 5,8 | 8,2 | 8,3 | 7,0 | 14 | 9,8 |
| Hospitalisation pour Covid-19 | 4,5 | 4,9 | 4,9 | 4,1 | 4,0 | 5,4 |
| Trt antidépr./thymorégulateurs | 16 | 14 | 14 | 13 | 8,4 | 8,9 |
| Traitements anxiolytiques | 17 | 19 | 19 | 16 | 13 | 10 |
| Traitements hypnotiques | 7,8 | 13 | 14 | 11 | 8,5 | 5,5 |
| Traitements psychotropes | 30 | 34 | 34 | 30 | 23 | 19 |
| Traitements antihypertenseurs | 74 | 66 | 64 | 83 | 85 | 82 |
| Traitements hypolipémiants | 44 | 51 | 50 | 54 | 44 | 51 |

C2S : Complémentaire santé solidaire, HD : hémodialyse, DP : dialyse péritonéale, IRCT : insuffisance rénale chronique terminale, MRC : maladie rénale chronique

* Une même personne peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire gratuite et de la Complémentaire santé solidaire participative la même année.

** Obésité codée lors d'un séjour hospitalier.

Remarque : les valeurs sont des pourcentages sauf mention contraire.

*Champ : tous régimes - France entière*

*Source : Cnam (SNDS - cartographie et Renalgo-Expert)*

## L'évolution des effectifs des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC) entre 2015 et 2022 est en lien avec leur surmortalité et un possible sous-diagnostic des MRC de stade 3 ou 4 pendant la pandémie

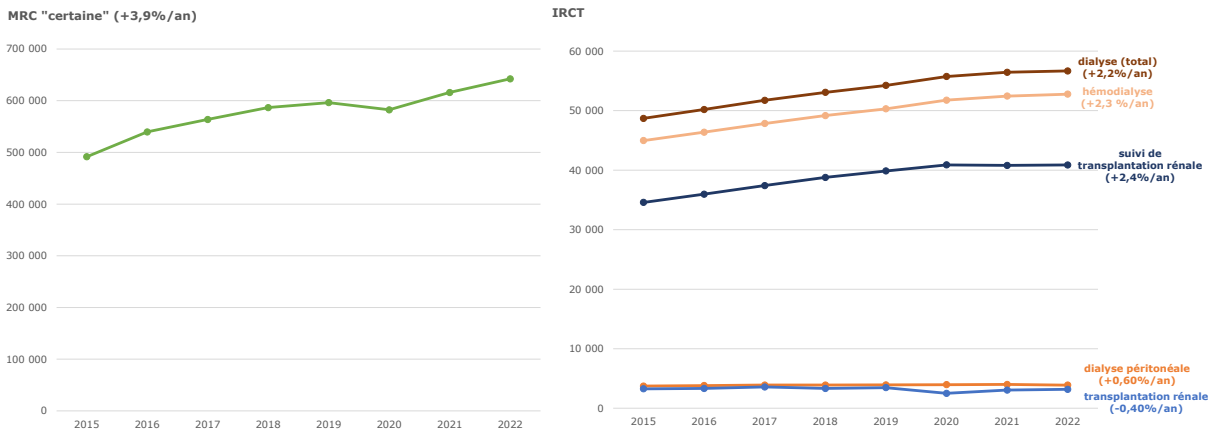
Entre 2015 et 2022, le nombre de personnes ayant une MRC « certaine » a augmenté de 30 %. Cette augmentation est présente chaque année (taux de croissance annuel moyen : + 3,9 %) sauf en 2020 (- 2,3 %) (Figure 54). En 2021 et 2022, l'effectif augmente de nouveau à un rythme proche de la croissance précédant la pandémie. Les effectifs de patients dialysés ont augmenté depuis 2015, d'environ 49 000 personnes en 2015 à 57 000 en 2022 (+ 16 %). Le taux de croissance annuel moyen était compris entre 2 % et 3 %, mais cette croissance semble ralentir depuis 2021 (+ 1,3 % entre 2020 et 2021 et + 0,40 % entre 2021 et 2022). Concernant la transplantation rénale, la baisse liée à la pandémie en 2020 (- 28 %) était liée, d'une part, à la suspension de l'activité de transplantation rénale adulte lors du premier confinement et, d'autre part, à la moindre activité de prélèvement (notamment de greffons issus de donneurs décédés en état de mort encéphalique)[63]. Par la suite, le nombre de patients augmente en 2021 (+ 22 %) et en 2022 (+ 4,1 %) sans toutefois atteindre le niveau antérieur à la pandémie (3 180 patients greffés en 2022 contre 3 471 en 2019).

Le ralentissement de la croissance, voire la baisse des effectifs en 2020, peut s'expliquer par deux raisons. Premièrement, la pandémie a entraîné une surmortalité chez les patients atteints de MRC comparativement aux années antérieures. Deuxièmement, le recours aux soins de ville et hospitaliers a fortement diminué, ce qui a pu

63 *Le rapport médical et scientifique du prélèvement et de la greffe en France*, 2020, ABM.

avoir des conséquences non seulement sur le diagnostic de MRC, mais aussi sur le repérage de ces patients dans le SNDS. La croissance de l'effectif a été davantage réduite pour la MRC « certaine » que pour l'IRCT. La MRC peut être une maladie silencieuse, ce qui peut amener à différer dans le temps le recours aux soins de ces patients tant qu'un traitement de suppléance n'est pas nécessaire. À l'inverse, pour l'IRCT, le recours aux soins n'a pas pu être différé, comme en témoigne la persistance de l'augmentation de l'effectif de patients dialysés en 2020. La dialyse a, de plus, été une solution de repli face à la diminution du nombre de greffons disponibles.

Figure 54 : Évolutions des effectifs de patients pris en charge selon le stade de la maladie rénale chronique (MRC) et le mode de suppléance, entre 2015 et 2022




IRCT : insuffisance rénale chronique terminale ; MRC : maladie rénale chronique
Note de lecture : les valeurs entre parenthèses sont les taux de croissance annuels moyens entre 2015 et 2022.

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS - cartographie et Renalgo-Expert)*

### 6.2.2. Dépenses de soins remboursées des patients, en fonction du stade et des modalités de prise en charge de la maladie rénale chronique

#### L'analyse des dépenses révèle des écarts significatifs selon la présence de comorbidités, mettant en évidence les conséquences des pathologies chroniques multiples sur les coûts de prise en charge

En 2022, la dépense moyenne des patients ayant une maladie rénale chronique (MRC) « certaine » était de 16 693 euros par patient (Tableau 11). Cette dépense n'était que de 3 987 euros par patient dans le sous-groupe des patients sans autre pathologie identifiée (16 % des patients avec une MRC « certaine »). Cet écart illustre l'importance des dépenses liées aux pathologies chroniques lourdes autres que la MRC chez ces patients, malgré un âge plus jeune (59 ans en moyenne) des patients sans comorbidité et des causes de MRC probablement différentes de ceux ayant des comorbidités. De manière similaire, bien que dans une moindre mesure, les dépenses affectées spécifiquement à la dialyse chronique dans la cartographie des pathologies et des dépenses (63 400 euros) représentaient 82 % des dépenses des patients ayant une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) dialysés (77 200 euros par patient). Pour la transplantation, cette proportion était de 86 % (83 000 euros et 71 700 euros, respectivement) et pour le suivi de transplantation, 63 % (21 600 euros et 13 600 euros, respectivement).

#### En 2022, la dépense moyenne pour la prise en charge des patients dialysés était plus de quatre fois supérieure à celle des patients ayant une MRC « certaine »

La dépense pour la prise en charge des patients dialysés (77 200 euros par patient) était plus de 4 fois supérieure à celle des patients ayant une MRC « certaine » (16 700 euros par patient), en raison des comorbidités, comme évoqué plus haut, mais aussi en raison des séances de dialyse. C'est ce que suggère l'écart des dépenses hospitalières (54 240 euros pour les dialysés et 10 106 euros pour la MRC « certaine »), surtout en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Pour les soins de ville, les dépenses moyennes étaient de 22 100 euros par personne

dialysée et de 6 150 par patient ayant une MRC « certaine », les différences les plus marquées concernant surtout les transports (13 680 euros et 519 euros, respectivement), également en lien avec la dialyse chronique, et dans une moindre mesure les soins infirmiers[64] (2 280 euros et 1 340 euros, respectivement) et les médicaments remboursés (3 180 euros et 2 180 euros, respectivement).

### Les dépenses de soins infirmiers semblent plus élevées chez les patients en dialyse péritonéale mais sont difficilement comparables selon la technique de dialyse ; les dépenses de transport sont plus élevées chez les patients hémodialysés

La dépense moyenne annuelle des patients pris en charge par dialyse péritonéale (DP) était inférieure de 27 % à celle des patients en hémodialyse (HD). Outre le fait que les patients en DP avaient moins de comorbidités (Tableau 10), l'HD et la DP regroupent des modalités de prise en charge très différentes selon que la dialyse est réalisée à l'hôpital, en centre, à domicile, et assisté par un infirmier ou non. Néanmoins, le profil des dépenses reflète globalement une prise en charge plutôt en ville pour la DP, avec des dépenses de soins infirmiers de 6 284 euros par patient en DP (1 987 euros pour l'HD). Inversement, l'HD, essentiellement faite à l'hôpital ou en centre de dialyse, impose des transports plusieurs fois par semaine, ce qui explique des dépenses de transport de 14 568 euros par patient en HD (1 680 euros par patient en DP).

Cependant, la comparaison des dépenses de soins infirmiers entre HD et DP est faussée par le fait que les soins infirmiers sont compris dans le forfait d'HD en établissement. De plus, en HD, les postes couverts par le forfait de dialyse ne sont pas les mêmes entre les établissements publics et privés.

Pour les patients ayant bénéficié d'une transplantation rénale, les dépenses étaient élevées l'année de la transplantation (83 098 euros par patient en moyenne[65]) puis environ 4 fois moindres au-delà de la première année (21 617 euros par patient).

Tableau 11 : Dépense moyenne globale et par poste selon le stade et le mode de suppléance, en 2022, en euros

| | MRC "certaine" | MRC "certaine" (sans comorbidité*) | IRCT | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | dialyse | | | transplantation | suivi de transplantation |
| | | | total | HD | DP | | |
| Effectif | 642 313 | 100 043 | 56 666 | 52 774 | 3 892 | 3 180 | 40 878 |
| Dépenses moyennes remboursées | 16 693 | 3 987 | 77 188 | 78 671 | 57 082 | 83 098 | 21 617 |
| Total soins de ville | 6 146 | 1 458 | 22 081 | 22 720 | 13 407 | 20 210 | 9 916 |
| Soins de généralistes | 221 | 120 | 169 | 169 | 169 | 108 | 129 |
| Soins autres spécialistes | 425 | 240 | 600 | 613 | 414 | 393 | 363 |
| Soins dentaires | 58 | 68 | 55 | 55 | 49 | 66 | 71 |
| Soins de sages-femmes | 3 | 9 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Soins de kinésithérapie | 242 | 77 | 247 | 250 | 212 | 105 | 127 |
| Soins infirmiers | 1 337 | 150 | 2 282 | 1 987 | 6 284 | 1 037 | 631 |
| Soins d'autres paramédicaux | 29 | 6 | 24 | 24 | 23 | 17 | 18 |
| Biologie remboursée | 288 | 164 | 610 | 609 | 623 | 743 | 442 |
| Médicaments | 2 179 | 423 | 3 178 | 3 202 | 2 858 | 9 081 | 6 075 |
| Autres produits de santé | 836 | 134 | 1 227 | 1 237 | 1 089 | 1 102 | 702 |
| Autres soins de ville | 11 | 10 | 7 | 7 | 7 | 13 | 9 |
| Transports | 519 | 58 | 13 683 | 14 568 | 1 680 | 7 544 | 1 347 |
| Total hospitalisations | 10 106 | 2 072 | 54 238 | 55 092 | 42 654 | 60 111 | 10 060 |
| Hospitalisations MCO | 7 870 | 1 774 | 51 761 | 52 558 | 40 948 | 57 760 | 8 695 |
| séjour | 6 743 | 1 673 | 50 350 | 51 130 | 39 768 | 53 764 | 6 942 |
| liste en sus | 1 127 | 101 | 1 411 | 1 428 | 1 181 | 3 996 | 1 753 |
| ACE en MCO secteur public | 291 | 148 | 614 | 608 | 698 | 1691 | 691 |
| Hospitalisations psychiatrie | 169 | - | 158 | 165 | 59 | 29 | 96 |
| Hospitalisations SSR | 1 487 | 131 | 1 260 | 1 312 | 555 | 534 | 414 |
| HAD | 290 | 19 | 445 | 449 | 394 | 96 | 164 |
| Total prestations en espèces | 441 | 458 | 870 | 859 | 1 020 | 2 777 | 1 640 |
| IJ maternité | 17 | 75 | 1 | 1 | 2 | 0 | 8 |
| IJ maladie et AT/MP | 215 | 291 | 279 | 262 | 513 | 1 341 | 308 |
| Prestations d'invalidité | 208 | 92 | 590 | 596 | 505 | 1 435 | 1 324 |

*HD : hémodialyse ; DP : dialyse péritonéale ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; ACE : actes et consultations externes ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile ; IJ : indemnités journalières ; AT/MP : accidents du travail/maladies professionnelles*

Note de lecture : les valeurs entre parenthèses sont les taux de croissance annuels moyens entre 2015 et 2022.
* Sans comorbidité dans la cartographie.

*Champ : tous régimes - France entière, dépenses remboursées pour l'ensemble de la prise en charge des patients ayant une maladie rénale chronique (MRC)*
*Source : Cnam (SNDS - cartographie et Renalgo-Expert)*

64 Possiblement liés à la dialyse à domicile, ou à la dialyse en autodialyse surveillée par un infirmier libéral.

65 Certaines dépenses liées au bilan prégreffe sont rattachées aux dépenses de dialyse lorsque les prestations sont effectuées en amont.

L’évolution des dépenses montre des tendances contrastées, selon le stade et le type de prise en charge, influencées par de nombreux facteurs tels que la pandémie, le prix du forfait de dialyse, l’arrivée de nouveaux traitements du diabète, l’évolution des effectifs de patients.

Entre 2015 et 2022, les dépenses des patients ayant une MRC « certaine » ont augmenté de 4,6 % par an en moyenne, principalement du fait de l’augmentation des effectifs (Figure 55). Les dépenses moyennes en lien avec les hospitalisations en MCO ont baissé d’environ 550 euros par patient (de 7 289 euros par patient en 2015 à 6 748 euros par patient en 2022), alors que celles en lien avec les médicaments ont augmenté d’environ 830 euros par patient, surtout entre 2019 (2 671 euros par patient) et 2022 (3 306 euros par patient) (Figure 56). L’augmentation de ces dépenses pourrait être liée aux agonistes du GLP-1 (glucagon-like peptide-1), un traitement du diabète dont l’utilisation est de plus en plus fréquente.

Entre 2015 et 2020, les dépenses pour la prise en charge des patients dialysés ont augmenté de 2,6 % par an en moyenne, essentiellement du fait de l’augmentation des effectifs. Néanmoins, la dépense moyenne a diminué de 2 130 euros par patient entre 2015 et 2019, en lien avec les séjours en MCO, probablement du fait de la baisse du prix du forfait de dialyse. À partir de 2020, la dépense moyenne augmente du fait des séjours en MCO (+ 2 700 euros entre 2020 et 2022), des transports (+ 600 euros) et de la liste en sus en MCO (+ 400 euros). Les hospitalisations pour Covid-19 et l’augmentation des tarifs des différents forfaits de dialyse (établissements publics et privés) sur la période 2020-2023 peuvent expliquer l’augmentation des dépenses de séjours en MCO.

Pour les patients ayant bénéficié d’une transplantation rénale dans l’année, les dépenses chutent brutalement en 2020 (- 27 %) et augmentent en 2021 (+ 31 %), en lien avec l’évolution de l’effectif de patients. Cette évolution reflète les pratiques de transplantation qui ont fortement diminué en 2020. Concernant les suivis de transplantation rénale, la dépense totale remboursée augmente en moyenne de 4 % par an sur la période, du fait d’une augmentation des effectifs entre 2015 et 2020 et des dépenses moyennes surtout en 2021 (+ 7,6 %) en particulier sur le poste MCO (+ 693 euros) alors que les effectifs n’augmentent plus depuis 2021, un « effet retard » de la forte diminution du nombre de transplantations rénales en 2020.

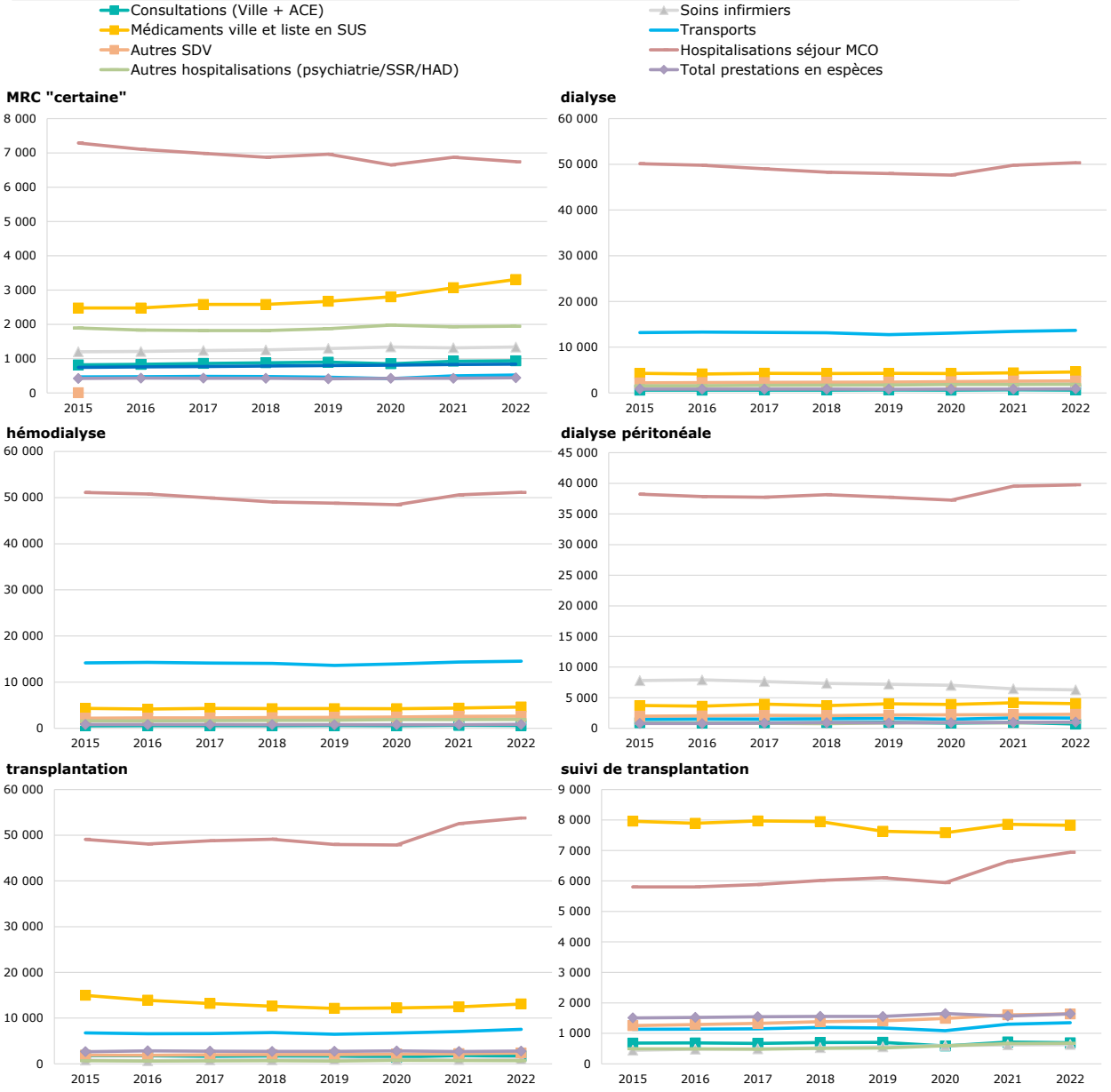
Figure 55 : Taux d'évolution annuels des dépenses totales et moyennes et des effectifs de patients pris en charge selon le stade de la maladie rénale chronique (MRC) et le mode de suppléance, entre 2015 et 2022




MRC : maladie rénale chronique ; TCAM : taux de croissance annuel moyen

*Champ : tous régimes - France entière, dépenses remboursées pour l'ensemble de la prise en charge des patients ayant une MRC*
*Source : Cnam (SNDS - cartographie et Renalgo-Expert)*

Figure 56 : Évolution des dépenses moyennes par patient pris en charge par poste, selon le stade de la maladie rénale chronique (MRC) et le mode de suppléance, entre 2015 et 2022, en euros




MRC : maladie rénale chronique ; ACE : actes et consultations externes ; SDV : soins de ville ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile

*Champ : tous régimes - France entière, dépenses remboursées pour l'ensemble de la prise en charge des patients ayant une MRC*
*Source : Cnam (SNDS - cartographie et Renalgo-Expert)*

### 6.2.3. Parcours de soins dans les deux années précédant le début d'une dialyse en 2022

Le Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC), publié par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2021 et mis à jour en 2023, propose des recommandations pour la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC)[66]. Ce guide souligne l'importance d'un dépistage précoce et d'une prise en charge coordonnée par une équipe multidisciplinaire (médecin généraliste, néphrologue, infirmier, diététicien,

[66] Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

psychologue…) elle-même coordonnée par un infirmier de parcours ou en pratique avancée pour améliorer la qualité de vie des patients, réduire la progression de la MRC et préparer la suppléance rénale dans les deux ans précédant son initiation. Il recommande une évaluation médicopsychosocioprofessionnelle des patients pour personnaliser le parcours de soins et prévoit des mesures spécifiques pour ralentir la progression de la MRC, contrôler les facteurs de risque cardiovasculaire, et gérer les complications fréquentes. La prise en charge spécialisée par un néphrologue permet aussi d'établir un diagnostic étiologique qui permet à certains de bénéficier d'un traitement spécifique voire d'une guérison. Le guide inclut également des recommandations pour la préparation et la gestion des traitements de suppléance rénale, ainsi que pour le traitement conservateur et les soins de fin de vie.

En 2019, une rémunération forfaitaire pour la prise en charge hospitalière de la MRC aux stades 4 et 5 (hors suppléance ou soins palliatifs) a été mise en place pour encourager cette prise en charge pluridisciplinaire. Les données correspondantes (environ 50 variables par patient) sont collectées par l'Agence technique d'information hospitalière (Atih). Leur utilisation pour décrire les parcours de soins est conditionnée par leur chaînage avec le SNDS, non opérationnel à ce jour. La majorité des établissements utilisait encore en 2021 des méthodes de recueil précaires et non intégrées au système d'information hospitalier, ce qui compromet le recueil des informations administratives nécessaires au chaînage (recueil papier à 15 %, tableur à 31 %, outil de saisie type « tableur interfacé » de l'Atih à 16 %[67]).

Sur le plan médical, les recommandations portent sur le dépistage de la MRC, les mesures de néphroprotection, le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, les vaccinations, le suivi de la progression de la maladie avec l'appui de dosages biologiques, la recherche et le traitement des complications comme l'anémie, les troubles phosphocalciques, la rétention sodée, la dénutrition, un syndrome urémique et une insuffisance cardiaque.

Le moment de création d'une voie d'abord en vue d'une dialyse est déterminé en fonction de la progressivité de la MRC, des comorbidités et du type d'accès choisi. Pour l'hémodialyse (HD), cette voie d'abord peut être une fistule artérioveineuse (FAV) lorsque c'est possible, sinon, ou lorsque la FAV n'est pas encore fonctionnelle, un cathéter d'HD ponctuel ou de longue durée (cathéter d'HD tunnélisé). La création de la FAV est à prévoir au moins 6 mois avant la date anticipée d'initiation de la dialyse, notamment car 15 jours à 3 mois sont nécessaires pour que la fistule se développe et devienne utilisable pour la dialyse. Pour la dialyse péritonéale (DP), la voie d'abord est un cathéter péritonéal. La DP peut commencer 15 jours après la pose du cathéter. Un cathéter permanent doit obligatoirement, là aussi, être tunnélisé. L'usage d'un cathéter demande une surveillance attentive des soins et des précautions régulières, car il expose à un risque spécifique d'infection. Il doit souvent être remplacé au bout de quelques mois.

Malgré ces recommandations, l'HD est initiée chez 58 % des patients *via* un abord sur cathéter, parfois en urgence donc avec un surrisque de mortalité[68]. D'autres situations que le démarrage en urgence conduisent à initier l'HD *via* un cathéter plutôt qu'une FAV. Certaines sont anticipées, comme le choix du patient ou du médecin pour des raisons médicales, d'autres non, comme l'absence de FAV au moment du démarrage ou un délai trop court depuis sa réalisation, ou encore une FAV réalisée à distance de la dialyse mais non fonctionnelle. De plus, 29 % des patients atteints de MRC commencent l'HD en urgence, soit moins de 24 heures après une évaluation par un néphrologue en raison d'un risque vital[69]. Débuter la dialyse dans un contexte d'urgence clinique est également associé à un surrisque de mortalité persistant tout au long de la vie, comparativement aux patients suivis selon les recommandations.

L'objectif principal de cette étude était de décrire la fréquence des recours aux soins (et examens biologiques) recommandés par la HAS dans les deux ans avant l'initiation d'une dialyse en 2022, globalement et selon la technique de dialyse au début du traitement, l'âge et la prise en charge pour un diabète. Les délivrances de médicaments, les hospitalisations et la pose de voies d'abord dans l'année précédant la dialyse ont également été décrites.

67 *Amélioration de l'acceptabilité et de l'exploitabilité des nouveaux recueils d'information médicale dans le cadre du PMSI. Le cas du forfait MRC.* Thèse d'exercice en médecine, Baptiste Pluvinage, sous la direction de Dr Sophie Guéant, 2022.

68 Michel A, Pladys A, Bayat S, Couchoud C, Hannedouche T, Vigneau C. Deleterious effects of dialysis emergency start, insights from the French REIN registry. BMC Nephrol. 2018 Sep 17;19(1):233. doi: 10.1186/s12882-018-1036-9. Erratum in: BMC Nephrol. 2018 Oct 15;19(1):266. doi: 10.1186/s12882-018-1063-6. PMID: 30223784; PMCID: PMC6142323.

69 REIN – Rapport annuel. Agence de la biomédecine, 2023.

## Population d'étude

Les personnes ayant initié une dialyse ont été identifiées par un début de traitement d'au moins 45 jours[70] en HD ou au moins 1 jour en DP en 2022, couplé à l'absence de dialyse chronique en 2021 d'après la cartographie des pathologies et des dépenses. Les personnes ayant eu une transplantation rénale ou un suivi de transplantation rénale en 2021 ou 2022 selon la cartographie ont été exclues.

## Caractéristiques des patients initiant une dialyse en 2022

Un total de 9 875 personnes débutant une dialyse en 2022 a été inclus avec un âge médian de 72 ans, 70 ans pour ceux en DP (11 % des patients), 69 ans pour ceux avec un diabète (48 % des patients) et 73 ans pour ceux sans diabète (Tableau 12). Les personnes de 70 ans et plus représentaient 56 % des patients et celles de moins de 60 ans, 23 %. Deux tiers des patients étaient des hommes avec une proportion légèrement moindre pour ceux en DP et les plus jeunes (63 % respectivement). Parmi les patients de plus de 80 ans, 5,5 % ont séjourné en Ehpad en 2022 (6,6 % chez les plus de 85 ans dans le registre REIN). La proportion de résidents des départements et régions d'outre-mer (Drom) était un peu plus élevée pour les diabétiques et les jeunes (7 % respectivement contre 5 % pour l'ensemble).

La Complémentaire santé solidaire, marqueur de précarité sociale, était présente chez 13 % des patients, la plus élevée (24 %) chez ceux de moins de 60 ans. La distribution de l'indice de désavantage social montre une légère surreprésentation des communes les plus défavorisées (5$^{e}$ quintile : 23 %). En outre, d'autres pathologies également en lien avec le désavantage social et la MRC, comme l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité, sont plus fréquentes dans les zones socialement défavorisées.

Environ la moitié des patients (47,4 %) avaient une pathologie cardio-neurovasculaire repérée par la cartographie en 2021 ; 62,0 % chez ceux de plus 80 ans. En comparaison, dans le registre REIN, 65,5 % avaient une comorbidité cardiovasculaire au démarrage, 71,5 % chez les plus de 75 ans. La plus faible prévalence des comorbidités cardiovasculaires dans le SNDS comparativement au registre REIN s'explique en partie par l'insuffisance des données du SNDS pour repérer de manière exhaustive les pathologies. De plus, les comorbidités ont été repérées en 2021. Les pathologies cardiovasculaires incidentes en 2022 n'ont pas été prises en compte dans la présente étude, ce qui peut sous-estimer la prévalence de ces pathologies, en particulier parmi les personnes ayant initié une dialyse fin 2022. Autre résultat notable, 16 % avaient une maladie respiratoire chronique, un vrai sujet sous-estimé dans cette population alors qu'elles sont relativement fréquentes et qu'elles sont associées à un surrisque d'hospitalisation, une surmortalité, un moindre accès à la greffe[71].

## Absence de recours aux consultations médicales et aux examens biologiques

Alors qu'une consultation de néphrologue tous les six mois est recommandée par la HAS au stade 4 de la MRC, aucune n'est repérée pour près d'un quart des patients (24 %) dans l'année précédant la dialyse et 41 % l'année antérieure (

70 Cette période de 45 jours pouvait se terminer en 2023.

71 Couchoud C, Béchade C, Bemrah A, Delarozière JC, Jean G. Chronic respiratory disease: an unrecognized risk factor in dialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2017 Dec 1;32(12):2118-2125. doi: 10.1093/ndt/gfx087. PMID : 29156003.

Tableau 13). Ces proportions sont toutefois surestimées, car les consultations réalisées dans le cadre du forfait MRC ne sont qu'en partie repérées, tout comme les patients ayant bénéficié du forfait. Certains patients ont aussi pu voir un néphrologue au cours d'une hospitalisation. Sur le plan biologique, la créatininémie est le plus souvent dosée au moins une fois dans l'année, mais le rapport albuminurie/créatininurie n'est pas réalisé chez environ trois quarts des patients (73 %).

La très grande majorité (97 %) des patients ont consulté un médecin généraliste l'année avant l'initiation de la dialyse, 93 % l'année antérieure. Concernant le suivi du diabète et des maladies cardiovasculaires par des spécialistes (pas de recommandations particulières dans le cadre de la MRC), la majorité des patients diabétiques (85 %) n'ont pas consulté un endocrinologue et 53 % de l'ensemble des patients n'ont pas consulté un cardiologue. Ces pathologies sont donc largement prises en charge par les médecins généralistes.

L'évaluation du risque cardiovasculaire est insuffisamment réalisée : le dosage annuel à la recherche d'anomalies lipidiques, recommandé 1 fois par an à tous les stades de la MRC, n'est pas retrouvé pour 27 % des patients l'année avant la dialyse ; aussi le dosage de la glycémie, recommandé au minimum 1 fois par an en l'absence de diabète, est absent chez 19 % des patients sans diabète. Autre résultat notable, la recherche de l'hépatite B, recommandée 1 fois par an à partir du stade 4 de la MRC, n'est pas réalisée chez 69 % des patients l'année précédant la dialyse. La sous-estimation de ces indicateurs, du fait que les examens réalisés lors d'hospitalisations ne sont pas comptabilisés, ne peut expliquer à elle seule des proportions aussi faibles de réalisation.

Les patients diabétiques ont globalement des indicateurs légèrement meilleurs que les non-diabétiques. Probablement à plus haut risque cardiovasculaire, les diabétiques sont aussi pour la plupart déjà dans un circuit de prise en charge et de suivi médical. Les patients de moins de 60 ans, qui ont par ailleurs moins de comorbidités, ont moins souvent recours aux médecins et moins de recherches de facteurs de risque cardiovasculaire. Notamment, 34 % n'ont pas consulté de néphrologue dans l'année précédant la dialyse. De plus, 14 % n'ont pas eu de dosage de créatininémie sur cette même année. Il est possible que chez ces patients le dépistage soit réalisé plus tardivement. En effet, le dépistage de la MRC, antérieurement recommandé chez les plus de 60 ans, l'est depuis 2021 dans les populations à risque, quel que soit l'âge[72]. Mais ce sont aussi les patients les plus jeunes qui présentent les néphropathies les plus rapidement progressives comme les glomérulonéphrites ou les syndromes hémolytiques et urémiques. Ils ont pu avoir une MRC à un stade moins avancé en début de période d'observation, avec des recommandations de suivi et d'examens biologiques moins fréquents, et rapidement progresser vers l'IRCT et la dialyse.

### Délivrances de médicaments et vaccins

Les patients ayant une MRC ont souvent une polymédication, avec le risque d'effets indésirables que cela peut entraîner[73,74]. Un traitement antihypertenseur était délivré pour 90 % des patients dans les 6 mois avant la dialyse[75], un antithrombotique pour 61 % des patients et un agent stimulant l'érythropoïèse pour 53 %. Ces traitements étaient plus fréquents chez les diabétiques et les personnes plus âgées. Parmi les diabétiques, 86 % avaient eu un antidiabétique dans les 6 mois, notamment 8,0 % par analogue du GLP-1 et 4,5 % par gliflozine. Chez les personnes sans diabète, on retrouve tout de même 2,5 % de personnes traitées par un antidiabétique, la gliflozine ayant été délivrée chez 1,4 % des patients dans les 6 mois précédant la dialyse et 0,5 % dans les 6 mois antérieurs[76]. Ce traitement, dont l'indication était initialement limitée au diabète, est autorisé depuis 2022 dans le traitement de la MRC. Il est encore faiblement prescrit au vu de ces résultats, mais le sera probablement de plus en plus.

Dans les 6 mois avant la dialyse, les taux de vaccination contre l'hépatite B (7 %) et le pneumocoque (6 %) étaient extrêmement faibles, bien qu'ils aient augmenté légèrement par rapport au semestre précédent et malgré une probable sous-estimation du fait de l'incomplétude des données du SNDS. Un peu plus de la moitié des patients (55 %) étaient vaccinés contre le Covid-19 et 29 % contre la grippe sur la même période de suivi.

72 Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.

73 Cardone KE, Bacchus S, Assimon MM, Pai AB, Manley HJ. Medication-related problems in CKD. Adv Chronic Kidney Dis. 2010 Sep;17(5):404-12. doi: 10.1053/j.ackd.2010.06.004. PMID: 20727510.

74 Perazella MA, Nolin TD. Adverse Drug Effects in Patients with CKD: *Primum Non Nocere*. Clin J Am Soc Nephrol. 2020 Aug 7;15(8):1075-1077. doi: 10.2215/CJN.08890620. Epub 2020 Jul 1. PMID: 32611663; PMCID: PMC7409750.

75 55 % avaient un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un antagoniste du récepteur de l'angiotensine II.

76 On ne peut exclure que quelques patients diabétiques n'ont pas été repérés par l'algorithme de la cartographie, s'ils ont eu moins de trois délivrances d'antidiabétiques, n'ont pas l'ALD diabète et n'ont pas été hospitalisés dans les cinq ans pour le diabète ou une complication spécifique du diabète.

## Hospitalisations

Environ 40 % des patients ont été hospitalisés au moins une fois pour une insuffisance rénale chronique[77] (sans tenir compte du séjour d'initiation de la dialyse). Pour ces patients, cette hospitalisation a pu être une opportunité d'adapter et d'organiser leur prise en charge à domicile. Parmi ceux initiant une DP, cette proportion était plus élevée que chez ceux initiant une HD : 62 %. Lors de l'initiation, un peu plus de la moitié des patients de chaque groupe ont été hospitalisés. Pour ceux initiant une DP, cette proportion était plus faible que ceux initiant une HD (39 % et 56 % respectivement), mais ces patients ont été plus souvent hospitalisés dans le mois précédent (42 % et 13 % respectivement). Lors de cette initiation, 4 % des patients étaient en réanimation (1,5 % pour la DP). Parmi les patients âgés de moins de 60 ans, la proportion de ceux passés en réanimation lors de l'initiation de la dialyse (4,7 %) était légèrement plus élevée que pour les plus âgés (3,5 % après 70 ans), ce qui peut être lié à des formes de néphropathies plus rapidement progressives, comme évoqué précédemment.

Les hospitalisations sans diagnostic de maladie de l'appareil génito-urinaire[78], possiblement liées aux comorbidités ou bien à une MRC sous-jacente, étaient plus fréquentes (médiane=2) avec un intervalle interquartile plus large que celui des hospitalisations pour MRC mais identique pour chacun des groupes (1-3). L'année avant l'initiation d'une dialyse, 71 % des patients ont été hospitalisés (31 % dans le dernier mois). Comme attendu, les diabétiques étaient plus souvent hospitalisés (76 %) que les non-diabétiques (66 %) et les plus âgés (74 %) davantage que les plus jeunes (62 %).

## Mise en place de voies d'abord

La fréquence de création d'une FAV pour HD était de 45 % les 2 années avant suppléance, 20 % les 6 mois avant suppléance et 5 % le mois précédent, alors qu'il est recommandé de la créer 6 mois avant la suppléance avec une période de maturation. Dans l'année après suppléance, 26 % des patients ont eu une FAV. Un cathéter tunnélisé a été placé chez 23 % des patients lors de l'initiation de l'HD, 13 % 1 mois avant et 20 % 1 an après. Ces proportions étaient similaires selon l'âge et la présence ou non d'un diabète.

Pour les personnes avec une DP, la pose du cathéter de DP était proche de la suppléance, plus en accord avec les recommandations (47 % le mois précédent et 32 % dans la période 1-6 mois, soit 78 %), et 23 % l'année postsuppléance. Pour la DP, 1,3 % des patients ont eu un cathéter tunnélisé lors de l'initiation et 6,8 % l'année suivante.

En outre, dans les 2 ans précédant la suppléance, 1,3 % des patients initiant une DP avaient eu une FAV en prévision d'une HD et 1,4 % des patients initiant une HD avaient eu un cathéter de DP posé en prévision d'une DP. Dans l'année suivant le début de la dialyse, 3,9 % des patients ayant démarré par une DP ont une FAV et 1,9 % des patients ayant démarré par une HD ont un cathéter de DP. Ces résultats illustrent le fait que le choix de l'une ou l'autre technique peut être complexe, parfois difficile à anticiper : le patient peut changer d'avis, la voie d'abord ne pas être prête, des événements intercurrents peuvent survenir… y compris après le démarrage de la dialyse.

## Principaux enseignements

Les recommandations semblent moins suivies chez les moins de 60 ans, pourtant le dépistage est recommandé selon le niveau de risque et non plus seulement après 60 ans depuis 2021 (voir les recommandations HAS 2021 actualisées en 2023). C'est d'ailleurs dans ce groupe d'âge que l'on retrouve les néphropathies les plus rapidement progressives. Les facteurs de risque cardiovasculaire semblent insuffisamment recherchés. Le suivi par un néphrologue est potentiellement insuffisant. Les analyses biologiques ne sont pas encore suffisamment réalisées. Enfin, la protection de ces populations à travers la vaccination semble encore trop faible.

77 Diagnostic principal ou associé en N18.

78 Codes CIM-10 commençant par N.

Tableau 12 : Caractéristiques en 2021 des personnes ayant débuté une suppléance par dialyse pour insuffisance rénale chronique en 2022 selon le type de dialyse, la présence d'un diabète et l'âge

| | | Dialyse | | Diabète | | Âge (ans) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Total** | **HD[a]** | **DP[b]** | **Oui** | **Non** | **<60** | **60-69** | **70-79** | **80 et +** |
| Effectif | 9 875 | 8 808 | 1 067 | 4 706 | 5 169 | 2 249 | 2 103 | 3 227 | 2 296 |
| % Effectif | 100 % | 89 % | 11 % | 48 % | 52 % | 23 % | 21 % | 33 % | 23 % |
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| **Âge médian (année) IQR[c]** | 72 (61 ;79) | 72 (61 ;79) | 70 (56 ;79) | 69 (55 ;79) | 73 (66 ;79) | 50 (40 ;55) | 65 (63 ;67) | 75 (73 ;77) | 84 (82 ;87) |
| **Hommes** | 66,1 | 66,6 | 62,8 | 67,6 | 64,8 | 62,6 | 66,7 | 67,9 | 66,7 |
| Âge médian IQR[c] | 72 (61 ;79) | 72 (62 ;79) | 71 (57 ;79) | 73 (66-79) | 70 (56 ;79) | | | | |
| **Femmes** | 33,9 | 33,4 | 37,2 | 32,4 | 35,2 | 37,4 | 33,3 | 32,1 | 33,3 |
| Âge médian IQR[c] | 71 (59 ;79) | 71 (60 ;79) | 69 (52 ;80) | 73 (65 ;80) | 68 (54 ;78) | | | | |
| **Complémentaire santé solidaire** | 12,8 | 13,4 | 7,5 | 13,8 | 11,8 | 23,8 | 16,2 | 8,7 | 4,4 |
| **FDep[d] (France métropolitaine)** | | | | | | | | | |
| Q1 | 15,1 | 15,0 | 15,7 | 13,3 | 16,7 | 15,5 | 12,6 | 15,4 | 16,4 |
| Q2 | 16,7 | 16,6 | 17,2 | 15,8 | 17,5 | 16,5 | 16,4 | 17,0 | 16,8 |
| Q3 | 18,8 | 18,8 | 18,9 | 18,8 | 18,9 | 16,6 | 18,1 | 19,5 | 20,8 |
| Q4 | 19,7 | 19,8 | 18,5 | 19,8 | 19,5 | 18,2 | 21,8 | 19,6 | 19,3 |
| Q5 | 23,4 | 23,0 | 26,3 | 24,6 | 22,3 | 25,8 | 23,3 | 23,2 | 21,4 |
| Manquant | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 0,9 | 1,0 | 0,5 | 1,1 | 0,9 | 1,6 |
| **Drom[e]** | 5,3 | 5,7 | 2,3 | 6,7 | 4,1 | 6,9 | 6,8 | 4,4 | 3,7 |
| **Séjour en Ehpad** | | | | | | | | | |
| 2021 | 0,7 | 0,6 | 1,0 | 0,5 | 0,8 | 0,0 | 0,3 | 0,8 | 1,4 |
| 2022 | 2,3 | 2,3 | 1,8 | 2,1 | 2,4 | 0,0 | 1,1 | 2,3 | 5,5 |
| **Comorbidités** 2021[f] | | | | | | | | | |
| **Maladies cardio-neurovasculaires** | 47,4 | 47,8 | 44,0 | 58,2 | 37,5 | 24,4 | 44,8 | 54,7 | 62,0 |
| Maladie coronaire | 23,0 | 23,1 | 22,3 | 31,0 | 15,7 | 9,7 | 21,6 | 27,9 | 30,5 |
| Accident vasculaire cérébral | 7,1 | 7,3 | 5,8 | 8,5 | 5,9 | 5,6 | 7,0 | 7,4 | 8,2 |
| Insuffisance cardiaque | 20,5 | 20,7 | 18,8 | 27,9 | 13,7 | 9,6 | 19,0 | 23,2 | 28,6 |
| Artériopathie membre inférieur | 11,0 | 11,3 | 8,7 | 15,0 | 7,4 | 3,9 | 11,8 | 14,2 | 13,0 |
| Troubles du rythme cardiaque | 17,1 | 16,9 | 18,8 | 20,6 | 13,9 | 4,0 | 12,2 | 21,7 | 28,0 |
| Maladies valvulaires | 5,9 | 5,8 | 6,8 | 7,1 | 4,9 | 2,0 | 4,6 | 7,3 | 9,2 |
| Autres affections cardiovasculaires | 3,2 | 3,2 | 3,6 | 2,4 | 4,0 | 2,6 | 3,3 | 3,0 | 4,1 |
| **Obésité** | 22,3 | 23,1 | 15,7 | 33,6 | 12,0 | 17,9 | 27,4 | 26,7 | 15,9 |
| **Diabète** | 47,7 | 48,8 | 38,5 | 100,0 | 0,0 | 28,4 | 50,5 | 58,0 | 49,4 |
| **Cancers** | 20,2 | 20,7 | 15,8 | 18,8 | 21,5 | 7,3 | 17,2 | 24,0 | 30,3 |
| Actifs | 9,6 | 10,0 | 6,4 | 8,7 | 10,5 | 4,1 | 9,8 | 12,1 | 11,5 |
| Surveillés | 11,6 | 11,8 | 9,8 | 11,1 | 12,1 | 3,3 | 8,0 | 13,4 | 20,5 |
| **Maladies psychiatriques** | 6,8 | 7,0 | 5,5 | 6,3 | 7,3 | 8,6 | 8,7 | 6,8 | 3,6 |
| Troubles psychotiques | 1,1 | 1,1 | 0,6 | 0,7 | 1,4 | 1,9 | 1,5 | 0,8 | 0,1 |
| Troubles névrotiques et de l'humeur | 3,6 | 3,7 | 2,8 | 3,3 | 3,9 | 3,4 | 4,4 | 4,1 | 2,4 |
| **Maladies neurologiques** | 4,4 | 4,5 | 3,9 | 4,7 | 4,1 | 3,3 | 4,3 | 4,5 | 5,6 |
| **Maladies respiratoires chroniques, hors mucoviscidose** | 15,7 | 15,9 | 13,6 | 18,0 | 13,6 | 9,8 | 16,9 | 18,7 | 16,0 |
| **Maladies inflammatoires, rares ou infection VIH** | 6,7 | 6,6 | 7,4 | 4,9 | 8,4 | 8,8 | 7,1 | 6,0 | 5,4 |
| **Maladies du foie ou du pancréas** | 5,8 | 6,0 | 4,4 | 6,6 | 5,1 | 6,1 | 8,2 | 6,0 | 3,2 |

(a) HD : hémodialyse ; (b) DP : dialyse péritonéale ; (c) IQR : *interquartile range,* écart interquartile (d) FDep : index de défavorisation sociale (quintiles) ; (e) Drom : départements et régions d'outre-mer ; (f) Cartographie des patients

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

Tableau 13 : Absence d'examens biologiques et consultations recommandées par la Haute Autorité de santé (HAS) au stade 4 de la maladie rénale chronique, un an et deux ans avant le début d'une suppléance par dialyse pour insuffisance rénale chronique selon le type de dialyse, l'âge, le statut diabétique et la période recommandée ou considérée, en 2022

| | | Dialyse | | | | | | Diabète | | | | Âge (ans) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Total | | HD | | DP | | Oui | | Non | | <60 | | 60-69 | | 70-79 | | 80 et + | |
| | Mois avant suppléance | 0-12 | 13-24 | 0-12 | 13-24 | 0-12 | 13-24 | 0-12 | 13-24 | 0-12 | 13-24 | 0-12 | 13-24 | 0-12 | 13-24 | 0-12 | 13-24 | 0-12 | 13-24 |
| **Recommandations HAS** | **Consultations** | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| 1/6 mois | Néphrologue * | 24 | 41 | 25 | 41 | 22 | 42 | 20 | 37 | 29 | 45 | 34 | 51 | 27 | 43 | 21 | 37 | 19 | 36 |
| 1/3 mois | Médecin généraliste | 3 | 7 | 3 | 6 | 4 | 7 | 2 | 3 | 5 | 10 | 7 | 14 | 3 | 7 | 2 | 4 | 2 | 3 |
| | Endocrinologue | 92 | 93 | 92 | 92 | 94 | 95 | 85 | 86 | 99 | 99 | 95 | 95 | 92 | 92 | 90 | 91 | 92 | 92 |
| | Cardiologue | 53 | 60 | 53 | 60 | 48 | 59 | 48 | 55 | 57 | 65 | 68 | 79 | 56 | 62 | 48 | 55 | 41 | 49 |
| **Périodicité** | **Dosages biologiques** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 à 3 mois (Dépistage) | Créatininémie | 5 | 12 | 5 | 11 | 5 | 13 | 2 | 6 | 8 | 16 | 14 | 26 | 5 | 11 | 2 | 7 | 1 | 4 |
| 3 à 6 mois | Albuminurie | 69 | 71 | 69 | 71 | 71 | 74 | 61 | 62 | 75 | 80 | 71 | 76 | 67 | 70 | 66 | 69 | 72 | 72 |
| 3 à 6 mois | Créatininurie | 36 | 46 | 37 | 45 | 35 | 46 | 30 | 38 | 42 | 52 | 44 | 53 | 36 | 45 | 32 | 41 | 35 | 44 |
| 3 à 6 mois | Albuminurie/Créatininurie° | 73 | 75 | 72 | 75 | 75 | 78 | 66 | 67 | 79 | 83 | 76 | 79 | 71 | 74 | 70 | 73 | 74 | 75 |
| 3 à 6 mois | Protéinurie | 42 | 49 | 42 | 50 | 37 | 46 | 39 | 47 | 44 | 52 | 46 | 56 | 43 | 50 | 39 | 45 | 41 | 48 |
| 3 à 6 mois | Protéinurie/Créatininurie° | 56 | 65 | 56 | 65 | 54 | 65 | 52 | 62 | 59 | 68 | 61 | 71 | 58 | 67 | 53 | 62 | 53 | 63 |
| 1 à 3 mois | Urée | 15 | 30 | 15 | 30 | 14 | 32 | 11 | 26 | 18 | 34 | 23 | 41 | 15 | 31 | 11 | 26 | 11 | 23 |
| 1 à 6 mois | Albuminémie | 22 | 43 | 23 | 43 | 18 | 41 | 19 | 39 | 26 | 46 | 31 | 52 | 23 | 42 | 19 | 39 | 18 | 39 |
| 1/an | Anomalies lipidiques | 27 | 31 | 27 | 32 | 26 | 30 | 20 | 23 | 34 | 39 | 35 | 43 | 24 | 28 | 23 | 27 | 28 | 29 |
| 1/an (sans diabète) | Glycémie | 15 | 24 | 16 | 24 | 14 | 25 | 11 | 18 | 19 | 30 | 24 | 37 | 16 | 24 | 12 | 19 | 11 | 18 |
| 1 à 3 mois | Ionogramme complet | 5 | 12 | 5 | 12 | 4 | 13 | 2 | 7 | 8 | 17 | 14 | 26 | 5 | 13 | 2 | 8 | 1 | 5 |
| 1 à 3 mois | Calcium | 16 | 33 | 16 | 33 | 12 | 33 | 11 | 30 | 19 | 36 | 25 | 43 | 17 | 35 | 12 | 29 | 10 | 28 |
| 1 à 3 mois | HCO3- | 48 | 63 | 49 | 64 | 41 | 62 | 45 | 61 | 51 | 66 | 54 | 68 | 50 | 65 | 46 | 61 | 44 | 60 |
| 1 à 6 mois | Parathormone | 12 | 27 | 12 | 27 | 10 | 27 | 8 | 23 | 15 | 30 | 21 | 38 | 14 | 28 | 8 | 23 | 7 | 21 |
| 1 à 6 mois | 25-0H-Vit D | 33 | 48 | 34 | 48 | 27 | 48 | 29 | 44 | 36 | 51 | 42 | 57 | 35 | 48 | 29 | 45 | 27 | 42 |
| 3 à 6 mois | Hémogramme | 5 | 12 | 5 | 12 | 4 | 13 | 3 | 8 | 8 | 16 | 13 | 25 | 6 | 13 | 2 | 8 | 1 | 6 |
| 3 à 6 mois | Réticulocytes | 48 | 68 | 48 | 68 | 45 | 69 | 46 | 66 | 50 | 69 | 53 | 73 | 48 | 67 | 46 | 66 | 45 | 66 |
| selon ferritine | Saturation de la transferrine | 31 | 52 | 32 | 53 | 25 | 50 | 28 | 50 | 35 | 55 | 40 | 61 | 32 | 51 | 28 | 49 | 27 | 49 |
| 3 à 6 mois | Ferritine sérique | 19 | 36 | 19 | 36 | 16 | 35 | 15 | 31 | 22 | 40 | 28 | 47 | 21 | 36 | 14 | 31 | 14 | 30 |
| 1/an | Statut hépatite B | 69 | 81 | 70 | 81 | 64 | 81 | 70 | 80 | 69 | 81 | 66 | 80 | 67 | 78 | 69 | 79 | 74 | 86 |

HD : hémodialyse, DP : dialyse péritonéale
Néphrologue : adaptation de la fréquence des examens par le néphrologue
* Chiffres SNDS avec sous-estimation probable inhérente au forfait ; ° Dosages le même jour

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

### 6.2.4. Mieux dépister et améliorer le parcours de soins des patients atteints de maladie rénale chronique

L'étude présentée dans ce chapitre est fondée sur des algorithmes complexes permettant de repérer indirectement les patients pris en charge pour une maladie rénale chronique. Elle a permis de présenter pour la première fois des résultats sur les effectifs, les caractéristiques des patients et les postes de dépenses des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC), quelle que soit leur prise en charge (présuppléance, suppléance en fonction du mode de dialyse, suivi de transplantation). Concernant les dépenses en fonction des modalités de prise en charge, l'analyse met en lumière que ces dépenses augmentent pour la période 2015-2022 à la fois pour les personnes en présuppléance (+ 4,6 % par an sur la période), en dialyse (+ 2,6 %) et en suivi de transplantation (+ 4 %).

L'Assurance Maladie partage les constats des difficultés d'obtention de données, liées notamment à la forfaitisation du suivi des patients malades chroniques. Un travail multilatéral pourra être mené avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et l'Agence de la biomédecine (ABM), notamment pour les questions de chaînage avec le registre REIN.

Afin de lutter contre la maladie rénale chronique et de retarder l'arrivée au stade de la suppléance, l'Assurance Maladie va promouvoir le dépistage de la MRC dans l'ensemble de la population à risque. Ce dépistage s'inscrit dans la stratégie globale de dépistage des maladies cardiovasculaires et associées initiée l'année dernière avec le dépistage du diabète. Afin d'assurer la qualité et l'adéquation des soins, l'Assurance Maladie accompagnera aussi les acteurs du système de soins dans l'amélioration de la prise en charge des patients diagnostiqués d'une MRC. Pour les patients plus avancés dans la maladie, l'Assurance Maladie accompagnera la préparation de la réforme de la rémunération forfaitaire des dialyses, initiée par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2024 et qui doit entrer en vigueur début 2026. Le contrôle des centres de dialyse fera aussi partie de l'agenda des services de lutte contre la fraude.

#### L'Assurance Maladie va promouvoir le dépistage de la MRC dans l'ensemble de la population à risque en 2025

La maladie rénale chronique est une maladie silencieuse. Les patients qui en sont atteints ne présentent pas de symptômes avant un stade avancé de la maladie. C'est la raison pour laquelle le dépistage est clé pour éviter une découverte trop tardive de la maladie empêchant de mettre en place une prise en charge adéquate qui aurait permis de ralentir sa progression.

Or, tous les ans, près d'un tiers des patients (30 % d'après le rapport annuel du registre REIN 2021) nouvellement dialysés doivent démarrer ce traitement en urgence. Cette situation, plus fréquente en cas de suivi néphrologique tardif, insuffisant, voire absent, est source d'hospitalisations évitables et d'une altération de la qualité de vie pour les patients dont le projet thérapeutique n'a pas pu être discuté en amont avec leur néphrologue.

La dégradation de la fonction rénale est un processus naturel du vieillissement qu'on estime à environ 1 % par an après l'âge de 50 ans. Cependant, le vieillissement ne conduit pas à lui seul au développement d'une maladie rénale chronique, ce processus peut être accéléré par des facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle – HTA –, diabète, obésité…). Il est donc primordial de dépister en particulier ces populations à risque. Les recommandations de la HAS prévoient également un ensemble d'indications de ce dépistage qui va au-delà du cadre des facteurs de risque cardiovasculaire (traitements néphrotoxiques antérieurs, exposition aux produits de contraste iodés, exposition à des toxiques professionnels).

L'examen de dépistage recommandé doit associer la mesure de l'albuminurie et de la créatininurie sur échantillon urinaire ainsi qu'une estimation du débit de filtration glomérulaire par mesure de la créatininémie (prise de sang). L'interprétation des examens urinaires se fait par le ratio albuminurie/créatininurie. Ces examens sont facilement accessibles.

Malgré cela, les pratiques de dépistage dans les populations à risque restent insuffisantes. Les données présentées plus tôt dans ce chapitre indiquent la nécessité d'accompagner l'évolution des recommandations HAS des trois dernières années, qui ont élargi le dépistage à toutes les populations à risque, même avant 60 ans. Les facteurs de risque cardiovasculaire semblent ainsi insuffisamment recherchés. Le taux de couverture chez les personnes

diabétiques est d'environ 60 %, et aux alentours de 40 % pour l'ensemble de la population à risque hors diabétiques qui peut être identifiée dans le système national des données de santé (SNDS) (hypertension artérielle – HTA – traitée, personnes obèses ou atteintes de maladies de système hospitalisées, personnes porteuses de maladies cardiovasculaires athéromateuses).

L'Assurance Maladie souhaite donc mener une campagne de promotion du dépistage de la maladie rénale chronique afin de rappeler aux médecins généralistes l'ensemble des indications de dépistage de la MRC. Elle inclura la conduite à tenir en cas de diagnostic, notamment pour rappeler que l'évolution de la MRC n'est pas irrémédiable mais peut ralentir, voire se stabiliser grâce à une prise en charge adaptée, et l'importance de l'indication du débit de filtration glomérulaire sur les ordonnances des patients concernés, afin de limiter les risques de surdosage. Cette campagne de promotion du dépistage mobilisera les leviers de l'Assurance Maladie dans une démarche graduée, à commencer par l'envoi de courriels d'information aux médecins généralistes à l'automne 2024, suivi d'une campagne des délégués de l'Assurance Maladie auprès de médecins ciblés comme étant les moins prescripteurs de ce dépistage.

Cette campagne ciblera également les médecins biologistes, dont le rôle dans ce dépistage pourrait être accru. Le médecin biologiste a la possibilité de réaliser à son initiative l'échantillon urinaire ou de réaliser et de coter l'albuminurie et la créatininurie si un de ces examens n'a pas été prescrit. Leur implication pour compléter les prescriptions afin de les mettre en cohérence avec les dernières recommandations de la HAS constitue un levier important pour l'amélioration du taux de couverture dans la population à risque.

L'Assurance Maladie mènera également des campagnes de sensibilisation des assurés à l'importance de ce dépistage, en lien avec les sociétés savantes et les associations de patients. Ces campagnes pourraient agir en synergie des événements nationaux et locaux qui ont lieu pendant la semaine nationale du rein au mois de mars chaque année pour améliorer la sensibilisation du public et la réalisation d'un dépistage gratuit.

Enfin, l'Assurance Maladie intègre le parcours de soins des MRC dans la stratégie globale des maladies cardiovasculaires et associées (MCVA). Comme mentionné dans le chapitre dédié aux MCVA, l'Assurance Maladie souhaite ouvrir dans le cadre de « Mon bilan prévention » la prescription des examens de dépistage de la MRC aux infirmiers, sages-femmes, et pharmaciens. Le déploiement du parcours « polypathologies chroniques » inclut également un outil de diagnostic territorial destiné aux offreurs de soins du territoire, le renforcement de l'accompagnement thérapeutique des patients en élargissant le service sophia à l'ensemble des patients atteints de pathologies chroniques du champ MCVA et l'amélioration du suivi des patients à leur sortie d'hospitalisation en redéployant l'offre de programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) en subsidiarité des accompagnements déjà existants.

### L'Assurance Maladie accompagnera la préparation de la réforme de la rémunération forfaitaire, en vue d'améliorer l'adéquation de la prise en charge

Les remboursements liés à la dialyse représentent 1,9 % des dépenses de l'Assurance Maladie. Ce coût est lié à la nature et à la fréquence de ces actes, à la lourdeur de la prise en charge des patients, dont la mortalité est plus élevée que chez les patients atteints d'un cancer, mais aussi à une surreprésentation de pratiques onéreuses (dialyses[79] nécessitant la présence d'un spécialiste et des transports sanitaires). Ces pratiques ont aussi des conséquences sur la qualité de vie des patients[80] (nombre de séances hebdomadaires, temps de transport, fatigue postséances…) en fonction de la situation personnelle des patients (en activité professionnelle, en recherche d'emploi, en situation de précarité). Une plus grande flexibilité de l'offre de dialyse doit permettre de mieux ajuster le mode de prise en charge aux attentes, y compris socioprofessionnelles, des patients.

La LFSS pour 2024 a mis en place des *« forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients »* à compter du 1er janvier 2026.

En 2025, l'Assurance Maladie accompagnera la préparation de la mise en place de cette nouvelle rémunération forfaitaire, dans la perspective d'améliorer l'adéquation entre état de santé et niveau de médicalisation, en favorisant les prises en charge de proximité. L'Assurance Maladie accompagnera également, quand cela est pertinent, le développement encadré des pratiques de télésurveillance. Cet ensemble de mesures doit permettre de limiter le recours à la dialyse en centre aux patients nécessitant une importante médicalisation, et d'augmenter le recours à des modes de dialyse aujourd'hui sous-utilisés (dialyse à domicile, autodialyse, hémodialyse longue

79 Naylor KL, Kim SJ, McArthur E, Garg AX, McCallum MK, Knoll GA. Mortality in Incident Maintenance Dialysis Patients Versus Incident Solid Organ Cancer Patients: A Population-Based Cohort. Am J Kidney Dis. 2019 Jun;73(6):765-776. doi: 10.1053/j.ajkd.2018.12.011. Epub 2019 Feb 6. PMID: 30738630.

80 Manifeste du REIN pour la qualité de vie des patients, France REIN 2024.

nocturne ou en soirée en unité de dialyse médicalisée – UDM –, autodialyse) afin de permettre aux patients de choisir le mode de dialyse le plus adapté à leurs besoins, notamment les patients débutant la dialyse lors de leur vie active, confrontés à de nombreuses contraintes d'accès à l'emploi. Ce financement comportera un volet « qualité », avec une obligation d'évaluations régulières du mode de suppléance. En parallèle d'une réforme du financement de la dialyse, la DGOS mène une révision des autorisations de l'activité, soutenue par l'Assurance Maladie notamment *via* la demande d'inscription à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) d'un acte de ponction de fistule artérioveineuse par un infirmier diplômé d'État (IDE) à domicile, afin de faciliter la mise en œuvre de la dialyse autonome.

En outre, l'Assurance Maladie poursuivra sa lutte contre les abus en renforçant les contrôles au sein des structures de dialyse. Une proposition est formulée dans le chapitre dédié à la lutte contre la fraude du présent rapport.

### 6.2.5. Les efforts pour améliorer l'accès à la greffe doivent être accentués

Parmi les modes de suppléance de l'insuffisance rénale chronique, la supériorité de la greffe est attestée dans la littérature internationale, notamment sur le plan clinique, par une diminution du risque d'accidents cardiovasculaires, en termes de mortalité avec une espérance de vie nettement supérieure, et par une qualité de vie significativement meilleure[81].

En France également, l'enquête Quavi-REIN[82] indique que l'ensemble des scores liés à la qualité de vie (santé mentale, insertion professionnelle…) est supérieur pour les patients ayant bénéficié d'une greffe par rapport aux autres modes de suppléance[83].

L'efficience de la transplantation a ainsi été établie par la HAS en 2014, qui la considérait comme la modalité de traitement la plus efficace et la moins coûteuse par rapport à l'hémodialyse et à la dialyse péritonéale (chez les patients considérés comme transplantables)[84]. Comme mentionné précédemment dans ce chapitre, en 2022, les dépenses moyennes l'année de la transplantation sont de 83 098 euros par patient, soit légèrement supérieures au montant moyen annuel remboursé aux patients dialysés (77 188 euros pour l'ensemble des patients dialysés, 78 671 euros pour l'hémodialyse, 57 082 euros pour la dialyse péritonéale). Le montant annuel moyen remboursé à un patient après une greffe rénale est quant à lui bien inférieur (21 617 euros)[85].

L'ensemble du processus de don d'organes, dès avant le prélèvement et jusqu'au suivi des patients greffés comme des donneurs, requiert une coopération de multiples professionnels et une organisation spécifique des établissements de santé. À la suite de la baisse d'environ un quart des activités de transplantation en 2020 (29 % pour les transplantations rénales) en raison de la crise sanitaire, l'État a accompagné la reprise d'un plan pluriannuel. Ce plan greffe (2022-2026) comprend neuf orientations, comme l'augmentation du recensement et du prélèvement d'organes sur donneurs décédés, le développement de la greffe issue de donneurs vivants, l'optimisation du financement ou encore la communication, tant auprès du grand public que des professionnels de santé.

La présente analyse vise à présenter les freins dans l'accès à la greffe, notamment les goulots d'étranglement dans le parcours du recensement à la transplantation. Les propositions faites ici par l'Assurance Maladie reprennent certaines mesures de ce plan greffe afin d'accélérer sa mise en œuvre et explorent de nouvelles pistes.

81 Tonelli M, Wiebe N, Knoll G, Bello A, Browne S, Jadhav D, Klarenbach S, Gill J. Systematic review: kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. Am J Transplant. 2011 Oct;11(10):2093-109. doi: 10.1111/j.1600-6143.2011.03686.x. Epub 2011 Aug 30. PMID: 21883901.

82 Qualité de vie des insuffisants rénaux chroniques terminaux dialysés ou greffés, Agence de la biomédecine, 2018. https://www.agence-biomedecine.fr/Qualite-de-vie-des-insuffisants-renaux-dialyses-ou-greffes-QuaviRein

83 Stengel B, Metzger M, Combe C, Jacquelinet C, Briançon S, Ayav C, Fouque D, Laville M, Frimat L, Pascal C, Herpe YE, Morel P, Deleuze JF, Schanstra JP, Lange C, Legrand K, Speyer E, Liabeuf S, Robinson BM, Massy ZA. Risk profile, quality of life and care of patients with moderate and advanced CKD: The French CKD-REIN Cohort Study. Nephrol Dial Transplant. 2019 Feb 1;34(2):277-286. doi: 10.1093/ndt/gfy058. PMID: 29635335.

84 Haute Autorité de Santé. Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1775180/fr/evaluation-medico-economique-des-strategies-de-prise-en-charge-de-linsuffisance-renale-chronique-terminale-en-france

85 Comme indiqué plus haut, ces écarts doivent être nuancés par l'inclusion dans les dépenses de dialyses de certains coûts liés au bilan prégreffe.

## Éléments de comparaison internationale de l'activité de greffe rénale

D'après les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'activité globale de greffe rénale rapportée à sa population plaçait la France au cinquième rang mondial en 2022, la première place étant occupée par les États-Unis. Les États-Unis dépassent l'Espagne du fait d'une activité issue de donneurs vivants plus soutenue, l'Espagne ayant quant à elle l'activité de greffe rénale issue de donneurs décédés la plus élevée au monde.

Ces résultats doivent être interprétés selon un ensemble de déterminants mêlant des aspects sociétaux, culturels (taux d'opposition au don), communicationnels, juridiques (consentement présumé ou explicite) et organisationnels (recensement, prélèvement médical et chirurgical) très variables dans le temps, et d'un pays à l'autre, voire d'une région à l'autre au sein d'un même pays. Nous développons ici quelques points sur l'organisation du prélèvement dans différents pays.

Aux États-Unis, l'activité de prélèvement d'organes sur donneurs décédés s'appuie sur un maillage territorial de 56 OPO (*Organ Procurement Organisation*, organismes de prélèvement d'organes), qui sont des organismes à but non lucratif accrédités par l'autorité fédérale. Il s'agit de structures extrahospitalières avec des personnels spécifiques qui fonctionnent selon des procédures communes. Les OPO sont certifiées et évaluées par les CMS (*Centers for Medicare & Medicaid Services*, centres de services *Medicare* et *Medicaid*). Elles sont financées par les hôpitaux qui reçoivent un organe, les hôpitaux sont ensuite remboursés par *Medicare*. L'UNOS (*United Network of Organ Sharing*, réseau uni de partage d'organes) est un organisme à but non lucratif (sous contrat avec le gouvernement fédéral), qui coordonne les activités de prélèvement, de greffe et d'allocation des organes. Les activités de greffe ne sont pas soumises à autorisation, mais le financement des soins pour les trois années postgreffe par *Medicare* varie selon la performance de l'équipe. Les activités de prélèvement sur donneurs vivants, encadrées juridiquement, se font à l'échelon des établissements. La liste nationale d'attente ne concerne que les greffes issues de donneurs décédés. Plusieurs programmes de dons croisés coexistent par ailleurs en cas d'incompatibilité ou d'immunisation entre un receveur et son donneur vivant.

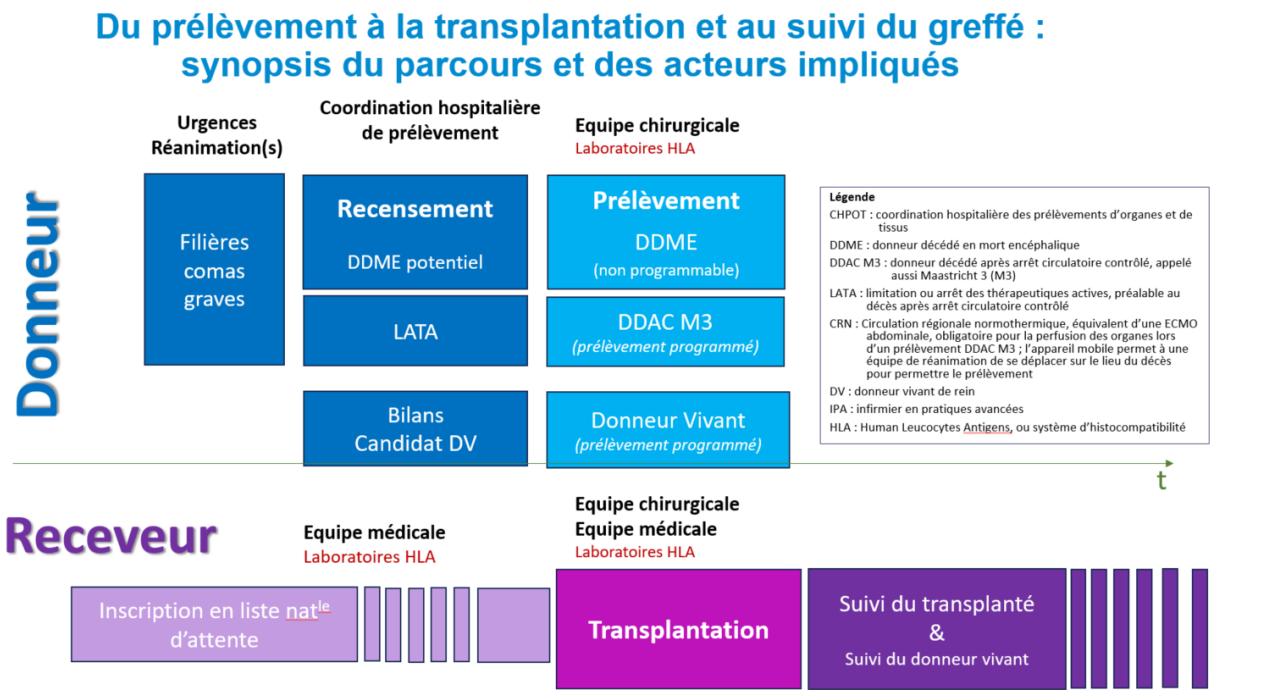
Le modèle espagnol développé à partir de 1989 a permis d'augmenter l'activité de prélèvement sur donneurs décédés de 14 greffes par million d'habitants (pmh) à 47 pmh en 2023 (contre 26 pmh en France en 2023). En Espagne, les activités de prélèvement sont placées sous la responsabilité de l'ONT (*Organización Nacional de Trasplantes*, Organisation nationale de transplantation). Son objectif principal est d'optimiser l'activité de prélèvement. Un soin particulier a été donné à la qualité des différentes étapes du processus de prélèvement et à la formation des professionnels. Le prélèvement d'organes repose sur des équipes de coordination spécifiques intrahospitalières, dotées de professionnels spécialement formés, indépendants des services de transplantation. Ce modèle repose sur le développement de départements de coordination ayant du personnel médical et infirmier dédié. La direction de ces unités est le plus souvent assurée par un médecin de soins intensifs, ce qui permet un processus de recensement proactif des donneurs potentiels, sous la responsabilité de la direction hospitalière. Sur le plan économique, il existe une prime sous forme de rémunération à l'acte pour les activités de recensement et au prélèvement.

En Grande-Bretagne, le pilotage des activités de prélèvement et de greffe est placé sous la responsabilité de NHS-BT (*National Health Service, Blood and Transplantation,* service national de santé, sang et transplantation). Les activités de prélèvements issus de donneurs décédés (par mort encéphalique ou circulatoire) sont réalisées 24 heures sur 24 par le NORS (*National Organ Retrieval System*, système national de prélèvement d'organes), dont les 11 équipes régionales spécifiques fonctionnent selon un ensemble de procédures standardisées (*National Organ Retrieval Service Standards,* normes nationales de service de prélèvement d'organes). La mutualisation du prélèvement chirurgical a aussi été mise en place. Le principe repose sur la mise en place d'équipes territoriales chirurgicales dédiées au prélèvement d'organes, sur une période d'astreinte de 24 heures à 72 heures. Au moins deux équipes chirurgicales sont mobilisées, une pour l'étage abdominal (foie/reins), une pour l'étage thoracique (cœur/poumon). En pénurie de donneurs en état de mort encéphalique du fait de l'existence d'un régime de consentement explicite, la Grande-Bretagne a développé de longue date une activité de prélèvement sur donneurs vivants et des programmes de dons croisés. Elle est passée progressivement au régime du consentement présumé à partir de 2015, pour améliorer son activité de prélèvement issu de donneurs en état de mort encéphalique.

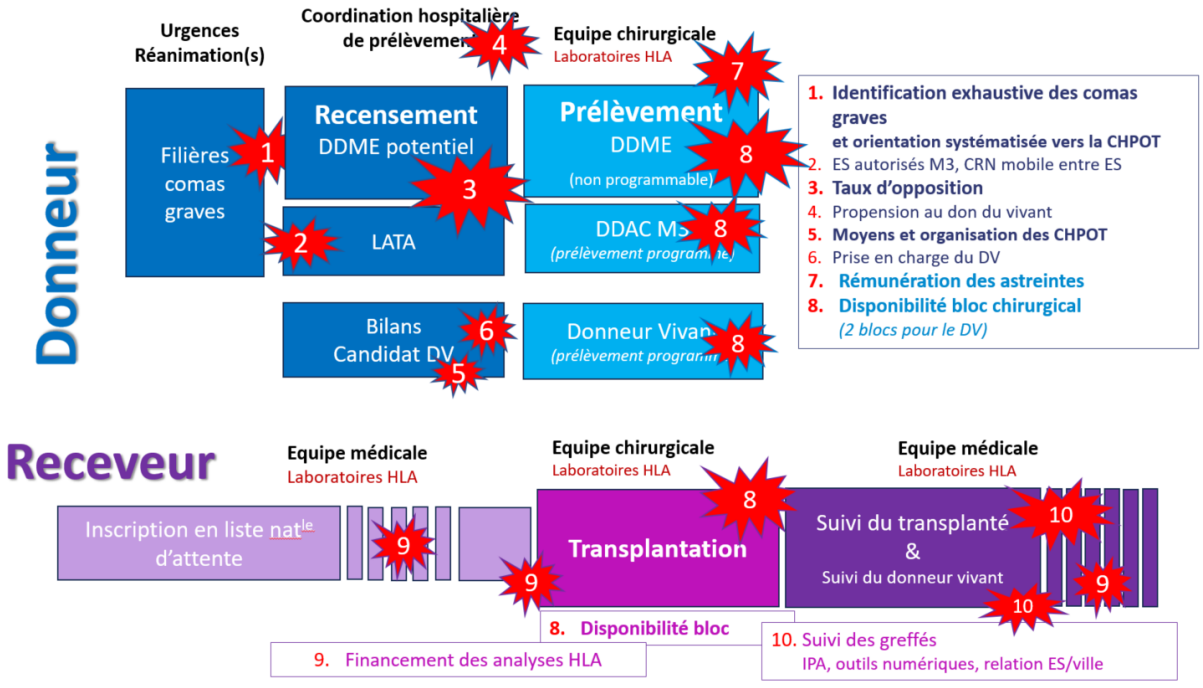
## Les freins et leviers d'accès à la greffe en France

L'Agence de la biomédecine, partenaire de l'Assurance Maladie pour la rédaction de ce chapitre, a résumé sous la forme d'un schéma (Figure 57) le parcours de transplantation rénale et les acteurs impliqués à chaque étape, de l'identification du donneur au suivi de la greffe.

Figure 57 : Schéma du parcours de greffe rénale et de ses freins




Le schéma ci-dessous fait figurer les freins identifiés (le numéro renvoie à la légende en encadré, la taille de l'étoile représente l'importance relative du frein identifié)




*Source : Agence de la biomédecine*

L'activité ainsi modélisée présente de nombreux points susceptibles de freiner la progression du processus.

À l'étape du recensement, les deux enjeux sont à la fois l'identification des donneurs potentiels et le recueil de l'accord de la famille. L'identification doit être exhaustive dans la filière des comas graves, où demeurent des défauts de repérage et d'adressage, particulièrement pour les comas graves par accidents vasculaires cérébraux. L'intervention de la coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT) doit être systématique. L'obstacle principal à cette étape est le taux d'opposition au don, ou taux de refus, de la part des proches des donneurs potentiels. La logique de « témoignage » de la volonté du potentiel donneur, plutôt que

« l'accord » des proches, doit être mieux appropriée. L'absence de recueil systématique de la volonté des personnes lors de leur vivant peut entraîner un refus de la part des proches.

À la phase de prélèvement, le principal obstacle relève d'une attractivité financière perçue comme insuffisante par les équipes chirurgicales, l'activité de greffe nécessitant des astreintes de longue durée rémunérées de manière différente sur l'ensemble du territoire. L'indisponibilité des blocs opératoires est également un autre goulot d'étranglement.

Concernant la prise en charge financière des receveurs, des freins liés aux frais de santé restant à la charge des patients peuvent subsister, notamment pour les analyses permettant de vérifier la compatibilité entre donneur et receveur (typage HLA). Quant à la greffe issue d'un donneur vivant, qui représente 16 % des greffes rénales en 2023, la prise en charge financière des donneurs semble aussi être un enjeu important. L'avance des frais, notamment non médicaux (transports et hébergements), ainsi que la perte de revenus malgré les compensations de l'Assurance Maladie ont été signalées comme pouvant être des freins ; la prégnance de ces facteurs d'ordre financier fera l'objet d'analyses approfondies dans la prochaine édition du rapport Charges et produits.

### Le besoin d'augmenter l'activité de transplantation rénale et l'allongement des durées de séjour des transplantés du fait de l'augmentation de la lourdeur des comorbidités requièrent de libérer du capacitaire dans les services de néphrologie et d'urologie en vue d'optimiser le fonctionnement du bloc opératoire

Une analyse des données de l'outil Visuchir permet de suivre l'évolution dans le temps des volumes des transplantations rénales, ainsi que la sévérité et la durée des séjours afférents. Le nombre de transplantations rénales a baissé de 27 % en 2020 en raison de la crise sanitaire. En 2023, l'activité de greffe rénale n'est toujours qu'à 97 % de celle de 2019 (3 525 greffes).

Cette chute d'activité liée à la crise sanitaire ne concerne pas d'une manière identique tous les centres de transplantation rénale. La médiane des pratiques par site est passée de 75 transplantations annuelles en 2019 à 57 en 2022. Le premier et le dernier quartile d'activité des sites semblent peu impactés par cette chute : les 25 % d'établissements qui pratiquaient le moins de transplantations en 2019 et les 25 % qui en pratiquaient le plus en 2019 ont une activité stable dans le temps. Cette chute d'activité semble surtout provenir du deuxième quartile. Ainsi, ceux qui prenaient en charge en 2019 entre 13 et 75 transplantations annuelles n'en prenaient plus en charge en 2022 qu'entre 9 et 57.

Cette baisse du volume s'est accompagnée d'une augmentation des comorbidités des patients (mesurées au travers des niveaux de sévérité des séjours) entre 2019 et 2022, s'expliquant probablement par l'effet Covid ayant retardé la prise en charge des patients, qui sont devenus médicalement plus « lourds ». Ce sont surtout les 50 % de sites chirurgicaux qui avaient les patients les plus « lourds » en 2019 qui ont vu leurs comorbidités augmenter beaucoup plus vite que les 50 % autres sites chirurgicaux. Cette évolution des comorbidités par patient s'accompagne logiquement d'un allongement des durées de séjour (et donc d'un impact important sur l'occupation des lits). Les 25 % d'établissements ayant les durées de séjour les plus longues en 2019 (entre 18 et 24 jours) ont augmenté d'une manière plus importante leurs durées de séjour (entre 21 et 34 jours).

Les services d'hospitalisation conventionnelle des centres de transplantation rénale ont, du fait de l'augmentation des comorbidités des patients transplantés et de l'augmentation des durées de séjour en résultant, probablement des difficultés de gestion des lits conventionnels qui se retrouvent embolisés avec des taux de rotation moindres. L'analyse des chiffres Hospi-Diag de 2022 confirme la problématique de gestion des lits conventionnels dans ces établissements, puisque 88 % de ces établissements ont des taux d'occupation de leurs lits de chirurgie au-delà des 85 % optimal (les 25 % les plus hauts ont des taux d'occupation entre 106 % et 124 %). Cette suroccupation des lits de chirurgie impacte aussi la gestion des lits de médecine, avec des patients chirurgicaux occupant indûment des lits de médecine, dont les taux d'occupation sont déjà proches d'une saturation (les lits des services de médecine de ces hôpitaux sont déjà en moyenne à 75 % d'occupation). C'est donc bien potentiellement une suroccupation médicochirurgicale, à la fois des services médicaux de néphrologie et chirurgicaux d'urologie.

Ces lits conventionnels sont occupés par des patients dont une partie ne nécessite probablement pas une prise en charge en hospitalisation complète. En favorisant notamment la chirurgie ambulatoire sur les autres actes d'urologie dans les services, des lits pourraient être libérés et accueillir plus de transplantations rénales. Visuchir estime le potentiel ambulatoire des services d'urologie de ces établissements à 30 000 actes chirurgicaux correspondant à 24 000 séjours de chirurgie conventionnelle transférables. Cette estimation est faite à partir des meilleures pratiques ambulatoires françaises, en tenant compte des recommandations formalisées d'experts de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR). Ces 24 000 séjours de chirurgie concernent des patients sans comorbidités ou avec de faibles comorbidités, donc parfaitement éligibles à la chirurgie ambulatoire.

Calculés à partir de leurs durées de séjour constatées, ces 24 000 séjours de chirurgie conventionnelle représentent aussi 415 000 journées-lits. Avec un taux d'occupation optimal de ces lits de chirurgie de 85 %, ces 415 000 journées-lits représentent de fait au niveau national un capacitaire de 1 300 lits de chirurgie, soit une médiane de 38 lits par centre. Transférer ces 24 000 séjours d'urologie en ambulatoire permettrait donc de dégager des marges de manœuvre importantes dans le capacitaire des établissements qui prennent en charge des transplantations rénales.

Au-delà de l'optimisation de la gestion des lits des services dans ces établissements en amont et en aval du bloc opératoire, l'organisation de la chirurgie ambulatoire impacte aussi fortement le fonctionnement du bloc opératoire en optimisant et en maîtrisant les flux du bloc opératoire, en raccourcissant les circuits, en éliminant les temps morts, en réduisant les marges d'erreur et en luttant contre le gaspillage au travers de l'application des principes du *Lean Management*, selon les recommandations organisationnelles de la HAS et de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médicosociale (Anap). À partir des données d'Hospi-Diag 2022, une analyse comparative de la productivité des blocs opératoires de ces sites chirurgicaux prenant en charge des transplantations rénales démontre que les salles d'intervention chirurgicale sont moins productives que celles des autres sites chirurgicaux, au travers de l'étude du nombre d'indices de coût relatif par salle d'intervention chirurgicale. Ces blocs apparaissent moins productifs alors que la productivité des chirurgiens y est comparable. Il y a donc bien un problème de gestion du bloc opératoire.

Développer la chirurgie ambulatoire dans les établissements qui prennent en charge les transplantations rénales pourrait donc permettre à la fois de dégager du capacitaire en lits dans les services de néphrologie et d'urologie et d'optimiser du temps-bloc opératoire pour prendre en charge plus de greffes, tout en améliorant la qualité de prise en charge des autres patients en ambulatoire.

## 6.3. Cancers à dépistage organisé

### 6.3.1. Mise en œuvre de l'organisation rénovée des dépistages organisés

#### L'organisation rénovée des dépistages organisés dans le cadre de la feuille de route « Priorité dépistages » 2024-2028

Le 5 décembre 2022, le ministre de la Santé et de la Prévention annonçait plusieurs évolutions de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030[86], s'appuyant notamment sur les constats et recommandations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) de janvier 2022[87] sur le dépistage organisé des cancers en France.

La France a en effet des taux de dépistage faibles au regard des objectifs européens ou de la moyenne observée parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui ont déployé des programmes de dépistages organisés :

- cancer du sein : 47 % en 2021 (OCDE32 : 54 %, objectif Union européenne – UE – : 70 %)
- cancer du col de l'utérus : 59 % en 2021 (OCDE30 : 53 %, objectif UE : 80 %)
- cancer colorectal : 35 % en 2021 (OCDE18 : 44 %, objectif UE : 45 %)

L'une des mesures majeures annoncées dans ce cadre portait sur la construction et la mise en œuvre d'une feuille de route des dépistages organisés des cancers « Priorité dépistages » dès 2024. Il s'agit d'améliorer de façon substantielle les résultats en matière de dépistage organisé (DO) des cancers, dont les taux de participation apparaissent en retrait des objectifs européens[88], en instituant une organisation rénovée des dépistages organisés des cancers :

- transfert dès le début de l'année 2024 à l'Assurance Maladie du pilotage des invitations à participer à un dépistage organisé des cancers ;
- mobilisation systématique d'opérations d'« aller vers » par les caisses d'assurance maladie, notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé, dans la continuité des actions menées pour promouvoir la vaccination contre le Covid-19 ;
- recentrage des missions confiées aux centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) sur leurs missions essentielles de suivi des résultats positifs pour l'ensemble des programmes de dépistages organisés, d'information et de formation des professionnels de santé.

L'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers fixe et précise les nouveaux rôles de chacun des acteurs institutionnels impliqués dans les dépistages organisés des cancers (Assurance Maladie, Direction générale de la santé – DGS –, Institut national du cancer – INCa, CRCDC, Santé publique France, entre autres).

#### Les dispositifs déployés par l'Assurance Maladie en 2024

Afin de mener à bien ses missions de pilotage des invitations et d'« aller vers », l'Assurance Maladie a élaboré et mis en œuvre plusieurs dispositifs visant à accroître le taux de participation aux trois dépistages organisés des cancers.

Le ciblage et l'envoi des invitations, qui répondent à des règles issues des recommandations formulées par la Haute Autorité de santé (HAS), sont réalisés au moyen d'une utilisation optimisée des données individuelles disponibles au sein des bases de l'Assurance Maladie (système national d'informations interrégimes de l'Assurance

86 https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/premier-comite-de-suivi-de-la-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers

87 *Le dépistage organisé des cancers en France*, Inspection générale des affaires sociales, janvier 2022.

88 La recommandation du Conseil européen du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer assigne des objectifs de participation pour la population cible : 45 % pour le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR), 70 % pour le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) et 80 % pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU). À ce jour, les taux de participation en France demeurent en deçà des cibles européennes : il était de près de 35 % en 2021-2022 pour le DOCCR, de 50,6 % en 2021 pour le DOCS et de 59 % entre 2018 et 2020 pour le DOCCU.

Maladie – Sniiram – notamment). Pour opérer ces missions, un système d'information dédié permet en premier lieu d'identifier les personnes éligibles, en fonction de l'âge et du sexe ainsi que la prise en compte de critères d'exclusion définis dans le cahier des charges des dépistages des cancers de l'INCa et dans les recommandations de la HAS. Les demandes d'exclusion temporaire ou définitive de l'envoi des invitations au titre d'antécédents personnels ou familiaux qui ne peuvent pas être détectés à partir de données disponibles dans les bases de l'Assurance Maladie, adressées par formulaire, sont également prises en compte.

Pour lutter contre les inégalités en santé et promouvoir ce programme de prévention auprès des publics éloignés du système de santé, l'Assurance Maladie déploie à grande échelle depuis fin 2023 des actions individuelles proactives de type « aller vers » pour favoriser la réalisation du dépistage organisé des cancers, notamment par le biais d'appels téléphoniques. L'objectif est d'amener la population concernée à la réalisation effective du dépistage, en favorisant la prise de rendez-vous et/ou la mise à disposition d'un kit de dépistage tout en levant les freins concrets au dépistage (intérêt et modalités du dépistage, retrait d'un kit, mobilité vers un effecteur, etc.).

Afin de faciliter l'orientation par les conseillers des assurés vers le professionnel de santé le plus adapté, un outil de cartographie des effecteurs de soins de dépistages organisés (radiologues agréés pour le DO des cancers du sein et pharmacies délivrant des kits de dépistage du DO du cancer colorectal) sera mis en ligne prochainement sur ameli.fr. Prévues pour être accessible en *open data*, les données de cette cartographie sont également pensées comme un outil à usage externe, à destination des professionnels de santé qui pourront s'en servir pour orienter leurs patients vers un effecteur à proximité, mais également à destination des assurés eux-mêmes.

Au-delà de l'« aller vers » individuel, l'Assurance Maladie compte également amplifier la mobilisation des professionnels de santé pour renforcer leur rôle d'acteur clé de la promotion des dépistages organisés. En sus des modalités d'information populationnelles, un téléservice d'information individuel a été développé et mis à la disposition des médecins traitants *via* amelipro depuis le 6 juin 2024, permettant de connaître la liste de leurs patients qui sont éligibles et non encore dépistés aux dépistages des cancers. Cet outil a vocation à constituer un support sécurisé et facilement accessible dans la pratique médicale des médecins traitants.

L'Assurance Maladie déploiera mi-2024, avec l'INCa, une nouvelle campagne digitale de promotion du dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR).

### Bilan d'étape

Conformément aux engagements pris par l'Assurance Maladie dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre le cancer, la reprise des invitations aux trois dépistages organisés des cancers est effective depuis janvier 2024. Afin d'accroître l'efficacité de l'envoi des invitations et relances, l'Assurance Maladie a mobilisé l'ensemble des canaux de communication dont elle dispose pour toucher les assurés éligibles. Canaux dématérialisés, téléphoniques et courriers postaux sont ainsi combinés pour améliorer la diffusion de l'information. Dans ce cadre, à la mi-juin 2024, les volumétries suivantes ont d'ores et déjà été adressées :

- dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) : 2,4 millions d'invitations adressées ;
- dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) : 6,9 millions d'invitations adressées ;
- dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) : 4,6 millions d'invitations adressées.

Les actions d'« aller vers » individuelles connaissent pour leur part une montée en charge rapide, conforme au calendrier envisagé. À fin juin 2024, les plateaux téléphoniques d'« aller vers » individuels ont pu réaliser un accompagnement auprès de 345 766 assurés. Centrées dans un premier temps sur le DO du cancer colorectal et des cancers du sein, les campagnes suivantes permettront de promouvoir le DO du cancer du col de l'utérus, en tenant compte de l'offre de soins territoriale. Elles feront l'objet d'une première évaluation mi-2024, lorsque le recul sera suffisant pour mesurer l'efficacité de ces campagnes.

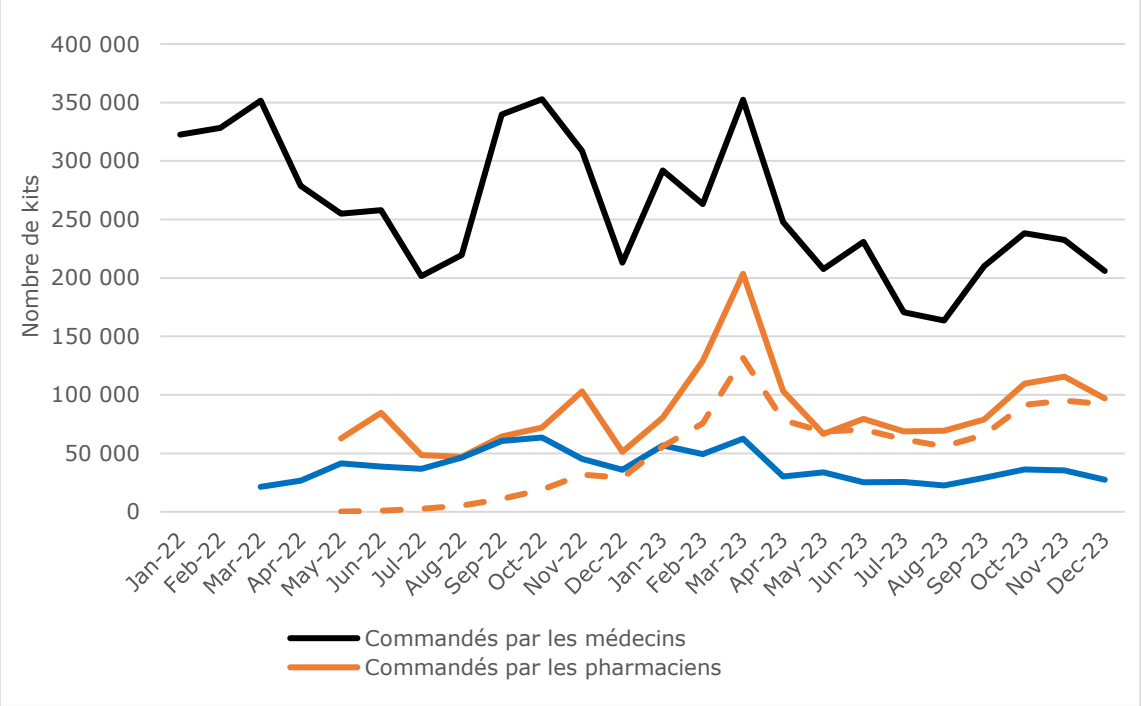
### 6.3.2. Effet de la diversification des modalités de remise du kit sur la participation au dépistage du cancer colorectal

#### Après une montée en charge progressive, la remise par les pharmaciens constitue désormais le second mode d'accès au kit de dépistage

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) est faible en France (34,3 % sur la campagne 2021-2022 d'après Santé publique France[89]) au regard de l'objectif minimal européen (45 %). Reposant initialement sur une distribution du kit par les médecins, les modalités de remise du test se sont progressivement diversifiées : remise par d'autres médecins que les généralistes, envoi direct au moment de la deuxième relance chez les personnes ayant participé à l'une des trois dernières campagnes, et depuis 2022 finalement, possibilité de commande en ligne à réception de l'invitation (mars 2022) ou de retrait du test chez le pharmacien (mai 2022). Avant de pouvoir délivrer des kits de DOCCR, les pharmaciens doivent bénéficier d'une formation spécifique dispensée par les CRCDC.

Sur la campagne 2022-2023, le nombre de tests commandés par les médecins a diminué progressivement en parallèle de la montée en charge de la commande en ligne et de la remise par le pharmacien (Figure 58). Fin 2023, les médecins représentaient 62 % des kits commandés (hors CRCDC), les pharmaciens 29 %, tandis que 8 % des kits étaient commandés en ligne directement par les bénéficiaires.

Figure 58 : Évolution du nombre de kits de dépistage du cancer colorectal commandés selon le canal de remise, et délivrés par les pharmaciens, entre janvier 2022 et décembre 2023



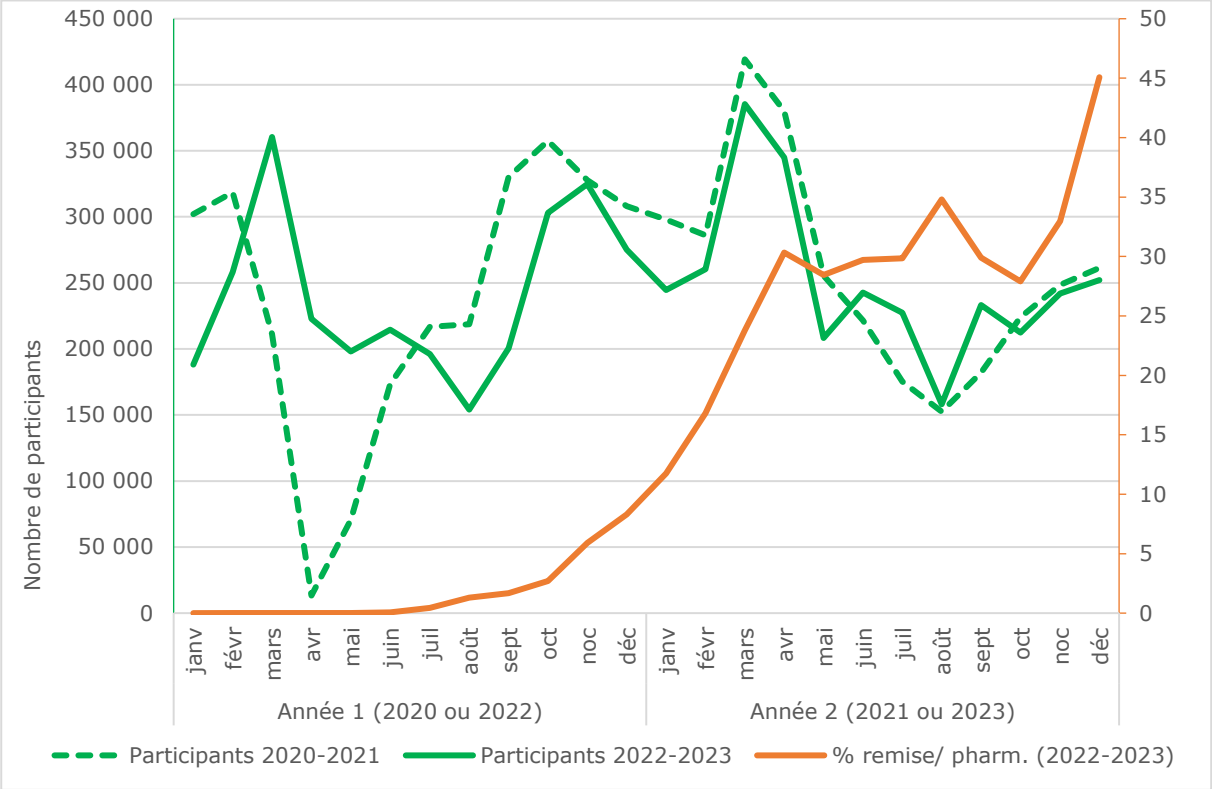

*Champ : Tous régimes - France entière - période 2022-2023*
*Source : INCa (SNDS et Suivi de la Commande en ligne – CEL)*

#### Pour autant, la diversification des modalités de remise du kit n'a pas eu d'effets sur la participation…

Malgré la diversification des modalités de remise, traduite notamment par l'augmentation progressive de la proportion de participants ayant retiré leur kit en pharmacie sur la campagne 2022-2023, la participation globale n'a pas augmenté par rapport à la campagne précédente, pourtant marquée par la pandémie de Covid-19 (Figure 59).

[89] https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/donnees#block-104039 (accédé le 06/03/2024)

Figure 59 : Évolution du nombre de participants au dépistage organisé du cancer colorectal des deux dernières campagnes, et proportion de participants ayant retiré un kit en pharmacie, entre 2020 et 2023




Note de lecture : deux campagnes de dépistage biennal sont comparées : la campagne 2020-2021 et la campagne 2022-2023 au cours de laquelle la commande en ligne et la remise du test par le pharmacien ont été déployées. L'année 1 se réfère à la première année de chaque campagne : ainsi pour la campagne 2020-2021, l'année 1 correspond à l'année 2020.

*Champ : tous régimes - France entière - période 2020-2023*

*Source : Cnam (SNDS)*

## … et n'a pas modifié pour le moment les déterminants de la participation

Les déterminants de la participation au DOCCR n'ont pas été modifiés dans la nouvelle campagne (Figure 60). La participation reste plus faible chez les hommes, les personnes de moins de 65 ans et les personnes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (ressources faibles), et tend à diminuer avec le niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence. Depuis fin 2023, ces publics font d'ailleurs l'objet d'un dispositif spécifique d'« aller vers ».

Après la prise en compte de l'âge, du sexe, du niveau de défavorisation individuel (Complémentaire santé solidaire) ou de la commune, et de l'historique de participation, et malgré l'introduction de nouvelles modalités de remise du kit n'impliquant pas les médecins généralistes, les personnes sans médecin traitant déclaré ou n'ayant pas consulté de médecin généraliste l'année précédant la campagne ont moins participé au DOCCR que les autres en 2022-2023 (odds-ratio ajusté [ORa]=0,74 et 0,84 respectivement), et ce dans une proportion similaire à celle de la campagne 2021-2022 (ORa=0,73 et 0,80).

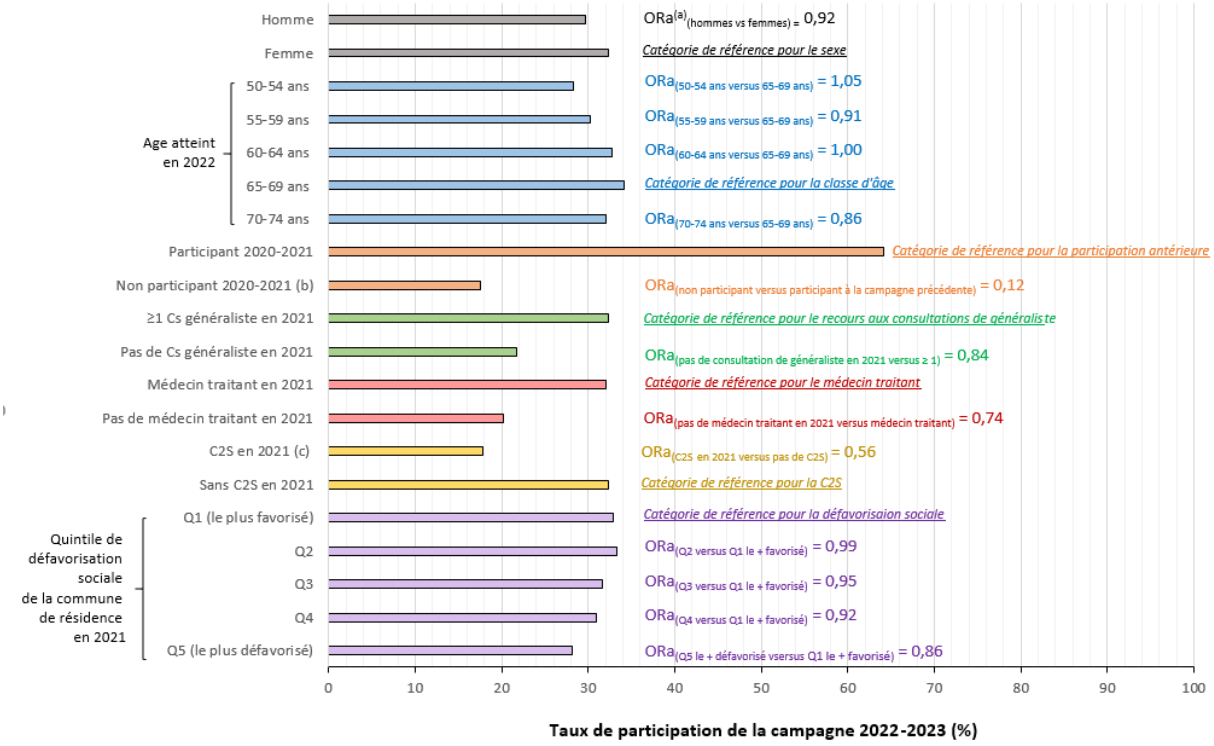
Les personnes qui n'ont pas participé à la campagne 2020-2021 ont beaucoup moins participé au DOCCR en 2022-2023 que les autres (ORa=0,12 très proche de 0). Cependant, cette association existait déjà en 2020-2021 (ORa=0,11 avec l'historique de participation en 2018-2019) et est restée stable entre les campagnes 2020-2021 et 2022-2023.

En conclusion, même si de nombreux bénéficiaires ont choisi de retirer leur kit directement sur la plateforme de commande en ligne ou auprès d'un pharmacien, il s'agissait principalement de personnes ayant déjà participé au dépistage. Ainsi, en l'état des données disponibles, la diversification des modalités de remise du test a plutôt eu un effet de substitution et n'a pas permis d'augmenter la participation au dépistage du cancer colorectal. Si le dispositif n'était pleinement effectif que sur la moitié de la campagne (année 2023), il est peu probable que les résultats auraient été différents sur une campagne complète.

Des actions complémentaires sont donc nécessaires pour améliorer la participation et lutter contre les inégalités de participation. Dans cette perspective, l'Assurance Maladie propose l'élargissement de la remise du kit à d'autres catégories de professionnels de santé : les infirmiers et les sages-femmes. Il s'agira ainsi de poursuivre la densification du maillage territorial des professionnels impliqués dans le DOCCR, y compris avec des professionnels – tels que les infirmiers – pouvant se rendre à domicile et/ou être présents dans les établissements et services médicosociaux (ESMS). L'Assurance Maladie a également ouvert fin 2023 des plateformes d'appel téléphonique permettant de sensibiliser les personnes vulnérables ou plus éloignées du système de santé à l'importance de ces dépistages et les accompagner de façon opérationnelle pour la réalisation des dépistages organisés du cancer (ici, accompagnement à la commande de kit DOCCR).

S'agissant particulièrement des pharmaciens, il s'agit de poursuivre et d'amplifier leur mobilisation croissante en faveur de la prévention, et notamment du DOCCR. Dans cette perspective, l'avenant à la convention des pharmaciens conclu le 10 juin 2024 prévoit une rémunération exceptionnelle de 400 euros aux pharmaciens engagés dans ce dispositif de prévention qui augmentent le nombre de kits remis d'au moins 10 % au regard de l'année 2023.

Figure 60 : Déterminants de la participation au dépistage du cancer colorectal sur la campagne 2022-2023




(a) OR ajusté : odds-ratio ajusté issu de la régression logistique multivariée intégrant l'ensemble des variables mentionnées sur la figure expliquant la participation à la campagne 2022-2023. La valeur d'ORa numérique indiquée sur la figure correspond à la valeur observée pour la campagne 2022-2023, en référence à la catégorie de référence.

(b) Non participants ou non concernés par le dépistage sur la campagne précédente (âgés de moins de 50 ans)

(c) C2S : Complémentaire santé solidaire

Note de lecture : 64 % des personnes ayant participé au dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) sur la campagne 2020-2021 ont participé à ce dépistage sur la campagne 2022-2023. Ce taux n'était que de 17 % chez les personnes qui n'avaient pas participé à la campagne précédente (2020-2021).

L'odds-ratio ajusté (ORa) 2022-2023 (◇) mesure l'association entre le fait de présenter une caractéristique (par exemple, ne pas avoir participé au DOCCR en 2020-2021) et la participation au DOCCR sur la campagne 2022-2023 par rapport à la catégorie de référence (dans cet exemple, avoir participé au DOCCR en 2020-2021), indépendamment des autres facteurs introduits dans le modèle statistique (âge, sexe, consultation de médecin généraliste en 2021, médecin traitant déclaré en 2021, Complémentaire santé solidaire en 2021 et quintile de défavorisation de la commune de résidence en 2021). L'ORa 2020-2021 (+) associé au fait de ne pas avoir participé à la campagne de DOCCR précédente (2018-2019) est très proche de l'ORa 2022-2023.

Une valeur d'ORa < 1 signifie que les personnes présentant la caractéristique ont moins souvent participé au DOCCR sur la campagne concernée que celles de la catégorie de référence. Plus la valeur se rapproche de 0, plus la participation est faible par rapport à la catégorie de référence. À l'inverse, une valeur > 1 signifie que les personnes présentant la caractéristique ont plus souvent participé que celles de la catégorie de référence.

*Champ : tous régimes - France entière - période 2020-2023. Analyse restreinte aux consommants 2019 sans critère d'exclusion du dépistage organisé du cancer colorectal (maladie inflammatoire chronique intestinale, cancer colorectal actif ou surveillé, acte associé à une période d'exclusion – par exemple, coloscopie) pour la campagne 2020-2021, et 2021 pour la campagne 2022-2023. - Source : Cnam (SNDS)*

### 6.3.3. Accessibilité au dépistage du cancer du sein : une répartition globale de l'offre en radiologie inégale, des marges de progression notables en matière de dépistage organisé

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme et celui responsable du plus grand nombre de décès. En France, le programme national de dépistage organisé (DO) du cancer du sein cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, qui bénéficient dans ce cadre d'une prise à charge à 100 % et d'une seconde lecture des mammographies, actuellement réalisée en centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Celles-ci bénéficient d'un examen clinique des seins et d'une mammographie de dépistage tous les deux ans, avec une double lecture systématique en cas de clichés normaux ou bénins.

Une offre en radiologie adaptée, efficace et accessible dans des délais raisonnables en matière de mammographies bilatérales est cruciale pour atteindre les objectifs de ce programme. En pratique, les radiologues autorisés à réaliser le dépistage organisé doivent être agréés sur la base de conditions garantissant la qualité du dépistage (réaliser 500 mammographies par an notamment). Les radiologues concernés concluent alors une convention avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

#### Le dépistage organisé du cancer du sein en 2023

En 2023, 3 572 469 mammographies bilatérales ont été réalisées, dont 64 % prises en charge au titre du DO. La majorité de ces mammographies en DO (96 %) sont effectuées en cabinet de radiologie, 2 % dans le cadre de l'activité externe des établissements publics et 2 % en centre de santé.

La part de mammographies réalisées en DO sur l'ensemble des mammographies bilatérales varie selon le type d'effecteur : 68 % s'il s'agit d'un radiologue libéral, contre 60 % s'il est en honoraires libres, 61 % pour les centres de santé et 18 % dans le cadre de l'activité externe des établissements de soins publics. Ce dernier taux peut s'expliquer par un recours à l'hôpital public pour un acte de prévention peu fréquent et par la prise en charge à l'hôpital des patientes avec facteurs de risque importants relevant d'un suivi spécifique.

En 2023, 33 % des femmes[90] de 50-74 ans ont eu une mammographie bilatérale et 21 % dans le cadre du DO. Le taux de participation au dépistage organisé, calculé sur une période de deux ans parmi la population éligible, est disponible sur le site de Santé publique France[91] au niveau national et départemental. Il est de 47,7 % sur la période des deux années 2021 et 2022.

#### Évolution des mammographies bilatérales effectuées dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein (2014-2023)

Encadré 11 : Note méthodologique relative à l'identification des mammographies dans le système national des données de santé (SNDS)

Les mammographies bilatérales sont identifiées par les codes CCAM (classification commune des actes médicaux) suivants pour des femmes âgées de 50 à 74 ans suivants : QEQK001 (mammographie bilatérale) et QEQK004 (mammographie de dépistage). Les mammographies unilatérales ont été exclues du champ de la présente analyse.

Elles peuvent être effectuées en cabinet libéral ou en centre de santé (source : datamart de consommation interrégimes – DCIR) ou alors être réalisées dans le cadre de l'activité externe des établissements publics (source : programme de médicalisation des systèmes d'information – PMSI).

Les mammographies effectuées dans le cadre du dépistage organisé (DO) sont repérées avec le code d'exonération du ticket modérateur « prévention » (81 pour DCIR et 7 pour PMSI). Les autres mammographies sont considérées comme relevant d'un dépistage individuel (DI), c'est-à-dire en fonction de facteurs de risque individuels, en dehors du DO.

Les données analysées concernent les femmes de 50 à 74 ans, tous régimes confondus en France entière, de 2014 à 2023 en date de soins (liquidations de janvier 2014 à mars 2024).

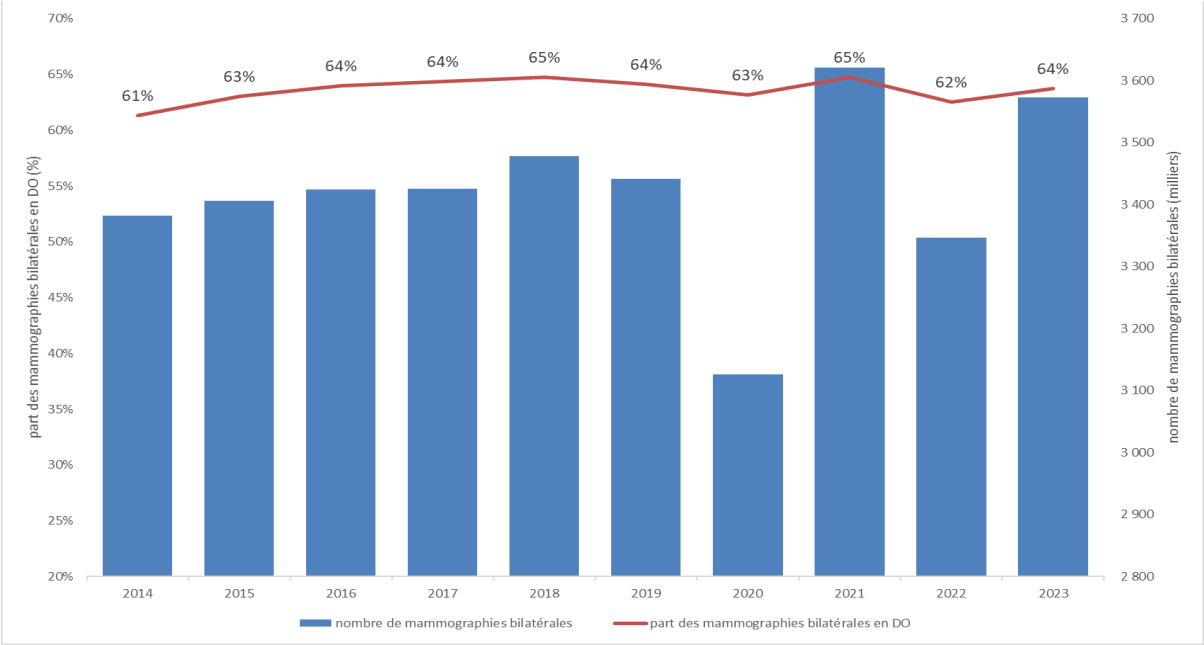
La part des mammographies bilatérales effectuées en DO est restée relativement stable entre 2014 et 2023 (Figure 61), oscillant entre 61 et 65 %, quel que soit le nombre total de mammographies effectuées. On observe

90 Ce rapport est un proxy du pourcentage de femmes avec mammographie, car il rapporte le nombre de mammographies sur le nombre de femmes de 50 à 74 ans (Insee).

91 https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2021-2022-et-evolution-depuis-2005

par ailleurs que le nombre de mammographies bilatérales réalisées a fortement baissé en 2020 en raison de la crise Covid-19, l'année 2021 constituant une année de rattrapage. Les personnes éligibles au dépistage organisé étant invitées tous les deux ans le cas échéant à partir du dernier dépistage, le nombre de mammographies varie désormais de façon significative d'une année sur l'autre. Cette forme de saisonnalité est susceptible d'engendrer des délais de rendez-vous plus importants pour les femmes appelées à réaliser le dépistage les années impaires.

Figure 61 : Évolution du nombre de mammographies bilatérales et part des mammographies effectuées en dépistage organisé (DO) pour les femmes de 50 à 74 ans, entre 2014 et 2023




*Champ : période 2014-2023 - tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

Cette stabilité s'observe également sur le nombre de mammographies en DO par habitante de 50 à 74 ans, qui varie de 19 à 21 % selon les années.

Les remboursements ont suivi l'évolution du nombre de mammographies réalisées avec une baisse notable pendant la période Covid et un rattrapage l'année suivante, suivie d'une baisse en 2022 (effet combiné du rattrapage de 2021 et de la périodicité biennale des campagnes de DO) et d'une augmentation en 2023. Cependant, les dépassements d'honoraires facturés en libéral pour les mammographies hors DO augmentent régulièrement tous les ans, passant d'un montant équivalent à 9 % du montant des bases de remboursement par l'Assurance Maladie en 2014 à 16 % en 2023.

## Répartition des radiologues libéraux selon leur part de mammographies bilatérales en dépistage organisé (DO)

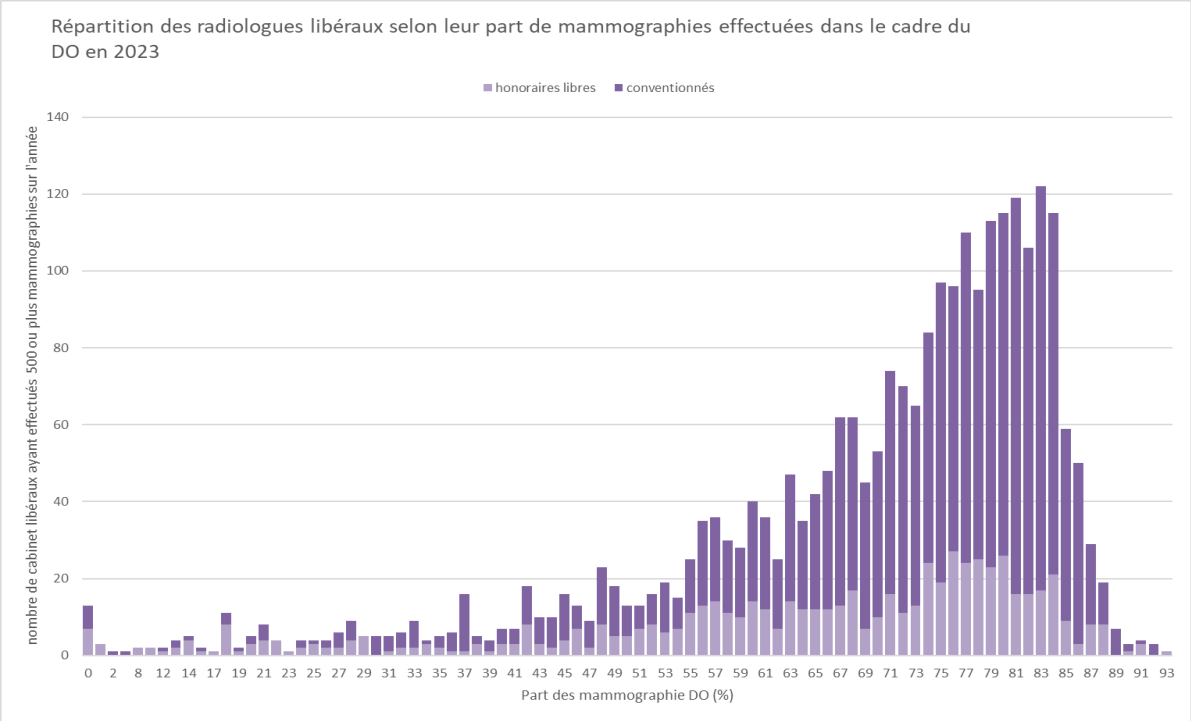
Le cahier des charges du DO prévoit que les radiologues premiers lecteurs justifient d'au moins 500 mammographies lues chaque année. Parmi les radiologues réalisant au moins 500 mammographies bilatérales annuelles, 61 % ont une proportion de mammographies en DO supérieure ou égale à la moyenne nationale[92]. Ce chiffre tombe à 53 % parmi les radiologues en honoraires libres :

- 2 % ont effectué moins de 20 % de leurs mammographies en DO ;
- 11 % ont effectué moins de 50 % de leurs mammographies en DO ;
- 33 % ont effectué moins de 68 % (moyenne nationale) de leurs mammographies en DO.

Ces données signalent que, dans l'ensemble, les radiologues agréés au dépistage organisé du cancer sont largement investis en faveur du dépistage organisé. Certains radiologues agréés pourraient toutefois augmenter de façon significative leur contribution au dépistage organisé, et réduire ainsi les délais d'attente dans les territoires concernés.

92 Calcul à partir des cabinets principaux des radiologues.

Figure 62 : Répartition des radiologues libéraux selon leur part de mammographies effectuées dans le cadre du dépistage organisé (DO) en 2023




*Champ : 2023 - tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

## Disparités géographiques

On constate une variabilité de la part des mammographies bilatérales prises en charge au titre du DO selon les départements, allant de 26 % à Paris à 82 % dans l'Indre et la Lozère[93]. Celle-ci ne semble pas nécessairement liée à la densité du nombre de radiologues libéraux.

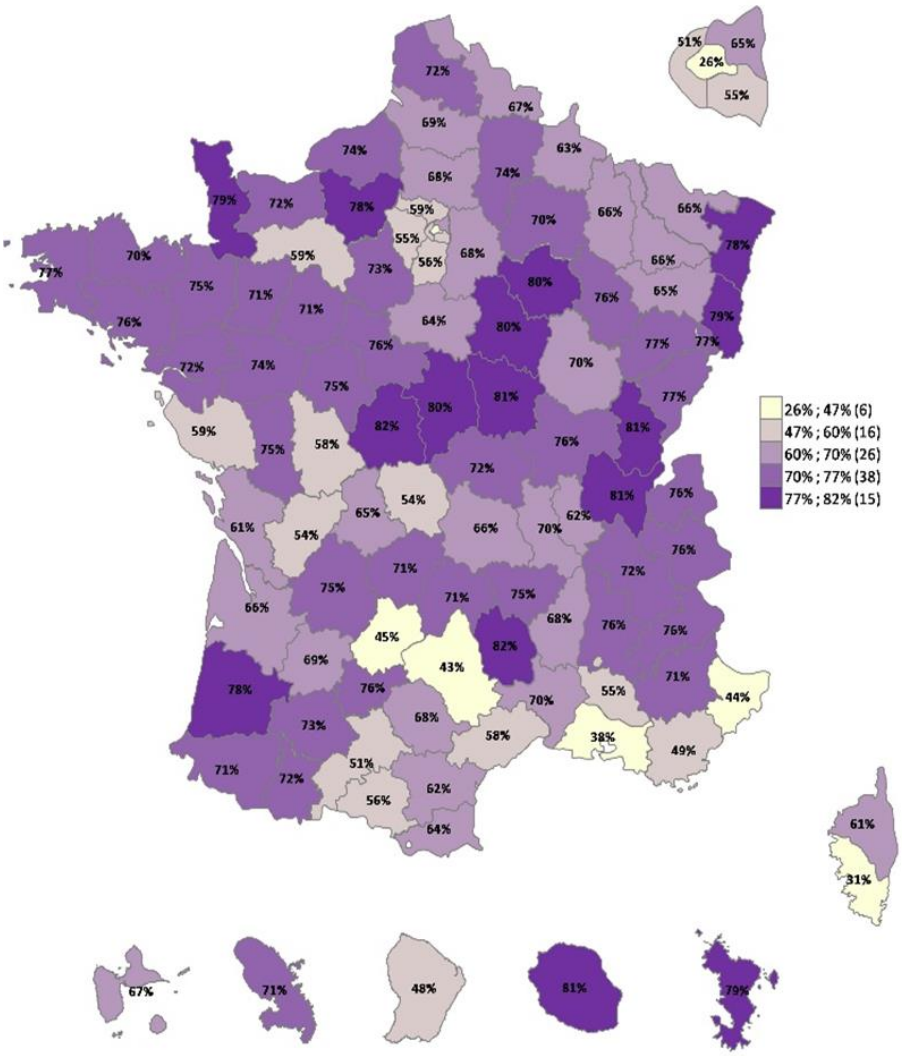
Ainsi, 72 % des départements ont une part de mammographies en DO supérieure ou égale à la moyenne nationale de 64 %. Afin de juger de l'impact de l'offre en DO par rapport à la population éligible (nombre de mammographies en DO par habitante de 50 à 74 ans) sur l'accès au dépistage organisé (pourcentage des DO sur l'ensemble des mammographies), les départements sont répartis en quatre classes (Figure 65) :

- Classe 1 : offre de mammographie en DO supérieure à la moyenne nationale (21 %) et part des mammographies en DO parmi l'ensemble des mammographies bilatérales supérieure à la moyenne nationale (64 %).
- Classe 2 : offre inférieure mais part des DO supérieure à la moyenne nationale.
- Classe 3 : offre supérieure mais part des DO inférieure à la moyenne nationale (trois départements : Hérault, Orne et Rhône).
- Classe 4 : offre et part inférieures à la moyenne nationale. On observe dans certains de ces départements (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Corse-du-Sud, Haute-Garonne, Paris, Var) une compensation de la demande par des mammographies réalisées hors DO (nombre de mammographies totales par habitante de 50 à 74 ans supérieur à la moyenne nationale de 33 %).

Ces données doivent être mises en perspective de la densité de l'offre en radiologie, partagée *supra*. Il ressort de cette comparaison que plusieurs départements relèvent de la classe 4 alors que la densité de l'offre en radiologie y est élevée. Tel est le cas notamment des départements de la Corse-du-Sud, de Paris, de la Haute-Garonne, des Bouches-du-Rhône et, dans une moindre mesure, de la Charente, de la Charente-Maritime et de la Vienne. En conséquence, l'Assurance Maladie pourra engager des actions d'accompagnement auprès des radiologues de ces territoires pour soutenir des niveaux de réalisation des DO permettant d'assurer l'accessibilité au dépistage.

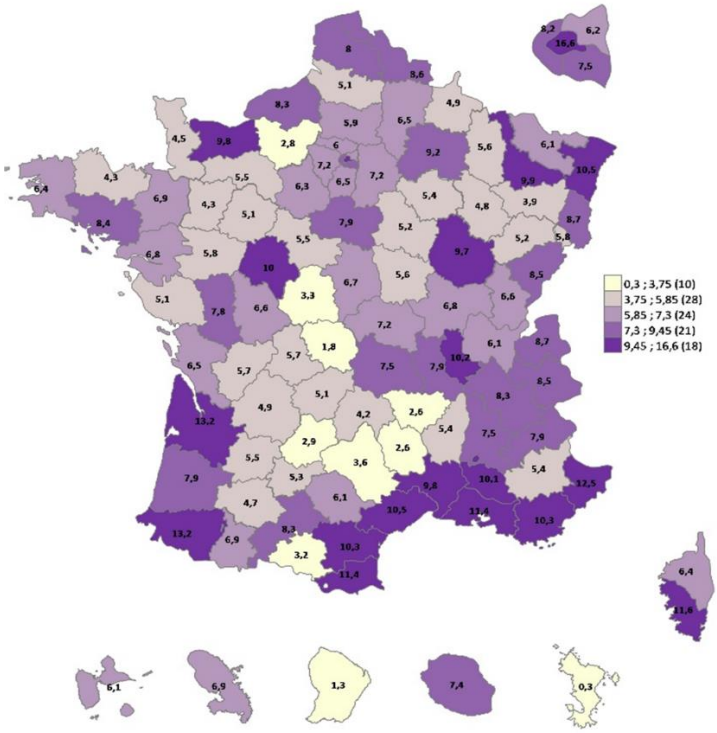
93 La variabilité est la même si l'on enlève les mammographies réalisées en externe. La part de mammographies bilatérales DO est de 68 % hors externe au niveau national et varie de 27 % à Paris à 85 % dans le Territoire de Belfort.

Figure 63 : Part des mammographies bilatérales exécutées en dépistage organisé (DO), pour les femmes de 50 à 74 ans, en 2023



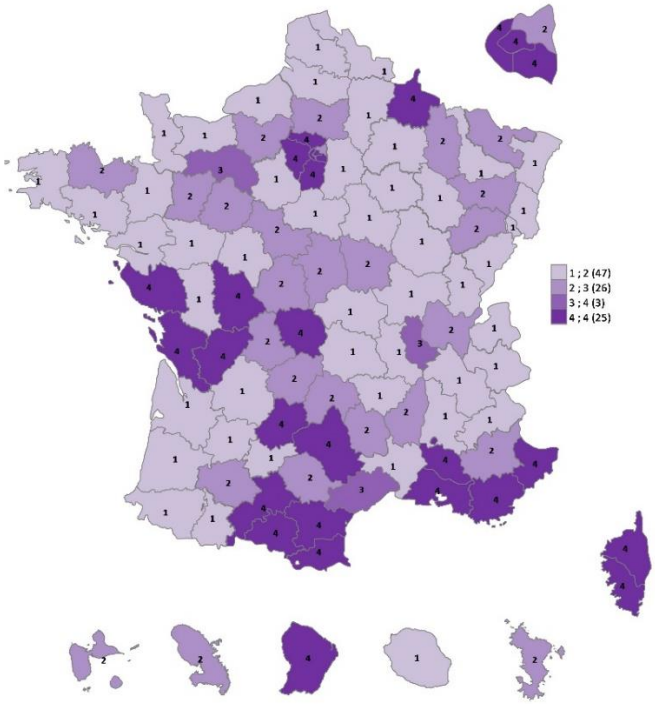

*Champ : 2023 - tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (Data PSL)*

Figure 64 : Densité de radiologues libéraux pour 100 000 habitants, en 2022




*Champ : tous régimes - France entière - 2023*
*Source : Cnam (Data PSL)*

Figure 65 : Classement des départements selon leur part de mammographies effectuées dans le cadre du dépistage organisé (DO) et leur nombre de mammographies DO pour 100 habitantes, pour les femmes de 50 à 74 ans, en 2023




*Champ : tous régimes - France entière - période 2014-2023*
*Source : Cnam (SNDS)*

Encadré 12 : Déploiement de mammobiles

À l'instar d'autres territoires, les acteurs du département de l'Orne proposent depuis plusieurs années une offre d'« aller vers » pour la réalisation du dépistage organisé (DO) sous la forme d'une unité mobile connue sous le nom de « mammobile ». Environ 40 % des mammographies en DO réalisées dans l'Orne le sont grâce aux mammobiles chaque année, répondant à deux contraintes que sont la ruralité du territoire et sa faible densité en radiologues.

L'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers définit le cahier des charges s'appliquant à ces unités mobiles, notamment en ce qui concerne le contrôle de qualité des matériels, l'examen clinique à réaliser, l'organisation de la double lecture ainsi que l'évaluation du dispositif par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC).

Au regard de l'intérêt que représente ce dispositif dans certains territoires, l'Assurance Maladie soutiendra, en lien avec la Banque des Territoires de la Caisse des dépôts et consignations, le développement d'une telle offre mobile lorsqu'elle répond à des conditions de qualité, d'accessibilité et de viabilité qui feront l'objet d'une communication dédiée.

### 6.3.4. Mieux identifier et suivre les personnes à risque aggravé

Actuellement, le dispositif de dépistage organisé pour les cancers du sein et du colon-rectum est destiné aux personnes à risque moyen, et repose sur une stratégie identique pour tous, incluant des invitations/relances et un suivi selon les résultats du dépistage.

L'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers prévoit que les personnes à risque aggravé (élevé ou très élevé) bénéficient d'un suivi personnalisé, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). En effet, ces personnes nécessitent un suivi spécifique, qui diffère de la stratégie destinée aux personnes à risque moyen sur le seul critère d'âge et en l'absence d'antécédents personnels et familiaux particuliers. Le suivi de ces personnes à risque aggravé varie selon leur âge et leurs antécédents avec des stratégies de surveillance variables en termes de type d'examen(s) de surveillance à réaliser, et rythme de réalisation.

Dans ce contexte, l'objet du présent chapitre est d'analyser dans quelle mesure le suivi effectif des personnes à risque aggravé est en adéquation avec les recommandations en la matière.

#### Cas d'usage du cancer colorectal : niveau de risque et modalités de dépistage

L'objectif est de retracer les situations de risque aggravé susceptibles d'être identifiables dans le système national des données de santé (SNDS), afin d'estimer le taux d'adéquation aux recommandations des examens de dépistage repérables.

Certains des critères de risque aggravé du cancer colorectal reposent sur des antécédents familiaux ou des mutations génétiques qui sont difficilement identifiables ou non identifiables dans le SNDS (Tableau 14).

Tableau 14 : Définition des niveaux de risque du cancer colorectal guidant la stratégie de dépistage

| | | |
|---|---|---|
| **Risque moyen** | | • 50 à 74 ans sans critère de risque élevé ou très élevé |
| **Risque aggravé** | **Risque élevé** | • Antécédent **personnel ou familial** d'adénome (parent au 1er degré) ou de cancer colorectal<br>• Antécédent **personnel** de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici : Maladie de Crohn ou Rectocolite Hémorragique) |
| | **Risque très élevé** | • Polypose adénomateuse familiale (PAF) ou syndrome de Lynch |

*Source : Haute Autorité de santé (HAS), Cnam*

Le syndrome de Lynch prédispose à de nombreux cancers autres que le cancer colorectal et nécessite un suivi spécialisé en centre expert.

L'analyse se restreint donc à deux situations repérables et évaluables à partir du SNDS :

- les patients ayant bénéficié d'une exérèse d'adénome colorectal (dont certains à la suite d'un test immunologique de dépistage du cancer colorectal positif) ;
- le suivi des patients atteints de Mici.

Le Tableau 15 compare les recommandations en matière de dépistage du cancer colorectal des personnes à risque moyen, et d'une partie des sous-groupes de personnes à risque élevé : les personnes ayant eu une exérèse d'adénome, et les personnes atteintes d'une Mici.

Tableau 15 : Comparaison des modalités de dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen, et chez deux catégories de personnes à risque élevé, celles ayant bénéficié d'une exérèse d'adénome(s) et celles atteintes d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici)

| | **Risque de cancer colorectal** | | |
|---|---|---|---|
| | Risque **moyen** | Risque **élevé** | |
| | | Exérèse d'**adénome(s)** | **Mici** [a] |
| Début du suivi/dépistage | 50 ans | Exérèse de la lésion | Coloscopie de stadification 8 ans après le début des symptômes |
| Examen | Test immunologique (FIT) | Coloscopie | Coloscopie |
| Délai entre 2 examens de surveillance | 2 ans | Selon le type de lésion(s)[b] :<br>- Risque élevé : 3 ans<br>- Risque faible :<br>  - Cas 1 : 5 ans<br>  - Cas 2 : 7 à 10 ans<br>- Polype hyperplasique <10 mm : 10 ans<br>- Autre situation : contrôle à 3-6 mois, puis 12 mois. | Selon le niveau de risque détecté à la coloscopie de stadification :<br>- Risque élevé : annuel<br>- Risque intermédiaire : 2 à 3 ans<br>- Risque ni élevé ni intermédiaire : 5 ans |

(a) Mici : maladie inflammatoire chronique de l'intestin
(b) Description des lésions par type de risque :
- Risque élevé : exérèse de ≥ 5 adénomes, ou d'au moins un adénome ≥ 10 mm ou en dysplasie de haut grade, ou d'au moins un polype festonné de taille ≥ 10 mm ou comportant des lésions de dysplasie ;
- Risque faible, cas 1 : 3 ou 4 adénomes tous de taille < 10 mm et en dysplasie de bas grade, ou polype(s) festonné(s) de taille < 10 mm et sans dysplasie ;
- Risque faible, cas 2 : 1 ou 2 adénomes tous de taille < 10 mm et en dysplasie de bas grade.

*Sources : Robasckiewicz M. Recommandations pour le suivi après polypectomie (Recommandations SFED 2021). POST'U 2022 https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2022/recommandations-pour-le-suivi-apres-polypectomie-recommandations-sfed-2021/ ; Viennot S. Diagnostic initial, suivi des MICI et détection des complications (Reco ECCO-ESGAR 2019). POST'U 2020 https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2020-paris/diagnostic-initial-suivi-des-mici-et-detection-des-complications-reco-ecco-esgar-2019/*

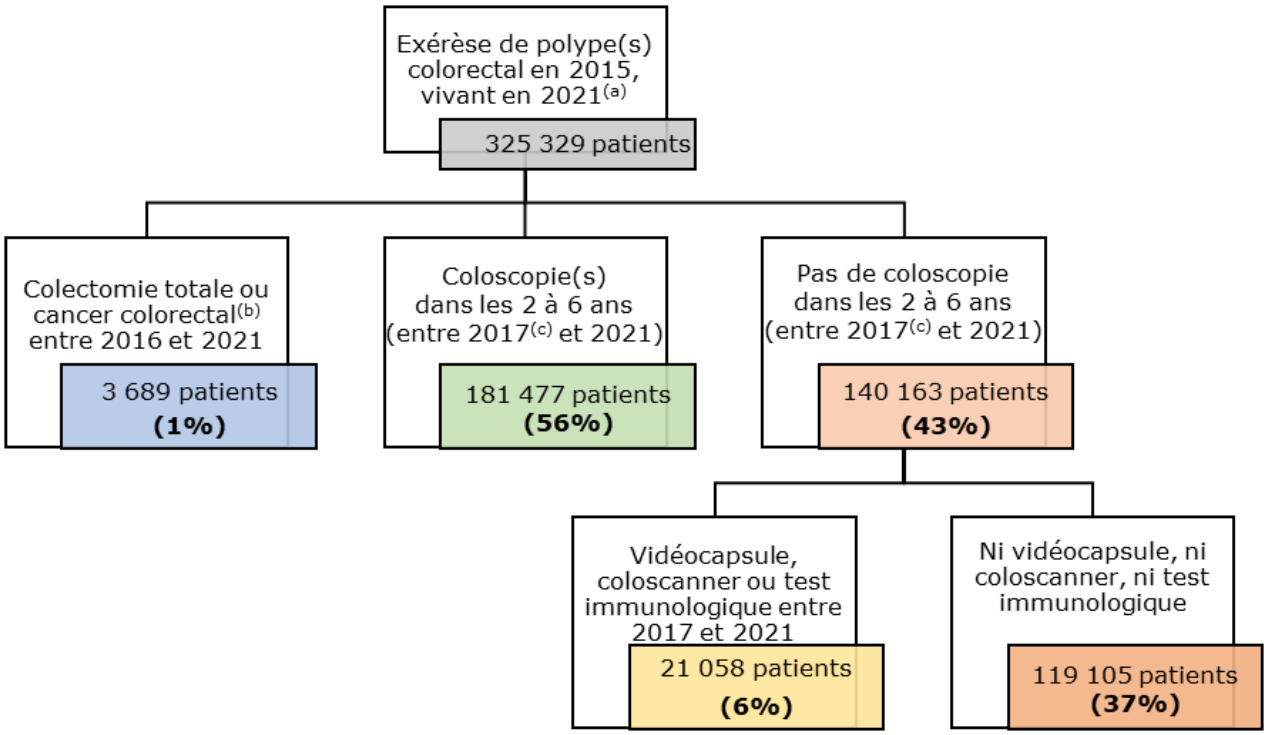
## Situation n° 1 : suivi des personnes ayant bénéficié d'une exérèse d'adénome(s)

Sur la cohorte des patients avec exérèse de polype(s) en 2015 toujours vivants en 2021, l'analyse des données du SNDS montre que 43 % n'ont pas bénéficié d'un suivi conforme aux recommandations puisqu'ils n'ont pas eu de coloscopie de contrôle dans les six ans suivant l'exérèse (hors contrôle précoce en 2016). Ce chiffre est probablement légèrement surestimé puisqu'on ne peut pas identifier les patients avec polype(s) hyperplasique(s) ou considérés comme à risque faible (cas 2 d'après le Tableau 15). Parmi ces patients sans coloscopie de contrôle, 15 % ont néanmoins bénéficié d'un autre examen de suivi au cours des six ans (coloscanner, vidéocapsule ou test immunologique de dépistage du cancer colorectal destiné normalement aux patients à risque moyen) (Figure 66).

Les patients sans aucun suivi par coloscopie dans les 2 à 6 ans après l'exérèse de leur(s) polype(s) sont plus représentés dans les tranches d'âge extrêmes : chez les moins de 40 ans et les 70 ans et plus. Ils sont également un peu plus représentés chez les personnes en affection de longue durée (ALD) et ceux sans médecin traitant que ce soit en 2015 ou en 2021 (Tableau 16). Il est vraisemblable que pour une partie des patients âgés sans coloscopie, le suivi ait été considéré comme non pertinent, voire contre-indiqué (par exemple, patient récusé pour l'anesthésie) du fait des comorbidités ou de l'espérance de vie.

Ces résultats obtenus à partir du SNDS sont proches de ceux obtenus dans une étude basée sur le registre des adénomes de Côte d'Or, qui avait retrouvé que parmi les patients ayant bénéficié d'une exérèse d'adénome à haut risque en 2014-2015, 85 % avaient reçu un document écrit précisant le suivi recommandé, et parmi eux, 53 % s'étaient conformés à ces recommandations[94].

Figure 66 : Bilan en 2021 du suivi des personnes ayant bénéficié d'une exérèse de polype(s) du côlon-rectum en 2015




(a) À l'exclusion des personnes non consommantes en 2021, des personnes prises en charge pour un cancer colorectal d'après la cartographie des pathologies en 2015, et des personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques intestinales qui font l'objet d'un focus spécifique dans ce chapitre
(b) Cancer colorectal actif ou surveillé entre 2016 et 2021 dans la cartographie des pathologies
(c) Les coloscopies de 2016 pouvant être un contrôle précoce de l'acte initial d'exérèse de 2016, elles n'ont pas été prises en compte dans l'analyse

*Champ : tous régimes - France entière - période 2015-2021*
*Source : Cnam (SNDS)*

94 Dahel Y, Cottet V, Boisson C, Manfredi S, Degand T. Compliance with follow-up guidelines after high-risk colorectal polyp removal: a population-based study. Gastrointest Endosc. 2022 Aug;96(2):351-358. doi: 10.1016/j.gie.2022.03.020. Epub 2022 Mar 23. PMID: 35339474.

Tableau 16 : Comparaison du taux de suivi en 2021 des personnes ayant bénéficié d'une exérèse de polype(s) du côlon-rectum en 2015 selon leurs caractéristiques

| | cohorte de départ | | patients avec suivi | | patients sans suivi optimal | | patients sans aucun suivi | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nb de patients n(%) | | | | | | | | |
| total | **325 329** | | **181 477** | **(56%)** | **21 058** | **(6%)** | **119 105** | **(37%)** |
| hommes | 181 788 | (56%) | 101 919 | (56%) | 11 441 | (6%) | 66 295 | (36%) |
| femmes | 143 541 | (44%) | 79 558 | (55%) | 9 617 | (7%) | 52 810 | (37%) |
| moins de 40 ans | 12 254 | (4%) | 4 963 | (41%) | - | (0%) | 7 131 | (58%) |
| 40-49 ans | 37 206 | (11%) | 19 578 | (53%) | 2 621 | (7%) | 14 761 | (40%) |
| 50-59 ans | 85 711 | (26%) | 51 430 | (60%) | 7 487 | (9%) | 26 142 | (31%) |
| 60-69 ans | 114 707 | (35%) | 72 168 | (63%) | 9 850 | (9%) | 31 260 | (27%) |
| 70-79 ans | 62 104 | (19%) | 30 433 | (49%) | 1 092 | (2%) | 29 610 | (48%) |
| 80 ans et plus | 13 347 | (4%) | 2 905 | (22%) | 8 | (0%) | 10 201 | (76%) |
| avec ald en 2015 | 97 933 | (30%) | 50 856 | (52%) | 5 582 | (6%) | 39 890 | (41%) |
| sans ald en 2015 | 227 396 | (70%) | 130 621 | (57%) | 15 476 | (7%) | 79 215 | (35%) |
| avec CMU/ACS en 2015 | 16 283 | (5%) | 7 658 | (47%) | 1 196 | (7%) | 7 256 | (45%) |
| sans CMU/ACS en 2015 | 309 046 | (95%) | 173 819 | (56%) | 19 862 | (6%) | 111 849 | (36%) |
| avec MT en 2015 | 319 964 | (98%) | 179 002 | (56%) | 20 831 | (7%) | 116 493 | (36%) |
| sans MT en 2015 | 5 365 | (2%) | 2 475 | (46%) | 227 | (4%) | 2 612 | (49%) |
| avec MT (ou inc) en 2021 | 322 134 | (99%) | 180 608 | (56%) | 20 984 | (7%) | 117 868 | (37%) |
| sans MT en 2021 | 3 195 | (1%) | 869 | (27%) | 74 | (2%) | 1 237 | (39%) |

CMU : couverture maladie universelle ; ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; MT : médecin traitant

*Champ : période 2015-2021 - tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

Encadré 13 : Note méthodologique relative à l'analyse du suivi des personnes ayant bénéficié d'une exérèse d'adénome(s)

Le système national des données de santé (SNDS) ne contient aucune donnée anatomopathologique, et les actes d'exérèse ne précisent pas la nature de la lésion retirée, déterminée à l'examen histologique. Aussi, il n'est pas possible de différencier les exérèses de polype hyperplasique des exérèses d'adénome colorectal. Par ailleurs, les actes CCAM (classification commune des actes médicaux) d'exérèse de polype(s) établissent la distinction entre l'exérèse de 1 à 3 polypes < 10 mm, ou l'exérèse de polype(s) ≥1 cm, ou de ≥ 4 polypes. Il n'est donc pas possible de faire la distinction entre les cas 1 et 2 du risque faible. Enfin, une erreur de cotation d'acte est possible.

L'analyse porte donc sur les personnes ayant bénéficié d'une exérèse de polype(s) et non spécifiquement celles, réellement ciblées, ayant bénéficié d'une exérèse d'adénome(s).

Selon les recommandations de 2021, les personnes ayant fait l'objet d'une exérèse de polype(s) une année N devraient bénéficier d'une coloscopie de contrôle dans les 3 à 5 ans en cas de risque élevé ou faible (cas 1), et dans les 7 à 10 ans en cas de risque faible (cas 2).

L'objectif était de déterminer la part des patients vivants en 2021 et ayant bénéficié d'une exérèse de polype(s) 6 ans plus tôt, qui n'ont pas eu de nouvelle coloscopie (diagnostique ou thérapeutique) depuis, et sont donc en retard de suivi.

Critères de sélection :

- patients ayant bénéficié d'un acte d'exérèse de polype(s) en 2015 ;
- ayant consommé des soins jusqu'en 2021, et non décédés au 31 décembre 2021 ;
- sans diagnostic de cancer colorectal ni de maladie inflammatoire chronique intestinale en 2015 ;
- exclusion des jumeaux pour un meilleur chaînage PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information).

Devenir 2016-2021 (à 6 ans de l'exérèse, soit 1 an de plus que l'intervalle maximal recommandé) :

- actes de colectomie ou coloproctectomie, coloscopie avec ou sans exérèse, coloscanner ou vidéocapsule, test immunologique (FIT) de dépistage du cancer colorectal ;
- passage en cancer colorectal actif ou surveillé d'après la cartographie des pathologies.

Finalement :

- Les patients avec au moins une coloscopie avec ou sans exérèse entre 2017 et 2021 sont considérés comme ayant un suivi conforme aux recommandations. Les coloscopies de 2016 n'ont pas été prises en compte, car considérées comme relevant de contrôles précoces et non du suivi à distance.
- Les patients sans coloscopie avec ou sans exérèse entre 2017 et 2021 sont considérés comme n'ayant pas un suivi conforme aux recommandations. Ce groupe peut néanmoins être scindé entre ceux ayant réalisé au moins un acte de dépistage ou un coloscanner ou une vidéocapsule et dont le suivi est sous-optimal et ceux sans aucun contrôle.

Principale limite :

La population des patients considérés comme non suivis peut inclure des personnes avec polype hyperplasique qui ne relèvent pas forcément d'un suivi par coloscopie, ou avec <3 adénome(s) <10 mm en dysplasie de bas grade qui ont un délai de 7 à 10 ans pour effectuer leur coloscopie de contrôle.

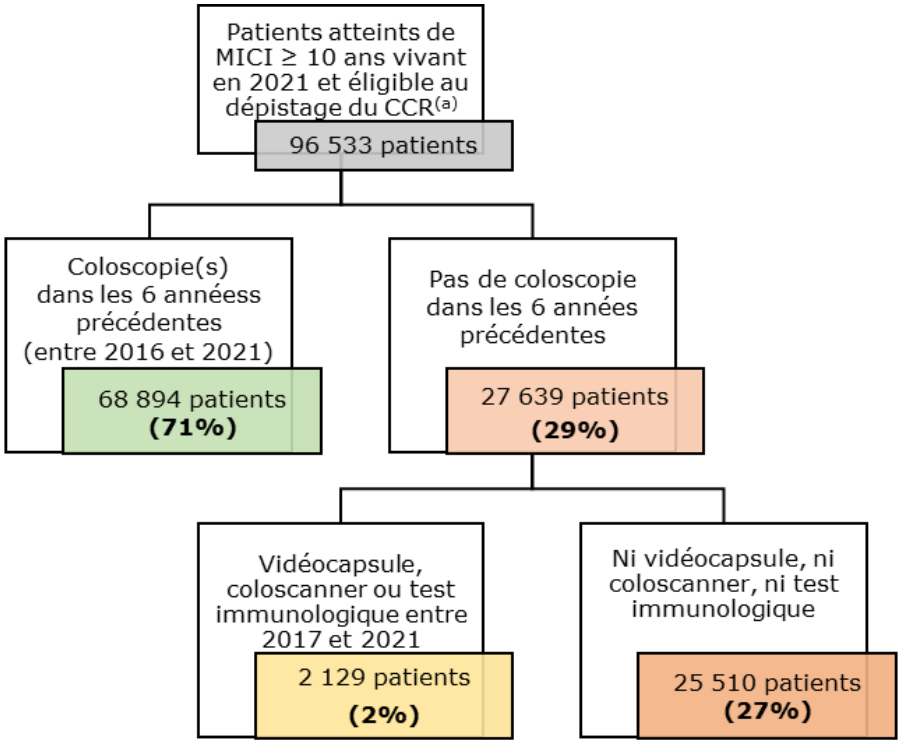
### Situation nº 2 : suivi des personnes en affection de longue durée (ALD) ayant eu une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici) depuis plus de dix ans

Sur la cohorte des patients en ALD Mici depuis plus de 10 ans et toujours vivants en 2021, l'analyse des données du SNDS montre que 29 % n'ont pas bénéficié d'un suivi par coloscopie dans les 6 années précédentes (Figure 67).

Le taux de suivi est similaire dans les 2 sexes, et jusqu'à 80 ans (Tableau 17).

Ces résultats obtenus à partir du SNDS sont cohérents avec ceux obtenus dans une étude multicentrique française, qui avait retrouvé que 53 % des patients présentant une Mici évolutive depuis plus de 7 ans avaient eu un suivi par coloscopie sur une période de 3 années[95]. Une étude canadienne avait également retrouvé une adhésion de près de 80 % aux recommandations de suivi chez des patients atteints de Mici évolutive depuis plus de 8 ans en 2016[96].

Figure 67 : Bilan en 2021 du suivi des personnes en affection de longue durée (ALD) pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici) depuis plus de dix ans




(a) À l'exclusion des personnes non consommantes en 2021, prises en charge pour un cancer colorectal d'après la cartographie des pathologies entre 2015 et 2021, et des personnes ayant bénéficié d'une colectomie ou d'une coloproctectomie

*Champ : tous régimes - France entière - période 2015-2021*
*Source : Cnam (SNDS)*

[95] Vienne A, Simon T, Cosnes J, Baudry C, Bouhnik Y, Soulé JC, Chaussade S, Marteau P, Jian R, Delchier JC, Coffin B, Admane H, Carrat F, Drouet E, Beaugerie L. Low prevalence of colonoscopic surveillance of inflammatory bowel disease patients with longstanding extensive colitis: a clinical practice survey nested in the CESAME cohort. Aliment Pharmacol Ther. 2011 Jul;34(2):188-95. doi: 10.1111/j.1365-2036.2011.04711.x. Epub 2011 May 27. PMID: 21615760.

[96] Singh K, Al Khoury A, Kurti Z, Gonczi L, Reinglas J, Verdon C, Kohen R, Bessissow T, Afif W, Wild G, Seidman E, Bitton A, Lakatos PL. High Adherence to Surveillance Guidelines in Inflammatory Bowel Disease Patients Results in Low Colorectal Cancer and Dysplasia Rates, While Rates of Dysplasia are Low Before the Suggested Onset of Surveillance. J Crohns Colitis. 2019 Sep 27;13(10):1343-1350. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjz066. PMID: 30918959.

Tableau 17 : Comparaison du taux de suivi en 2021 des personnes atteintes d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici) évolutive depuis plus de dix ans selon leurs caractéristiques

| | cohorte observée | | patients avec suivi | | patients sans suivi optimal | | patients sans aucun suivi | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nb de patients n(%) | | | | | | | | |
| **total** | **96 533** | | **68 894** | **(71%)** | **2 129** | **(2%)** | **25 510** | **(26%)** |
| hommes | 42 615 | (44%) | 30 402 | (71%) | 907 | (2%) | 11 306 | (27%) |
| femmes | 53 918 | (56%) | 38 492 | (71%) | 1 222 | (2%) | 14 204 | (26%) |
| moins de 40 ans | 13 475 | (14%) | 10 296 | (76%) | 1 | (0%) | 3 178 | (24%) |
| 40-49 ans | 20 675 | (21%) | 15 086 | (73%) | - | (0%) | 5 589 | (27%) |
| 50-59 ans | 25 116 | (26%) | 18 466 | (74%) | 989 | (4%) | 5 661 | (23%) |
| 60-69 ans | 19 673 | (20%) | 14 335 | (73%) | 695 | (4%) | 4 643 | (24%) |
| 70-79 ans | 12 091 | (13%) | 8 425 | (70%) | 435 | (4%) | 3 231 | (27%) |
| 80 ans et plus | 5 503 | (6%) | 2 286 | (42%) | 9 | (0%) | 3 208 | (58%) |
| avec C2S | 6 214 | (6%) | 4 301 | (69%) | 117 | (2%) | 1 796 | (29%) |
| sans C2S | 90 319 | (94%) | 64 593 | (72%) | 2 012 | (2%) | 23 714 | (26%) |
| avec MT en 2021 | 96 036 | (99%) | 68 633 | (71%) | 2 123 | (2%) | 25 280 | (26%) |
| sans MT en 2021 | 497 | (1%) | 261 | (53%) | 6 | (1%) | 230 | (46%) |

C2S : Complémentaire santé solidaire
MT : médecin traitant

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

Encadré 14 : Note méthodologique relative à l'analyse du suivi des personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici)

Le système national des données de santé (SNDS) ne permet pas de déterminer la date de début des symptômes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici). Aussi, la date de mise en affection de longue durée (ALD) a été considérée comme proxy de la date à partir de laquelle court le délai permettant de poser l'indication de coloscopie de stadification. *De facto*, ceci a restreint l'analyse aux patients atteints de Mici, bénéficiant d'une ALD Mici. Par ailleurs, on ne connaît pas l'indication des coloscopies.

Selon les recommandations de 2019, les personnes ayant une Mici évolutive depuis plus de 8 ans doivent bénéficier de coloscopies de dépistage du cancer colorectal *a minima* tous les 5 ans. Nous avons pris un délai d'ancienneté de l'ALD d'au moins 10 ans (soit une marge ≥ 2 ans).

L'objectif était de déterminer la part des patients vivants en 2021, atteints d'une Mici éligible au dépistage du cancer colorectal, dont l'ALD a été initiée au plus tard en 2011 (10 ans d'évolution minimum), n'ayant pas bénéficié de coloscopie (diagnostique ou thérapeutique) au cours des 6 dernières années.

Critères de sélection :

- patients en ALD Mici, avec une date de début d'ALD antérieure à 2011 ;
- ayant consommé des soins jusqu'en 2021, et non décédés au 31 décembre 2021 ;
- sans diagnostic de cancer colorectal entre 2016 et 2021 (période de disponibilité des données de la cartographie des pathologies) ;
- sans antécédent de colectomie ni coloproctectomie depuis 2005 ;
- exclusion des jumeaux pour un meilleur chaînage PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information).

Suivi 2016-2021 :

- actes de coloscopie avec ou sans exérèse, coloscanner ou vidéocapsule, test immunologique (FIT) de dépistage du cancer colorectal.

Finalement :

- Les patients avec au moins une coloscopie avec ou sans exérèse entre 2016 et 2021 sont considérés comme ayant un suivi conforme aux recommandations.
- Les patients sans coloscopie avec ou sans exérèse entre 2016 et 2021 sont considérés comme n'ayant pas un suivi conforme aux recommandations. Ce groupe peut néanmoins être scindé entre ceux ayant réalisé au moins un acte de dépistage ou un coloscanner ou une vidéocapsule et dont le suivi est sous-optimal et ceux sans aucun contrôle.

Principale limite :
L'analyse ne comporte que des patients atteints de Mici et en ALD pour cette affection. La durée d'évolution de la maladie est sous-estimée, puisque l'ALD a pu ne pas être mise en place immédiatement.

## Un suivi à renforcer, et un ciblage des patients concernés auquel le système national des données de santé (SNDS) pourrait contribuer

Cette analyse suggère que, pour une part significative des patients à risque aggravé de développer un cancer colorectal, le suivi n'est pas réalisé conformément aux recommandations en vigueur. En l'absence d'un suivi adapté, ces patients sont exposés au risque d'un diagnostic tardif auquel est associé un pronostic moins favorable ainsi que des dépenses supérieures.

Ces données signalent également que le SNDS pourrait être utilisé pour renforcer, en lien étroit avec les professionnels de santé impliqués, l'information et l'accompagnement de certaines populations à risque élevé de cancer colorectal insuffisamment suivies, même si les algorithmes proposés précédemment peuvent encore être améliorés. Ces algorithmes pourraient être affinés pour identifier des sous-populations nécessitant un suivi plus rapproché que l'intervalle de 5-6 ans pris en compte dans cette analyse, néanmoins la précision de la classification commune des actes médicaux (CCAM) restera insuffisante pour déterminer précisément le rythme de suivi attendu qui ne pourra être établi réellement qu'à partir des données cliniques des comptes rendus de coloscopie.

Au regard des enjeux majeurs liés à la prise en charge adaptée des personnes à risque aggravé, la présente étude pourra contribuer à la construction, avec le ministère chargé de la Sécurité sociale, l'Institut national du cancer (INCa) ainsi qu'avec les centres régionaux de coordination du dépistage des cancers (CRCDC[97]), d'un dispositif permettant d'améliorer le suivi effectif des personnes à risque aggravé de développer un cancer à risque élevé, fondé notamment sur l'information et l'implication des professionnels de santé.

[97] Les CRCDC ont déjà pour mission d'enregistrer le suivi par coloscopie des patients à risque moyen et ayant un test de dépistage positif.

## 6.4. La prise en charge de la douleur

La douleur représente l'un des motifs les plus fréquents de recours aux urgences et à la médecine générale, la Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD) indiquant que *« la douleur représente le premier motif de consultation aux urgences et chez les médecins généralistes, les deux tiers des consultations médicales*[98] *»*.

L'étude STOPNEP a évalué la prévalence des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère à 20 % de la population[99], soit 12 millions de Français adultes. 70 % de ces patients ne reçoivent pas de traitement approprié et moins de 3 % bénéficient d'une prise en charge dans une structure spécialisée en douleur chronique (SDC). Selon le Baromètre santé 2010 de Santé publique France (SPF), un quart des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées déclarent avoir ressenti une douleur physique difficile à supporter au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge pour atteindre 67 % des personnes âgées de 85 ans ou plus[98].

L'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent donc un enjeu majeur de santé publique. Le soulagement de la douleur est d'ailleurs un objectif inscrit dans la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002 : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique fait de la lutte contre la douleur une priorité. La prise en charge s'est progressivement structurée, notamment par la mise en place de trois plans nationaux (1998-2000, 2002-2005, 2006-2010). Depuis 2010, il n'y a plus aucun plan national concernant la prise en charge de la douleur.

### 6.4.1. Identifier et évaluer la douleur pour déterminer le niveau de prise en charge

La douleur est définie par l'*International Association for the Study of Pain* (IASP, Association internationale pour l'étude de la douleur) comme *« une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes »*.

Il existe plusieurs types de douleurs se définissant par leur durée mais aussi par leurs mécanismes (neuropathique, nociceptive, psychogène ou associée à certains soins ou examens). Il y a les douleurs aiguës, par exemple liées à un traumatisme ou après une opération. En général, elles durent moins de six semaines. Si elles persistent jusqu'à trois mois, on parle alors de douleurs subaiguës dont le principal risque est le passage à la chronicité. Au-delà de trois mois, il s'agit de douleurs chroniques persistantes ou récurrentes, souvent multifactorielles, qui peuvent être une pathologie en soi. Elles sont souvent sources de handicaps, d'une dégradation de la qualité de vie, et ont souvent des répercussions au niveau professionnel (absentéisme, perte de productivité, etc.). Elles sont à l'origine de coûts importants de santé, directs et indirects, évalués à 1,163 milliard d'euros par an en 2010[100].

Il existe des facteurs de risque prédisposant au développement d'une douleur chronique. Les facteurs associés à un risque élevé de passage à la chronicité sont génétiques, psychosociaux ou liés à des antécédents

98 Société française d'évaluation et de traitement de la douleur (SFETD), *Livre blanc de la douleur, 2017 : État des lieux et propositions pour un système de santé éthique, moderne et citoyen* ; Haute Autorité de santé (HAS) : *Recommander les bonnes pratiques, guide, parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique*, janvier 2023

99 Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008 Jun;136(3):380-387. doi: 10.1016/j.pain.2007.08.013. Epub 2007 Sep 20. PMID: 17888574.

100 L'étude NHWS réalisée en France en 2010 sur 15 000 personnes a permis d'estimer le poids socioéconomique de la douleur : « *En extrapolant à la population française, on estime que la douleur impacte deux tiers des personnes atteintes de douleur dans leur travail : 88 millions de journées sont impactées par la douleur (48 millions par l'absentéisme et 40 millions par le présentéisme). La prévalence des personnes en arrêt maladie de longue durée était de 5 % en présence d'une douleur, contre 1 % dans le groupe contrôle. En 2010, 516 000 personnes de plus se sont présentées dans un service d'urgences et 516 000 ont été hospitalisées à cause de la douleur. Globalement, les patients ayant déclaré une douleur ont consulté environ deux fois plus souvent des professionnels de santé que les autres (neuf consultations, contre 4,8). En généralisant ces résultats à tous les adultes français, on arrive à 72,2 millions de consultations supplémentaires par an. À partir du tarif d'une consultation chez un médecin généraliste (23 euros) et du taux de remboursement par l'Assurance Maladie (70 %), cela correspond à un surcoût annuel de 1,163 milliard d'euros.* »

médicochirurgicaux douloureux. Leur repérage précoce a pour but de réduire les risques de passage à la chronicité d'une douleur aiguë ou subaiguë.

L'évaluation de la douleur doit tenir compte de son intensité mais aussi de sa cause, de son mécanisme, du retentissement sur la qualité de vie et les capacités fonctionnelles du malade ainsi que du contexte psychologique et social. Elle est difficile à évaluer, car elle ne peut pas être mesurée objectivement. Il existe cependant des outils validés permettant de quantifier la douleur telle que l'échelle numérique de 0 à 10, l'échelle visuelle analogique (position de l'intensité de la douleur à l'aide d'une réglette) ou encore l'échelle verbale simple.

Il est proposé une organisation et un suivi adaptés à toutes les personnes atteintes de douleurs chroniques, soit un parcours de santé hiérarchisé, pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, dont les principaux points clés sont les suivants :

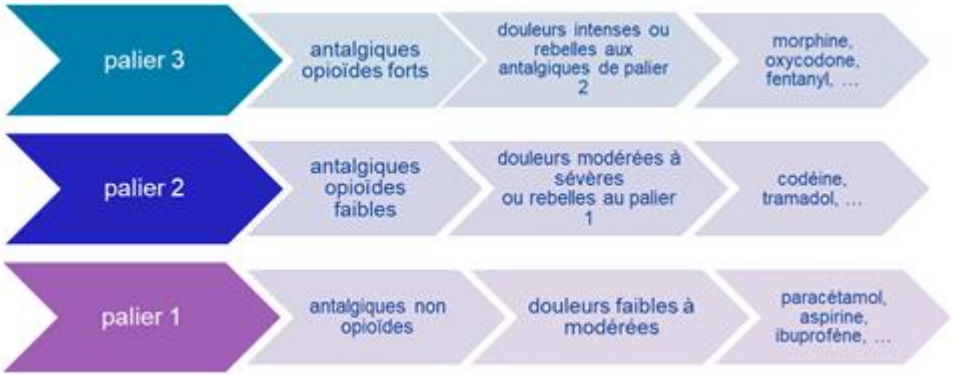
- prévention de la douleur chronique ;
- composante biopsychosociale, le patient devant être acteur de sa prise en charge ;
- hiérarchisation des services en ville et à l'hôpital (avec passage facile d'un niveau à l'autre) ;
    - Niveau 1 : professionnels de santé en ville,
    - Niveau 2 : consultations et demandes de prise en charge dans les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (SDC) rattachées à un établissement de santé ou dans les services hospitaliers de spécialité prenant en charge certains types de douleurs chroniques,
    - Niveau 3 : prise en charge pour des patients en situation complexe dans les centres d'évaluation et de traitement de la douleur chronique (expertises spécifiques pour des pathologies douloureuses ou techniques spécifiques, toujours rattachées à un établissement de santé avec évaluation pluridisciplinaire) ;
- développement d'une interface SDC/ville et de l'e-santé (télésanté) ;
- formation des professionnels de santé ;
- information des patients ;
- financements adaptés.

La prise en charge de la douleur vise à diminuer son intensité, à prévenir le risque de passage à la chronicité et à améliorer la qualité de vie du patient. Le choix du traitement dépend de son intensité, de son mécanisme, de sa localisation, de son contexte et du patient. Le traitement peut être médicamenteux ou non médicamenteux avec des interventions comme la psychothérapie, l'activité physique adaptée et plus généralement les programmes d'éducation thérapeutiques.

### 6.4.2. Le traitement de la douleur repose essentiellement sur les médicaments dits « antalgiques »

Les médicaments contre la douleur, appelés médicaments antalgiques, agissent en diminuant ou supprimant la douleur. Ces médicaments ne traitent pas la cause de la douleur. Lorsque celle-ci est identifiée, ils sont associés à un traitement curatif. Les médicaments antalgiques sont divisés en trois classes en fonction de leur puissance d'action (Figure 68).

Figure 68 : Les paliers des médicaments antalgiques




*Source : paliers définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)*

Les médicaments antalgiques opioïdes ont largement participé à l'amélioration de la prise en charge de la douleur en France depuis 20 ans comme en témoigne l'augmentation de leur consommation depuis 2006. D'autres classes de médicaments, comme les antiépileptiques (prégabaline, gabapentine) ou les antimigraineux (sumatriptan, zolmitriptan…) peuvent être utilisés pour certains types de douleurs.

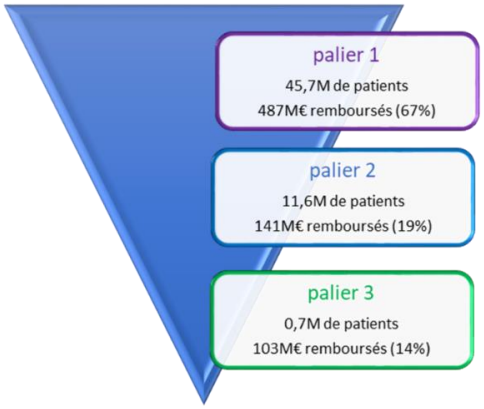
## Les médecins généralistes sont les principaux prescripteurs d'antalgiques

Quel que soit le palier, les omnipraticiens sont les principaux prescripteurs d'antalgiques, à l'origine de 77 % des remboursements, et les prescripteurs hospitaliers de 15 % en primoprescription ou non. Quant aux autres spécialistes libéraux, ils sont à l'origine de 6 % des remboursements d'antalgiques ; les spécialités les plus représentées étant les rhumatologues, les chirurgiens orthopédiques, les pédiatres, les gynécologues-obstétriciens et les psychiatres, avec des différences selon le palier de l'antalgique. Ainsi, les oncologues sont les principaux prescripteurs d'antalgiques de palier 3. Le reste des prescripteurs, à l'origine de 2 % des remboursements, sont des chirurgiens-dentistes.

## Près de 70 % de la population française a été remboursée d'un antalgique pour un montant total annuel de 732 millions d'euros

Au total, 70 % de la population française a été remboursée d'un antalgique délivré en officine, ce qui représente un remboursement par l'Assurance Maladie de 732 millions d'euros (Figure 69) entre le 1er juillet 2022 et le 30 juin 2023, soit 3 % de l'ensemble des remboursements de médicaments en ville.

Figure 69 : Médicaments antalgiques par palier : chiffres clés




*Champ : médicaments délivrés en officine, données en date de soins, juillet 2022-juin 2023, tous régimes*
*Source : Cnam (SNDS)*

Deux Français sur trois ont eu au moins un remboursement d'antalgique de paliers 1 (67 %), 17 % d'antalgiques de palier 2 et 1 % de palier 3. Plus l'âge des patients augmente et plus le palier s'élève : la moyenne d'âge est de 43,1 ans pour le palier 1, 52,6 ans pour le palier 2 et 68 ans pour le palier 3. Les femmes sont un peu plus concernées que les hommes (55 % des patients traités).

Même si les médicaments de palier 1 sont en moyenne moins onéreux que ceux des autres paliers, ils représentent 67 % des montants remboursés d'antalgiques du fait des volumes importants dispensés et occupent une part de plus en plus importante dans l'ensemble des antalgiques remboursés. Globalement, le volume des antalgiques remboursés, exprimé en nombre de boîtes, a baissé entre 2018 et 2020 (- 8 %) puis augmenté entre 2020 et 2022 (+ 9 %). Cette évolution est principalement le fait des médicaments de palier 1 (respectivement - 8 % et + 12 %) ; ceux de palier 2 baissent (- 12 % et - 4 %) et ceux de palier 3 augmentent régulièrement (+ 4 % et + 2 %). Les remboursements ont connu des évolutions plus contenues sur la période (+ 2 % entre 2020 et 2022) grâce aux baisses de prix mais aussi par un effet de structure lié à l'augmentation de la part des molécules moins onéreuses du palier 1.

Il existe une certaine perméabilité entre les paliers. Les antalgiques de palier 1 accompagnent souvent les antalgiques des autres paliers lors d'un même épisode de traitement, soit en début d'épisode, soit en interdoses, soit en synergie (co-analgésie). Si 81 % des épisodes de traitement sont uniquement constitués de médicaments de palier 1, 14 % sont composés à la fois par du palier 1 et 2, et 0,4 % du palier 1, 2 et 3.

## Profils des patients selon le palier de l'antalgique

Le tableau ci-dessous résume les principales caractéristiques des patients selon le palier de l'antalgique qu'ils ont consommé :

Tableau 18 : Profil des patients selon le palier de l'antalgique, entre juillet 2022 et juin 2023

| période juillet 2022-juin 2023 | palier 1 | | palier 2 | | palier 3 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **patients** | | | | | | |
| nombre milliers (%) | 45 661 (97%) | | 11 624 (25%) | | 717 (2%) | |
| part des femmes | 55% | | 55% | | 59% | |
| part des patients souffrant d'ALD | 20% | | 28% | | 54% | |
| âge moyen | 43,1 ans | | 52,6 ans | | 68 ans | |
| part des patientsâgés de moins de 20 ans | 23% | | 4% | | 1% | |
| part des patients âgés de plus de 70 ans | 18% | | 23% | | 51% | |
| part des patients âgés de plus de 80 ans | 7% | | 9% | | 31% | |
| part des épisodes de traitement associé avec autre palier | 15% | | 78% | | 89% | |
| **volume et remboursements** | | | | | | |
| nombre de boites en milliers (%) | 504 988 (83%) | | 87 654 (14%) | | 15 970 (3%) hors déconditionnés | |
| montant remboursé en milliers d'€ (%) | 487 137 (67%) | | 141 452 (19%) | | 103 265 (14%) | |
| part des prescriptions de généralistes dans le montant remboursé | 77% | | 76% | | 79% | |
| **délivrances** | | | | | | |
| nombre médian de délivrances sur 1 an | 2 | | 1 | | 2 | |
| nombre moyen de boites par délivrance | 4 | | 3 | | 5 | |
| | traitement ponctuel | traitement chronique | traitement ponctuel | traitement chronique | traitement ponctuel | traitement chronique |
| **patients** | | | | | | |
| nombre milliers (%) | 25 132 (62%) | 9 047 (20%) | 9 754 (84%) | 1 728 (15%) | 484 (68%) | 230 32% |
| part des femmes | 54% | 64% | 54% | 62% | 58% | 62% |
| part des patients souffrant d'ALD | 18% | 42% | 25% | 50% | 51% | 61% |
| âge moyen | 47,9 ans | 62 ans | 51,1 ans | 64,3 ans | 67,5 ans | 69,6 ans |
| part des patients avec traitement sur 1 an | | 4% | | 9% | | 20% |
| **volume et remboursements** | | | | | | |
| répartition des boites dans le palier | 31% | 62% | 36% | 64% | 20% | 80% |
| répartition des remboursements dans le palier | 31% | 63% | 31% | 69% | 11% | 89% |
| **délivrances** | | | | | | |
| nombre médian de délivrances sur 1 an | 2 | 7 | 1 | 7 | 1 | 10 |
| nombre moyen de boites par délivrance | 3 | 5 | 2 | 4 | 4 | 6 |

Note de lecture : les pourcentages associés aux nombres indiquent une répartition. Ainsi, 45 661 milliers de personnes ont eu une délivrance d'antalgiques de palier 1 sur la période de juillet 2022 à juin 2023, ce qui représente 97 % des patients avec délivrance d'antalgiques tous paliers confondus (un même patient peut avoir eu des médicaments de différents paliers).

*Champ : médicament délivré en officine, données en date de soins, juillet 2022-juin 2023, tous régimes*

*Source : SNDS*

## La consommation d'antalgiques de palier 1 est principalement centrée sur le paracétamol ; elle est ponctuelle chez 80 % des patients

Les antalgiques de palier 1 regroupent les antalgiques non opioïdes tels que le paracétamol, le néfopam et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) utilisés dans le cadre de douleurs légères à moyenne, contre les états fiévreux. Ils font partie des médicaments les plus courants et sont pour certains disponibles également en vente libre (hors champ de l'étude).

La molécule remboursée la plus fréquente est le paracétamol, délivrée à 42 millions de personnes pour un montant remboursé de 390 millions d'euros sur les 487 millions d'euros remboursés pour les antalgiques de palier 1. Ensuite viennent l'ibuprofène (8 millions de personnes et 17 millions d'euros remboursés) et le kétoprofène (6,5 millions de personnes et 22 millions d'euros remboursés).

Les remboursements d'antalgiques de palier 1 par personne croissent avec l'âge et sont plus importants chez les femmes et chez les personnes présentant des comorbidités (affection de longue durée – ALD).

Parmi les personnes sous antalgiques de palier 1, 80 % ont un traitement ponctuel de moins de 3 mois, indicatif d'une douleur aiguë. En moyenne, les plus de 16 ans de cette catégorie ont 1,9 délivrance de 3 boîtes par an ; les moins de 16 ans : 2,6 délivrances d'une seule boîte par an. Ces délivrances peuvent se succéder ou se positionner à différents moments de l'année.

20 % des patients (9 millions) ont eu des délivrances (initiales ou en renouvellement) d'antalgiques de palier 1 sur une durée de 3 mois et plus. Compte tenu de leur consommation, ces personnes cumulent 62 % des boîtes remboursées de palier 1 et 63 % des montants remboursés (309 millions d'euros). Elles ont eu en moyenne 7 délivrances de 5 boîtes par an. 46 % de ces patients ont eu des délivrances sur 3 à 5 mois, 24 % un traitement

de 6 ou 7 mois et 15 % (1,4 million de personnes) un traitement sur 10 à 12 mois (13 délivrances par an en moyenne). Ces derniers concentrent 22 % des montants remboursés d'antalgiques de palier 1.

En considérant uniquement le paracétamol prescrit par des omnipraticiens, plus de la moitié des patients (55 %) ont eu moins de 5 boîtes de paracétamol sur l'année et 10 % 25 boîtes ou plus. À l'extrême, 2 % des patients ont eu 80 boîtes et plus par an, 351 000 patients (1 % des patients) ont eu plus de 100 boîtes par an et 0,5 % des patients (181 000 personnes) ont eu plus de 120 boîtes de paracétamol délivrées sur une année.

### Les antalgiques de palier 1 ne sont pas sans risque

Même si les antalgiques de palier 1 sont réputés sûrs et efficaces, ils présentent tout de même des risques pour certaines populations ou en cas de surdosage. *« La dose la plus faible, le moins longtemps possible »*, rappelle l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans ses recommandations de bon usage du paracétamol[101].

Le surdosage de paracétamol, qui peut se définir par un dosage non adapté, une dose par prise ou par jour trop importante ou un délai minimum entre les prises non respectées, peut entraîner des lésions graves du foie, irréversibles dans certains cas. La mauvaise utilisation du paracétamol est la première cause de greffe hépatique d'origine médicamenteuse en France. D'après les données des centres antipoison, les médicaments du système nerveux sont responsables de 30 % des intoxications accidentelles des enfants de moins de 15 ans survenues entre 2014 et 2020[102].

Chez les personnes âgées, l'utilisation des AINS doit être surveillée en raison des risques de mauvaise tolérance digestive et d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle (recommandation ANSM de 2005). Pour cette population, les AINS ne sont pas des antalgiques de première intention et le traitement doit être aussi court que possible à la dose minimale efficace. Dans les données, il est constaté que la part des patients avec antalgiques de palier 1 sous AINS baisse de manière pertinente avec l'âge. Si elle est de 41 % tous âges confondus, elle baisse à 29 % chez les 75-84 ans et à 14 % chez les 85 ans et plus. Les doses moyennes délivrées par mois de traitement diminuent également avec l'âge : de 6 355 mg/mois pour les 20-64 ans à 5 941 mg/mois pour les 85 ans et plus.

Par ailleurs, pour les sujets âgés, le néfopam est déconseillé en raison de ces effets anticholinergiques (conformément à son résumé des caractéristiques [du produit] – RCP). Pourtant, 23 % des patients ayant reçu cette molécule sont âgés de 70 ans (316 000 personnes) et plus et 5 % de 85 ans et plus (72 000 personnes).

### La consommation d'antalgiques de palier 2 est plus fréquemment prescrite en association avec le paracétamol et plus coûteuse pour le tramadol ; elle est régulière chez 15 % des patients

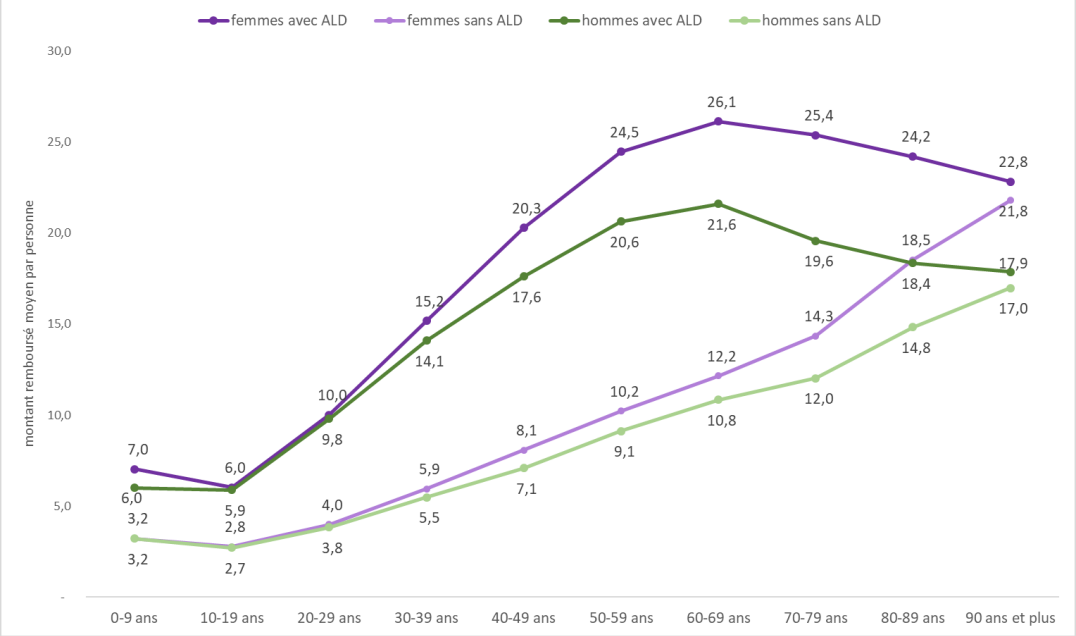
Les antalgiques de palier 2 sont des opioïdes faibles (codéine, tramadol, etc.) utilisés dans le cadre du traitement des douleurs modérées à sévères ou rebelles au palier 1. Au total, les remboursements d'antalgiques de palier 2 concernent 11,6 millions de patients. Utilisé seul, le tramadol est la molécule la plus coûteuse parmi les antalgiques de palier 2 (46,7 millions d'euros pour 3,5 millions de patients), mais davantage de patients ont eu une prescription de molécules associant paracétamol et codéine (4,4 millions de personnes) ou paracétamol et psycholeptiques (4,2 millions de personnes).

Les dépenses moyennes relatives aux antalgiques de palier 2 par personne sont plus importantes chez les femmes et les personnes bénéficiant d'une exonération au titre d'une ALD (Figure 70). Si pour les personnes sans comorbidité, elles s'élèvent avec l'âge, pour les personnes avec ALD, elles augmentent avec l'âge jusqu'à 70 ans puis baissent jusqu'à rejoindre le niveau de celles sans ALD du fait certainement des adaptations posologiques nécessaires recommandées chez les sujets âgés.

101 https://ansm.sante.fr/actualites/paracetamol-et-risque-pour-le-foie-un-message-dalerte-ajoute-sur-les-boites-de-medicament-communique

102 *Le Bulletin des vigilances*, Vigil'Anses n° 22, avril 2024

Figure 70 : Remboursement moyen d'antalgiques de palier 2 annuel par personne selon l'âge, le sexe et l'affection de longue durée (ALD), entre juillet 2022 et juin 2023




*Champ : médicament délivré en officine, données en date de soins, juillet 2022-juin 2023, tous régimes*
*Source : Cnam (SNDS)*

Parmi les personnes ayant pris un antalgique de palier 2, 85 % ont suivi un traitement ou plusieurs traitements ponctuels de moins de trois mois sur l'année de l'étude. En moyenne, ces patients (16 ans ou plus) ont eu 2 délivrances de 2 boîtes.

1,7 million de personnes ont eu des délivrances d'antalgiques de palier 2 pour un traitement de 3 mois ou plus avec une moyenne de 8 délivrances de 4 boîtes sur l'année. Parmi elles, 15 % ont eu des délivrances équivalentes à un traitement de 3 mois, 44 % un traitement sur 4 à 7 mois, 32 % un traitement sur 8 à 11 mois et enfin 9 % (environ 153 000 personnes) un traitement sur l'année complète. Ces derniers représentent 1,3 % de l'ensemble des personnes ayant eu une délivrance d'antalgique de palier 2, mais concentrent 15 % des remboursements.

## La consommation d'antalgiques de palier 3 est plus fréquente pour la morphine et l'oxycodone, et plus coûteuse pour le fentanyl ; elle est régulière chez un tiers des patients

Les antalgiques de palier 3 sont des opioïdes forts classés stupéfiants (ou assimilés) utilisés dans le cadre du traitement des douleurs, notamment d'origine cancéreuse, intenses ou rebelles au palier 2. Le fentanyl concentre plus de la moitié des montants remboursés des antalgiques de palier 3 (52,4 millions d'euros) pour 28 % des patients (203 000 personnes). La morphine concerne plus de personnes (369 000 patients) tout comme l'oxycodone (263 000 patients) mais moins de dépenses (respectivement 28,8 millions d'euros et 20,5 millions d'euros).

Contrairement aux autres antalgiques, le remboursement moyen par personne du palier 3 est comparable pour les deux sexes à tous les âges. Il est nettement plus important pour les personnes avec comorbidités (ALD) avant 70 ans. 54 % des personnes ayant eu au moins un remboursement d'antalgique de palier 3 souffrent d'une affection de longue durée, principalement de cancer. Les remboursements atteignent un pic entre 30 et 49 ans puis baissent brutalement certainement à cause de l'adaptation de la posologie chez les personnes âgées.

68 % des personnes sous antalgiques de palier 3 suivent un traitement ponctuel de moins de 3 mois avec une moyenne de 1,6 délivrance de 4 boîtes sur l'année.

À l'inverse, près d'un tiers (230 000 personnes) suivent un traitement de 3 mois ou plus avec une moyenne de 9,8 délivrances par an pour un coût total de 91,6 millions d'euros. 7 % des consommateurs de palier 3 (47 000) suivent un traitement sur l'année entraînant des remboursements de l'ordre de 43 millions d'euros, soit 42 % des remboursements de palier 3. En moyenne, ces patients sont plus jeunes que l'ensemble des patients traités 3 mois ou plus : 69,6 ans contre 67,4 ans.

## Le recours aux antalgiques opioïdes (de palier 2 et 3) comporte des risques de mésusage et de dépendance

Outre les risques liés aux interactions médicamenteuses (antidépresseurs, etc.), les antalgiques opioïdes, même faiblement dosés, présentent des risques de mésusage volontaire ou involontaire, c'est-à-dire une utilisation non conforme à la prescription (indication, dosage, voie d'administration, bénéficiaire, etc.), et de dépendance physique et psychologique en cas d'utilisation prolongée à doses élevées (addiction, accoutumance). Ces effets sont parfois méconnus des patients[103]. Pour éviter les abus, la dépendance et l'utilisation illicite, les médicaments de palier 3 (opioïdes forts) sont uniquement disponibles sur prescription médicale rédigée sur ordonnance sécurisée limitée à quatre semaines et non renouvelable. Cela garantit que le médicament prescrit est délivré en toute sécurité aux patients qui en ont besoin.

Les traitements au long cours sont parfois nécessaires mais aboutissent fréquemment à une dépendance physique due à une tolérance pharmacologique (diminution de la réponse du médicament utilisé de façon répétée). La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en mars 2022 des recommandations sur le *Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses*[104].

À la suite de plusieurs enquêtes du réseau d'addictovigilance qui ont mis en évidence une augmentation du mésusage et de la dépendance au tramadol (premier antalgique opioïde rapporté dans les notifications d'usage problématique) ainsi que les risques associés en cas d'abus, d'usage détourné et/ou de dépendance, la durée maximale de prescription des médicaments antalgiques contenant du tramadol a été réduite de 12 à 3 mois en 2020. Par ailleurs, sur demande de l'ANSM, le nombre de comprimés par boîte a été réduit de 30 à 10 ou 15 depuis avril 2024. L'utilisation concomitante d'opioïdes et de médicaments sédatifs tels que les benzodiazépines ou d'autres médicaments apparentés peut entraîner une sédation, une dépression respiratoire, un coma et un décès. En raison de ces risques, la prescription concomitante de ces médicaments sédatifs doit être réservée aux patients pour lesquels d'autres options de traitement ne sont pas possibles. Parmi l'ensemble des patients suivant un traitement par antalgiques de palier 2 ou 3, 21 % ont eu une délivrance de benzodiazépines, pour une indication d'anxiété ou de trouble du sommeil, au cours d'un même épisode de soin.

Par ailleurs, le fentanyl à action rapide (voie d'administration transmuqueuse, spécialités sous formes buccale et nasale) est commercialisé depuis 2003. Son autorisation de mise sur le marché (AMM) précise une indication exclusive dans le traitement des exacerbations douloureuses chez les patients adultes recevant déjà un traitement de fond morphinique pour des douleurs chroniques d'origine cancéreuse. Depuis 2009, un suivi national est réalisé par les réseaux de pharmacovigilance et d'addictovigilance en raison des risques identifiés dans les plans de gestion des risques (PGR) tels qu'une utilisation hors AMM, un risque d'abus et/ou de dépendance, l'usage détourné ou le surdosage. Ce suivi montre depuis 15 ans une problématique continue et importante de prescriptions hors AMM (hors pathologie cancéreuse et/ou sans traitement de fond), ainsi qu'une problématique d'abus et de dépendance en progression pour des patients n'ayant pas de douleurs cancéreuses (51 % des prescriptions de fentanyl à action rapide sont hors AMM et en dehors de traitements antalgiques opioïdes à libération prolongée).

En outre, on observe une augmentation des cas d'intoxication et de décès[105]. Entre 2000 et 2017, le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'antalgiques opioïdes a augmenté de 15 à 40 hospitalisations pour un million d'habitants. D'après la Banque nationale de pharmacovigilance, en 10 ans, le taux de notifications d'intoxication aux antalgiques opioïdes a doublé, passant de 44/10 000 à 87/10 000 notifications. En 2016, les trois substances les plus impliquées dans ces intoxications sont le tramadol, la morphine puis l'oxycodone. Le nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes a augmenté de 146 % (passant de 1,3 à 3,2 décès pour un million d'habitants) entre 2000 et 2015.

Un juste équilibre doit être trouvé pour garantir l'accès aux traitements antalgiques tout en veillant à éviter les surconsommations ainsi que les risques iatrogènes. Des actions seront menées dans le cadre de la prévention de la douleur chronique :

- mettre à disposition plus fréquemment le questionnaire concis de la douleur (outil validé pour évaluer l'intensité et l'impact des douleurs chroniques sur la qualité de vie), et le questionnaire sur la douleur neuropathique ;

103 Enquête de l'Observatoire français des médicaments antalgiques (OFMA), 2022.

104 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215131/fr/bon-usage-des-medicaments-opioides-antalgie-prevention-et-prise-en-charge-du-trouble-de-l-usage-et-des-surdoses

105 Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). *État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques*, février 2019.

- diffuser plus largement les bonnes pratiques de prise en charge des douleurs selon leur urgence/gravité (notamment les délais de traitement à respecter entre une douleur aiguë, une douleur d'affection grave et une douleur sévère non diagnostiquée ou progressive) ;
- soutenir l'accès aux alternatives validées aux traitements médicamenteux : activité physique adaptée, psychothérapie, éducation thérapeutique ;
- relayer aux patients concernés les brochures expliquant le rôle et les mécanismes de la douleur chronique et les stratégies pour *« améliorer leur gestion de la douleur »* ;
- structurer l'aide pouvant être apportée par l'Assurance Maladie dans l'adressage vers les services hospitaliers de spécialités pour certaines douleurs spécifiques et structures spécialisées en douleur chronique (SDC) (modèles de lettre de liaison, annuaire des SDC avec les spécificités de ces structures).

### Bon usage des analgésiques de palier 2 et 3

Le bon usage des analgésiques est l'un des 15 programmes d'actions partagés conventionnels avec les médecins qui porte l'ambition de diminuer les volumes remboursés des antalgiques de paliers 2 et 3, et, pour les antalgiques de palier 2, diminuer de 10 % les volumes remboursés dès 2025. L'Assurance Maladie s'est engagée à informer, accompagner et outiller les médecins prescripteurs tandis que ces derniers se sont engagés à s'interroger sur la iatrogénie et le risque de dépendance, à limiter les renouvellements de traitements et privilégier le palier 1 des antalgiques, et à demander à leurs patients s'ils ne possèdent pas déjà du paracétamol dans leur pharmacie.

Pour renforcer la pertinence de la délivrance des médicaments – enjeu de santé publique prioritaire –, un nouvel entretien pour les patients sous traitement opioïde pourra être proposé par le pharmacien lors du renouvellement de l'ordonnance afin d'alerter sur les risques de dépendance. Cet accompagnement est une des avancées permises par l'avenant 1 à la convention avec les pharmaciens.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie déploiera deux campagnes de sensibilisation, auprès des professionnels de santé, au bon usage de certains antidouleurs des paliers 2 et 3 :

- Une campagne d'accompagnement des délégués de l'Assurance Maladie sera organisée sur le bon usage des spécialités à base de tramadol à la fin de l'année 2024 pour rappeler aux prescripteurs de ville les bénéfices et les risques associés à ces produits comme l'a rappelé le rapport Charges et produits de l'année dernière. Cette campagne pourra être déployée ensuite à l'hôpital en 2025.
- Une campagne de sensibilisation des professionnels de santé au bon usage des spécialités à base de fentanyl, compte tenu des constats de mésusage importants sur ces produits.

Parallèlement aux actions de gestion du risque sur les antalgiques, pour apporter une réponse globale au risque de mésusage associé à l'utilisation de ces produits, l'Assurance Maladie a ouvert de nouveaux chantiers :

- Le déploiement, en lien avec l'ANSM, d'une ordonnance sécurisée pour les prescriptions de tramadol à l'image des prescriptions des opioïdes de palier 3.
- L'étude de la possibilité de mener une campagne d'accompagnement sur les prescriptions du Versatis® dont la prescription hors AMM est largement documentée. Ces travaux seront menés à l'issue de ceux de l'ANSM qui élabore un cadre de prescription compassionnel (CPC).

Encadré 15 : Sources et méthode, prise en charge de la douleur

Les données sont issues du système national des données de santé (SNDS). Elles concernent les remboursements d'antalgiques délivrés en ville en France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer (Drom) entre le 1er juillet 2022 et le 30 juin 2023 (année de délivrance, remboursements jusqu'en août 2023), tous prescripteurs. Il s'agit uniquement des médicaments prescrits, hors vente libre.

Les données de volumes sont exprimées en nombre de boîtes délivrées sans tenir compte des dosages ou des formes galéniques de chacun des médicaments. Elles ne tiennent pas compte des boîtes déconditionnées du palier 3, comptabilisées par ailleurs. Les données de remboursements (hors honoraires de dispensation et franchises) tiennent compte des unités déconditionnées.

Les classes de médicaments ont été sélectionnées à partir des classes ATC (anatomique, thérapeutique et chimique) :

- Palier 1 : N02ABE01, N02BG06, N02BA01, N02BE51, M01AE03, M01AE01, M01AB05, M01AE02, M01AE09, M01AC01, M01AX01, M01AE11, M01AC06, M01AB01, M01AC02, M01AX02, M01AB08, M01AG01, M01AB02, M01AX22 ;
- Palier 2 : N02AX02, N02AJ06, N02BE71, N02AJ13, N02AA08, N02AJ08 ;
- Palier 3 : N02AB03, N02AA01, N02AA05, N02AA03, N02AE01, N02AC, N02AA55.

Le nombre de mois de traitement est défini comme le nombre de mois pour lequel il y a eu au moins un remboursement, quel que soit le nombre de boîtes délivrées. Un épisode de traitement est défini comme une période de traitement sans interruption de 60 jours au moins entre 2 délivrances.

**Proposition 3 : Pour les patients atteints d'une maladie chronique cardiovasculaire et associée (insuffisance cardiaque, diabète, maladie rénale chronique – MRC –, maladie coronarienne et bronchopneumopathie chronique obstructive – BPCO), systématiser le dépistage régulier des autres pathologies**

- Permettre aux professionnels de santé réalisant « Mon bilan prévention » d'orienter les patients vers un dépistage du diabète et de la maladie rénale chronique et permettre aux infirmiers ou infirmières en pratique avancée de réaliser le dépistage de la BPCO (spirométrie).
- Dans les suites de la convention médicale, améliorer la capacité des médecins traitants à suivre le parcours de prévention de leurs patients (vaccinations, dépistages et examens de suivi des patients atteints de pathologies chroniques).

**Proposition 4 : Déployer un parcours « polypathologies chroniques » portant sur les maladies cardiovasculaires et associées (insuffisance cardiaque, diabète, maladie rénale chronique – MRC –, maladie coronarienne et bronchopneumopathie chronique obstructive – BPCO)**

- Mettre à disposition des offreurs de soins un outil de diagnostic territorial couvrant l'ensemble du champ des maladies cardiovasculaires et associées.
- Renforcer l'accompagnement thérapeutique des patients en élargissant le service sophia à l'ensemble des patients atteints de pathologies chroniques du champ MCVA (maladies cardiovasculaires et associées).

**Proposition 5 : Accélérer la mise en œuvre du plan greffe 2022-2026 afin de faire progresser le nombre de transplantations rénales réalisées chaque année en France**

- En levant les barrières au don :
    - systématiser le dépôt des directives anticipées dans Mon espace santé et passer du recueil de « l'avis » au « témoignage » des proches pour augmenter le nombre de dons venant de donneurs décédés ;
    - mener une campagne d'information grand public avec l'Agence de la biomédecine, le ministère chargé de la Sécurité sociale et les associations de patients pour faire émerger une culture du don.
- En augmentant les capacités de prélèvement et de transplantation :
    - développer les réseaux de prélèvement pour impliquer un maximum d'établissements ;
    - développer la mutualisation du prélèvement multiorganes et organiser le transport des greffons sans équipe médicale associée ;
    - mobiliser les infirmiers et infirmières en pratique avancée dans le cadre des activités de greffe d'organes ;
    - libérer du capacitaire dans les services d'urologie et du « temps-bloc opératoire » des centres de transplantation rénale en développant la chirurgie ambulatoire dans le champ de l'urologie ;
    - sanctuariser et financer l'activité spécifique de transplantation dans les contrats d'objectifs et de moyens passés entre les hôpitaux et les agences régionales de santé ;
    - impliquer les établissements volontaires du secteur privé dans les transplantations rénales programmables (sur donneur vivant) dans un cadre expérimental garantissant les mêmes conditions de prise en charge que dans le secteur public (même cadre éthique, même qualité des soins, sans reste à charge ni de dépassement d'honoraires).

**Proposition 6 : Faire progresser la participation aux trois dépistages organisés du cancer (colorectal, sein, utérus)**

- Permettre aux sages-femmes et aux infirmiers libéraux diplômés d'État ou infirmières libérales diplômées d'État (Idel) de remettre le kit de dépistage du cancer colorectal et aux Idel dûment formées de réaliser le frottis de dépistage des infections liées au papillomavirus humain
- Déployer dans tous les déserts médicaux des mammobus facilitant l'accès au dépistage du cancer du sein

**Proposition 7 : Avec les partenaires concernés, construire une méthode d'identification et d'information proactive des patients à risque élevé de cancer devant faire l'objet d'un suivi médical renforcé et adapté (par exemple pour les maladies inflammatoires du colon)**

**Proposition 8 : Mieux prévenir, évaluer et soigner la douleur chronique et lutter contre l'addiction aux opioïdes**

- Déployer une campagne auprès des médecins généralistes concernant la prise en charge de la douleur :
    - mise à disposition de questionnaires validés pour mieux évaluer la douleur des patients ;
    - rappel des alternatives aux traitements médicamenteux (activité physique et activité physique adaptée, psychothérapie, éducation thérapeutique) ;
    - adressage vers les services hospitaliers de spécialités pour certaines douleurs spécifiques et structures spécialisées en douleur chronique (modèles de lettre de liaison, annuaire des structures spécialisées en douleur chronique avec les spécificités de ces structures).
- Mettre en place des mécanismes de régulation de la dispensation des analgésiques :
    - palier 2 : lutter contre la banalisation des médicaments de palier 2 (rappel des règles de prescription aux médecins, mise en place d'une ordonnance sécurisée pour le tramadol, accompagnement par les pharmaciens à partir de la deuxième délivrance) ;
    - palier 3 : action auprès des professionnels de santé/assurés afin de rappeler le bon usage et le respect de l'autorisation de mise sur le marché du fentanyl.

# 7. Approche populationnelle

## 7.1. Les 12-25 ans

Les jeunes sont une population très majoritairement en bonne santé. Ils se perçoivent d'ailleurs comme tels. L'enquête nationale des collèges et des lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS)[106] montre que 86,2 % des collégiens et 83,5 % des lycéens se sont déclarés en excellente ou bonne santé. Quel que soit le niveau de scolarité, les garçons sont, en proportion, plus nombreux que les filles à percevoir leur santé comme excellente. L'enquête CoviPrev[107] indique que les 18-24 ans déclarent moins souvent prendre soin de leur santé en général et de leur santé mentale que les catégories d'âge supérieures.

### 7.1.1 Une population globalement en bonne santé mais une augmentation des maladies psychiatriques

En 2022, 11,5 millions de personnes âgées de 12 à 25 ans ont eu des remboursements de soins ou ont été hospitalisées, soit 16,8 % de la population totale. La population ayant recours au système de soins a augmenté de manière importante en 2021 et 2022, en raison de l'épidémie de Covid-19. En effet, un certain nombre de jeunes ont eu recours au système de santé uniquement pour la réalisation de tests Covid-19, la délivrance de masques ou la vaccination : en 2022, cela concerne 6,0 % des hommes de 18 à 25 ans (184 000 personnes). On observe une plus forte proportion des jeunes assurés dans le nord-ouest de la France, dans les départements d'outre-mer (DOM) et certains départements comprenant des villes étudiantes (Bordeaux, Lyon, Toulouse).

#### Prévalence des pathologies

4,6 % des 12-25 ans sont reconnus en affection de longue durée (ALD), soit 530 000 personnes. Ce pourcentage est un peu plus élevé pour les hommes (4,8 %) que pour les femmes (3,9 %) chez les 12-17 ans. L'écart est moins important chez les 18-25 ans (4,9 % chez les hommes et 4,7 % chez les femmes). Pour quasiment toutes les classes d'âge, la prévalence des ALD est plus importante chez les hommes que chez les femmes.

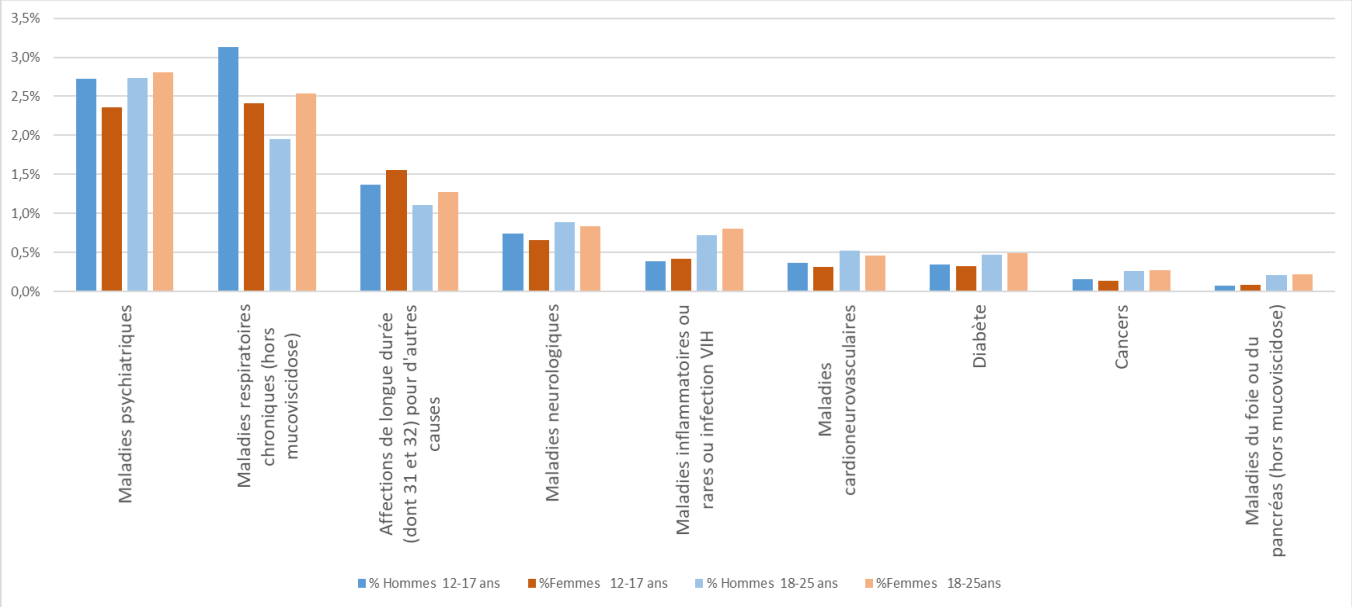
2,7 % des jeunes de 12 à 25 ans sont atteints de maladies psychiatriques[108] (Figure 71). Parmi l'ensemble des jeunes de 12-25 ans atteints de maladies psychiatriques, plus de 50 % sont atteints de troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance : il s'agit à 68,5 % de jeunes hommes. La prévalence diminue avec l'âge (1,4 % chez les 12-17 ans et 0,6 % chez les 18-25 ans). Les autres maladies psychiatriques dont souffrent les jeunes sont les troubles névrotiques et de l'humeur avec une prévalence plus importante chez les femmes (1,4 % contre 0,6 %) et chez les 18-25 ans (1,2 % contre 0,8 %), les troubles addictifs et les troubles psychotiques dont la prévalence augmente avec l'âge : 0,1 % chez les 12-17 ans contre 0,5 % chez les 18-25 ans pour les troubles addictifs et 0,1 % contre 0,4 % pour les troubles psychotiques. Le nombre de jeunes avec une maladie psychiatrique a augmenté de 19,8 % entre 2019 et 2022 chez les jeunes de 12 à 25 ans (Figure 72) avec une augmentation presque 3 fois plus importante pour les femmes (+ 29,8 %) que pour les hommes (+ 11,7 %). L'augmentation observée dès 2015 s'est accélérée en 2021.

106 Résultats de l'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances – EnCLASS 2022, Santé publique France.

107 Résultats des vagues 24 à 35 de l'enquête CoviPrev (mai 2021 - septembre 2022), octobre 2023, Santé publique France.

108 Les maladies psychiatriques englobent les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement). Une présentation détaillée des critères de repérage de ces pathologies est accessible en ligne (https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie).

Figure 71 : Prévalence des pathologies par classe d'âge et sexe, en 2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

2,5 % des jeunes de 12 à 25 ans (285 000) sont atteints de maladies respiratoires chroniques[109]. La prévalence est plus prononcée pour les jeunes hommes de 12 à 17 ans (3,1 %) que pour les femmes (2,4 %). Chez les 18-25 ans, la prévalence de cette maladie est plus importante chez les femmes (2,5 %) que chez les hommes (2,0 %). En effet, les jeunes garçons sont plus fréquemment asthmatiques que les filles, cette tendance s'inversant à la puberté[110,111]. Le nombre de jeunes avec une maladie respiratoire a augmenté de 7,1 % entre 2019 et 2022, avec une augmentation beaucoup plus importante pour les 18-25 ans (+ 13,5 %) que pour les 12-17 ans (+ 1,0 %). Alors que le nombre de jeunes atteints de maladies respiratoires était en baisse, en particulier chez les 12-17 ans depuis 2015, on observe une hausse entre 2021 et 2022. L'effectif ainsi observé en 2022 est proche de celui de 2019, avant la pandémie de Covid-19. En revanche, chez les 18-25 ans, alors que l'effectif était stable avant 2020, on observe une augmentation du nombre de jeunes atteints de maladies respiratoires.

Pour les autres pathologies (maladies neurologiques : 91 000 personnes, maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH – virus de l'immunodéficience humaine : 70 000 personnes, maladies cardio-neurovasculaires : 49 000 personnes, diabète : 48 000 personnes, traitements du risque vasculaire (hors pathologies) : 40 000 personnes, cancers : 25 000 personnes, maladies du foie ou du pancréas[109] : 17 000 personnes), la prévalence est inférieure à 1 % chez les jeunes, mais on observe une augmentation de la prévalence de ces pathologies avec l'âge.

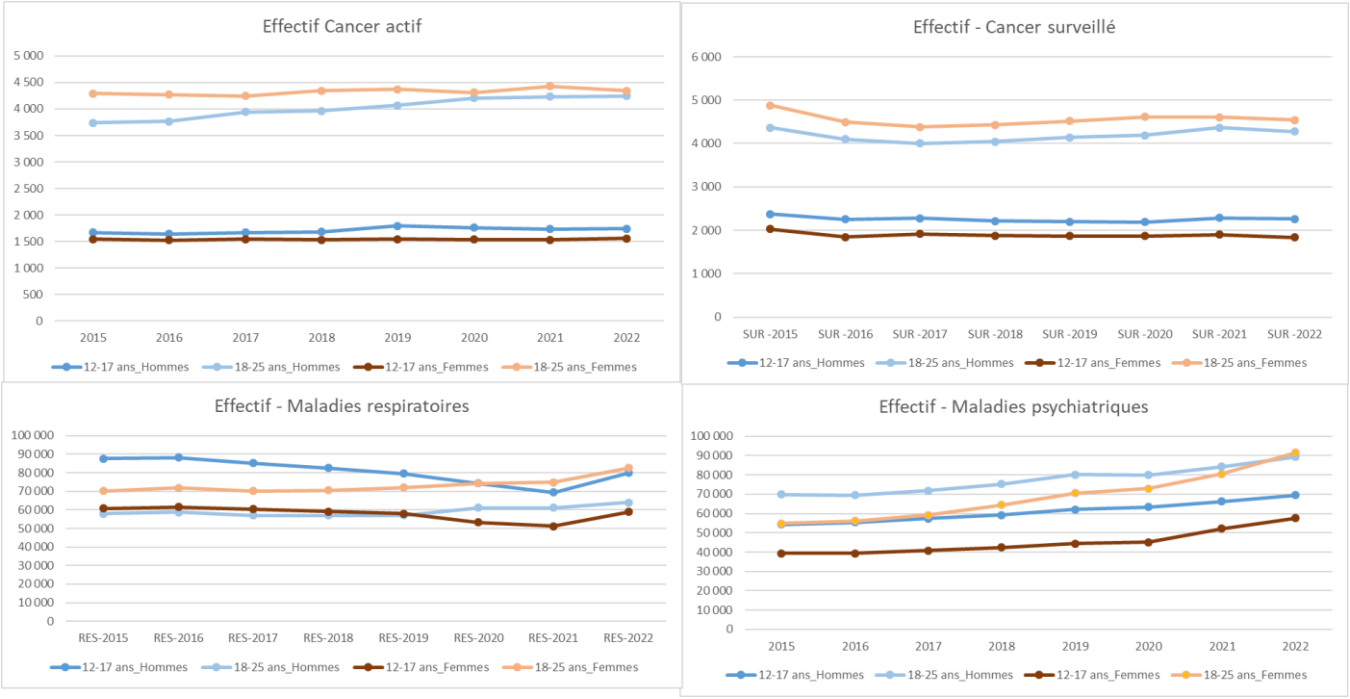
Un peu moins de 25 000 jeunes sont pris en charge pour un cancer, dont 48 % pour un cancer actif. La prévalence des cancers actifs et surveillés augmente avec l'âge. Entre 2019 et 2022, le nombre de cancers actifs a augmenté de 0,9 % chez les 12-25 ans, avec une baisse de 1,3 % chez les mineurs et une augmentation de 1,8 % chez les plus de 18 ans (Figure 72). Cette hausse chez les majeurs est liée à une hausse importante du nombre de cancers chez les hommes de 18 à 25 ans (+ 4,4 % entre 2019 et 2022), alors que ce nombre est en très légère baisse (- 0,6 %) chez les femmes de cette tranche d'âge. Le nombre de jeunes avec un cancer sous surveillance est en hausse de 1,5 % chez les 12-25 ans, avec des évolutions différentes pour les hommes (+ 3,1 %) et pour les femmes (- 0,1 %).

109 Hors mucoviscidose.

110 https://www.inserm.fr/dossier/asthme/

111 https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/sante/themes/asthme/asthme-vivre-maladie/infographie-asthme-covid

Figure 72 : Évolution de l'effectif des jeunes atteints de certaines pathologies, entre 2015 et 2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

## Une prévalence des pathologies plus importante chez les plus défavorisés

14,6 % des jeunes de 12 à 25 ans bénéficient de la Complémentaire santé solidaire, soit 1,7 million de personnes, alors que ce taux est de 11,3 % en population générale. Ce pourcentage est de 17,2 % pour les 12-17 ans et 12,7 % pour les 18-25 ans, avec un pourcentage un peu plus élevé pour les femmes que pour les hommes de la même tranche d'âge : 14,1 % contre 11,3 %. La baisse du taux de personnes affiliées à la Complémentaire santé solidaire avec l'âge est probablement liée à l'entrée dans la vie active.

Il existe des différences de prévalence entre les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et les non-bénéficiaires en population générale et notamment chez les jeunes. Par exemple, chez les 12-25 ans, 6,6 % des femmes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire ont été prises en charge pour une grossesse au cours de l'année, contre 2 % pour les femmes non bénéficiaires. 6,1 % des personnes affiliées à la Complémentaire santé solidaire sont en ALD, contre 4,3 % chez les personnes non bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Pour certaines pathologies, on observe de fortes disparités de prévalence. C'est notamment le cas :

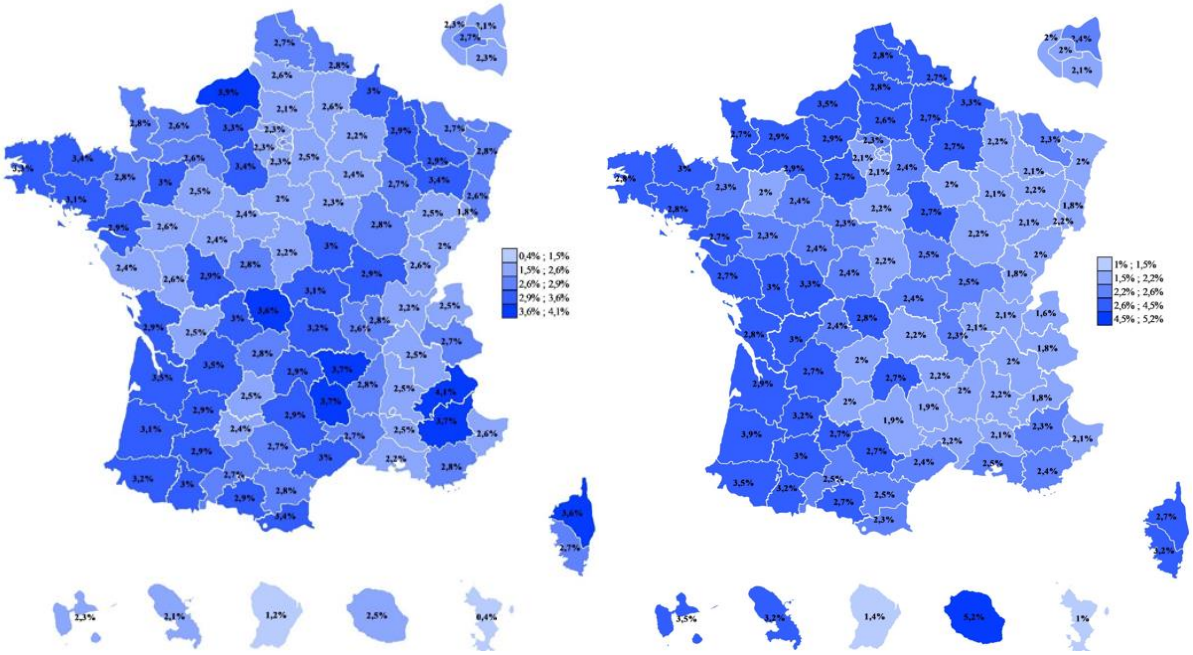
- des maladies neurologiques : 1,2 % chez les jeunes de 12-25 ans couverts par la Complémentaire santé solidaire contre 0,7 % pour les non-bénéficiaires ;
- des maladies psychiatriques : 4,3 % chez les jeunes de 12-25 ans couverts par la Complémentaire santé solidaire contre 2,4 % pour les non-bénéficiaires ;
- des maladies respiratoires : 3,3 % chez les jeunes de 12-25 ans couverts par la Complémentaire santé solidaire contre 2,3 % pour les non-bénéficiaires.

## Une répartition des pathologies inégale sur le territoire

La prévalence des maladies psychiatriques est inégalement répartie sur le territoire. Les prévalences les plus importantes sont observées sur une diagonale allant du sud-ouest au nord-est, ainsi que dans certains départements de l'ouest et du sud-est de la France.

La prévalence des maladies respiratoires est plus importante dans les départements littoraux de l'ouest de la France et plus généralement dans l'ouest et le nord-ouest de la France, ainsi qu'à La Réunion.

Figure 73 : Prévalence des maladies psychiatriques (à gauche) et des maladies respiratoires (à droite) chez les 12-25 ans, en 2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

### Hospitalisations ponctuelles (hors pathologies) et maternité

5,7 % des jeunes de 12 à 25 ans (660 000 personnes) ont au moins une hospitalisation ponctuelle dans l'année, en dehors d'une pathologie repérée, d'un traitement spécifique ou d'une maternité. Ce pourcentage est légèrement supérieur pour les hommes de 18-25 ans (6,1 %) que pour les femmes de 12-17 ans (5,1 %).

4,8 % des femmes âgées de 18 à 25 ans sont prises en charge pour une grossesse[112] ou ont accouché dans l'année (160 000 personnes). La prévalence de la maternité chez les femmes de 12 à 25 ans est de 2,7 % en France métropolitaine et 6,0 % dans les DOM.

## 7.1.2. Un taux de recours aux soins plus important pour les femmes que pour les hommes et des écarts de recours qui se creusent avec l'âge

### Une baisse importante du recours aux soins dentaires chez les 18-25 ans, en partie liée à la baisse du recours à l'orthodontie

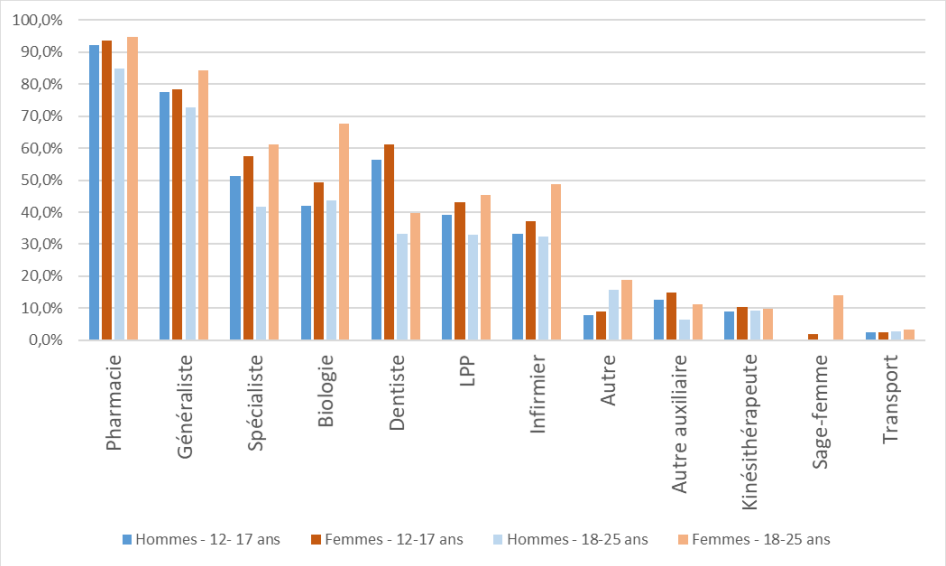
Quel que soit le professionnel de santé, le taux de recours est toujours plus important chez les femmes que chez les hommes (Figure 74). Avec l'âge, le taux de recours a tendance à diminuer chez les hommes pour presque tous les professionnels de santé, tandis que le taux de recours augmente chez les femmes : l'écart du taux de recours se creuse donc avec l'âge notamment pour le recours aux spécialistes, aux dentistes et aux dispositifs médicaux.

Pour les femmes, comme pour les hommes, on observe une très forte baisse du recours au dentiste, liée en partie à une baisse du recours à l'orthodontie. Ces données confirment la nécessité d'inciter les patients jeunes à consulter régulièrement un chirurgien-dentiste afin de prévenir la dégradation de la santé bucco-dentaire chez

112 Soit à partir à partir du sixième mois sur le risque maternité.

les jeunes. En ce sens, la convention nationale des chirurgiens-dentistes du 21 juillet 2023 prévoit une annualisation de l'examen bucco-dentaire (EBD) pour les 3 à 24 ans, qui entrera en vigueur en 2025.

Figure 74 : Taux de recours aux soins de ville par âge et sexe, en 2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

### 7.1.3. Des dépenses concentrées sur un faible nombre de jeunes atteints de pathologies lourdes

Le montant total des dépenses chez les 12-25 ans est de 11,6 milliards d'euros, dont 1 milliard d'euros sont imputables aux personnes ayant eu une grossesse au cours de l'année. Les dépenses des jeunes sont concentrées sur un faible nombre d'individus ayant des pathologies lourdes ou des épisodes de soins coûteux, ainsi, 31 % des jeunes de 12 à 25 ans concentrent 85 % des dépenses.

#### Caractéristiques des assurés de 12 à 25 ans avec les montants les plus élevés de dépenses

Si l'on exclut la maternité, 120 000 jeunes (1,1 %) ont des dépenses de plus de 10 000 euros en 2022 pour un montant total de 4,2 milliards d'euros de dépenses. Ils concentrent près de 37 % des dépenses de cette classe d'âge. Le montant moyen de leur dépense est de près de 35 000 euros par an, contre 567 euros pour les jeunes ayant des montants de dépenses de moins de 10 000 euros (Tableau 19).

Tableau 19 : Dépenses totales et moyennes chez les jeunes, en 2022

| | Effectif | Dépenses totales | Dépenses moyennes | % effectif | % montant |
|---|---|---|---|---|---|
| **Total** | 11 520 000 | 11,6 Md€ | 1 006 | | |
| **Jeunes repérées pour maternité** | 160 000 | 1,0 Md€ | 6 013 | 1,4 % | 8,3 % |
| **Jeunes avec moins de 10 000 € de dépenses - Hors maternité** | 11 240 000 | 6,4 Md€ | 567 | 97,6 % | 55,0 % |
| **Jeunes avec plus de 10 000 € de dépenses - Hors maternité** | 120 000 | 4,2 Md€ | 34 786 | 1,1 % | 36,7 % |

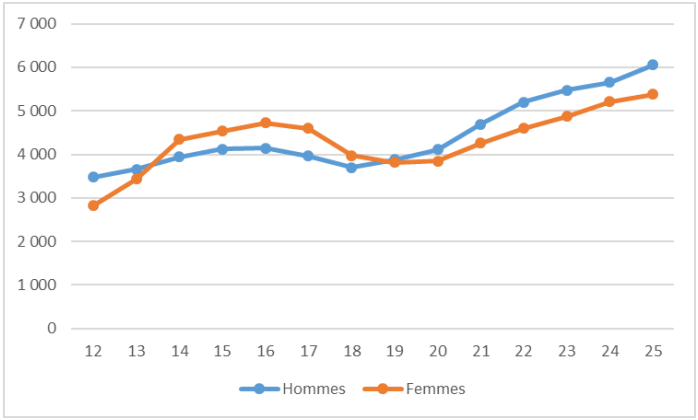
*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

65 % des jeunes ayant des montants remboursés supérieurs à 10 000 euros sont en ALD et 21,8 % sont bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire. Près de 39 % des jeunes ayant des montants remboursés élevés souffrent d'une pathologie psychiatrique, la principale pathologie psychiatrique étant les troubles

névrotiques et de l'humeur (22,8 %). 15,9 % ont des ALD pour d'autres causes que celles repérées dans la cartographie. Il s'agit principalement d'ALD hors liste, mais également de jeunes souffrant de scoliose ou atteints de drépanocytose. 13,1 % sont atteints d'une maladie inflammatoire ou rare ou d'une infection VIH et 11,3 % d'une maladie neurologique. Le nombre de jeunes avec des montants remboursés de plus de 10 000 euros augmente avec l'âge (Figure 75).

Cent cinquante personnes ont des dépenses de plus de 500 000 euros par an. Ces personnes sont principalement atteintes de maladies métaboliques héréditaires, d'hémophilie ou de troubles de l'hémostase graves.

Figure 75 : Effectif par âge et sexe des jeunes (hors maternité) ayant plus de 10 000 euros de dépenses, en 2022

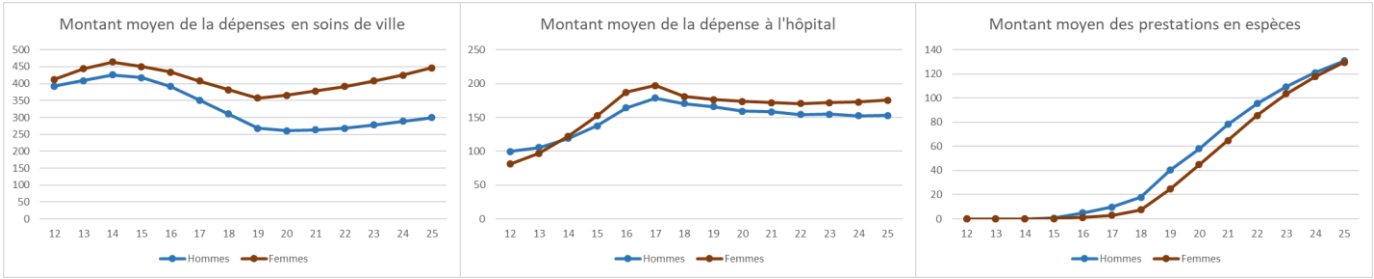



*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

## Différentiel de consommation de soins chez les jeunes avec des montants remboursés de moins de 10 000 euros et hors maternité

Chez les jeunes ayant des dépenses annuelles inférieures à 10 000 euros, le montant moyen de la dépense augmente entre 12 et 14 ans puis diminue jusqu'à 19 ans avant d'augmenter à nouveau. Les femmes ont toujours un montant moyen de dépenses plus important, mais l'écart augmente encore plus avec l'âge. Chez les plus jeunes, le montant moyen de la dépense à l'hôpital est plus important pour les garçons que pour les filles. Cette tendance s'inverse à 14 ans. Cependant, l'écart de dépenses reste relativement faible et n'excède pas 23 euros. Enfin, pour les prestations en espèces, le montant moyen remboursé est légèrement supérieur pour les hommes entre 16 ans et 24 ans et est ensuite similaire.

Figure 76 : Montant moyen de la dépense chez les jeunes de 12-25 ans, par sexe et âge, en 2022



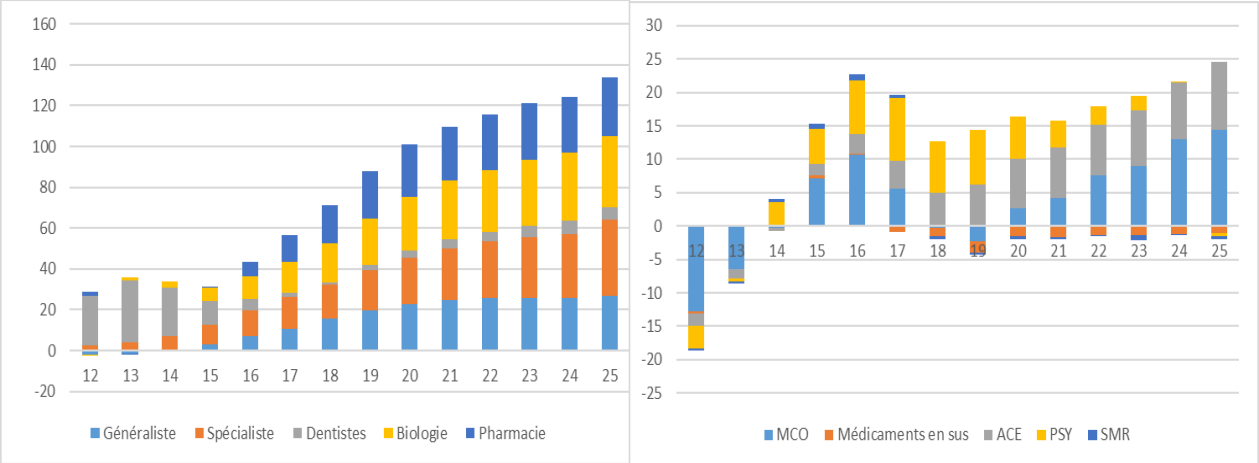

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

L'analyse des postes de dépenses de soins de ville montre une dépense plus importante chez les dentistes (y compris orthodontistes) pour les filles (Figure 77), particulièrement avant 15 ans. Les écarts de dépenses entre hommes et femmes en soins de ville s'expliquent par une augmentation des écarts de dépenses chez les généralistes, les spécialistes, pour les actes de biologie et pour la pharmacie.

La décomposition des postes de dépenses hospitalières par sous-poste montre des dépenses plus élevées en hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) chez les garçons de moins de 14 ans. La tendance

s'inverse ensuite avec une dépense moyenne plus élevée en MCO et en psychiatrie à l'hôpital chez les femmes. Celles-ci ont également une dépense plus importante en actes et consultations externes (ACE) à l'hôpital.

Figure 77 : Écart de dépenses entre les femmes et les hommes par poste de dépenses et par âge, en euros, en 2022




MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; ACE : actes et consultations externes ; PSY : hospitalisations en psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation

Note de lecture : les deux graphiques concernent à la fois les hommes et les femmes. Lorsque la différence est positive, c'est que le montant remboursé est plus important pour les femmes que pour les hommes (barre au-dessus de l'axe des abscisses), quand il est négatif, c'est l'inverse. Par exemple, en soins de ville (graphique de gauche), le montant remboursé est plus important pour les femmes que pour les hommes pour tous les âges. Les femmes de 19 ans ont une dépense chez le généraliste supérieure de 20 euros à celle des hommes de cet âge. En hospitalisation (graphique de droite), le montant remboursé est plus important pour les hommes avant 14 ans, en raison notamment d'un montant plus élevé pour les hospitalisations en MCO.

*Champ : tous régimes - France entière*

*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

### 7.1.4. Une évolution préoccupante de la consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents et jeunes adultes, entre 2015 et 2023

Les classes de médicaments les plus prescrites aux 12-25 ans diffèrent de celles de l'ensemble de la population. Les trois classes regroupant le plus de remboursements pour cette tranche d'âge sont les médicaments de l'appareil respiratoire, les immunosuppresseurs (utilisés dans le traitement des maladies chroniques inflammatoires ou auto-immunes) et les vaccins. Sur l'ensemble de la population, il s'agit des anticancéreux, des immunosuppresseurs et des médicaments du diabète.

Les 12-25 ans sont moins consommateurs de médicaments que les autres classes d'âge. En 2023, ils concentrent 6 % de l'ensemble des remboursements de médicaments, alors qu'ils représentent 17 % de la population. Néanmoins, depuis la crise sanitaire de 2020, la part de leur consommation médicamenteuse tend à augmenter, passant de 4 % entre 2015 et 2019 (0,8 milliard d'euros) à 6 % en 2023 (1,5 milliard d'euros). Leurs dépenses pharmaceutiques progressent plus vite que celles de l'ensemble de la population. Elles ont augmenté de 31 % contre 8 % pour l'ensemble de la population entre 2019 et 2021 ; de + 26 % (contre + 9 %) entre 2021 et 2022 et de + 11 % (contre + 8 %) entre 2022 et 2023.

Cette évolution plus dynamique s'explique notamment par l'accélération de la vaccination contre le papillomavirus et l'arrivée de médicaments coûteux ciblant particulièrement les jeunes affectés par des pathologies lourdes. Cela concerne entre autres la mucoviscidose (ivacaftor), l'hémophilie A (émicizumab), l'amyotrophie spinale (risdiplam), le rachitisme (burosumab), etc. On observe également une augmentation des prescriptions principalement d'immunosuppresseurs : ustékinumab, cabakinumab, guselkumab, tofacitinib, etc. (+ 20 % entre 2019 et 2021), de psychotropes (+ 13 % entre 2019 et 2021) et de préparations antiacnéiques (+ 20 % 2019 et 2021).

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a réalisé un état des lieux des remboursements de médicaments psychotropes chez les adolescents et jeunes adultes, de 12 à 25 ans, avant, pendant et après la crise sanitaire.

L'étude de la consommation de psychotropes chez les adolescents et jeunes adultes fait écho aux constats de dégradation de la santé mentale des Français et plus particulièrement des jeunes. Les dernières données de surveillance (urgences hospitalières du réseau OSCOUR® et associations SOS Médecins) et d'enquêtes (Baromètre de Santé publique France, enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense Escapad) montrent que la santé mentale des Français demeure dégradée en 2023 particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes[113].

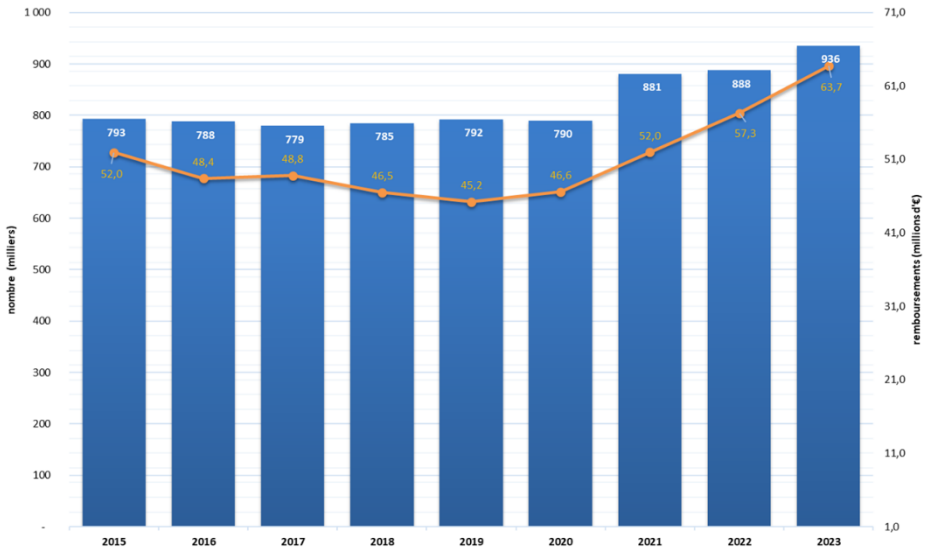
Les médicaments psychotropes peuvent contribuer à soulager la souffrance des personnes et diminuer leurs troubles. Mais ils peuvent induire des effets secondaires parfois importants (risque de dépendance, effet de tolérance qui oblige à augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets au fil du temps, et résistance sur le long terme) et encore plus lorsqu'ils sont prescrits à des adolescents et à de jeunes adultes au moment de leur maturation psychologique.

Les psychotropes regroupent les traitements médicamenteux des troubles psychiques. Ils peuvent être scindés en plusieurs catégories : les antidépresseurs qui traitent généralement la dépression, les anxiolytiques qui agissent sur l'anxiété, les hypnotiques qui facilitent le sommeil, les psychostimulants qui stimulent le système nerveux central, et enfin les antipsychotiques (neuroleptiques) qui traitent des états psychotiques.

## Depuis la crise sanitaire, près de 144 000 adolescents et jeunes adultes supplémentaires ont été pris en charge avec des psychotropes

Alors que le nombre de 12-25 ans ayant fait l'objet d'une délivrance de psychotropes pris en charge par l'Assurance Maladie entre 2015 et 2020 était en très légère baisse, il augmente brutalement en 2021 de 12 % (début de l'augmentation en septembre 2020), se maintient en 2022 (+ 1 %) et accélère à nouveau de 5 % en 2023 (Figure 78). Au total, en 2023, 936 000 jeunes de 12-25 ans ont eu un remboursement d'au moins un psychotrope. Cela correspond à près de 144 000 jeunes de plus qu'en 2019, soit 18 % de plus alors que dans le même temps, la population de cette tranche d'âge n'a augmenté que de 3 %. Les remboursements de ces médicaments sont également de plus en plus importants, malgré certaines baisses de prix, passant de 45,2 millions d'euros en 2019 à 63,7 millions d'euros en 2023 (+ 41 %).

Figure 78 : Nombre d'adolescents et de jeunes adultes (12-25 ans) sous psychotropes et remboursements associés, entre 2015 et 2023




*Champ : données en date de soins, tous régimes*
*Source : Cnam (SNDS)*

Si près de 71 jeunes de 12-25 ans pour 1 000 (‰) ont bénéficié d'une délivrance de psychotropes de 2015 à 2020, ils sont près de 78 ‰ en 2021 et 2022 et plus de 81 ‰ en 2023. Entre 2019 et 2023, ce taux a augmenté de 15 % dans cette tranche d'âge alors qu'il a diminué de 1 % chez les 26-60 ans. Cette dynamique, spécifique à cette classe d'âge, s'observe pour l'ensemble des catégories de psychotropes. Elle est particulièrement importante pour les antidépresseurs (augmentation de 55 % du nombre de 12-25 ans pour 1 000 entre 2019 et

113 Santé mentale. *Point épidémiologique national mensuel*. N° 10. 02 octobre 2023. Santé publique France.

2023, alors que chez les 26-60 ans l'augmentation n'est que de 8 %), les hypnotiques (respectivement + 50 % et - 11 %) et les antipsychotiques (respectivement + 35 % et + 4 %).

Les filles représentent 62 % des jeunes de 12 à 25 ans ayant eu une délivrance de psychotropes. Elles sont également à l'origine de l'essentiel de la dynamique observée. Entre 2019 et 2023, le nombre de filles ayant eu une délivrance de psychotropes a augmenté de 20 %, passant de 86 ‰ en 2019 à 103 ‰ en 2023 tandis que celui des garçons a augmenté de 8 % passant respectivement de 56 ‰ à 61 ‰, essentiellement du fait des 12-15 ans (Tableau 20).

Tableau 20 : Nombre de 12-25 ans ayant consommé des psychotropes pour 1 000 garçons et 1 000 filles, entre 2019 et 2023

| | garçons | | | filles | | | total | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2019 | 2023 | 2019-23 | 2019 | 2023 | 2019-23 | 2019 | 2023 | 2019-23 |
| 12-15 ans | 33 | 41 | +25% | 25 | 37 | +45% | 29 | 39 | +34% |
| 16-19 ans | 49 | 49 | +2% | 79 | 93 | +18% | 63 | 71 | +11% |
| 20-22 ans | 65 | 66 | +2% | 115 | 132 | +15% | 89 | 98 | +10% |
| 23-25 ans | 97 | 103 | +6% | 156 | 185 | +18% | 126 | 143 | +13% |
| **total 12-25 ans** | **56** | **61** | **+8%** | **86** | **103** | **+20%** | **71** | **81** | **+15%** |

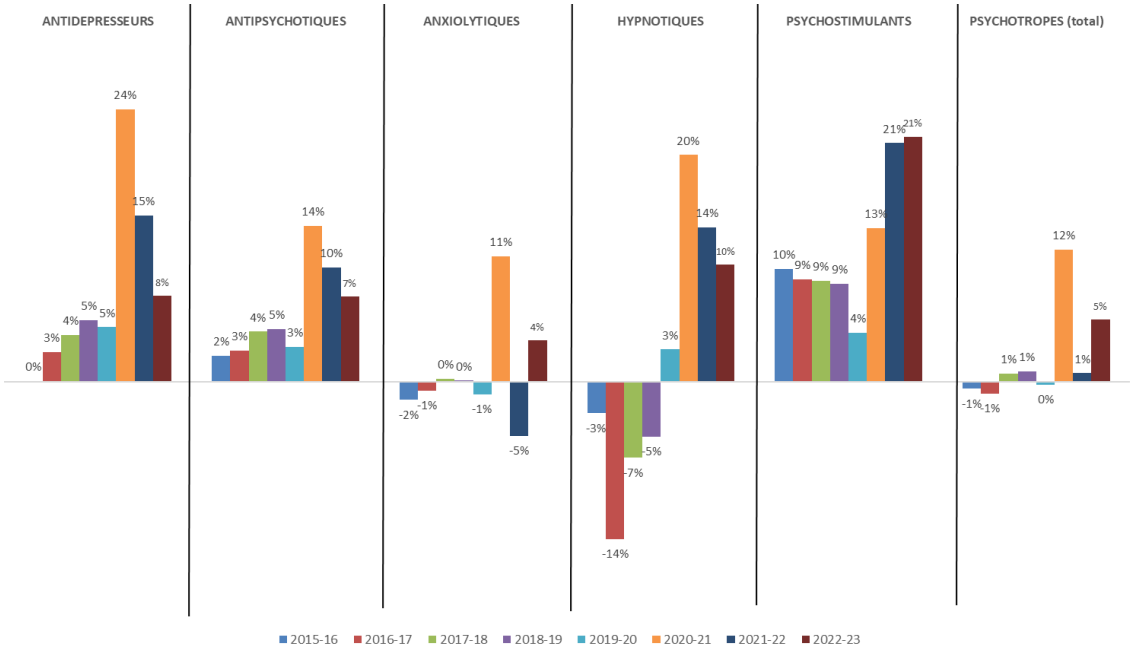
*Champ : données en date de soins, tous régimes*
*Sources : Cnam (SNDS), Insee*

## Au sein des psychotropes, les évolutions sont disparates en fonction des types de psychotropes

Les psychotropes regroupent plusieurs familles de médicaments, dont la consommation a évolué différemment entre 2015 et 2023, et qui n'ont pas la même importance en termes d'effectifs de patients ou de remboursement pour l'Assurance Maladie. Les prescriptions de psychotropes chez les jeunes ont significativement changé depuis la pandémie avec une accélération des tendances à la hausse, voire une inversion pour celles en baisse.

L'impact de l'évolution du nombre de jeunes sous anxiolytiques ou antidépresseurs est notable dans l'évolution globale du nombre de jeunes sous psychotropes : ils représentent respectivement 624 000 et 384 000 des 12-25 ans sur les 936 000 jeunes ayant perçu au moins un remboursement de psychotrope dans l'année. Ces deux classes de psychotropes concernent d'ailleurs souvent les mêmes individus. En matière de remboursement, ce sont les antipsychotiques qui prédominent du fait de leur prix. Ils représentent 43 % des remboursements de psychotropes (27,6 millions d'euros) en 2023 et concernent 168 000 jeunes (18 % des 12-25 ans sous psychotropes).

Figure 79 : Taux d'évolution annuels du nombre de 12-25 ans sous psychotropes, selon le type de psychotropes, entre 2015 et 2023




*Champ : données en date de soins, tous régimes*
*Source : Cnam (SNDS)*

L'impact de l'évolution du nombre de jeunes sous anxiolytiques ou antidépresseurs est notable dans l'évolution globale du nombre de jeunes sous psychotropes : ils représentent respectivement 624 000 et 384 000 des 12-25 ans sur les 936 000 jeunes ayant perçu au moins un remboursement de psychotrope dans l'année. Ces deux classes de psychotropes concernent d'ailleurs souvent les mêmes individus. En matière de remboursement, ce sont les antipsychotiques qui prédominent du fait de leur prix. Ils représentent 43 % des remboursements de psychotropes (27,6 millions d'euros) en 2023 et concernent 168 000 jeunes (18 % des 12-25 ans sous psychotropes).

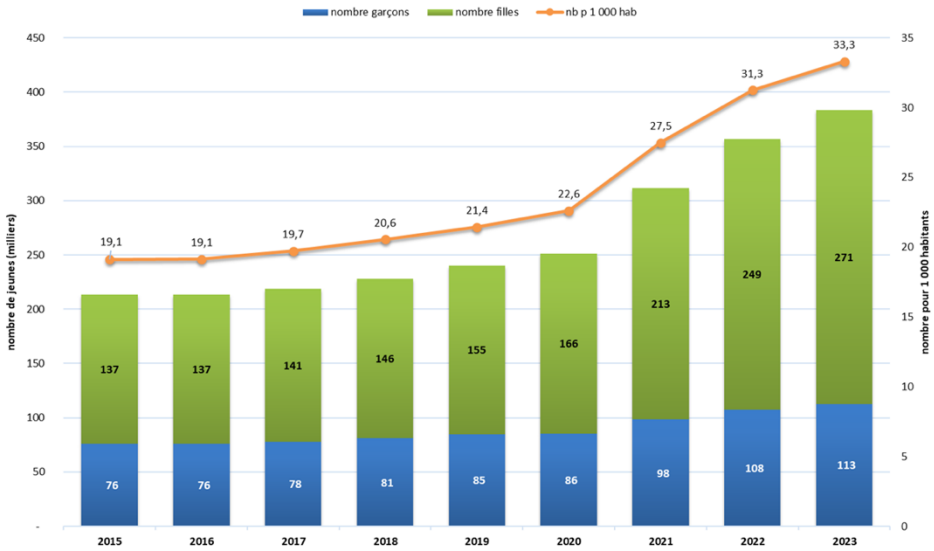
## Le nombre d'adolescents et de jeunes adultes sous antidépresseurs est en augmentation depuis 2015 et en nette accélération depuis la crise sanitaire

La prise en charge de la dépression de l'enfant et de l'adolescent est souvent complexe. La Haute Autorité de santé (HAS) recommande ainsi en première intention différents types de psychothérapies en fonction de la sévérité de la dépression, du fait du risque accru de passage à l'acte suicidaire en cas de prise d'antidépresseurs. En cas d'échec ou de sévérité particulière, la prescription d'un antidépresseur peut éventuellement être envisagée mais uniquement en association avec une psychothérapie[114].

Entre 2016 et 2020, le nombre d'adolescents et de jeunes adultes sous antidépresseurs a augmenté régulièrement de 3 à 5 %. En 2021, à la suite de la crise sanitaire, cet effectif a connu une hausse massive de 24 % (Figure 80). Cette augmentation s'observe pour tous les âges et sexes, mais plus fortement chez les filles et parmi elles chez les plus jeunes. La progression reste élevée, mais de moins en moins rapide, en 2022 (+ 15 %) et en 2023 (+ 8 %).

114 Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? HAS Dossier de presse – Mis en ligne le 16 déc. 2014.

Figure 80 : Nombre de 12-25 ans sous antidépresseurs, entre 2015 et 2023




*Champ : données en date de soins, tous régimes*
*Sources : Cnam (SNDS), Insee*

Entre 2019 (année de référence avant la pandémie) et 2023, les effectifs de jeunes traités par antidépresseurs ont connu une progression très importante de 60 %, soit 143 600 jeunes en plus. Les remboursements associés ont augmenté parallèlement de 68 % (9,1 millions d'euros en 2023).

En 2023, 33 jeunes sur 1 000 sont traités par antidépresseurs, et sont en très grande majorité de sexe féminin (71 %) (384 000 jeunes). Ils représentent 41 % des 12-25 ans sous psychotropes et encore plus chez les plus âgés : plus de 45 % chez les 20 ans et plus (contre 21 % des 12-15 ans).

Une étude du *Lancet* (2016)[115] relève que, chez les enfants et les adolescents, les bénéfices de la plupart des antidépresseurs disponibles ne sont pas supérieurs à ceux du placebo. Seule la fluoxétine (Prozac® et génériques) est plus efficace, avec plus de bénéfices que de risques. Pourtant, elle est prescrite seulement à 29 % des 12-15 ans sous antidépresseurs et à 23 % des 16-19 ans en 2023. La molécule la plus fréquemment prescrite pour ce type de médicament est la sertraline (Zoloft® et génériques), également utilisée pour le traitement des troubles de l'anxiété sociale. Chez les plus âgés, la paroxétine est la plus prescrite, celle-ci étant déconseillée chez l'enfant et l'adolescent, car associée à un risque accru de comportement suicidaire et d'hostilité.

La durée de traitement par antidépresseur pour un épisode dépressif caractérisé doit être comprise entre 6 mois et 1 an pour les adolescents[116] et jeunes adultes. Pourtant, 79 % des épisodes de traitement durent moins de 6 mois, et 9 % plus de 1 an. La moitié des épisodes de traitement sont arrêtés au bout de 2 mois, signalant un enjeu particulier d'observance pour cette population. De façon générale, ces traitements au long cours peuvent avoir des effets secondaires parfois difficiles à supporter. La durée moyenne de traitement observée dans l'étude est de 4,2 mois.

Il ressort des données de délivrance une corrélation entre le niveau de spécialité du prescripteur et la durée pendant laquelle le médicament est délivré : plus le prescripteur est spécialisé, plus l'observance évolue vers les bornes d'indications thérapeutiques ; la durée moyenne de traitement varie ainsi de 3,6 mois si le prescripteur initial de l'épisode de traitement est un généraliste, à 5 mois si c'est un hospitalier et 5,5 mois si c'est un psychiatre libéral.

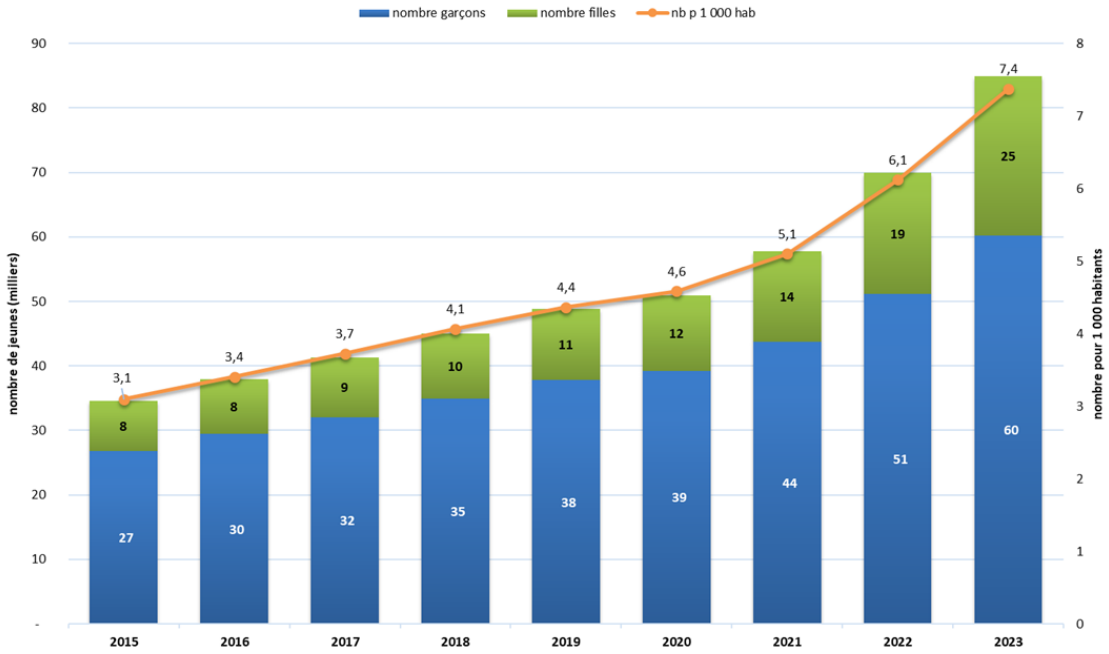
115 Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, Coghill D, Zhang Y, Hazell P, Leucht S, Cuijpers P, Pu J, Cohen D, Ravindran AV, Liu Y, Michael KD, Yang L, Liu L, Xie P. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet. 2016 Aug 27;388(10047):881-90. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30385-3. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27289172.

116 Manifestations dépressives à l'adolescence, 2. Prise en charge thérapeutique en soins de premier recours. Synthèse de recommandation de bonne pratique, Haute Autorité de santé (HAS). Novembre 2014.

## Le nombre d'adolescents et de jeunes adultes sous psychostimulants a été multiplié par 2,5 entre 2015 et 2023, avec une accélération à partir de 2022 à la suite d'extensions d'indications de remboursement

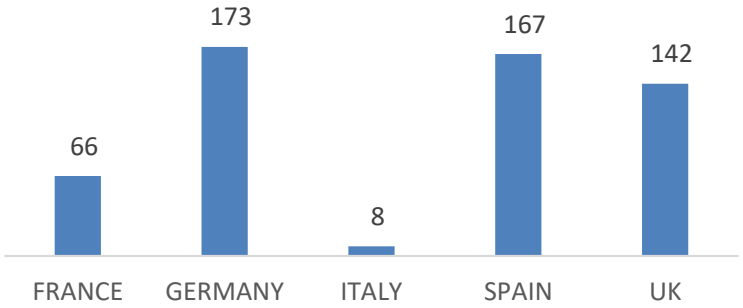
Entre 2015 et 2019, le nombre de jeunes sous psychostimulants, essentiellement pour des traitements du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), avec des médicaments comme le méthylphénidate (Ritaline®, Medikinet®, etc.), augmente régulièrement de 9 à 10 % selon les années. Cette progression ralentit en 2020 (+ 4 %) à la suite des confinements, mais dès 2021, elle reprend de façon dynamique : + 13 % en 2021 et + 21 % en 2022 et 2023 (Figure 81). Cette évolution peut s'expliquer par un rattrapage du retard des diagnostics et de l'utilisation de ces traitements en France par rapport aux autres pays européens[117] (Figure 82).

Figure 81 : Nombre de 12-25 ans sous psychostimulants, entre 2015 et 2023




*Champ : données en date de soins, tous régimes*
*Sources : Cnam (SNDS), Insee*

Figure 82 : Ventes de méthylphénidate utilisé dans le traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en volume (en kilo) pour 1 million d'habitants de moins de 20 ans, en 2023




*Germany* : Allemagne ; *Italy* : Italie ; *Spain* : Espagne, UK : *United Kingdom*, Royaume Uni

Note de lecture : afin de pouvoir comparer les ventes en volume, dans les différents pays, qui peuvent être commercialisées sous différents dosages ou conditionnements, les indicateurs en volume sont exprimés en kilo. Ils correspondent aux nombres d'unités communes de dispensation vendues (comprimé, gélule, etc.) multipliées par le dosage de chaque unité (2 mg, 5 mg, etc.). Afin d'avoir une estimation de la consommation par bénéficiaire, on rapporte les ventes à la population âgée de moins de 20 ans (principale cible du traitement). L'Allemagne enregistre 2,6 fois plus de ventes de méthylphénidate que la France alors même que d'autres molécules sont indiquées pour le traitement du TDAH (lisdexamfétamine, etc.), contrairement à la France.

*Champ : ventes de médicaments en ville et à l'hôpital*
*Source : IQVIA*

117 Rapport d'évaluation des spécialités à base de méthylphénidate, HAS – Direction de l'Évaluation médicale, Économique et de Santé Publique 1/72 Avis définitif modifié le 31/03/2021.

En 2023, 7 jeunes sur 1 000 ont reçu au moins une délivrance de psychostimulants soit plus du double qu'en 2015. Ces jeunes sont pour 71 % d'entre eux de sexe masculin, cette prédominance masculine étant particulièrement marquée chez les moins de 20 ans. Chez les 20 ans et plus, la répartition entre les 2 sexes s'équilibre. C'est dans cette tranche d'âge que la consommation a le plus augmenté : entre 2019 et 2023, le nombre de 23-25 ans sous psychostimulants a doublé passant de 1,3 ‰ à 3,9 ‰ (1,6 ‰ à 3,5 ‰ pour les 20-22 ans).

Si l'on isole les jeunes adultes de 18 à 25 ans uniquement sous méthylphénidate, leur nombre a été multiplié par près de 4 entre 2015 et 2023, l'augmentation étant encore plus marquée chez les jeunes femmes (x 5,6).

La progression a été particulièrement accentuée depuis 2022, notamment du fait de l'extension d'indication de remboursement à l'adulte en juin 2022 mais aussi de l'extension de la prescription initiale en ville depuis septembre 2021. Une étude publiée dans la revue *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* sur la quasi-totalité de la population pédiatrique française entre 2010 et 2019 indique que les diagnostics associés à la prescription de méthylphénidate ne correspondent pas à l'indication thérapeutique ni à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans des proportions significatives[118]. Le principal détournement concerne le dopage intellectuel, qui peut effectivement concerner la population étudiante dans le but d'améliorer les capacités cognitives[119].

### L'augmentation du nombre de jeunes sous antipsychotiques et son accélération depuis 2021 appellent à une vigilance particulière

Les antipsychotiques sont une catégorie de psychotropes particulière, car ils traitent les pathologies psychiatriques chroniques complexes, de type schizophrénie, qu'il est difficile de comparer avec des troubles anxieux ou de sommeil en réaction à un contexte de crise. L'augmentation du nombre de jeunes sous antipsychotiques mérite donc une surveillance particulière.

Entre 2015 et 2020, le nombre de 12-25 ans sous antipsychotiques augmente régulièrement : entre 2 et 5 % selon les années. En 2021, la progression est de 14 %, de 10 % en 2022 et de 7 % en 2023. Entre 2019 et 2023, le nombre de jeunes sous antipsychotiques a augmenté au total de 38 % mais la progression la plus importante revient au 16-19 ans (+ 43 %) et plus particulièrement aux filles de cette tranche d'âge (+ 91 %).

Au total en 2023, 15 jeunes sur 1 000 ont eu au moins une délivrance d'antipsychotiques, autant pour ceux de sexe masculin que pour ceux de sexe féminin.

Les molécules les plus prescrites chez les plus jeunes sont la cyamémazine[120], aussi utilisée comme anxiolytique mais hors AMM pour la population pédiatrique, la rispéridone ainsi que l'aripiprazole chez les plus âgés. Ces molécules présentent des effets secondaires parfois importants.

Compte tenu de leur prix élevé, notamment celui des molécules traitant la schizophrénie, les antipsychotiques représentent la classe de psychotropes la plus coûteuse : 27,6 millions d'euros remboursés en 2023 (hors lithium) à 168 000 jeunes de 12 à 25 ans, soit 43 % du montant des remboursements de psychotropes.

### Le nombre d'adolescents et de jeunes adultes traités par hypnotiques a baissé entre 2015 et 2019, puis a augmenté fortement depuis 2020 avec la crise sanitaire et le début du remboursement de la mélatonine

Entre 2015 et 2019, le nombre de jeunes traités par hypnotiques était en baisse (- 26 %). Il augmente fortement depuis 2020 : 3 % en 2020, 20 % en 2021, 14 % en 2022 et 10 % en 2023 (Figure 83).

Ce rebond a débuté en mars 2020 au moment du premier confinement et du début du remboursement de la mélatonine (Slenyto®). Il concerne plutôt les moins de 18 ans, principale cible de la mélatonine. Cette molécule

118 Ponnou, Sébastien & Haliday, Héloïse & Thomé, B. & Gonon, François. (2022). La prescription de méthylphénidate chez l'enfant et l'adolescent en France : caractéristiques et évolution entre 2010 et 2019. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 70. 10.1016/j.neurenf.2022.01.003. En ligne depuis le 12/02/22.

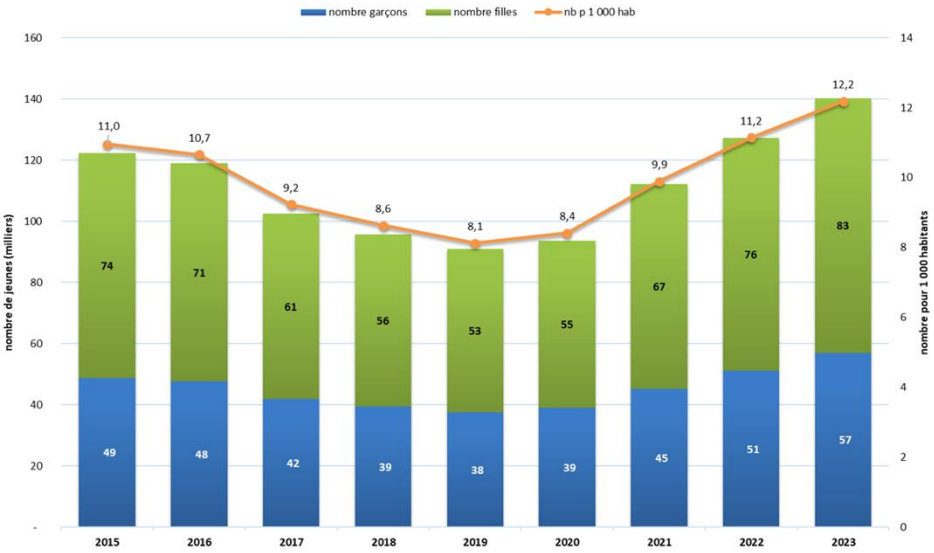
119 Fond G, Gavaret M, Vidal C, Brunel L, Riveline JP, Micoulaud-Franchi JA, Domenech P. (Mis)use of Prescribed Stimulants in the Medical Student Community: Motives and Behaviors: A Population-Based Cross-Sectional Study. Medicine (Baltimore). 2016 Apr;95(16):e3366. doi: 10.1097/MD.0000000000003366. PMID: 27100420; PMCID: PMC4845824.

120 Autorisation de mise sur le marché pour l'enfant de plus de 6 ans : troubles graves du comportement avec agitation et agressivité.

est indiquée pour le traitement de l'insomnie chez les enfants et les adolescents de 2 à 18 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un syndrome de Smith-Magenis[121].

Pourtant, parmi les jeunes ayant eu une délivrance de mélatonine, seulement 45 % sont en ALD et seulement 15 % ont une ALD correspondant aux indications thérapeutiques. Il est à noter que compte tenu de son prix élevé, le début de commercialisation de la mélatonine est à l'origine de la forte progression des remboursements d'hypnotiques chez les 12-25 ans : 427 % en 2020, 282 % en 2021, 83 % en 2022 et 51 % en 2023. En 2023, 12,6 millions d'euros ont été remboursés pour cette molécule à 42 000 jeunes.

Figure 83 : Nombre de 12-25 ans sous hypnotiques, entre 2015 et 2023




*Champ : données en date de soins, tous régimes*
*Sources : Cnam (SNDS), Insee*

La prise d'hypnotiques concerne un peu plus les jeunes filles (59 %) mais la progression du nombre de 12-25 ans concernés est assez similaire pour les 2 sexes. 12 jeunes sur 1 000 ont pris au moins une fois un hypnotique qui leur a été prescrit et remboursé en 2023 (15 filles sur 1000 et 10 garçons sur 1000).

Les hypnotiques de type benzodiazépines ne sont efficaces sur les troubles du sommeil que sur de courtes durées, en dehors de la mélatonine qui peut être prescrite sur une plus longue période. Il est ainsi recommandé de ne pas dépasser quatre semaines de traitement pour les troubles du sommeil. Au-delà, l'efficacité est incertaine, les risques d'effets délétères augmentent (somnolence diurne, troubles de la mémoire, accidents, etc.) ainsi que celui de dépendance[122]. Concernant les antihistaminiques chez l'enfant, le traitement doit être de courte durée (de 2 à 5 jours) et de deuxième intention des insomnies d'endormissement liées à un état d'hyperéveil (vigilance accrue liée à des manifestations anxieuses au coucher), après échec des mesures comportementales seules. Cependant, hors mélatonine, près d'un quart des épisodes de traitement par hypnotiques remboursés aux 12-25 ans durent plus de 1 mois. Ils durent 1,6 mois en moyenne et varient de 1,4 mois pour un prescripteur généraliste à 1,8 mois pour un prescripteur hospitalier et 1,9 mois pour un psychiatre libéral.

## Les anxiolytiques sont les médicaments les plus fréquemment prescrits chez les jeunes mais aussi la classe qui a le moins progressé depuis 2015

Les dispensations d'anxiolytiques concernent 67 % des jeunes sous psychotropes (74 % en 2015). 54 jeunes sur 1 000 prennent des anxiolytiques en 2023. En matière d'effectifs, 624 000 jeunes de 12 à 25 ans ont eu au moins une délivrance d'anxiolytiques en 2023, les deux tiers étant de sexe féminin, soit une augmentation de 8 % par rapport à 2019 attribuable uniquement aux filles (+ 13 % contre 0 %).

Le nombre de jeunes sous anxiolytiques est resté assez stable jusqu'en 2020, il a augmenté de 11 % en 2021 en réaction à la crise sanitaire, puis a baissé de 5 % en 2022. Il augmente à nouveau en 2023 de 4 %.

121 Commission de la transparence, avis du 26 juin 2019, HAS.

122 Benzodiazépines hypnotiques au long cours : un intérêt thérapeutique limité – HAS Communiqué de presse – Mis en ligne le 24 juill. 2014.

En général, les molécules d'anxiolytiques les plus prescrites sont l'hydroxyzine[123] sans risque de dépendance pour les plus jeunes (76 % des prescriptions des 12-15 ans) et les benzodiazépines pour les plus âgés (alprazolam, oxazépam, etc.).

L'exposition prolongée aux anxiolytiques, tels que les benzodiazépines et molécules apparentées, expose à des risques de tolérance pharmacologique (diminution de la réponse à un médicament) et à un risque de dépendance psychique et physique[124]. Ces risques de tolérance et de dépendance sont d'autant plus marqués aux périodes de l'adolescence et du début de l'âge adulte[125]. Le nombre de jeunes Américains ayant fait une overdose d'anxiolytiques de la classe des benzodiazépines a augmenté ces dernières années, selon des travaux publiés dans la revue *Pediatrics* du 2 mars 2022. Ces recherches ont aussi révélé que les adolescents et les jeunes adultes avaient pris une dose excessive de ces traitements après avoir reçu une prescription de leur médecin[126].

De façon générale, pour les principales molécules, il est recommandé de ne pas dépasser 12 semaines de traitement pour les symptômes anxieux[127], avec anticipation, dès la prescription, des modalités d'arrêt. Conformément à cela, la durée moyenne de traitement observée d'un épisode de traitement est de 1,8 mois : 1,9 mois pour les garçons et 1,7 mois pour les filles. La durée augmente avec la spécialité du prescripteur : 1,6 mois si c'est un généraliste qui initie le traitement, 2,3 mois pour un médecin hospitalier et 2,8 mois pour un psychiatre libéral. Néanmoins, 8 % des épisodes de traitement par anxiolytiques des 12-25 ans durent plus de 3 mois, 6 % si le prescripteur initial est un généraliste, 14 % si c'est un médecin hospitalier et 20 % si c'est un psychiatre libéral.

Un traitement concomitant par anxiolytique de type benzodiazépines ou apparenté peut être justifié en début de traitement antidépresseur pour une durée de 2 semaines en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie invalidantes[128]. 36 % des épisodes de traitement par antidépresseurs des 12-25 ans sont associés en début de traitement à un anxiolytique, celui-ci est pris sur une durée supérieure à 1 mois dans près de 40 % des cas.

Encadré 16 : Sources et méthodes, santé des 12-25 ans

Les données sont issues du système national des données de santé (SNDS). Elles concernent les remboursements de médicaments psychotropes délivrés en ville pour les 12-25 ans (âge au moment de la délivrance) en France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer (Drom) entre 2015 à 2023 (année de délivrance, remboursements jusqu'en février 2024).

Seuls les médicaments prescrits et remboursés aux 12-25 ans sont analysés, cela peut ne pas correspondre exactement aux médicaments réellement consommés. Selon les données des enquêtes ESPAD et Escapad[129], 10 % des lycéens rapportent une expérimentation d'anxiolytiques ou de somnifères sans ordonnance et parmi les jeunes de 17 ans ayant déjà consommé un médicament psychotrope, celui-ci a été proposé par un parent dans 27 % des cas, ou pris de leur propre initiative dans 11 % des cas. Il peut y avoir un décalage également avec les prescriptions médicales si le médicament n'a pas été dispensé. Enfin, il ne s'agit pas d'observance, car le médicament a pu être délivré sans que le jeune le prenne.

Les classes de médicaments ont été sélectionnées à partir des classes ATC (anatomique, thérapeutique et chimique) :

- Les psycholeptiques (ATC N05), hors midalozam utilisé dans la prise en charge des anesthésies et réanimations (antipsychotiques, benzodiazépines-anxiolytiques, anxiolytiques, hypnotiques, benzodiazépines hypnotiques).
- Les psychoanaleptiques (ATC N06), hors oxitriptan utilisé dans le traitement des myoclonies et traitements antidémences de type maladie d'Alzheimer (antidépresseurs et psychostimulants).
- Et les antihistaminiques utilisés comme anxiolytiques (N05BB01) ou hypnotiques (R06AD01 et R06AD02). Par défaut et en l'absence du diagnostic, l'ensemble des remboursements de ces classes est rattaché à un traitement par psychotrope.

Les durées de traitement correspondent au délai exprimé en mois entre la date de première délivrance du médicament et la date de dernière délivrance+ 1 mois. Elles sont calculées pour chaque épisode de traitement (pas d'interruption de délivrance durant 3 mois ou plus) dont la dernière date de délivrance est <=sept. 2023 et la première >=mars 2015 (pour éviter les traitements en cours). Certains adolescents et jeunes adultes suivent plusieurs épisodes de traitement durant la période étudiée.

123 Rappel des indications thérapeutiques : manifestations mineures de l'anxiété chez l'adulte ; prémédication à l'anesthésie générale ; traitement symptomatique du prurit ; chez l'enfant de plus de 6 ans, traitement de deuxième intention des insomnies d'endormissement liées à un état d'hyperéveil (vigilance accrue liée à des manifestations anxieuses au coucher), après échec des mesures comportementales seules.

124 Benzodiazépines : programmer l'arrêt dès la prescription. Article HAS – Mis en ligne le 15 nov. 2017 – Mis à jour le 12 juin 2019.

125 Inserm. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014

126 Benzodiazepine and Stimulant Prescriptions Before Overdose in Youth Greta Bushnell, PhD, MSPH et coll. *Pediatrics* (2022) 149 (4): e2021055226.

127 Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ?. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. Health technology assessment – Mis en ligne le 17 juill. 2018.

128 Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

129 Spilka et al., 2012 ; Spilka et al., 2015 ; The ESPAD Group, 2016.

### 7.1.5. Actions de l'Assurance Maladie en faveur de la santé mentale des jeunes

Les troubles en santé mentale des 12-25 ans ont connu une croissance forte depuis la crise sanitaire. Plusieurs études récentes documentent leur augmentation depuis 2020. En résulte une augmentation substantielle du nombre de jeunes traités par psychotropes en 2021 qui se confirme en 2022 et 2023, notamment chez les jeunes filles. Cette accélération peut être le résultat d'une augmentation des situations de souffrance psychique de ces jeunes face à la pandémie et ses mesures de restriction mais aussi sur plus long terme, en raison de facteurs de stress et d'anxiété de natures distinctes auxquels sont particulièrement exposés les jeunes tels que les écrans[130], l'écoanxiété[131] ou certaines formes de violences (harcèlement scolaire[132], violences sexuelles[133], etc.). Dans une certaine mesure, cette augmentation peut aussi être le reflet d'une attention plus grande portée à la souffrance psychique des jeunes patients, lorsqu'elle peut être exprimée.

Il faut par ailleurs prendre en compte le risque de formes de mésusage touchant tant à l'indication (par exemple l'extension des indications des psychostimulants) qu'au non-respect des conditions de prescription (par exemple des traitements antidépresseurs prescrits sur des durées courtes ou pour lesquels l'observance a été insuffisamment longue ou au contraire des anxiolytiques prescrits pour de trop longues périodes).

De manière générale, les soins de première intention recommandés par les autorités de santé pour les troubles psychiques chez l'adolescent concernent les psychothérapies, les pratiques éducatives et les pratiques de prévention et d'intervention sociale. Un traitement médicamenteux peut être prescrit en deuxième intention en soutien de l'accompagnement psychologique, éducatif et social de l'adolescent et de sa famille. L'évolution de la consommation d'antipsychotiques par les jeunes doit être suivie dans les prochaines années.

#### Montée en charge de l'initiative « Premiers secours en santé mentale » à destination des jeunes et en milieu professionnel

Le secourisme en santé mentale, porté par le programme « Premiers secours en santé mentale (PSSM) », consiste à apporter une aide à une personne qui présente un trouble de santé mentale (que ce soient les premiers symptômes, l'aggravation d'un trouble connu ou une situation de crise). Les premiers secours sont donnés jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée, ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent, en santé mentale, des gestes de premiers secours qui, eux, apportent une aide physique à la personne en difficulté. Cette formation vise aussi à lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques, et à favoriser l'accès aux soins des personnes touchées par ces troubles.

Les PSSM sont inspirés du programme australien *« Mental health first aid »*. Il s'agit d'un programme standardisé, visant à former la population générale pour être en mesure d'intervenir, avec aisance et de façon proactive, devant toute situation nécessitant des secours en santé mentale. Ici, il a été déployé à destination d'intervenants auprès de jeunes de 18 à 25 ans, ainsi que de ces jeunes eux-mêmes.

Le comité de pilotage national, animé par la Direction générale de la santé (DGS) et constitué des administrations centrales et des organisations impliquées dans ce déploiement, s'est réuni deux fois en 2023. Il est chargé de suivre le déploiement du secourisme en santé mentale dans tous les milieux.

En 2023, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ont eu la possibilité de mettre en œuvre une à deux sessions de formation.

Au total, 139 sessions de formation de secouristes ont été organisées pour 1 821 participants avec une moyenne de 13 participants par session. Les publics formés étaient majoritairement des intervenants auprès de publics

130 *Enfants et écrans, À la recherche du temps perdu*, rapport de la commission d'experts sur l'impact de l'exposition des jeunes aux écrans, avril 2024.

131 Hickman C, Marks E, Pihkala P, Clayton S, Lewandowski RE, Mayall EE, Wray B, Mellor C, van Susteren L. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. Lancet Planet Health. 2021 Dec;5(12):e863-e873. doi: 10.1016/S2542-5196(21)00278-3. PMID: 34895496. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3918955 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3918955

132 Catheline, N. (2020). Prévenir le harcèlement en milieu scolaire : un enjeu de santé mentale. *Rhizome*, 78, 4-5. https://doi.org/10.3917/rhiz.078.0004. URL : https://www.cairn.info/revue-rhizome-2020-4-page-4.htm

133 Marine Gilsanz, Clémentine Rappaport,Violences sexuelles chez les mineurs et conséquences psychopathologiques à l'adolescence : aspects historiques et contemporains. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 72, Issue 1, 2024, Pages 1-8, ISSN 0222-9617, https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.11.008.

jeunes issus de différentes structures : missions locales, associations, foyers d'hébergement ou de jeunes travailleurs, collectivités, protection judiciaire de la jeunesse, accueil de loisirs, etc.

L'Assurance Maladie poursuit ainsi sa contribution, au côté d'autres acteurs (universitaires, secteur de la justice, fonction publique territoriale, etc.), à l'atteinte de l'objectif de 150 000 secouristes formés en 2025. En effet, au 1er avril 2024, déjà 114 038 secouristes en santé mentale étaient comptabilisés en France.

Par ailleurs, l'évaluation de la satisfaction des participants reste très positive (98 % des participants recommandent la formation au module « standard ») et de nombreuses CPAM sont sollicitées pour organiser d'autres sessions avec 767 inscrits sur liste d'attente fin 2023.

En 2024, il a donc été proposé à chaque caisse d'organiser deux à trois sessions de formation en fonction des besoins exprimés sur son territoire.

Compte tenu du contexte dégradé de la santé des jeunes mineurs et des jeunes adultes tel que mesuré dans les différentes enquêtes *supra*, la formation est désormais proposée non seulement aux intervenants auprès de jeunes de 18 à 25 ans et/ou de ces jeunes eux-mêmes mais aussi aux intervenants auprès de jeunes mineurs de 11 à 17 ans.

S'ajoutent, en outre, à la liste des bénéficiaires des formations de « secouristes », des professionnels du Service Civique (référents Service Civique ou tuteurs volontaires de missions de Service Civique) et des professionnels des CPAM régulièrement au contact de jeunes (chargés de prévention, éducateurs en santé, personnels administratifs des centres d'examens de santé, etc.).

Enfin, le module « jeunes » des PSSM destiné aux adultes en contact avec des adolescents et jeunes adultes (c'est-à-dire des jeunes de 11 à 21 ans) est proposé aux futurs secouristes en complément du module standard destiné aux adultes intervenant auprès des adultes (18 à 25 ans).

Le bilan des actions 2024 sera disponible à la fin du premier trimestre 2025.

Encadré 17 : Expérimentation de déploiement des formations SSM en milieu professionnel

L'Assurance Maladie a lancé un déploiement pilote du secours en santé mentale (SSM) en milieu professionnel en juillet 2023, dans le but d'impliquer les entreprises volontaires, grâce à l'implication de toutes les caisses régionales. 20 sessions de formation au total ont accueilli 227 stagiaires occupant des postes variés, et eux-mêmes issus de 131 entreprises de divers secteurs d'activités.

En retour de satisfaction immédiat, 96 % des stagiaires déclaraient recommander cette formation. Une étude BVA a été lancée au premier semestre 2024, afin de recueillir le retour des participants sur les formations, en vue de déterminer comment le programme peut améliorer la santé et la sécurité au travail, et identifier les freins et leviers au déploiement du dispositif.

## Les propositions de l'Assurance Maladie

Au vu de ces données, l'Assurance Maladie a organisé plusieurs réunions de concertation afin de partager ces constats avec un groupe d'experts constitué de psychiatres, de pédopsychiatres, de médecins généralistes et de psychologues cliniciens, exerçant à l'hôpital ou en libéral. Cette concertation a permis d'identifier plusieurs axes d'actions pour améliorer la prise en charge de la santé mentale des jeunes.

Tout d'abord, le bon usage des psychotropes pourrait être amélioré, notamment *via* le renforcement du dispositif de formation continue proposé aux médecins généralistes qu'il importe en effet d'accompagner et de soutenir dans la prise en charge des troubles psychologiques des jeunes patients. Ce dernier pourrait concerner l'ensemble des psychotropes, avec une attention particulière portée sur certaines molécules (comme le méthylphénidate ou la benzodiazépine). Concrètement, l'Assurance Maladie pourra notamment mettre à la disposition des médecins des modules rappelant les recommandations et indications favorisant une prise en charge adaptée, en cohérence avec les programmes de pertinence et efficience prévus par la convention médicale conclue le 4 juin 2024.

En outre, l'offre de soins en santé mentale pourrait être renforcée. Les évolutions du dispositif « Mon soutien psy », annoncées par le Premier ministre en avril 2024, sont en cours de mise en œuvre. Le dispositif pourrait

être renforcé, grâce à un cadrage de la séance et de sa durée, et avec la mise en place de mécanismes favorisant les échanges entre professionnels de santé pour les indications plus sévères.

En outre, la structuration territoriale pourrait être développée, y compris avec les acteurs médicosociaux et associatifs. Une coordination renforcée, *via* les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), permettrait une articulation graduée entre professionnels exerçant en ville (psychologues, médecins généralistes et psychiatres), centres médicopsychologiques et hôpitaux.

Encadré 18 : Structuration territoriale de la prise en charge en santé mentale – illustrations avec des actions menées par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) Rive Gauche et Canal Garonne (Haute-Garonne)

Les CPTS Rive Gauche et Canal Garonne ont développé des actions visant l'amélioration de la prise en charge des patients concernés par des troubles en santé mentale, notamment en développant des liens accrus entre la ville et l'hôpital. Cette approche implique une dynamique pluriprofessionnelle visant à créer des passerelles entre sanitaire et médicosocial, permise par le cadre des CPTS. Ces dispositifs peuvent être articulés avec le dispositif « Mon soutien psy », afin de garantir le financement de séances de psychothérapie.

**Un parcours dédié à la santé mentale grâce à un réseau pluriprofessionnel, impliquant la ville et l'hôpital (CPTS Rive Gauche)**

Lors du diagnostic territorial, la santé mentale a été identifiée comme un enjeu prioritaire du territoire de la CPTS, qui compte six quartiers prioritaires de la ville. Les professionnels de santé étaient confrontés à un nombre élevé d'urgences psychologiques ou psychiatriques, du fait notamment d'une offre de soins et de prise en charge psychologique limitée. La CPTS a donc mené une réflexion en collaboration avec deux centres médicopsychologiques locaux afin de créer des pistes concrètes d'action. Ces six mois d'échanges ont permis d'impliquer d'autres acteurs (notamment l'expérimentation « article 51 » : Dispositif de soins partagés en psychiatrie), sociaux ou de l'éducation nationale notamment. Les deux thématiques centrales d'actions sont les addictions et le harcèlement scolaire. Les centres médicopsychologiques (CMP) travaillent en étroite collaboration avec 12 médecins généralistes qui acceptent par ailleurs d'intégrer à leur patientèle les personnes qu'ils leur adressent afin de coordonner leur parcours de soins de manière globale.

**Un parcours dédié à la santé mentale des étudiants en lien avec les acteurs de l'enseignement supérieur (CPTS Canal Garonne)**

En raison de la présence d'un campus abritant plus de 30 000 étudiants sur son territoire, la CPTS a concentré ses actions sur la prévention du mal-être des jeunes à la suite de la crise sanitaire. Elle organise des ateliers, des groupes de parole et des groupes de pairs (mon relais santé, etc.). La CPTS, en collaboration avec le Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (Simpps), a pu lorsque nécessaire contribuer au diagnostic de soins partagés en psychiatrie, et identifier les ressources en santé pour renforcer la visibilité de l'offre. Enfin, la CPTS facilite l'accès des étudiants à des psychiatres ou à un médecin traitant en mettant à disposition de ces derniers des fiches réflexes de bonnes pratiques pour gérer les addictions ou encore l'usage des benzodiazépines.

Conclue le 4 juin 2024, la convention médicale comporte par ailleurs des mesures de revalorisation substantielles en faveur de la pédopsychiatrie, qui visent à soutenir l'attractivité de cette spécialité. La majoration pour la prise en charge d'un enfant en consultation de psychiatrie est passée de 3 à 18 euros, portant le tarif de la consultation de pédopsychiatrie à 75 euros. Par ailleurs, cette majoration s'applique désormais à tous les jeunes jusqu'à 25 ans (contre 16 ans auparavant). Les consultations en présence de la famille, pour les enfants présentant des pathologies psychiatriques graves, sont désormais majorées à hauteur de 25 euros, soit 5 euros de plus qu'auparavant.

Les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, dont les conclusions ont été remises au gouvernement en mai 2024, comprennent par ailleurs plusieurs mesures en faveur de la santé mentale des jeunes patients, notamment en poursuivant le renforcement des centres médicopsychologiques infanto-juvéniles ou en déployant des filières psychiatriques au sein des services d'accès aux soins (SAS).

## 7.2. Santé des femmes

La santé des femmes en France constitue un enjeu majeur de santé publique. Malgré une espérance de vie de presque 6 ans de plus chez les femmes (85,7 ans contre 80 ans chez les hommes, Insee 2023), on note que cet écart se réduit – il était de près de 10 ans dans les années 1990 – alors que l'espérance de vie globale augmente. Par ailleurs, cet écart est bien plus faible si l'on regarde l'espérance de vie sans incapacités (65,3 ans contre 63,8 ans chez les hommes, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees, 2022). La littérature scientifique, qu'elle soit institutionnelle ou académique, française ou internationale, pointe certains leviers d'amélioration ainsi que les opportunités offertes par un investissement spécifique sur la santé des femmes.

Les travaux menés par Santé publique France[134] montrent que les femmes ont souvent des habitudes de vie plus favorables à la santé que les hommes, avec notamment une prévalence plus basse du tabagisme quotidien et de la consommation d'alcool, ainsi que des comportements alimentaires souvent plus sains. En revanche, cette différence selon le genre est inversée s'agissant de la pratique déclarée d'une activité physique quotidienne conforme aux recommandations. Par ailleurs, cet écart de comportement tend à se réduire, avec par exemple une baisse du tabagisme quotidien plus rapide chez les hommes depuis les années 2000.

De plus, malgré cet écart globalement favorable aux femmes en termes de comportements, elles ont tendance à se percevoir en moins bonne santé que les hommes. Cette discordance entre les habitudes de vie déclarées et la perception de la santé soulève des questions importantes sur les facteurs sous-jacents qui pourraient expliquer les écarts entre les sexes, observés dans les données de santé mesurées, qu'ils s'agissent de l'espérance de vie en bonne santé ou des consommations de soins.

À date, les femmes présentent une prévalence plus élevée d'épisodes dépressifs caractérisés, notamment les jeunes femmes qui ont des taux plus de trois fois plus élevés que les jeunes hommes. Les résultats du Baromètre santé 2021[135] mettent en évidence que la pandémie de Covid-19 a entraîné une augmentation notable des troubles dépressifs et des comportements suicidaires, avec une prédominance chez les femmes. Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide ont en effet augmenté de manière significative, soulignant l'impact plus important de la pandémie sur la santé mentale des femmes, en particulier chez les jeunes. Ces éléments sont présentés *supra* dans le chapitre dédié à la santé des 12-25 ans.

Outre les effets de la pandémie, le milieu professionnel comme la sphère personnelle représentent également des domaines où les femmes sont confrontées à des défis spécifiques pour leur santé mentale comme le montrent les données, présentées dans ce chapitre, sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP) par genre.

Enfin, la littérature internationale[136] met en évidence les effets positifs d'un investissement spécifique dans la santé des femmes, sur la santé de l'ensemble de la population, permettant plus globalement de meilleures performances économiques à long terme.

L'objectif de ce chapitre est de proposer une première analyse comparative générale entre hommes et femmes sur le risque maladie et le risque AT/MP, ainsi que des « focus » sur des pathologies ou problèmes de santé spécifiques des femmes.

134 https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2024/des-inegalites-de-sante-persistantes-entre-les-femmes-et-les-hommes

135 https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france

136 Onarheim KH, Iversen JH, Bloom DE. Economic Benefits of Investing in Women's Health: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016 Mar 30;11(3):e0150120. doi : 10.1371/journal.pone.0150120. PMID: 27028199; PMCID: PMC4814064.

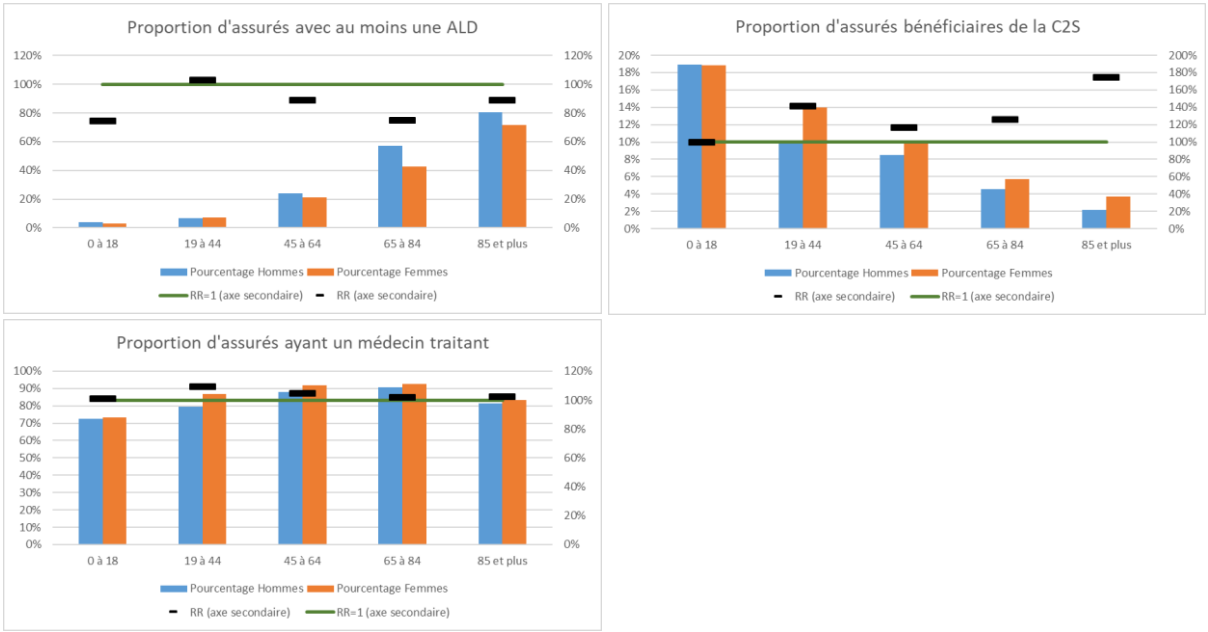
### 7.2.1. Description globale et recours aux soins

#### Effectifs et caractéristiques générales

En 2022, on dénombre en France 35,4 millions de femmes et 33,3 millions d'hommes dans la population couverte par un régime d'assurance maladie et ayant reçu un remboursement de soins dans l'année. L'âge moyen des hommes est de 40,6 ans (écart-type 23,9) contre 43,1 pour les femmes, ce qui est cohérent avec la plus grande espérance de vie des femmes. Chez les moins de 18 ans, les femmes représentent 48,9 % de la population. Cette proportion augmente avec l'âge. Les femmes représentent 54,0 % de la population chez les 65-84 ans et 66,4 % chez les 85 ans et plus.

Les femmes sont globalement moins concernées par le dispositif d'affection de longue durée (ALD) que les hommes, surtout à partir de 45 ans. Elles sont en revanche plus fréquemment bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, en particulier dans la tranche d'âge 19-44 ans, et dans une moindre mesure pour les tranches d'âge suivantes également. Les femmes ont plus fréquemment un médecin traitant. L'écart peut atteindre près de 9 points entre 19 et 44 ans. Enfin, 11 % des femmes âgées de 15 à 49 ans ont été prises en charge pour le risque maternité au cours de l'année 2022.

Figure 84 : Comparaison des caractéristiques générales des assurés, chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage




ALD : affection de longue durée ; C2S : Complémentaire santé solidaire ; RR : risque relatif

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

### 7.2.2. Morbi-mortalité

#### Prévalences par pathologies

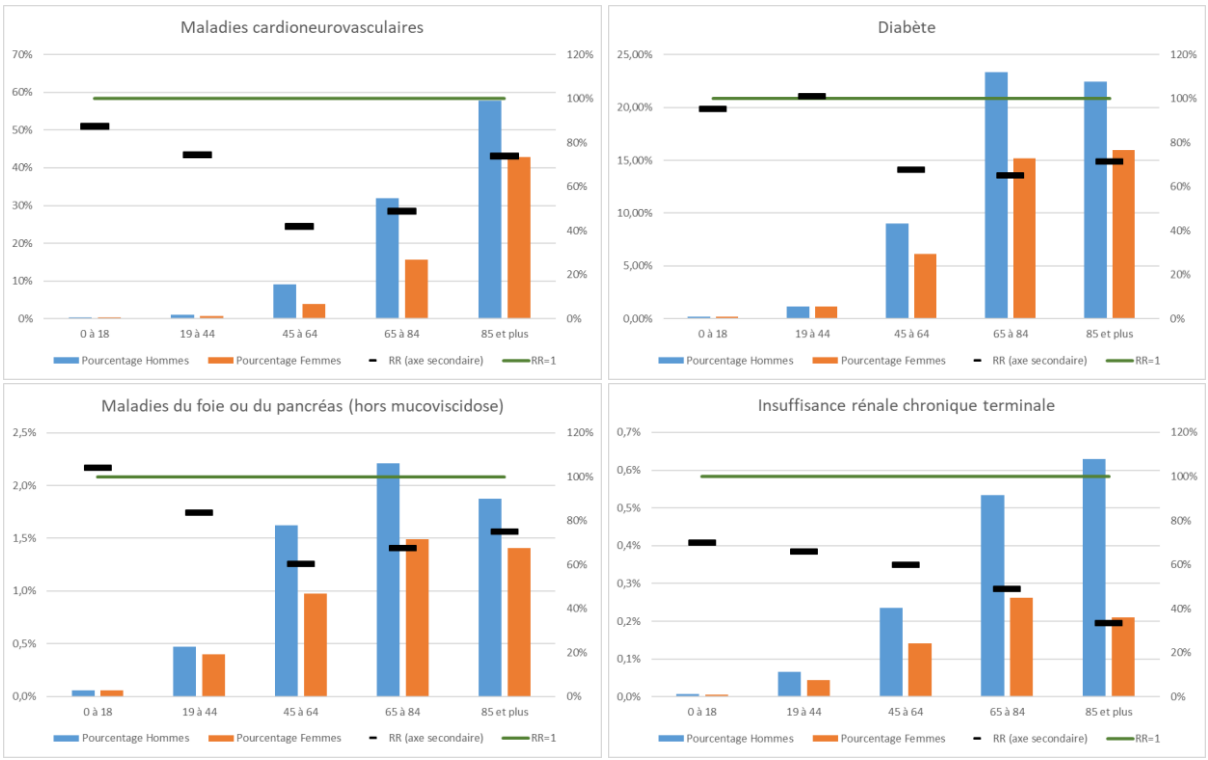
La prévalence des maladies cardiovasculaires est 2 fois plus faible entre 65 et 84 ans chez les femmes (16 %, 1,0 million de personnes) que chez les hommes (32 %, 1,8 million de personnes). Parmi les pathologies qui expliquent ces différences, on note en particulier les maladies coronaires chroniques et les troubles du rythme et de la conduction.

En explorant les autres maladies associées aux maladies cardiovasculaires (spectre MCVA – maladies cardiovasculaires et associées), on note que la prévalence du diabète est faible avant 18 ans. Cette prévalence augmente avec l'âge. À partir de 45 ans, on observe une nette prédominance masculine.

De même, la prévalence des maladies du foie et du pancréas (hors mucoviscidose) est plus importante chez les hommes que chez les femmes, avec notamment un risque relatif de 60 % chez les 45-64 ans.

Enfin, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale est toujours plus importante chez les hommes que chez les femmes, phénomène qui s'accentue avec l'âge.

Figure 85 : Comparaison de la prévalence des principales maladies cardiovasculaires et associées chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage

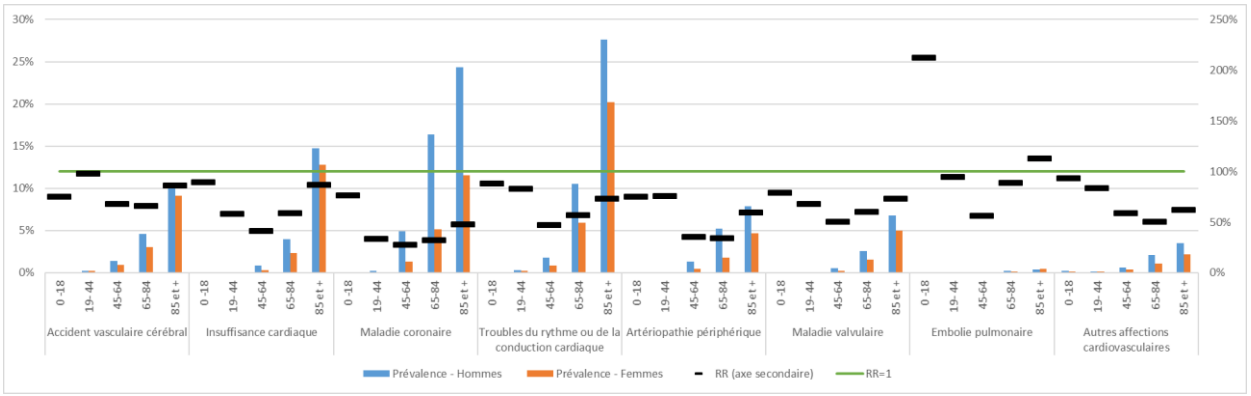



RR : risque relatif

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

En explorant plus finement les maladies cardio-neurovasculaires, on remarque une forte hétérogénéité du risque relatif chez les femmes par rapport aux hommes selon les sous-groupes de pathologies, et selon les classes d'âge. Ceci s'explique au moins en partie par la diversité des mécanismes physiopathologiques impliqués pour ces différentes maladies et aux différents âges de la vie. Cette question sera approfondie dans un focus de ce chapitre, à partir de publications issues de la littérature académique et institutionnelle.

Figure 86 : Comparaison des prévalences des différentes maladies cardio-neurovasculaires chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage



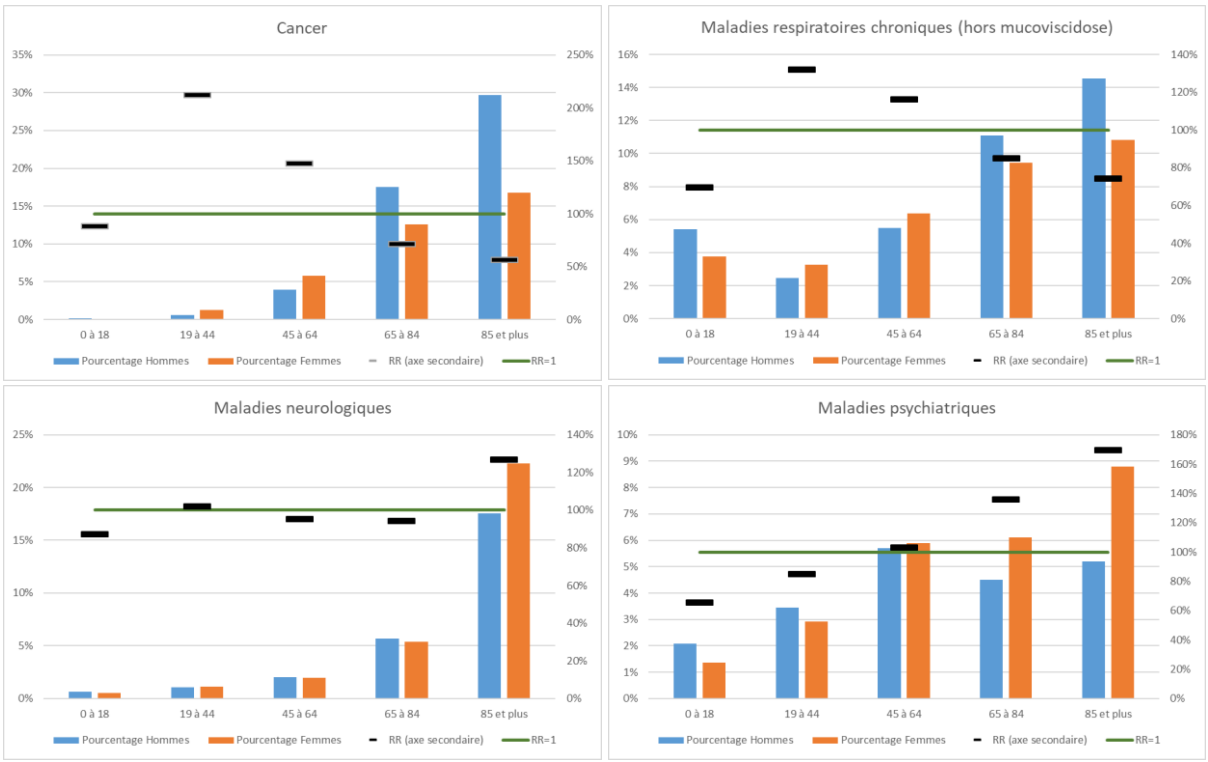

RR : risque relatif

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

La prévalence des cancers augmente avec l'âge. Les femmes de moins de 65 ans sont plus nombreuses à être atteintes d'un cancer que les hommes. À partir de 65 ans, cette différence s'inverse et les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. À partir de 85 ans, les hommes ont presque 2 fois plus de risque que les femmes d'être porteurs d'un cancer. Là encore, une telle comparaison masque bien sûr de fortes disparités, ne serait-ce que parce que certains cancers sont exclusifs (ou quasi exclusifs) à l'un des deux sexes, comme les cancers du sein, de la prostate, de l'utérus, etc. En particulier, outre les écarts de comportements à risque plus fréquents chez les hommes, la fréquence, le surdépistage, et le relativement bon pronostic du cancer de la prostate pourrait contribuer à expliquer la plus importante prévalence du cancer chez les hommes à partir de 65 ans. À l'inverse, les cancers du sein et de l'utérus peuvent concerner des femmes parfois très jeunes.

La prévalence des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) est plus importante chez les garçons jusqu'à 18 ans, puis chez les femmes entre 19 et 64 ans, puis à nouveau chez les hommes à partir de 65 ans. La prévalence des maladies neurologiques augmente avec l'âge, et devient nettement plus importante chez les femmes que chez les hommes à partir de 85 ans. Avant 45 ans, la prévalence des maladies psychiatriques est plus importante chez les hommes que chez les femmes, puis la tendance s'inverse avec une prédominance féminine très nette à partir de 65 ans.

Figure 87 : Comparaison de la prévalence d'autres grands groupes de maladies chroniques chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage

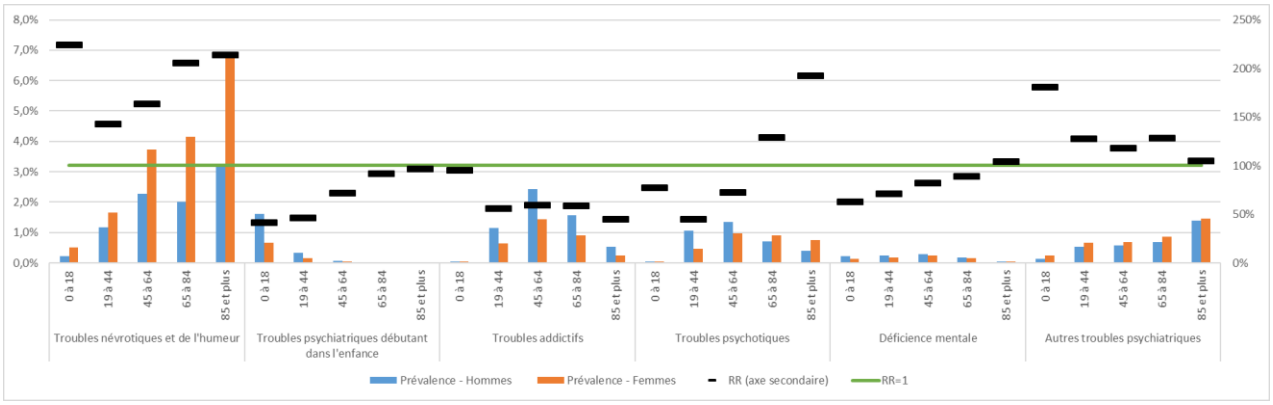



RR : risque relatif

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

Comme pour les maladies cardio-neurovasculaires, et comme pour d'autres groupes de pathologies, cette vision générale sur la psychiatrie masque de fortes disparités selon les mécanismes sous-jacents et les classes d'âge. La prédominance masculine s'explique par exemple en raison d'une prévalence plus importante de troubles addictifs et de troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance. À partir des 45 ans, les troubles névrotiques et de l'humeur, à forte prédominance féminine, prennent le dessus.

Figure 88 : Comparaison des prévalences des maladies psychiatriques chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage

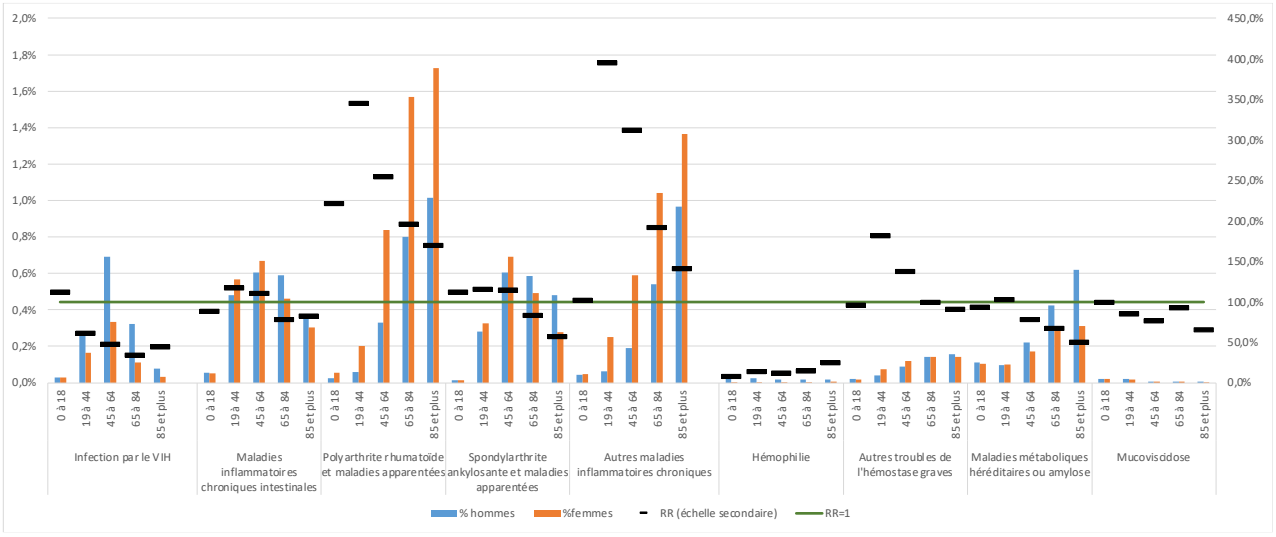



RR : risque relatif

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

Enfin, la prévalence des maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH est prédominante chez les femmes, et ce dès l'entrée dans l'âge adulte. À nouveau, cette description générale masque une hétérogénéité en fonction des pathologies considérées et des classes d'âge, avec notamment une très forte prédominance féminine des principales maladies inflammatoires chroniques, en particulier la polyarthrite rhumatoïde et les maladies apparentées. À l'inverse, les infections à VIH restent à prédominance masculine, sauf chez l'enfant.

Figure 89 : Comparaison des prévalences des maladies inflammatoires ou rares ou infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage




RR : risque relatif

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (cartographie - version de mai 2024)*

La comparaison des prévalences permet une première approche descriptive mais rencontre certaines limites, comme les fortes disparités de risques relatifs des femmes par rapport aux hommes au sein d'un même groupe de pathologies, et en fonction de l'âge. Ceci peut s'expliquer, entre autres, par des différences d'exposition entre hommes et femmes, ou par des différences physiopathologiques, voire dans certains cas par des phénomènes socioculturels de propension à recourir aux soins (psychiatriques notamment), décrits par ailleurs dans la littérature.

### 7.2.3. Causes de mortalité

L'analyse comparative des grandes causes de décès permet également de dresser certains constats.

Les données présentées ci-dessous proviennent de l'étude « Global Burden of Disease 2021[137] », qui agrège des données de morbi-mortalités de nombreux pays. Les chiffres fournis sont des estimations de la proportion (en pourcentage) du nombre total de décès, par sexe, sur la France entière, pour l'année 2019. Un taux de croissance annuel moyen de ce pourcentage sur 30 ans (période 1990-2019) est également renseigné.

On remarque avant tout que si les cancers (tumeurs solides ou non) sont la première cause de décès chez l'homme, ils n'arrivent qu'en deuxième position chez la femme, après les maladies cardiovasculaires. Le cancer du poumon (Poumon C), par exemple, est responsable de près de 10 % des décès chez les hommes, contre 4 % chez les femmes. Le cancer colorectal (Côlorect C) est responsable d'un peu plus de 4 % des décès chez les 2 sexes. Le cancer de la prostate (Prostate C) tue environ 4 % des hommes, et le cancer du sein (Sein C) 5 % des femmes. Globalement, les autres cancers, en particulier ceux liés au tabagisme et à l'alcool, sont responsables d'une plus grande proportion de décès chez les hommes que chez les femmes. À noter que la proportion de décès liés au cancer du poumon est en forte progression chez les femmes (+ 3,5 % par an en moyenne sur la période, contre + 0,5 % chez l'homme). C'est également le cas, dans une moindre mesure, pour les cancers du foie et du pancréas.

S'agissant des maladies cardiovasculaires, les cardiopathies ischémiques (CI) sont responsables d'un peu plus de 10 % des décès chez l'homme, contre un peu moins de 9 % chez la femme. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC), en revanche, sont responsables de près de 9 % des décès chez les femmes contre 6 % chez l'homme. De même, les cardiopathies hypertensives (CP HT) sont responsables de plus de 2 % des décès chez les femmes, contre moins de 1 % chez les hommes. La fibrillation auriculaire (A Fib) comme les myocardites et cardiomyopathies (MCM) sont responsables d'une plus grande proportion de décès chez les femmes que chez les hommes.

Parmi les autres différences notables, on remarque que la maladie d'Alzheimer, responsable de plus de 10 % des décès chez les femmes contre moins de 5 % chez les hommes, est en forte progression notamment chez ces derniers (+ 3 %, contre + 2 % chez les femmes).

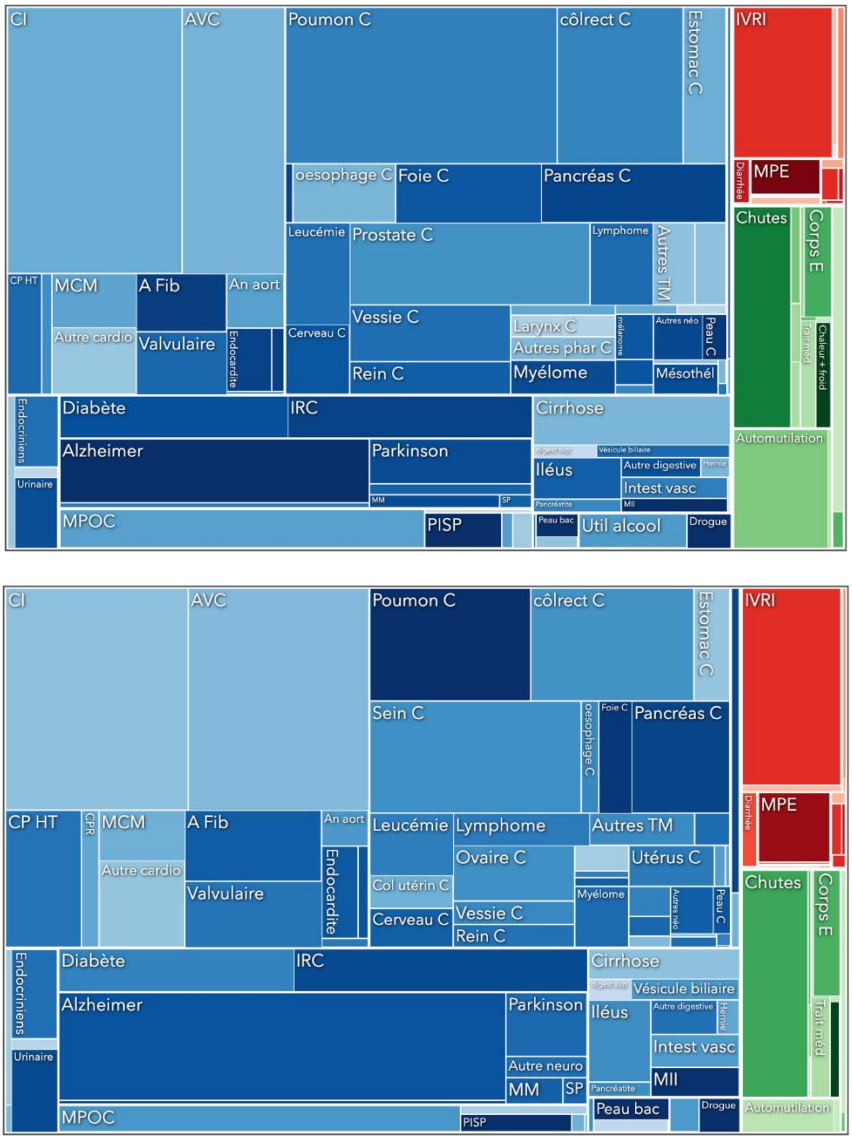
En dehors des maladies chroniques, responsables de plus de 80 % des décès chez les deux sexes, on note quelques différences entre hommes et femmes s'agissant des maladies contagieuses, néonatales et nutritionnelles. Les infections respiratoires basses (IVRI, pour infection aiguë des voies respiratoires inférieures) sont notamment responsables de plus de 4 % des décès chez les femmes contre un peu plus de 3 % chez les hommes. La dénutrition est en forte progression (plus de + 2 % par an en moyenne sur la période) chez les deux sexes.

Enfin, s'agissant des blessures, les suicides (automutilation) tuent moins de 1 % des femmes contre près de 3 % des hommes, mais l'on sait que les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes. Par ailleurs, les chutes, responsables d'environ 3 % des décès chez les deux sexes, sont en forte progression chez les hommes (+ 1,5 % par an en moyenne sur la période, alors qu'elles sont stables chez les femmes).

À noter que ces résultats masquent des disparités, notamment liées à la dimension évitable ou non de certaines maladies (dont plus de 40 % des cancers), ou encore à l'âge des décès (et donc au nombre d'années de vies perdues).

137 *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2024. Available from http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare

Figure 90 : Causes de décès par pathologie, chez les hommes (graphique du haut) et les femmes (graphique du bas), en 2019




CI : cardiopathie ischémique ; AVC : accident vasculaire cérébral ; C : cancer ; côlrect C : cancer colorectal ; IVRI : infection aiguë des voies respiratoires inférieures ; MPE : malaise post-effort ; MCM : myocardites et cardiomyopathies ; MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique ; Corps E : corps étranger ; PISP : pneumopathie interstitielle et sarcoïdose pulmonaire ; IRC : insuffisance rénale chronique ; A Fib : fibrillation auriculaire ; MM : myélome multiple ; CP HT : cardiopathie hypertensive ; TB : tuberculose ; CPR : cardiopathie rhumatisale ; TM : tumeur maligne ; MSQ : autres troubles musculo-squelettiques ; Peau bac : maladies bactériennes de la peau ; SP : sclérose en plaques ; MII : maladies inflammatoires de l'intestin

Note de lecture : le graphique ci-dessus permet de représenter cette proportion par la surface de chaque case. Les cases bleues correspondent aux maladies non contagieuses, les cases rouges représentent les maladies contagieuses, maternelles, néonatales et nutritionnelles, et les cases vertes représentent les décès par blessures. Le taux annuel moyen de croissance sur la période 1990-2019 est illustré par le niveau de saturation de la couleur.

*Champ : hommes et femmes, tous âges, 2019 - France entière*

*Source : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2024. Available from http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare (version de mai 2024)*

### 7.2.4. Focus sur les pathologies cardiovasculaires et respiratoires

Les comparaisons macroscopiques en termes de recours aux soins, de prévalences et de causes de décès présentent donc certaines limites, et les écarts constatés ou non sont difficiles à interpréter sans une analyse plus poussée. La littérature scientifique internationale propose plusieurs clés de lecture intéressantes sur les différences entre les sexes au niveau physiopathologique, épidémiologique, diagnostique et thérapeutique, pour de nombreuses pathologies.

Au sein des pathologies cardio-neurovasculaires par exemple, le cas des maladies coronaires est emblématique. Les différences de symptomatologie entre hommes et femmes sont significatives et influencent souvent le diagnostic et la prise en charge. Chez les hommes, les symptômes classiques incluent généralement une douleur thoracique intense et oppressante qui peut s'étendre au bras gauche, au cou ou à la mâchoire. En revanche, les femmes présentent souvent des symptômes plus subtils et atypiques, tels que des nausées, des douleurs abdominales, des essoufflements, une fatigue inhabituelle et des douleurs dans le dos ou la mâchoire. Par ailleurs, les femmes sont plus susceptibles de développer des pathologies cardiaques liées au stress et à l'anxiété, comme le syndrome de tako-tsubo, dont la présentation clinique et les conséquences peuvent être proches de celles de la maladie coronaire, mais dont le mécanisme physiopathologique, et donc la prise en charge, diffère sensiblement.

Ces différences de symptômes et de mécanismes peuvent entraîner un retard au diagnostic chez les femmes, qui pourrait expliquer en partie l'écart de prévalence observée. Surtout, ce retard au diagnostic est susceptible de retarder à son tour la prise en charge, et donc d'accroître chez les femmes la morbi-mortalité liée à la maladie. Ce dernier point pourrait expliquer également que les cardiopathies ischémiques (dont la plus fréquente de très loin est la maladie coronaire) soient responsables de presque autant de décès chez les femmes que chez les hommes (9 % contre 10 %), alors que les hommes sont nettement plus exposés aux facteurs de risques comportementaux de ces maladies.

Par ailleurs, il existe également un biais de prise en charge provenant des professionnels de santé eux-mêmes, qui contribue également sans doute à ces phénomènes de sous-diagnostics et de plus grande morbi-mortalité. Une explication possible est que la formation initiale des professionnels souffre du poids de l'histoire épidémiologique : le tabagisme étant un phénomène quasi exclusivement masculin pendant la première moitié du XX$^{e}$ siècle, ces maladies ont été traditionnellement associées aux hommes lors de la seconde moitié du siècle. Cette réalité épidémiologique d'alors a été décrite dans la littérature, constatée par les professionnels sur leur patientèle, et enseignée aux étudiants. Entre-temps, bien que la prévalence du tabagisme reste plus importante chez les hommes, ce facteur de risque s'est considérablement féminisé, et conduit donc aujourd'hui à une bien plus forte incidence de maladies liées au tabac chez les femmes que précédemment.

Tous ces phénomènes très intriqués entre eux se retrouvent dans de nombreuses pathologies cardiovasculaires, et sont bien décrits dans la littérature[138,139,140,141].

S'agissant des maladies respiratoires[142], les cas de l'asthme et de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont également intéressants. L'asthme est notamment plus fréquent et souvent plus sévère chez les femmes par rapport aux hommes[143]. La BPCO chez les femmes se présente généralement à un stade plus tardif, souvent lors d'une décompensation aiguë[144,145]. À sévérité égale, les femmes présentent des symptômes plus importants que les hommes, tels que la dyspnée et la fatigue, ce qui peut aggraver leur état de santé général et compliquer la gestion de la maladie. De plus, les comorbidités associées à la BPCO diffèrent entre les sexes : les hommes présentent plus de maladies cardiovasculaires associées, mais cet écart est probablement lié, au moins en partie, à un sous-diagnostic de ces maladies chez les femmes. Les femmes sont également plus susceptibles de développer des comorbidités induites par les corticostéroïdes, traitements utilisés dans la prise en charge de l'asthme et de la BPCO, telles que l'ostéoporose. Cette différence peut également contribuer à une gestion plus complexe de la maladie chez les femmes.

138 Bots SH, Peters SAE, Woodward M. Sex differences in coronary heart disease and stroke mortality: a global assessment of the effect of ageing between 1980 and 2010. BMJ Glob Health. 2017 Mar 27;2(2):e000298. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000298. PMID: 28589033; PMCID: PMC5435266.

139 Millett, Elizabeth & Peters, Sanne & Woodward, Mark. (2018). Sex differences in risk factors for myocardial infarction: Cohort study of UK Biobank participants. *BMJ*. 363. k4247. 10.1136/bmj.k4247.

140 Leening M J G, Ferket B S, Steyerberg E W, Kavousi M, Deckers J W, Nieboer D et al. Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease: prospective population based cohort study. *BMJ* 2014; 349 :g5992 doi:10.1136/bmj.g5992

141 Woodward M. Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. Int J Environ Res Public Health. 2019 Apr 1;16(7):1165. doi: 10.3390/ijerph16071165. PMID: 30939754; PMCID: PMC6479531.

142 Somayaji R, Chalmers JD. Just breathe: a review of sex and gender in chronic lung disease. Eur Respir Rev. 2022 Jan 12;31(163):210111. doi: 10.1183/16000617.0111-2021. PMID: 35022256; PMCID: PMC9488531.

143 Fuseini H, Newcomb DC. Mechanisms Driving Gender Differences in Asthma. Curr Allergy Asthma Rep. 2017 Mar;17(3):19. doi: 10.1007/s11882-017-0686-1. PMID: 28332107; PMCID: PMC5629917.

144 Barnes PJ. Sex Differences in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Mechanisms. Am J Respir Crit Care Med. 2016 Apr 15;193(8):813-4. doi: 10.1164/rccm.201512-2379ED. PMID: 27082528.

145 Han MK, Postma D, Mannino DM, Giardino ND, Buist S, Curtis JL, Martinez FJ. Gender and chronic obstructive pulmonary disease: why it matters. Am J Respir Crit Care Med. 2007 Dec 15;176(12):1179-84. doi: 10.1164/rccm.200704-553CC. Epub 2007 Aug 2. PMID: 17673696; PMCID: PMC2720110.

Par ailleurs, il a été observé que la prise en charge des maladies respiratoires chez les femmes est souvent moins bonne que chez les hommes, notamment en soins primaires[146]. Les symptômes de BPCO chez les femmes sont souvent attribués à tort à l'asthme, retardant ainsi un diagnostic correct et une prise en charge adéquate. Les raisons invoquées plus haut sur la formation et l'expérience des professionnels s'agissant des maladies liées au tabac s'appliquent sans doute également ici.

Enfin, s'agissant du cancer du poumon[147], outre l'augmentation très forte du taux d'incidence chez les femmes ces quinze dernières années (+ 4,3 % par an entre 2010 et 2023 contre - 0,5 % chez les hommes sur la même période) sans doute liée au tabagisme, on remarque que des femmes de plus en plus jeunes sont diagnostiquées à des stades avancés, parfois métastatiques, y compris des femmes non fumeuses, ce qui suggère l'existence d'autres facteurs de risque ou une différence de susceptibilité par rapport aux hommes.

### 7.2.5. Focus sur l'endométriose : enjeu commun du diagnostic de certaines pathologies chez les femmes

#### Améliorer la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose : un enjeu commun à de nombreux pays

L'endométriose est une maladie chronique de l'endomètre qui affecterait entre 2 % et 10 % des femmes en âge de procréer et jusqu'à 50 % des femmes infertiles dans le monde[148]. La maladie peut causer des douleurs gynécologiques ponctuelles ou chroniques, elle peut entraîner une infertilité, mais elle peut aussi être asymptomatique et ne pas nécessiter de prise en charge.

L'estimation de 10 % des femmes en âge de procréer[149] touchées par l'endométriose représente environ 44,8 millions de femmes dans l'Union européenne en 2023[150]. L'impact socioéconomique de l'endométriose est significatif : l'étude EndoCost a montré que les coûts associés à l'endométriose (coûts de santé directs et indirects, ainsi que les coûts sur la productivité) sont comparables à ceux d'autres maladies chroniques, telles que le diabète de type 2[151],[152]. Au niveau individuel, les symptômes associés à la pathologie peuvent avoir un impact important sur la qualité de vie.

L'endométriose est une maladie qui peut être de diagnostic difficile, ce qui entraîne régulièrement un retard, voire une errance diagnostique. Aucun traitement ne guérit l'endométriose et les options thérapeutiques restent limitées[153]. Ces constats soulignent l'importance de renforcer les interventions visant à améliorer le parcours de soins et la qualité de vie des patientes. L'analyse des différentes stratégies diagnostiques et thérapeutiques au niveau international pourrait orienter l'évolution des prises en charge en France. Des recommandations ainsi que des prises en charge spécifiques de l'infertilité sont par ailleurs proposées pour les patientes atteintes d'endométriose.

146 Roberts NJ, Patel IS, Partridge MR. The diagnosis of COPD in primary care; gender differences and the role of spirometry. Respir Med. 2016 Feb;111:60-3. doi: 10.1016/j.rmed.2015.12.008. Epub 2015 Dec 19. PMID: 26733228.

147 Ragavan M, Patel MI. The evolving landscape of sex-based differences in lung cancer: a distinct disease in women. Eur Respir Rev. 2022 Jan 12;31(163):210100. doi: 10.1183/16000617.0100-2021. PMID: 35022255; PMCID: PMC9488944.

148 Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, King K, Kvaskoff M, Nap A, Petersen K, Saridogan E, Tomassetti C, van Hanegem N, Vulliemoz N, Vermeulen N; ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022 Feb 26;2022(2):hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009. PMID: 35350465; PMCID: PMC8951218.

149 Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. N Engl J Med. 2020 Mar 26;382(13):1244-1256. doi: 10.1056/NEJMra1810764. PMID: 32212520.

150 https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpes/population-naissances-deces/

151 Simoens S, Hummelshoj L, Dunselman G, Brandes I, Dirksen C, D'Hooghe T; EndoCost Consortium. Endometriosis cost assessment (the EndoCost study): a cost-of-illness study protocol. Gynecol Obstet Invest. 2011;71(3):170-6. doi: 10.1159/000316055. Epub 2010 Dec 14. PMID: 21160141.

152 Simoens S, Dunselman G, Dirksen C, Hummelshoj L, Bokor A, Brandes I, Brodszky V, Canis M, Colombo GL, DeLeire T, Falcone T, Graham B, Halis G, Horne A, Kanj O, Kjer JJ, Kristensen J, Lebovic D, Mueller M, Vigano P, Wullschleger M, D'Hooghe T. The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. Hum Reprod. 2012 May;27(5):1292-9. doi: 10.1093/humrep/des073. Epub 2012 Mar 14. Erratum in: Hum Reprod. 2014 Sep;29(9):2073. PMID: 22422778.

153 Collinet P, Fritel X, Revel-Delhom C, Ballester M, Bolze PA, Borghese B, et al. Management of endometriosis: CNGOF-HAS practice guidelines (short version). Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018;46(3):144–55.

## Les recommandations cliniques pour la prise en charge de l'endométriose

Le traitement de l'endométriose a pour double objectif de diminuer la douleur et les lésions liées à cette pathologie.

En Europe, de nombreuses sociétés savantes ont publié des recommandations pour accompagner les professionnels de santé dans le diagnostic et le traitement de l'endométriose. La diversité des traitements disponibles, conjuguée à la complexité de la pathologie, donne lieu à des différences importantes entre les recommandations[154]. Néanmoins, elles sont principalement structurées autour du triptyque : traitement hormonal, traitement antalgique et chirurgie.

Le recours à des thérapies non médicamenteuses pour la prise en charge de la douleur est fréquent chez les patientes atteintes d'endométriose[155]. Par exemple, une enquête australienne réalisée auprès de 409 personnes déclarant des douleurs pelviennes chroniques (dont 83 % ont déclaré un diagnostic d'endométriose) montre des taux élevés d'utilisation des traitements non médicamenteux complémentaires (le plus courant étant la kinésithérapie) associés à des restes à charge élevés[156]. Ces thérapies sont diverses et constituent un champ de recherche en pleine expansion[157].

Il peut s'agir de traitements physiques (neurostimulation transcutanée TENS, ostéopathie, exercice physique, kinésithérapie…) ou de divers types (mélatonine, régimes alimentaires, compléments alimentaires, plantes médicinales…), la liste présentée ici n'étant pas exhaustive. L'efficacité de certains de ces traitements est prouvée scientifiquement, mais nombre d'entre eux ne sont pas validés[158].

Les thérapies non médicamenteuses recommandées par les sociétés savantes européennes[159] pour la prise en charge des douleurs chroniques liées à l'endométriose diffèrent sensiblement selon les auteurs avec une prise en charge variable selon les pays. En l'absence de preuves suffisantes et robustes, les pratiques s'appuient sur des accords d'experts[160] et qui appellent des études plus approfondies pour mesurer l'impact de ces différentes thérapies.

En France, la Haute Autorité de santé (HAS) estime que l'acupuncture, l'ostéopathie et le yoga, qui ont montré une amélioration de la qualité de vie, peuvent être proposés en complément de la prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale de l'endométriose[161].

L'analyse des pratiques internationales montre qu'il existe une place pour des interventions non médicamenteuses à destination des femmes diagnostiquées d'endométriose. L'absence de traitement curatif de l'endométriose, l'efficacité relative des options thérapeutiques existantes et la souffrance exprimée par les patientes amènent en effet certains pays à développer une offre de prise en charge plus large pour répondre aux attentes des patientes.

## Un déploiement de la prise en charge à plusieurs vitesses dans les systèmes de santé

L'endométriose est une pathologie encore méconnue qui fait l'objet d'incertitudes à la fois sur sa définition, son diagnostic et son traitement. Dans ce contexte, la prise en charge de l'endométriose reste actuellement très hétérogène et inégalement aboutie d'un pays à l'autre. Dans certains pays, il n'existe pas de reconnaissance de

154 Kalaitzopoulos DR, Samartzis N, Kolovos GN, Mareti E, Samartzis EP, Eberhard M, Dinas K, Daniilidis A. Treatment of endometriosis: a review with comparison of 8 guidelines. BMC Womens Health. 2021 Nov 29;21(1):397. doi: 10.1186/s12905-021-01545-5. PMID: 34844587; PMCID: PMC8628449.

155 Armour M, Sinclair J, Chalmers KJ, Smith CA. Self-management strategies amongst Australian women with endometriosis: a national online survey. BMC Complement Altern Med. 2019 Jan 15;19(1):17. doi: 10.1186/s12906-019-2431-x. PMID: 30646891; PMCID: PMC6332532.

156 Malik, A., Sinclair, J., Ng, C.H.M. et al. Allied health and complementary therapy usage in Australian women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* 22, 37 (2022). https://doi.org/10.1186/s12905-022-01618-z

157 Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open 2022;2022(2):hoac009. http://dx.doi.org/10.1093/hropen/hoac009

158 Adamietz A, Boosz A, Mueller A, Hornung D, Trunk K, Beckmann MW, Dittrich R, Hack CC. Complementary and alternative medicine (CAM) in women with endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021 Jul;262:7-12. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.05.002. Epub 2021 May 4. PMID: 33984728.

159 Ont été analysées pour cette étude les lignes directrices suivantes : Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et Haute Autorité de santé, 2018, *National German Guideline* (S2k) 2021, *National Institute for Health and Care* (NICE) 2018, *Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård vid endometrios*, 2018, *European Society of Human Reproduction and Embriology, Endometriosis*, 2022 : https://www.eshre.eu/guideline/endometriosis

160 En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail.

161 Grade de la recommandation : accord d'experts (en l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture). L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

l'endométriose. À titre d'exemple, en Belgique, la nomenclature des actes ne comporte pas de codes spécifiques pour les interventions médicales destinées aux personnes atteintes d'endométriose dans un contexte ambulatoire[162].

Lorsqu'il existe un panier de soins spécifique à l'endométriose, on distingue trois niveaux de prise en charge de l'endométriose par les systèmes de santé :

- Certains pays ont développé des prises en charge spécifiques pour certains types de traitements. Au Danemark, les patientes ayant un diagnostic d'endométriose peuvent demander la prise en charge de leurs traitements hormonaux et de leur pilule contraceptive sur attestation du médecin[163]. En Allemagne, une thérapie digitale de réalité virtuelle dédiée à la prise en charge de la douleur chronique des patientes atteintes d'endométriose est remboursée par l'assurance maladie[164]. Enfin, en Espagne, un congé menstruel a été créé en 2023 pour les femmes souffrant de règles douloureuses[165] ayant été diagnostiquées de pathologies telles que l'endométriose, le syndrome des ovaires polykystiques[165], etc. En cas de règles incapacitantes, le médecin peut autoriser un arrêt de travail qui est financé par la Sécurité sociale à partir du premier jour de l'arrêt maladie, sans période de cotisation minimale requise.
- En France et en Italie, l'endométriose peut être reconnue comme une affection de longue durée (ALD). En France, pour les formes d'endométriose impactant la qualité de vie et nécessitant des examens et des soins nombreux et coûteux, un accès à la prise en charge à 100 % au titre de l'ALD 31 (hors liste) est possible[166]. En Italie, l'endométriose de stade III et IV (classification des stades de l'endométriose à travers le score r-ASRM) est inscrite à la liste des pathologies chroniques et invalidantes avec exonération du ticket modérateur pour certains soins[167]. Selon le ministère italien en charge de la Santé, environ 300 000 patientes bénéficient du dispositif (sur environ 3 millions de femmes diagnostiquées, soit 10 %).
- Le modèle de prise en charge en œuvre en Australie s'appuie sur un programme de *disease management* (gestion des maladies) au même titre que d'autres pathologies chroniques, c'est-à-dire sur un plan structuré de prise en charge qui vise à assurer la coordination des différents traitements et un suivi régulier, avec une attention renforcée à la qualité de vie du patient[168]. En Australie, il n'existe pas de définition standard ni de liste de maladies chroniques éligibles mais, lorsque le patient souffre de douleurs pendant plus de six mois, le médecin généraliste peut proposer un plan de prise en charge spécifique[169]. Les personnes éligibles peuvent bénéficier d'un suivi pluridisciplinaire qui inclut entre autres cinq séances subventionnées de soins paramédicaux par année civile (psychologie, kinésithérapie, ostéopathie, diététique, etc.[170]). Une enquête conduite auprès de 620 Australiennes atteintes d'endométriose montre que 15 % d'entre elles bénéficient du programme de *disease management*[171].

Ces éléments de comparaison internationale mettent en exergue des questionnements communs entre les pays étudiés sur les modes de prise en charge d'une maladie chronique encore méconnue mais qui a un impact important sur la qualité de vie des personnes atteintes. L'inclusion de l'endométriose aux programmes de *disease management* en Australie est une proposition intéressante de prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire des

162 Leroy Roos, Desimpel Fabian, Ombelet Sien, De Jaeger Mats, Benahmed Nadia, Camberlin Cécile, Christiaens Wendy. Comment améliorer la prise en charge de l'endométriose en Belgique ?. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 378BS. DOI: 10.57598/R378BS.

163 The Danish Association of Endometriosis. Rights for the endometriosis patient [Web page]. 2023 [cited 19 September 2023]. Available from: https://www.endo.dk/hverdagen/rettigheder

164 https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/01734 ; ce dispositif peut être prescrit par des médecins ou des psychothérapeutes. Les assurés qui présentent à leur caisse d'assurance maladie un justificatif de l'indication correspondante peuvent également l'obtenir sans prescription médicale.

165 Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364

166 https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/endometriose/traitement

167 Dans les soins pris en charge à 100 %, pour une patiente bénéficiant du dispositif d'exonération au titre d'une endométriose en Italie, sont inclus les examens d'imagerie ainsi que les visites de contrôle sur une base semestrielle. Sources : https://www.salute.gov.it/BancheDati/anagrafi/ricercaMCR ; https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4487&area=Salute%20donna&menu=patologie

168 InformedHealth.org [Internet]. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006-. In brief: What are disease management programs (DMPs)? [Updated 2023 Aug 17]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279412/

169 Armour M, Avery J, Leonardi M, Van Niekerk L, Druitt ML, Parker MA, Girling JE, McKinnon B, Mikocka-Walus A, Ng CHM, O'Hara R, Ciccia D, Stanley K, Evans S. Lessons from implementing the Australian National Action Plan for Endometriosis. Reprod Fertil. 2022 Jun 30;3(3):C29-C39. doi : 10.1530/RAF-22-0003. PMID: 35928674; PMCID: PMC9346321.

170 https://www.servicesaustralia.gov.au/chronic-disease-individual-allied-health-services-medicare-items

171 O'Hara R, Rowe H, Fisher J. Managing endometriosis: a cross-sectional survey of women in Australia. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2022 Sep;43(3):265-272. doi: 10.1080/0167482X.2020.1825374. Epub 2020 Oct 13. PMID: 33050751.

patientes. L'Australie est le seul pays, avec la France, à avoir lancé une stratégie nationale de lutte contre l'endométriose[172].

## La prise en charge de l'endométriose en France

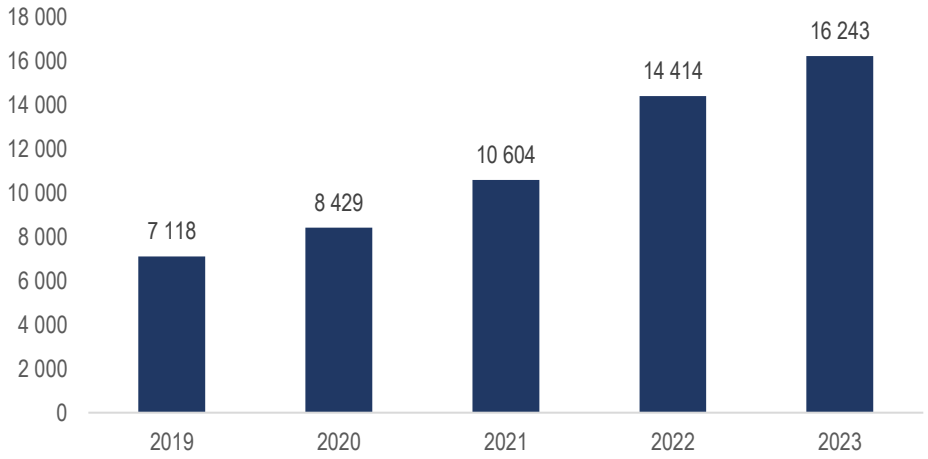
En février 2022, le ministère chargé de la Sécurité sociale a présenté la Stratégie nationale de lutte contre l'endométriose[173]. Cette stratégie vise à placer la France aux avant-postes de la recherche et de l'innovation sur l'endométriose ; garantir un diagnostic rapide et l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire en s'appuyant notamment sur la mise en œuvre de filières régionales dédiées ; communiquer, former et informer l'ensemble de la société sur cette pathologie.

L'Assurance Maladie s'est saisie du sujet de l'endométriose par diverses actions :

- harmonisation au niveau national des modalités d'attribution de l'ALD 31 en cas d'endométriose par la formation et l'information du service médical de l'Assurance Maladie ;
- suivi de l'évolution du nombre de patientes prises en charge au titre de l'ALD 31 (par territoire) ;
- recueil des attentes des principales associations de patientes lors de l'organisation de webinaires ;
- information du réseau de l'Assurance Maladie sur les nouvelles organisations de filières de soins mises en place ;
- information et sensibilisation des assurées sur l'endométriose, ses symptômes et sa prise en charge (référencement dans Mon espace santé du site d'information Mapatho, vidéo sur l'endométriose du compte « Mes tips santé » sur Instagram – 2 millions de vues) ;
- sensibilisation et formation des professionnels de santé sur le thème de l'endométriose avec un focus sur les critères de prise en charge dans le cadre de l'ALD 31 (réalisation d'une vidéo tutorielle pour enrichir le Mooc endométriose du site Pédagogie Numérique en Santé ; webinaire national – formation des 700 médecins-conseils) ;
- saisine de la HAS pour inscrire à son programme de travail pour 2024 l'actualisation des recommandations.

En 2023, 16 910 patientes bénéficient d'une ALD 31 pour leur endométriose. Leur nombre a été multiplié par 2,4 en 4 ans. Le taux d'avis favorables à la suite d'une demande de prise en charge en ALD 31 pour une endométriose a également progressé de 53 % en 2022 à 64 % au premier trimestre 2024, ce qui peut être lié à une meilleure identification des situations relevant de l'ALD tant par les professionnels prenant en charge les patientes que par les médecins-conseils.

Figure 91 : Évolution du nombre de patientes prises en charge en affection de longue durée (ALD) pour endométriose de 2019 à 2023




*Champ : tous régimes*
*Source : Cnam (SNDS), extraction DPCA*

172 Department of Health. National action plan for endometriosis. Canberra: Australian Government: 2018. https://www.health.gov.au/resources/publications/national-action-plan-for-endometriosis

173 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie-endometriose.pdf (sante.gouv.fr)

Si cette évolution est positive pour les patientes, les associations de patientes ont fait part de restes à charge qui demeurent importants, même après admission en ALD, dans la prise en charge de leur affection. Afin d'améliorer les connaissances sur le sujet, l'Assurance Maladie a commandité une étude visant à objectiver le montant de ce reste à charge en s'appuyant sur la cohorte de patientes atteintes d'endométriose issue de la cohorte ComPaRe (communauté de patients pour la recherche) menée par l'AP-HP (Assistance publique – Hôpitaux de Paris). L'objectif de l'étude est d'estimer le montant annuel du reste à charge en lien avec l'endométriose supporté par les femmes qui en sont atteintes (notamment hors panier de soins remboursé par l'Assurance Maladie, restant invisible pour les bases de données de l'Assurance Maladie) qu'elles soient en ALD ou non. Compte tenu d'une période d'errance diagnostique estimée à 7 ans, le reste à charge durant cette période sera aussi étudié. Les résultats de cette étude sont attendus pour 2025. Elle apportera des pistes de réflexion pour une possible évolution du panier de soins dans la limite des interventions recommandées par la HAS.

De plus, un test salivaire permettant le diagnostic de l'endométriose à partir d'un prélèvement salivaire (Endotest®) devrait être accessible dès 2024 dans le cadre du forfait innovation[174], dispositif de prise en charge précoce et dérogatoire des dispositifs médicaux et des actes innovants, prise en charge conditionnée à la réalisation d'études cliniques et éventuellement médico-économiques permettant de fournir les données manquantes. Ce test sera destiné aux cas complexes de douleurs pelviennes chroniques après un bilan d'imagerie négatif ou incertain (échographie endovaginale en première intention +/- imagerie par résonance magnétique – IRM – pelvienne en deuxième intention refaite ou relue par un expert référent). L'intérêt de ce test réside dans son caractère non invasif, dans ses excellentes performances diagnostiques (sensibilité >95 %, spécificité >95 %, précision diagnostique AUC >95 %)[175], dans sa capacité à réduire la période d'errance diagnostique et à diminuer le nombre de chirurgies ou cœlioscopies inutiles.

### 7.2.6. Favoriser le déploiement des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences

En 2022, selon les données des ministères chargés de l'Intérieur et de la Justice fournies par l'Observatoire national des violences faites aux femmes dans sa lettre de mars 2024, 118 femmes sont décédées à la suite de violences conjugales et 267 femmes ont été victimes d'une tentative de féminicide. Tous les trois jours, une femme a été victime de féminicide par son (ex-)conjoint et, pour un tiers, ces victimes avaient déjà connu une forme de violence au sein du couple. Au total, les forces de sécurité ont enregistré près de 240 000 femmes victimes de violences commises par leur (ex-)partenaire (+ 14 % par rapport à 2021) et 87 000 femmes victimes de violences sexuelles en France (+ 13 % par rapport à 2021). En regard de ces données, selon l'enquête statistique nationale « Vécu et ressenti en matière de sécurité » (VRS)[176], 321 000 femmes déclaraient subir des violences physiques, sexuelles et/ou psychologiques ou verbales de la part de leur (ex-)conjoint, et 217 000 femmes déclaraient avoir été victimes de viols, tentatives de viols et/ou agressions sexuelles. L'Observatoire national des violences faites aux femmes souligne que ces données *« confirment la prévalence des violences faites aux femmes et l'augmentation continue des faits de violences déclarés auprès des forces de sécurité. »*

Les retentissements des violences ainsi subies sur la santé des femmes sont multiples, d'ordre physique, psychique et comportemental[177], nécessitant des soins adaptés et pluriels, complétant les autres approches requises pour proposer un accompagnement global de ces femmes[178].

Pour améliorer la réponse à ces besoins de soins, un programme national de déploiement de dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes a été mis en œuvre dès 2020, en application du Grenelle des violences

174 « *Le forfait innovation consiste en une prise en charge dérogatoire et temporaire d'un dispositif médical ou d'un acte innovant conditionnée à la réalisation d'une étude visant à fournir des données cliniques ou médico-économiques manquantes.* » Le forfait innovation - Ministère du travail, de la santé et des solidarités (sante.gouv.fr).

175 Bendifallah, Sofiane et al. Validation of a Salivary miRNA Signature of Endometriosis — Interim Data. *NEJM Evidence*. 09 June. 2023. doi : 10.1056/EVIDoa2200282

176 Rapport d'enquête « Vécu et ressenti en matière de sécurité » (VRS) – 2022.

177 L'enquête de l'Insee cite ainsi les atteintes physiques (traumatismes, maladies chroniques), troubles psychiques et comportementaux (état de stress post-traumatique, dépression), majoration du risque suicidaire et d'addiction, dégradation de la santé sexuelle et reproductive, isolement social.

178 Accompagnement social, accompagnement psychologique, aide juridique, aide à l'emploi, aide à l'hébergement, conseils sur la sexualité, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST), conseils relatifs à la prise en charge des enfants exposés aux violences conjugales, etc.

conjugales de novembre 2019 et de l'instruction du 18 novembre 2020[179] et conforté par le plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027 (plan « Toutes et tous égaux »).

Les dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violences, aussi dénommés « Maisons des femmes/Santé »[180], réunissent un ensemble de compétences sanitaires et permettent l'accompagnement psychosocial des femmes victimes de violences.

Ils sont adossés à une structure hospitalo-universitaire ou hospitalière et répondent à une triple mission générale :

- assurer une prise en charge sanitaire spécifique à destination des femmes victimes de violences ;
- contribuer à l'animation et au soutien des professionnels de santé du territoire, pour assurer le repérage et la prise en charge sanitaire adaptée de ces situations ;
- faciliter le dépôt de plainte des femmes victimes de violences en l'organisant *in situ*.

Ils assurent ainsi, au bénéfice des femmes victimes de violences sur leur territoire, une prise en charge sanitaire y compris en urgence, ainsi qu'un ensemble de prises en charge spécialisées, visant à répondre aux besoins de soins somatiques et psychiques des femmes, tout en prenant en compte la dimension d'accompagnement social qui est étroitement articulée à cette prise en charge.

Ces dispositifs inscrivent leur action en coordination avec l'ensemble des acteurs luttant contre les violences faites aux femmes sur le territoire, permettant de garantir la fluidité des parcours de prise en charge des femmes concernées, mais également d'assurer la montée en compétence des acteurs du territoire dans le domaine du repérage, de la prise en charge et/ou de l'orientation adaptée de ces femmes.

### Les Maisons des femmes, des structures médicosociales uniques apportant les soins nécessaires aux femmes victimes de violences

Fin 2023, on dénombrait 74 dispositifs d'accueil des femmes victimes de violences en activité ou à l'état de projets identifiés. Ces dispositifs sont en cours de déploiement, conformément aux engagements du plan « Toutes et tous égaux » 2023-2027 qui se fixe notamment pour objectif de doter chaque département d'un tel dispositif d'ici 2025. Par ailleurs, il est prévu qu'existe dans chaque région au moins une Maison des Femmes/Santé à rayonnement régional, dont la particularité sera de pouvoir offrir une prise en charge renforcée et d'apporter un appui aux structures départementales dans une logique de mutualisation des tâches.

Les Maisons des femmes/Santé disposent de ressources propres dédiées aux soins aux femmes victimes, dites « ressources socles », composées *a minima* de trois équivalents temps plein (ETP), conformément aux orientations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 2017 visant à établir une modélisation de la prise en charge en un lieu unique des femmes victimes de violences[181]. Ces ressources comprennent des compétences d'infirmier, de sage-femme, de psychologue et d'assistant social, permettant d'assurer une première réponse aux besoins des femmes.

Les dispositifs assurent ainsi en leur sein un socle minimal de prise en charge, permettant d'assurer l'évaluation des besoins des femmes et d'initier leur prise en charge médicale et psychologique.

En sus de ce socle minimal, les dispositifs donnent accès, soit *in situ*, si les compétences sont disponibles au niveau de l'établissement de santé concerné, soit par le biais de conventions avec d'autres établissements de santé ou des partenaires de ville garantissant des délais adaptés et la bonne transmission des informations nécessaires, aux prises en charge sanitaires suivantes, mobilisées selon les besoins des femmes victimes :

- des consultations de médecins et de sages-femmes ;
- des consultations de psychologues et de psychiatres, comprenant, pour les situations les plus complexes, un accès aux consultations proposées dans le champ du psychotraumatisme, par les centres régionaux du psychotraumatisme et leurs antennes locales ;
- des activités de bilans (bilan gynécologique, etc.) ;
- une prise en charge dans le champ de la santé sexuelle : contraception, dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), interruption volontaire de grossesse (IVG) ; les structures devront proposer un

179 Instruction du 18 novembre 2020 relative au renforcement de la prise en charge des femmes victimes de violences sur le territoire.

180 Note d'information relative à l'actualisation du cahier des charges des dispositifs sanitaires dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, désormais dénommés « Maisons des Femmes/Santé ».

181 Igas, *La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violences : éléments en vue d'une modélisation*, 2017.

accompagnement y compris aux femmes se présentant avec une demande d'IVG intervenant en dehors du délai légal de sa réalisation en France et analyser avec elles les possibilités légales existantes de prise en compte de leur demande ;
- des actes de chirurgie, notamment réparatrice, des mutilations sexuelles ;
- une orientation des femmes victimes de mutilations sexuelles féminines vers une équipe pluridisciplinaire expérimentée dans cette prise en charge ;
- un accès aux soins bucco-dentaires dans un délai rapide, et permettant l'établissement d'un certificat descriptif des lésions ;
- le cas échéant, une prise en charge en addictologie (dispositifs sanitaires ou médicosociaux).

### Des structures essentielles dont le financement, quoique rehaussé, doit être consolidé

Les Maisons des femmes/Santé peuvent solliciter plusieurs sources de financements qui, bien que diverses, se caractérisent par leur fragmentation ainsi que par leur caractère possiblement temporaire.

Les financements de la Sécurité sociale ont essentiellement vocation à financer le socle des professionnels de santé assurant la prise en charge sanitaire des femmes. Les projets de dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences retenus par l'agence régionale de santé (ARS) de leur territoire sont susceptibles de bénéficier de l'enveloppe nationale (actuellement mission d'intérêt général – MIG) dédiée au programme, selon le montant déterminé par l'ARS. Le financement concerné, de nature pérenne, peut être utilisé pour couvrir les frais d'investissement comme de fonctionnement des structures. Un financement de l'ARS *via* son Fonds d'intervention régional (FIR) peut également compléter le financement MIG et couvrir les frais d'investissement et de fonctionnement de la structure, soit de manière transitoire soit de manière pérenne. Enfin, une partie des recettes des dispositifs est liée à leur activité facturée par l'établissement de santé à l'Assurance Maladie.

Des financements complémentaires peuvent aussi être apportés par les services déconcentrés de l'État pour contribuer notamment à l'accompagnement social des femmes victimes. Les collectivités territoriales peuvent également mobiliser des fonds à l'appui des dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences. Cette contribution peut permettre de couvrir les frais d'investissement des structures (mise à disposition ou aménagement de locaux). Elle est également susceptible de couvrir certains aspects des frais de fonctionnement, à l'appui de prises en charge distinctes du soin proprement dit, mais concourant à l'accompagnement global des femmes victimes et entrant dans le champ de compétences de ces collectivités (prestations de conseil conjugal, assistance sociale, etc.). Enfin, des partenaires privés (fondations privées, associations, opérations de levée de fonds auprès de particuliers, etc.) peuvent également être sollicités pour contribuer au financement global des Maisons des femmes/Santé.

Dans l'objectif de renforcer la prise en charge des femmes victimes de violences, un programme national de soutien public au déploiement des dispositifs dédiés de prise en charge des femmes victimes de violences a été engagé depuis 2020. Plusieurs délégations de crédits successives ont à ce titre été effectuées : 5 millions d'euros sur la période 2020-2022, 2,5 millions d'euros en 2023 puis 6 millions en 2024, accompagnant ainsi la montée en charge progressive des dispositifs et suivant une logique de répartition populationnelle. Au total, depuis 2020, les Maisons des femmes ont donc été financées à hauteur de 13,6 millions d'euros, issus de la dotation nationale de financement des MIG. Les montants délégués le sont dans l'objectif de financer une Maison des femmes/Santé par département (à hauteur de 150 000 euros) ainsi qu'une structure référente régionale (à hauteur de 350 000 euros).

Les financements concernés ont plus particulièrement vocation à financer le socle des professionnels de santé constitutifs de ces structures, assurant la prise en charge sanitaire des femmes. Cependant, au-delà de leurs ressources « socles », les dispositifs peuvent être amenés à mobiliser des ressources humaines spécialisées dans les champs de la prise en charge sanitaire, sociale, judiciaire et de l'accompagnement global des femmes, émanant d'une diversité de partenaires : services partenaires de l'établissement de santé siège du dispositif, établissements de santé partenaires, professionnels de ville, associations, etc.

Les modalités de financement public existantes présentent toutefois plusieurs limites. Premièrement, les financements MIG/FIR sont actuellement répartis entre les dispositifs au prorata de la part populationnelle des régions, mais ne sont pas nécessairement proportionnels à l'activité de chaque structure, qui varie beaucoup de l'une à l'autre. Par ailleurs, bien que pouvant le faire, de nombreux professionnels de santé intervenant dans les Maisons des femmes/Santé ne facturent pas encore leurs interventions en actes et consultations externes (ACE). Les psychologues, non conventionnés par l'Assurance Maladie mais dont l'intervention est essentielle dans la prise en charge globale prévue par les Maisons des femmes/Santé, ne sont pour leur part pas autorisés à facturer en ACE puisque leurs consultations et actes ne sont répertoriés ni à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ni à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

### Poursuivre le développement des Maisons des femmes et pérenniser leur modèle économique

Afin d'accompagner la généralisation du dispositif des Maisons des femmes/Santé, l'Assurance Maladie soutient la démarche de pérennisation de leur modèle économique initiée par le ministère chargé de la Sécurité sociale. Pour que cette prise en charge spécifique puisse être proposée à toutes les femmes qui en font la demande, il est proposé que les financements de la mission d'intérêt général (MIG) et des fonds d'intervention régionaux (FIR) soient rendus proportionnels à l'activité des Maisons des femmes/Santé, dans un contexte où la prévalence des violences faites aux femmes perdure et où les faits de violences déclarés auprès des forces de sécurité continuent de croître.

L'Assurance Maladie est également favorable à une meilleure prise en charge psychologique dans ces structures. Le remboursement par l'Assurance Maladie de consultations de psychologues étant désormais possible depuis la mise en œuvre du dispositif « Mon soutien psy », il est proposé de permettre la facturation, par les psychologues intervenant en Maisons des femmes/Santé, de leurs consultations hospitalières en ACE.

## 7.2.7. Accident du travail et maladie professionnelle : une approche genrée des risques

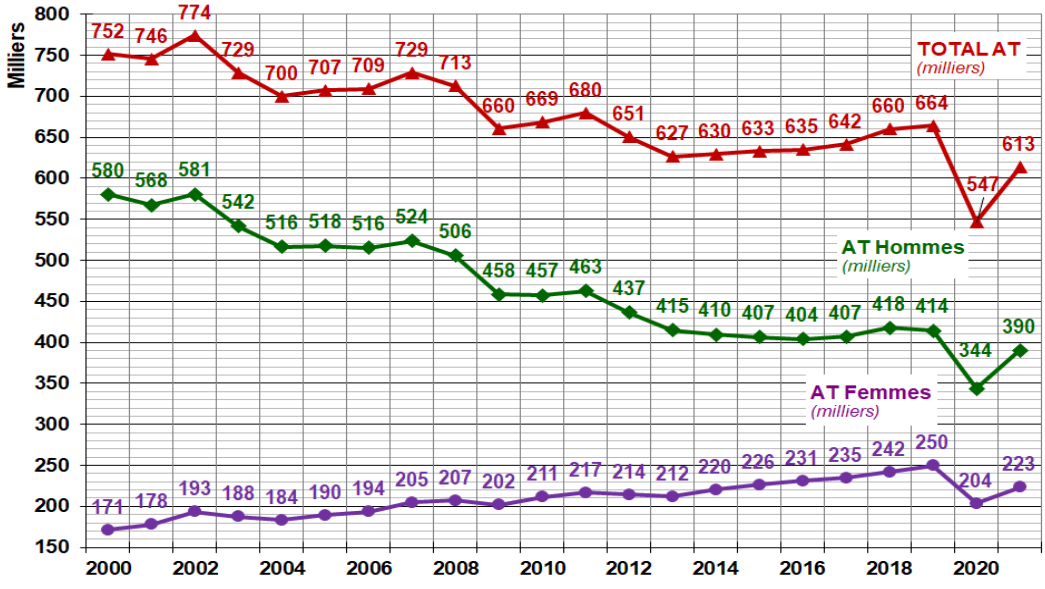
Les statistiques des accidents du travail et maladies professionnelles couvrent des salariés du régime général et des salariés contractuels employés dans les collectivités territoriales ou hospitalières, par type de risque. Ces statistiques permettent dans le temps de suivre l'évolution du nombre de sinistres entre hommes et femmes.

Si l'on compare le nombre de sinistres au nombre de salariés (20 millions de salariés, nombre issu de l'enquête Emploi de l'Institut national de la statistique et des études économiques – Insee), on constate une répartition différente : si les hommes représentent 53 % des salariés en 2021, ils représentent 64 % des accidents du travail ; inversement, les femmes représentent 47 % des salariés mais 51 % des maladies professionnelles, notamment 54 % des troubles musculosquelettiques.

### Accidents du travail : la baisse globale depuis 2001 masque la hausse des accidents du travail pour les femmes

Sur la période 2000-2021, la baisse des accidents du travail (AT) observée au niveau global est marquée par la baisse des AT chez les hommes, alors qu'une augmentation progressive des AT est constatée chez les femmes. Ainsi, un accident sur quatre survenait chez la femme en début de période contre un accident sur trois ces dernières années.

Figure 92 : Nombre d'accidents du travail, chez les femmes, les hommes et au total, depuis 2000

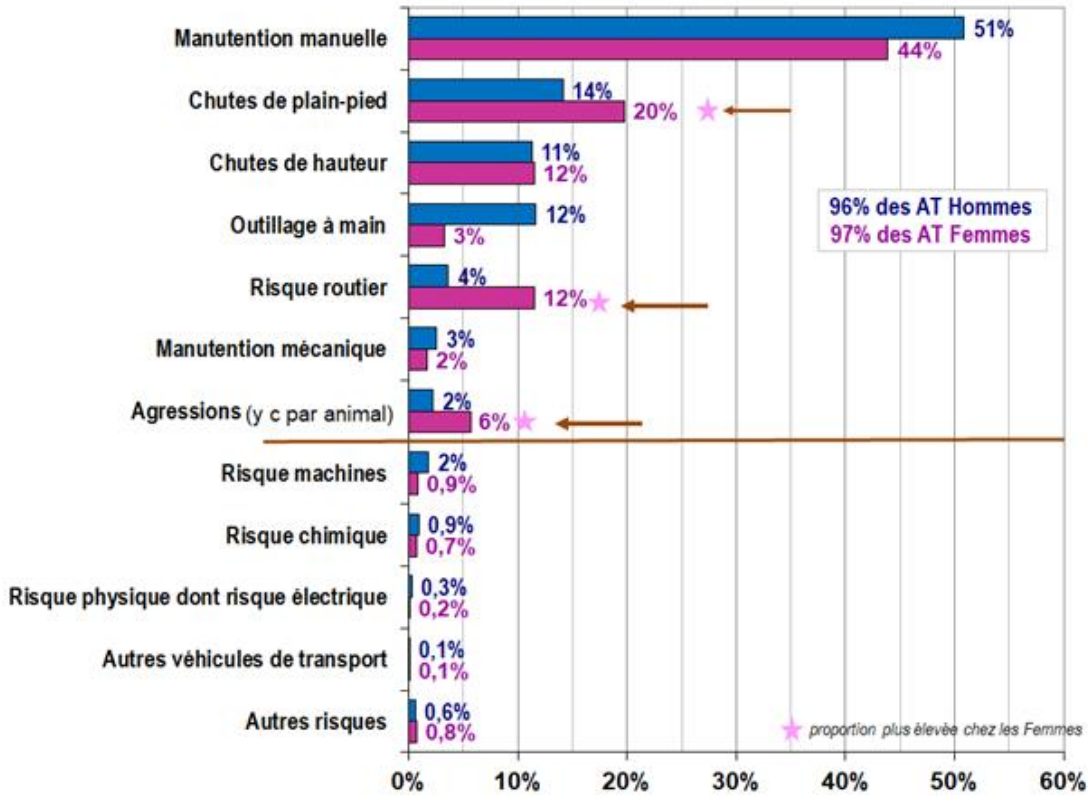



*Source : Cnam*

En 2021, on dénombre 613 358 accidents du travail dont 64 % concernent les hommes, notamment parmi les jeunes. Concernant les risques à l'origine de l'AT (avec au moins 4 jours d'arrêt prescrits), les manutentions manuelles et l'outillage à main sont plus présents chez les hommes (respectivement 51 % contre 44 %, et 12 % contre 3 % chez les femmes). Chez les femmes, trois risques prédominent : les chutes de plain-pied (20 % contre 14 % chez les hommes), le risque routier (12 % contre 4 % chez les hommes) et les agressions (6 % contre 2 %).

L'évolution de la sinistralité AT/MP (accidents du travail/maladies professionnelles) entre hommes et femmes dépend en premier lieu de la structure d'emploi dans les secteurs d'activité, différents pour les femmes et les hommes. Ainsi, les secteurs les plus accidentogènes pour les femmes sont les activités de services : santé, action sociale, nettoyage, travail temporaire et les services, commerces et industries de l'alimentation. Pour les hommes, le BTP (bâtiment et travaux publics) et la métallurgie restent les secteurs les plus accidentogènes. Une analyse sectorielle plus fine de la sinistralité entre hommes et femmes nécessiterait de disposer du nombre de salariés hommes et femmes à une maille plus détaillée des activités (NAF 5) que celle fournie actuellement dans les différentes données disponibles.

Figure 93 : Risques à l'origine de l'accident du travail (AT), en pourcentage, en 2021




*Source : Cnam*

## Hausse de la fréquence des accidents du travail depuis 2013 chez les femmes

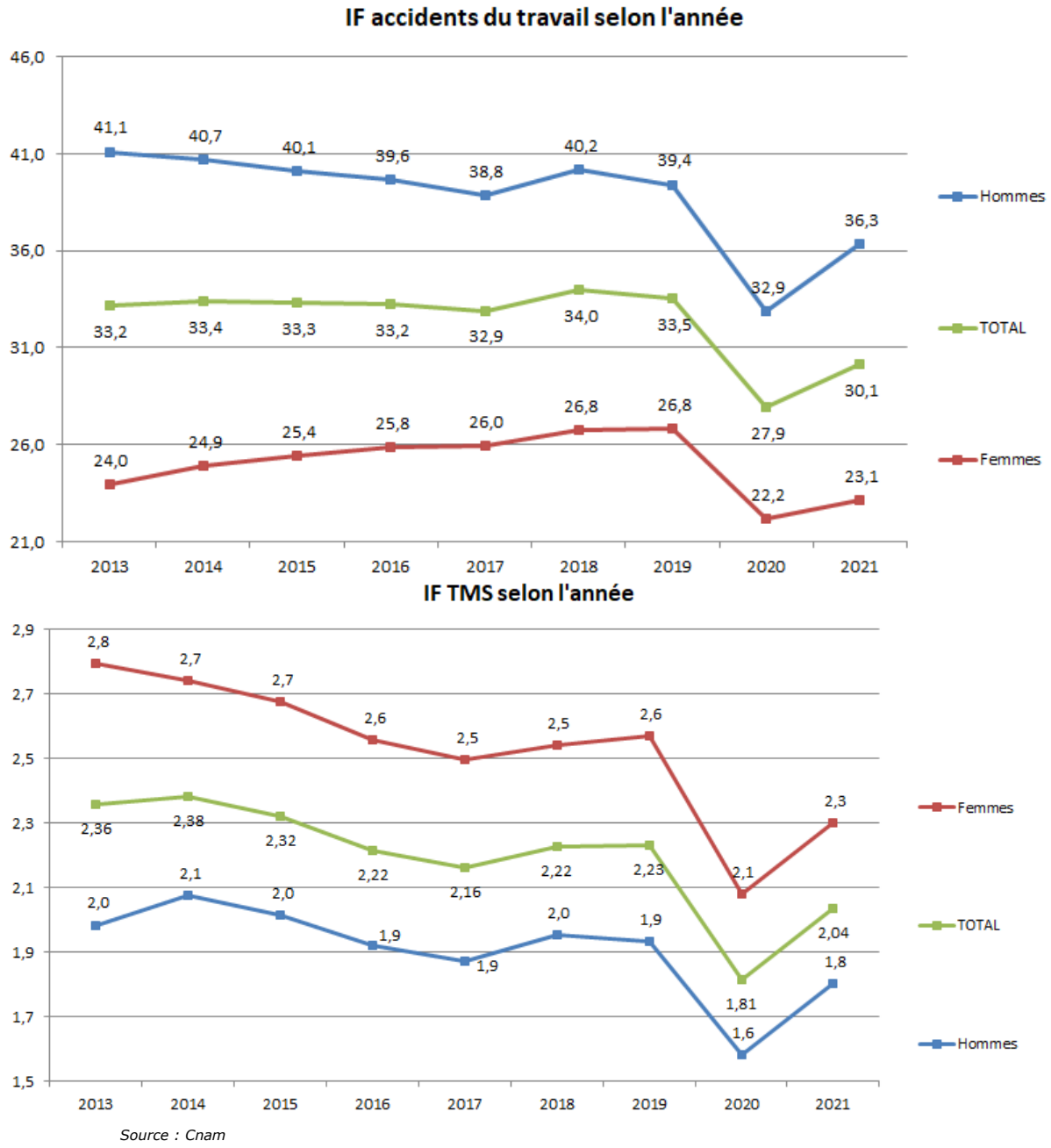
Deux indicateurs sont habituellement suivis pour mesurer la fréquence et la gravité des sinistres AT/MP :

- l'indice de fréquence est le nombre de sinistres en premier règlement (ayant fait l'objet du paiement d'une prestation en espèces, indemnité journalière ou de rente…) pour 1 000 salariés ;
- l'indice de gravité des sinistres est le nombre de nouvelles incapacités permanentes pour 1 000 salariés.

On observe ainsi des hiérarchies d'indices de fréquence très distinctes selon les risques. Pour les accidents du travail, l'indice de fréquence est près de deux fois plus important chez les hommes que chez les femmes. On note pour autant une hausse de la fréquence des accidents du travail depuis 2013 chez les femmes alors que celle-ci diminue chez les hommes. Pour les maladies professionnelles et les troubles musculosquelettiques (TMS), l'indice

de fréquence est plus important chez les femmes. Concernant les gravités, l'indice de gravité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, notamment pour les maladies professionnelles.

Figure 94 : Indices de fréquence (IF) des accidents du travail et des troubles musculosquelettiques (TMS), entre 2013 et 2021



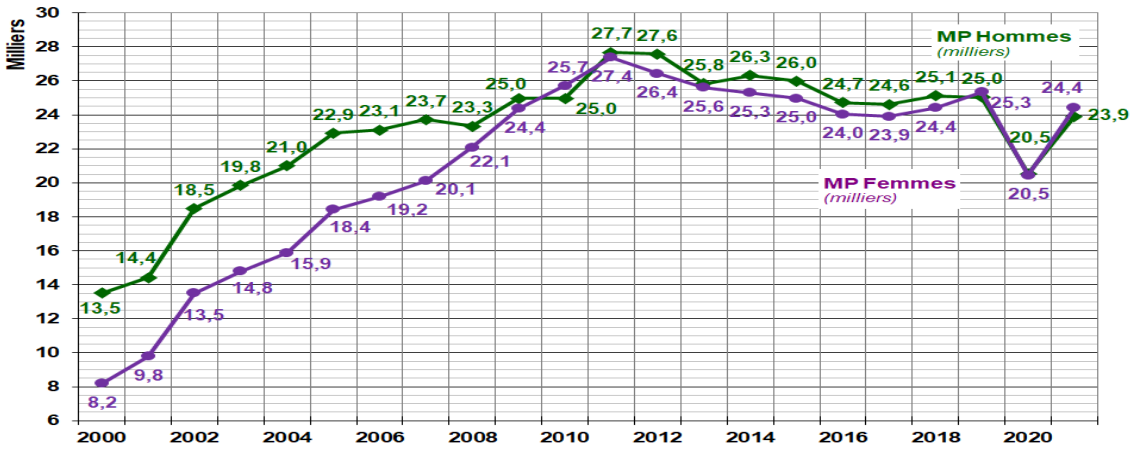

*Source : Cnam*

## Maladies professionnelles : une progression deux fois plus rapide pour les femmes depuis 2001

Entre 2000 et 2008, les maladies professionnelles (MP) étaient plus importantes chez les hommes que chez les femmes, alors que depuis 2009, les MP surviennent autant chez les femmes que chez les hommes. En 2021, on dénombre 48 324 maladies professionnelles qui concernent autant les hommes que les femmes, avec un pic pour les salariés après 50 ans, celui des femmes précédant celui des hommes.

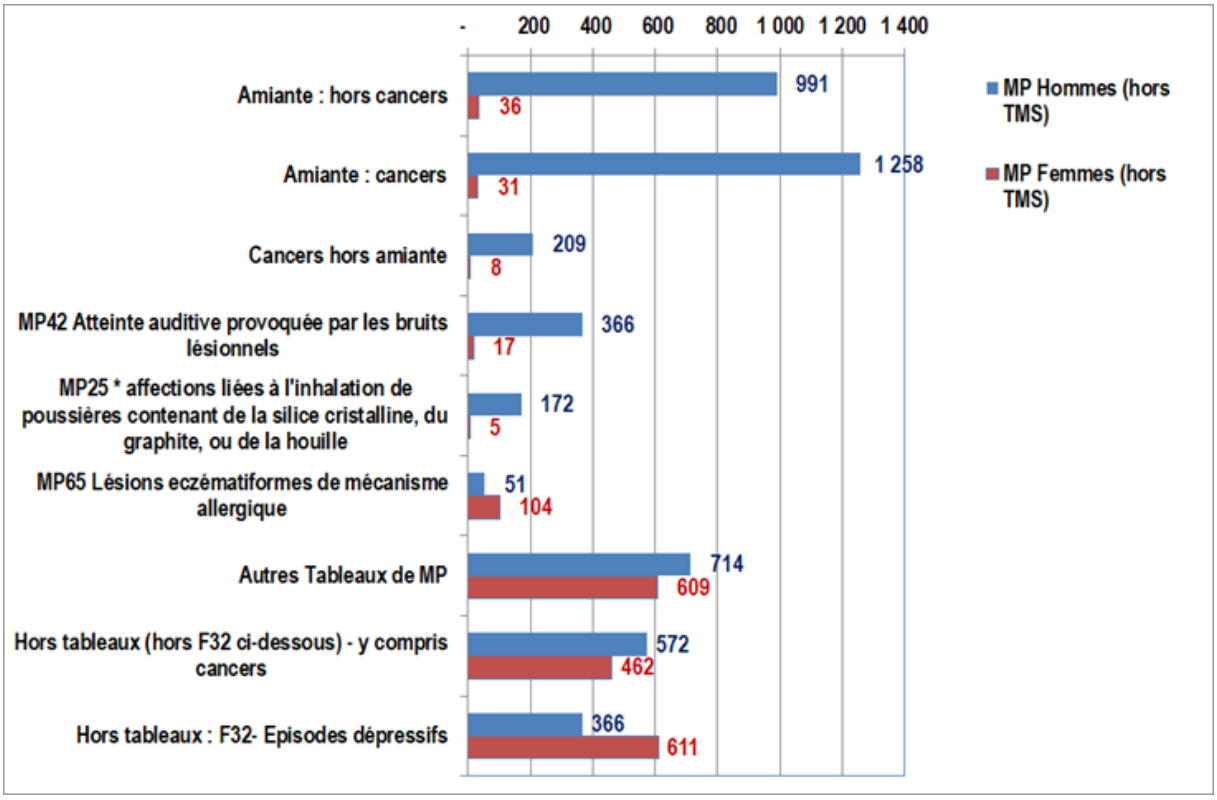
Les TMS, qui représentent près de 90 % des MP, sont plus nombreux chez les femmes (22 528 contre 19 214 chez les hommes), notamment les TMS de la main qui sont plus fréquents chez les femmes (40 % contre 25 % chez les hommes). Pour les MP autres que les TMS, les lésions eczématiformes de mécanisme allergique et les épisodes dépressifs de MP concernent plus les femmes que les hommes.

Figure 95 : Évolution du nombre de maladies professionnelles, chez les femmes, les hommes et au total, depuis 2000




*Source : Cnam*

Figure 96 : Nombre et causes de maladies professionnelles chez les hommes et les femmes en 2021, hors troubles musculosquelettiques (TMS)




*Source : Cnam*

## 7.3. Améliorer les parcours de santé des personnes âgées

Dans le rapport Charges et produits pour 2024, l'Assurance Maladie a construit plusieurs axes constituant un parcours de santé des personnes âgées s'appuyant sur différents dispositifs et actions de l'Assurance Maladie. En matière de prévention de la perte d'autonomie, la généralisation du programme ICOPE (*Integrated Care for Older People*, soins intégrés pour les personnes âgées) représente une opportunité pour favoriser le vieillissement en bonne santé. L'accompagnement de la réduction du taux des hospitalisations potentiellement évitables, reflet de la qualité de la coordination ville-hôpital, figure parmi les actions portées par l'Assurance Maladie. Le programme d'accompagnement de retour à domicile Prado PA (personnes âgées) est l'un des leviers pour y parvenir. Enfin, un bilan des actions menées sur la polymédication en ville et à l'hôpital sera dressé.

### 7.3.1. Généralisation d'un dispositif de prévention précoce de la perte d'autonomie

Le programme ICOPE est un programme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge[182]. Ce programme préconise des parcours de soins intégrés pour les seniors. Six capacités intrinsèques sont dépistées : la locomotion, l'état nutritionnel, la santé mentale, la cognition, l'audition et la vision. Le programme comprend cinq étapes : le dépistage, l'évaluation en cas d'alerte à l'étape précédente, le plan de soins personnalisés, le fléchage du parcours de soins et le suivi, l'implication des collectivités et le soutien aux aidants.

Ce programme fait l'objet d'une expérimentation « article 51 » en cours dans plusieurs régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Corse, Grand Est, La Réunion, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire) qui s'achèvera fin 2024[183]. Des outils numériques (ICOPE monitor et ICOPEBot) sont utilisés dans cette expérimentation pour réaliser l'étape 1 de dépistage, en auto-évaluation ou par un professionnel.

La loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie prévoit dans son article 9 la mise en œuvre à compter du 1er janvier 2025 d'un programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins 60 ans[184]. Un décret en Conseil d'État prévoira les modalités de pilotage de ce programme, définira les acteurs concourant à sa mise en œuvre et précisera les conditions dans lesquelles ces derniers coopèrent et collectent, transmettent et utilisent les données nominatives dans les conditions garantissant leur confidentialité.

Aux termes de la loi précitée, les rendez-vous « Mon bilan prévention » proposés aux personnes âgées de 60 à 65 ans et de 70 à 75 ans contribueront à la mise en œuvre de ce programme de dépistage et de prévention de la perte d'autonomie. L'autoquestionnaire que le patient est invité à remplir pour préparer en amont son rendez-vous avec le professionnel de santé, ainsi que la fiche d'aide au repérage des risques à disposition des professionnels de santé, intègre le dépistage des six fonctions présentes dans ICOPE[185].

De plus, l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'Assurance Maladie, conclu en 2023, prévoit de faire du masseur-kinésithérapeute un acteur du repérage de la fragilité des personnes âgées de 70 ans et plus[186]. Un nouvel acte sera créé à compter du 1er septembre 2026 dans la nomenclature générale des actes professionnels et sera réalisé sur prescription médicale ou à l'initiative du masseur-kinésithérapeute soupçonnant une fragilité à l'occasion d'une prise en charge d'un de ses patients. Le compte rendu de l'acte de repérage doit être adressé au médecin traitant ou, le cas échéant, au médecin prescripteur (pour mise en place d'un éventuel bilan gériatrique).

182 OMS, Manuel - conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires (who.int), 88 p. 2019.

183 Ministère en charge de la Sécurité sociale, Cahier des charges, Expérimentation d'un programme de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin lié à l'âge, 79 p, 2022. Disponible sur : Cahier des charges ICOPE (sante.gouv.fr)

184 Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

185 Mon bilan prévention | ameli.fr | Médecin.

186 Légifrance - Publications officielles - *Journal officiel* - JORF n° 0196 du 25/08/2023 (legifrance.gouv.fr)

L'Assurance Maladie propose d'accompagner la généralisation du programme ICOPE en communiquant vers les assurés de 60 ans et plus et les professionnels de santé. Mon espace santé pourrait être l'espace de recueil des questionnaires ICOPE réalisés à l'étape 1 par les professionnels ou par les assurés en auto-évaluation.

### 7.3.2. Programme de retour à domicile Prado personnes âgées

En 2023, le programme d'accompagnement de retour à domicile après une hospitalisation Prado personnes âgées (PA) a obtenu 19 934 adhésions, soit une hausse de 36 % par rapport à 2022.

En 2022, 563 583 personnes étaient éligibles au dispositif Prado PA[187]. Les adhérents sont plus âgés que l'ensemble de la population éligible (respectivement 85,5 ans et 83,9 ans) mais moins fréquemment bénéficiaires d'une affection de longue durée (ALD) (respectivement 82,0 % et 85,7 %). Ils ont significativement plus souvent été hospitalisés après un passage aux urgences (66,2 % des patients Prado PA contre 52,1 % de la population éligible). Leur séjour est plus long que la population éligible (durée moyenne de séjour respectivement de 12,4 jours et 7,1 jours,). Les maladies cardiovasculaires sont le principal motif de prise en charge. L'équipe médicale hospitalière a identifié un besoin d'aide à domicile en sortie d'hospitalisation pour 11 % des patients Prado PA.

Les données d'évaluation signalent des éléments de bilan favorables aux patients adhérents. Les patients adhérents au Prado PA ont significativement moins souvent été réhospitalisés (hospitalisation complète, toutes causes) que la population éligible dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation (respectivement 14,0 % et 15,5 %). Ils ont eu un meilleur recours aux soins de ville de façon significative : 80 % des patients ont eu un soin infirmier dans les 7 jours suivant la sortie (contre 57 % pour la population éligible) et 51 % ont eu une consultation avec un médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie (contre 38 % pour la population éligible). Les patients adhérents au Prado PA ont cependant un taux de décès à un mois de la sortie d'hospitalisation similaire à la population éligible (respectivement 4,2 % et 4,1 %).

Le développement du Prado PA s'inscrit dans la stratégie globale de Prado de renforcer la coordination des différents effecteurs de soins, avec notamment le partage des outils déployés par Prado.

Le parcours « personnes âgées » est le parcours le plus souvent choisi par les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : 302 CPTS, soit 55 %, l'ont inscrit dans leur projet. Le parcours « ville-hôpital » figure aussi parmi les parcours les plus développés par les CPTS (44 % des CPTS)[188].

### 7.3.3. Actions visant la réduction de la polymédication des personnes âgées

La polymédication, c'est-à-dire l'administration simultanée de nombreux médicaments, parfois de manière excessive, est un phénomène fréquent chez les personnes âgées. La polymédication chez les personnes âgées est associée à un risque accru d'interactions médicamenteuses et d'effets sur la santé (ou iatrogénie médicamenteuse), qu'il s'agisse d'effets secondaires (tels que les troubles rénaux, etc.) ou d'événements liés à ces effets secondaires (chutes, etc.). Ce risque augmente avec le nombre de médicaments. La polymédication est ici définie comme le remboursement de plus de cinq molécules et l'hyperpolymédication comme le remboursement de plus de dix molécules au moins trois fois dans l'année.

Dans le rapport Charges et produits pour 2024, il a été montré que sur les 13,3 millions de patients de plus de 65 ans en France, plus de la moitié (6,7 millions de patients) sont polymédiqués. Sur les 10 milliards d'euros de médicaments remboursés aux plus de 65 ans, 77 % (7,7 milliards d'euros) l'ont été aux seuls patients polymédiqués. De plus, les 14 % (1,6 million de patients) des plus de 65 ans hyperpolymédiqués représentent à eux seuls 35 % des remboursements de médicaments.

187 Hospitalisations complètes des personnes âgées de 75 ans et plus en 2022 : hors cristallins, hors endoscopies digestives et hors insuffisance rénale chronique terminale ; avec un retour à domicile.

188 Données de mars 2024 issues des contrats signés par les CPTS dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI).

Le manque de suivi médical augmente les risques liés à la iatrogénie. Les médecins traitants, dont 45 % de la patientèle est composée de patients en polymédication, contrôlent, évaluent et font évoluer régulièrement les médicaments prescrits. Toutefois, 12 % des patients polymédiqués de plus de 65 ans n'ont pas de médecin traitant.

Conformément aux actions annoncées dans le rapport Charges et produits pour 2024, l'Assurance Maladie a renforcé ses actions pour contribuer à réduire la polymédication et les risques associés.

### Aider les médecins et sensibiliser les patients face au risque iatrogénique

Une campagne des délégués de l'Assurance Maladie a été lancée auprès des médecins généralistes afin de les inciter à acquérir un réflexe iatrogénique. L'action vise à diminuer le nombre de molécules consommées par les personnes âgées de 65 ans et plus en hyperpolymédication (ayant eu au moins 10 codes ATC – anatomique, thérapeutique et chimique – délivrés au moins 3 fois dans l'année) en révisant les prescriptions médicamenteuses et en déprescrivant les traitements inappropriés chaque fois que cela est possible et avec l'adhésion du patient. L'arrêt est progressif en fonction des molécules concernées et des symptômes du patient. Sur les 9 857 médecins ciblés, 43 % (4 284) en ont bénéficié au 31 mai 2024, la campagne devant s'achever fin juillet.

Ces échanges avec les médecins généralistes permettent notamment :

- D'apporter des informations aux médecins visités sur les classes thérapeutiques et les médicaments les plus prescrits (top 3) et ceux susceptibles d'être déprescrits (top 3).
- De leur présenter la boîte à outils « Risque iatrogénique » disponible sur ameli.fr[189].
- De leur remettre des supports d'information qu'ils pourront remettre à leurs patients. Il s'agit de documents permettant d'envisager une prochaine consultation qui sera dédiée à la révision d'ordonnances sur la base d'un échange entre le professionnel de santé et la personne âgée. En effet, ce document sert d'appui au généraliste notamment pour expliquer à son patient pourquoi il va procéder à une nécessaire révision des traitements lors d'une consultation dédiée, de demander à son patient de préparer la prochaine consultation (*via* des items préremplis à cocher sur son état de santé et une zone texte libre qui lui permettra de noter les médicaments sur prescription et sans prescription), d'expliquer au patient qu'une réduction de dose d'un ou plusieurs médicaments, voire l'arrêt de certains est nécessaire, et d'inciter le patient à suivre des recommandations simples de bonne hygiène de vie afin de limiter sa prescription de médicaments.

Dans le prolongement de cette action et pour permettre à l'ensemble des médecins d'avoir accès à la boîte à outils « Risque iatrogénique », l'Assurance Maladie l'a mis en ligne sur ameli.fr. Cette boîte à outils est organisée en fonction des leviers d'action à mettre en place à chaque étape du suivi du patient : prescription, traitements, accompagnement. Les quatre grandes parties qui composent cette boîte à outils sont les suivantes :

- Prévention du risque iatrogénique : l'essentiel ;
- Prévention du risque iatrogénique et prescription ;
- Focus sur les classes médicamenteuses à risque iatrogénique ;
- Supports d'information à destination des patients.

### Une collaboration pharmacien-médecin pour déprescrire dans le cadre de la nouvelle convention médicale

Depuis 2017, la convention nationale des pharmaciens d'officine a instauré le bilan partagé de médication (BPM) chez le patient âgé polymédiqué. Les objectifs de ce bilan sont de favoriser l'observance et l'adhésion des patients aux traitements, d'éviter les risques liés à la iatrogénie médicamenteuse, de repérer les interactions médicamenteuses et les effets indésirables et d'alerter le prescripteur le cas échéant.

Au vu des constats retracés dans le rapport Charges et produits pour 2024, l'Assurance Maladie a amplifié la promotion de ce dispositif auprès des pharmaciens. Le nombre de bilans remboursés a progressé de plus de 50 % mais reste peu réalisé (15 000 BPM en 2022, 22 000 BPM en 2023). Le nombre d'officines participantes a aussi augmenté, avec 37 % de pharmacies supplémentaires ayant effectué l'un de ces bilans partagés de médication (941 officines en 2022, 1 289 en 2023).

Pour aller plus loin, notamment pour renforcer la lutte contre la iatrogénie, deux avancées conventionnelles sont à noter en 2024 :

189 https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments

- La convention médicale conclue le 4 juin 2024 a l'ambition de diminuer le nombre de patients âgés polymédiqués en s'appuyant autant que de besoin sur une collaboration pharmacien-médecin, avec une attention spécifique aux patients hyperpolymédiqués. Un des 15 programmes partagés de pertinence, prévus dans le cadre de cette nouvelle convention, prévoit un objectif de diminution respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus.
- L'avenant 1 à la convention avec les pharmaciens, signée le 10 juin 2024, prévoit une simplification et une revalorisation des bilans de médication. Une rémunération exceptionnelle pour 2024 pouvant aller jusqu'à 400 euros en cas d'accompagnements réguliers de patients chroniques, y compris pour les BPM des personnes âgées et polymédiquées, est également prévue afin d'inciter les pharmaciens à développer cette offre.

## 7.4. La guidance parentale, un accompagnement pour les parents des enfants atteints de troubles du neurodéveloppement

Dans le cadre de la Stratégie nationale pour l'autisme et les troubles du neurodéveloppement (TND), des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) ont été créées progressivement depuis 2019 pour coordonner le parcours des enfants atteints de TND, en finançant par l'enveloppe soins de ville de l'Assurance Maladie des bilans et interventions précoces réalisés par des professionnels libéraux non conventionnés (ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues). À date, il existe 103 PCO 0-6 ans et 32 PCO 7-12 ans.

Il est en effet possible d'améliorer la trajectoire développementale de l'enfant ayant un trouble du neurodéveloppement par des interventions précoces et intensives, notamment pendant la période de plasticité cérébrale des 1 000 premiers jours de vie. La stratégie nationale pour l'autisme, au sein des troubles du neurodéveloppement, pour 2018-2022, a mis en place un parcours de repérage, d'intervention et de diagnostic précoce à cette fin.

La Haute Autorité de santé (HAS), dans sa recommandation de bonne pratique de mars 2020[190] sur le repérage et l'orientation des enfants à risque de développer des troubles du neurodéveloppement, donne une place importante à la guidance parentale dans le parcours de repérage et d'intervention précoces. Elle explique ainsi que *« chez les enfants pour lesquels un TND est fortement suspecté par l'examen clinique et les tests de repérage, il est recommandé de mettre en place une guidance parentale. »*

### 7.4.1. Définition de la guidance parentale

La guidance parentale, dans le cadre des TND, vise à accompagner les parents d'un enfant dont on a repéré un écart de développement pour qu'ils soient mieux informés et puissent participer activement à la stratégie de stimulation et d'accompagnement de leur enfant au quotidien. Elle constitue une forme d'intervention précoce dans le parcours de prise en charge des enfants à part entière, complémentaire des autres interventions que peuvent réaliser les professionnels de santé qui prennent en charge les enfants (kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, psychomotricité, ergothérapie ou neuropsychologie).

Selon cette même recommandation de la HAS de 2020, *« il est essentiel de valoriser les parents dans leurs sentiments de compétence et de les placer au cœur de la prise en charge et de l'éducation de leur enfant. Les nouveau-nés à risque de TND peuvent présenter des troubles de la régulation émotionnelle, pouvant altérer la qualité des interactions avec leur famille. Il est recommandé d'intégrer très précocement des stratégies d'accompagnement et de soutien au développement de ces compétences de régulation émotionnelle aux programmes d'intervention et de formation habituellement proposés aux parents d'enfants vulnérables et à risque. »*

La guidance parentale peut recouvrir différentes formes. Il peut s'agir, d'une part, d'un soutien aux parents en tant que bénéficiaires directs qui peut prendre la forme d'une guidance en groupes, psychoéducation, dont éducation thérapeutique et, d'autre part, d'interventions où le parent est formé pour adopter un comportement favorable au développement de l'enfant qui devient ainsi le bénéficiaire direct (*Pediatric Autism Communication Therapy* – PACT – thérapie de communication pour l'autisme pédiatrique, *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children* – TEACCH – traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés, Early Start Denver Model – ESDM –, modèle de Denver, programme d'intervention précoce à destination de très jeunes enfants, etc.)[191].

190 Haute Autorité de Santé. Troubles du neurodéveloppement - Repérage et orientation des enfants à risque. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

191 Bearss K, Burrell TL, Stewart L, Scahill L. Parent Training in Autism Spectrum Disorder: What's in a Name? Clin Child Fam Psychol Rev. 2015 Jun;18(2):170-82. doi: 10.1007/s10567-015-0179-5. Erratum in: Clin Child Fam Psychol Rev. 2015 Jun;18(2):183. doi: 10.1007/s10567-015-0183-9. PMID: 25722072; PMCID: PMC4516038.

Une étude de 128 méta-analyses issues de 44 rapports[192] a démontré que cette deuxième forme de guidance parentale, au travers des interventions médiées par les parents (*« parent-based mediation »*), fait partie des interventions psychosociales qui ont des effets bénéfiques sur la communication sociale, la cognition et les comportements adaptatifs. Selon cette même étude, cette forme de guidance parentale serait même plus efficace que les autres formes d'interventions psychosociales pour améliorer les comportements disruptifs de l'enfant. Ainsi, selon l'étude : *« Les résultats ont révélé des indications fortement suggestives que les interventions médiées par les parents amélioraient les comportements perturbateurs chez les enfants d'âge scolaire. L'efficacité des groupes de compétences sociales était soutenue par des preuves suggestives pour l'amélioration des déficits de communication sociale et des symptômes globaux du TSA chez les enfants d'âge scolaire et les adolescents »*. Or, les séances de guidance parentale, si elles peuvent être dispensées par des professionnels de santé dûment formés, ne sont aujourd'hui pas prises en charge par l'Assurance Maladie, ce qui freine le développement de cette modalité de prise en charge dont l'utilité est pourtant reconnue par les autorités sanitaires.

### 7.4.2. Prendre en charge des séances de guidance parentale et expérimenter l'utilisation d'un outil numérique de guidance parentale destiné aux parents

Il est proposé de donner la possibilité à tous les parents ayant un enfant diagnostiqué avec un TND après orientation par les PCO de bénéficier d'un forfait de séances de guidance parentale pris en charge par l'Assurance Maladie pour les aider à comprendre le fonctionnement de son enfant et soutenir son développement.

Cette prise en charge se déclinerait en deux offres complémentaires : d'une part, la prise en charge par l'Assurance Maladie d'un forfait de séances de guidance parentale réalisées par les professionnels de santé travaillant dans le cadre ou pour le compte des PCO et, d'autre part, un outil numérique complémentaire mis gratuitement à la disposition des familles pour les accompagner en complément des séances.

Afin de s'assurer que les séances de guidance délivrées soient conformes aux recommandations sanitaires, il sera également important de soutenir la formation de l'ensemble des acteurs pouvant participer à des programmes de guidance parentale ayant apporté leurs preuves scientifiques d'efficacité.

Si le remboursement de séances de guidance parentale constituerait une étape importante pour diffuser plus largement cette modalité d'intervention précoce, la construction d'un outil numérique de guidance parentale de référence permettrait aux parents de prolonger les séances de guidance parentale réalisées avec les professionnels de santé.

Ainsi, en copilotage avec la délégation interministérielle pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, Dys, TDAH, TDI (DIA-TND), la Cnam souhaite également expérimenter, dans quelques départements de France métropolitaine ou d'outre-mer, cet outil numérique de guidance parentale scientifiquement validé et le proposer à des parents d'enfants de 0 à 12 ans inscrits dans un parcours de soins ou en attente d'une prise en charge spécialisée. Cet outil serait mis à disposition de parents et de professionnels effectuant les séances de guidance parentale, qui pourront adapter les modules accessibles aux parents, dont l'enfant fait l'objet d'une prise en charge. Cette offre numérique ne doit pas se substituer aux séances réalisées avec les professionnels, et doit donc être accompagnée par eux.

Actuellement, des supports digitaux de guidance parentale existent, mais ils prennent le plus souvent la forme de sites internet, de forums ou de modules adossés à des thérapies digitales plus larges et souvent payantes couvrant l'ensemble de la prise en charge des enfants atteints de troubles du neurodéveloppement. De plus, il n'existe ni cadre d'évaluation ni modèle économique pour les outils numériques de guidance parentale, privant les parents de repères et de moyens dans l'accès et l'utilisation de ces outils.

L'expérimentation se donne pour objectifs de :

- faciliter, compléter et renforcer les programmes de guidance parentale ;
- améliorer l'information et le soutien aux parents et/ou aidants d'enfant atteint de TND ;
- améliorer la prise en charge et la vie quotidienne des enfants atteints de TND ;

192 Gosling CJ, Cartigny A, Mellier BC, Solanes A, Radua J, Delorme R. Efficacy of psychosocial interventions for Autism spectrum disorder: an umbrella review. Mol Psychiatry. 2022 Sep;27(9):3647-3656. doi: 10.1038/s41380-022-01670-z. Epub 2022 Jul 5. Erratum in: Mol Psychiatry. 2022 Sep;27(9):3657. doi: 10.1038/s41380-022-01807-0. PMID: 35790873; PMCID: PMC9708596.

- mettre à disposition, si l'expérimentation est concluante, une application gratuite à destination de tous les parents/aidants et qui pourra être utilisée dans le cadre d'une guidance parentale.

Cette expérimentation, d'une durée de 24 mois, doit permettre d'évaluer l'efficacité et les modalités de déploiement d'un outil complet comportant principalement des modules informationnels (administratifs et parcours de soins), des modules d'exercices et/ou des missions ludiques. Les outils candidats seront sélectionnés par la Cnam sur proposition d'un comité scientifique composé de personnalités qualifiées (enseignants-chercheurs, professionnels de santé, associations de patients, délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement – DIA-TND). L'expérimentation ferait l'objet d'une évaluation rigoureuse afin de déterminer les conditions de réussite de sa généralisation.

## 7.5. Renforcer le suivi médical des enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance

La protection de l'enfance en France, telle que définie par l'article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles, *« vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. »*

Les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) mettent en œuvre diverses actions dans le cadre de la politique de protection de l'enfance, allant de la prévention au repérage des situations de danger ou de risque de danger, jusqu'à la mise en œuvre de mesures de protection administrative ou judiciaire des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans.

Les deux principaux modes d'intervention sont l'aide à domicile et la prise en charge matérielle. La première recouvre à la fois des interventions à domicile et des aides financières. La seconde correspond essentiellement à des mesures de placement en dehors du milieu familial.

Dans son dernier dossier sur l'ASE[193], la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) estimait que 377 000 mineurs et majeurs de moins de 21 ans bénéficiaient d'une mesure d'aide sociale à l'enfance au 31 décembre 2021[194]. Particulièrement vulnérables, ces enfants présentent des besoins de santé spécifiques tant sur le plan physique que psychique, qui, s'ils ne sont pas pris en charge à temps, peuvent donner lieu à de nombreuses complications de santé, voire à un décès prématuré à l'âge adulte. Une méta-analyse, publiée en 2017[195], portant sur 37 études internationales menées auprès de 253 719 participants, montre que les personnes ayant subi des expériences adverses durant l'enfance (*« Adverse childhood experiences »*, dites « ACE ») sont exposées à un risque de mortalité prématurée du fait de la survenue plus fréquente des causes majeures de décès parmi lesquelles les maladies respiratoires, le diabète, les cancers et les maladies cardiovasculaires. Dans le cadre de l'étude, sont notamment compris parmi les ACE les abus (émotionnels, physiques, sexuels), le fait d'être témoin de violences domestiques, le fait de grandir dans un foyer dont les membres souffrent de troubles psychiatriques, d'addiction ou font l'objet de peines de prison. Cette méta-analyse confirme, comme de nombreuses autres études[196], que les personnes ayant été exposées à six ou plus expériences adverses durant l'enfance voient leur espérance de vie réduite de 20 ans en moyenne.

193 Drees, L'aide sociale à l'enfance Edition 2023, Les dossiers de la DREES n° 115, Octobre 2023.

194 54 % d'entre eux font l'objet d'une mesure d'accueil en dehors de leur milieu de vie habituel et 46 % d'actions éducatives exercées auprès du jeune ou de sa famille.

195 Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2017 Aug;2(8):e356-e366. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4. Epub 2017 Jul 31. PMID: 29253477.

196 Anda RF, Dong M, Brown DW, Felitti VJ, Giles WH, Perry GS, Valerie EJ, Dube SR. The relationship of adverse childhood experiences to a history of premature death of family members. BMC Public Health. 2009 Apr 16;9:106. doi: 10.1186/1471-2458-9-106. PMID: 19371414; PMCID: PMC2674602.

### 7.5.1. Les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance, une population vulnérable avec des besoins de santé spécifiques

Pourtant, l'existence de besoins spécifiques aux enfants en protection de l'enfance est bien documentée. Le rapport de la *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*[197], remis à la ministre de la Famille, de l'Enfance et des Droits des femmes en février 2017, qui fait la synthèse de cinq mois de travaux pluridisciplinaires menés par le comité d'experts présidé par le docteur Marie-Paule Martin-Blachais, souligne que ceux-ci sont liés, d'une part, aux effets de l'exposition antérieure à des situations de vie adverses (négligences, violences physiques, psychologiques, sexuelles…) et, d'autre part, aux effets du parcours de prise en charge en protection de l'enfance (rupture, séparation, placement). Le caractère spécifique de ces besoins, dont la particularité est d'être particulièrement exacerbés, rend nécessaire l'existence de ce que les experts de la *Démarche de consensus* appellent un *« cadre de suppléance compensateur structurant »*, c'est-à-dire une prise en charge accrue visant la compensation des vulnérabilités particulières de ces enfants.

La recherche démontre en effet la spécificité et l'importance des besoins de santé des enfants en protection de l'enfance. Les effets de la maltraitance sur le développement et la santé des enfants qui en sont victimes à court et long terme sont depuis longtemps connus et de mieux en mieux documentés. Dans un article qui présente un bref état des lieux des connaissances sur les conséquences de la maltraitance envers les enfants, Santé publique France souligne les effets sur les plans socioaffectif et comportemental (symptômes dépressifs, anxiété, troubles alimentaires, problème de consommation de drogue et d'alcool), physique (problèmes de vision, problèmes bucco-dentaires, maladies chroniques[198]), neurobiologique et cognitif (problèmes d'attention, dégradation des fonctions exécutives et des habiletés cognitives)[199]. Ainsi, les ACE subis dans l'enfance sont associés aux pathologies les plus courantes et les plus graves. Il est bien décrit maintenant[200] que les adultes victimes de violences ou de négligences graves dans l'enfance seront significativement plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires (odds-ratio – OR – 2,1), des cancers (OR 2,3), des insuffisances respiratoires (OR 3,1), mais également des troubles de santé psychique comme les démences (OR 11,2).

Pour aller plus loin sur les problèmes de santé psychique, la Haute Autorité de santé (HAS) estime pour sa part à 49 % la prévalence des troubles psychiques chez les enfants et adolescents pris en charge en protection de l'enfance, soit une prévalence près de 4 fois supérieure à celle observée en population générale[201]. Une méta-analyse publiée en mai 2024 confirme ces données et met en évidence le fait que la maltraitance dans l'enfance est à l'origine d'une part importante des troubles mentaux, allant de 21 % pour la dépression à 41 % pour les tentatives de suicide[202].

Au-delà des effets liés à la maltraitance en particulier, diverses études françaises ont objectivé l'existence de problèmes de santé somatique et psychique chez les enfants en protection de l'enfance faisant l'objet d'une mesure d'accueil. Une étude publiée en 2016 et menée par les services de protection maternelle et infantile (PMI) et de l'ASE des 5 départements du Languedoc-Roussillon[203] a permis de colliger des données de santé pour 2 367 enfants pris en charge en protection de l'enfance et met ainsi en évidence la fréquence notable d'insuffisances pondérales et de surpoids, une forte morbidité psychiatrique, la présence d'antécédents de troubles du langage et des apprentissages pour 2 enfants sur 5 de la cohorte, avec une fréquence plus importante chez les enfants âgés de 7 à 12 ans, 48,6 % des enfants de cette tranche d'âge ayant des troubles du langage.

Enfin, les ACE sont également associés à des problèmes humains, sociaux et sociétaux majeurs comme les troubles des apprentissages (OR 32,6), du développement et des comportements, de déscolarisation (OR 7,2),

197 *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance*, rapport remis par la docteur Marie-Paule Martin-Blachais à Laurence Rossignol, ministre de la Famille, de l'Enfance et des Droits des femmes, Février 2017

198 Santé publique France souligne toutefois que les évidences scientifiques sur les impacts physiques à long terme de la maltraitance sont variables d'une étude à l'autre et devraient donc être appréhendées avec prudence.

199 Santé publique France, Effets à court et à long terme de la maltraitance infantile sur le développement de la personne, Octobre 2019

200 Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. BMJ. 2020 Oct 28;371:m3048. doi: 10.1136/bmj.m3048. PMID: 33115717; PMCID: PMC7592151.

201 HAS, Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie, Note de cadrage, Avril 2021

202 Grummitt L, Baldwin JR, Lafoa'i J, Keyes KM, Barrett EL. Burden of Mental Disorders and Suicide Attributable to Childhood Maltreatment. JAMA Psychiatry. 2024 May 8:e240804. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.0804. Epub ahead of print. PMID: 38717764; PMCID: PMC11079790.

203 Ledésert B., Boulahtouf H., *Étude épidémiologique sur la santé des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'aide sociale à l'enfance en Languedoc-Roussillon*, avril 2016

d'abandon des études secondaires, de chômage, de pauvreté, de situation de rue, de délinquance, sources de répétition intergénérationnelle des violences subies.

Il convient également de souligner que parmi les enfants protégés, deux catégories de jeunes présentent des vulnérabilités accrues nécessitant à ce titre une prise en charge et des soins encore plus spécifiques : les enfants protégés en situation de handicap et les mineurs non accompagnés (MNA). En effet, 13 % des mineurs et jeunes adultes en établissement relevant de l'ASE ont une reconnaissance de handicap par une maison départementale des personnes handicapées (MDPH) en 2017[204] et nécessitent donc des prises en charge spécifiques. Les MNA et anciens MNA représentaient pour leur part 19 % des jeunes hébergés par l'ASE fin 2021[205] et constituaient une population particulièrement vulnérable sur les plans psychologique et psychiatrique du fait des événements traumatiques vécus avant et/ou pendant leur émigration et présentaient, pour ces raisons, une prévalence élevée de troubles anxieux, dépressifs, d'états de stress post-traumatique, de psychoses et de troubles de la personnalité comme l'hyperémotivité et l'hypersensibilité[206].

Face à ces besoins de santé très importants, il est essentiel de mettre en œuvre une prise en charge renforcée, s'appuyant sur une expertise singulière ainsi qu'une action coordonnée des secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux afin que chaque enfant puisse bénéficier d'un suivi adapté et sans rupture, aussi longtemps que nécessaire, pour assurer son bon développement.

### 7.5.2. Du fait de ressources médicales limitées, une prise en charge actuellement insuffisante engendrant un coût social important

La prise en compte des besoins de santé des enfants protégés est actuellement prévue par plusieurs dispositions juridiques spécifiques. Depuis la loi du 14 mars 2016 complétée par celle du 7 février 2022, la réalisation d'un « bilan de santé et de prévention » est obligatoire à l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan, pris en charge par l'Assurance Maladie, *« permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné »* dans le cadre d'un parcours de soins. En 2021, la HAS relevait toutefois que seulement 28 % des conseils départementaux auraient rendu ce bilan systématique[207].

La loi du 14 mars 2016 prévoit par ailleurs que les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) se dotent d'un médecin référent chargé d'organiser la coordination du parcours de santé des enfants entre les services départementaux (la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes) et les médecins libéraux et hospitaliers, ainsi que les médecins de santé scolaire du département. Le 16e rapport de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) souligne cependant les limites actuelles de ce dispositif pourtant essentiel : les difficultés de recrutement à ce poste, pourtant clé, de médecin référent, ainsi que celles de construire des liens solides avec les professionnels et les établissements de santé du territoire nécessaires au suivi de proximité des enfants en protection de l'enfance. Une enquête réalisée par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 2019[208] a ainsi montré que 43 % des départements répondants n'avaient pas désigné de médecin référent « protection de l'enfance ». Le manque de ressources médicales et paramédicales (pédopsychiatres, psychologues et infirmiers notamment) en protection de l'enfance est ainsi identifié comme l'un des principaux freins à l'accès aux soins des enfants en protection de l'enfance.

D'autres limites sont également identifiées, telles que la difficulté pour les professionnels de santé de prendre en charge ces enfants en raison d'un manque de formation, voire de freins administratifs, l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie des consultations de psychologues libéraux et de psychomotriciens pourtant essentielles dans le parcours de soins de nombreux enfants, la saturation des services de pédiatrie et de pédopsychiatrie, la répartition inégale des centres médicopsychologiques (CMP) sur le territoire, ou encore la réticence de certains professionnels de santé à prendre en charge des enfants bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).

204 Drees, 2 500 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance, *Étude et résultats* n° 1230, Mai 2022.

205 Drees, L'aide sociale à l'enfance Edition 2023, Les dossiers de la DREES n° 115, Octobre 2023.

206 ANESM, L'accompagnement des mineurs non accompagnés dits « mineurs isolés étrangers », Juin 2017.

207 HAS, Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie, Note de cadrage, Avril 2021.

208 Igas, *Évaluation de la politique de prévention en protection de l'enfance*, Tome 1, 2018.

L'accès aux soins psychiatriques est particulièrement difficile, celui-ci intervenant généralement de manière trop tardive et en urgence, dans le cadre de parcours marqués par les ruptures de prise en charge. Ces situations d'urgence n'ayant pas été prévenues à travers un suivi régulier en ambulatoire, le sont généralement à l'occasion d'états de crise mettant en difficulté les structures d'accueil et conduisant à une hospitalisation des enfants de la protection de l'enfance au sein des services de pédopsychiatrie ou de pédiatrie. Dans un rapport de 2023 visant à quantifier les besoins de soins psychiques infanto-juvéniles, la Cour des comptes souligne ainsi *« la très forte surreprésentation »* des enfants relevant d'une mesure de l'ASE au sein des services de psychiatrie : *« alors même qu'ils ne représentent que 2 % des mineurs en France, ils constitueraient, selon les professionnels, jusqu'à la moitié des adolescents hospitalisés à temps complet en particulier pour des troubles du comportement et des syndromes dépressifs*[209] *»*. Le premier facteur mis en avant par la HAS[210] pour expliquer ce recours en urgence réside dans les délais d'accès trop importants à des consultations ambulatoires en pédopsychiatrie, notamment en CMP et en centres médicopsychopédagogiques (CMPP), ces derniers pouvant être de plusieurs mois voire de plus d'une année dans certaines régions.

Par ailleurs, le manque de coordination entre les secteurs social et sanitaire constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins des enfants protégés, qui doit impérativement être pensé de manière coordonnée et transversale. Dans le cadre du programme « psychiatrie et santé mentale », la HAS s'est autosaisie en 2021 en vue d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques organisationnelles de coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie[210]. La note de cadrage correspondante, élaborée sur la base d'auditions réalisées avec les professionnels des secteurs concernés, fait en effet état de l'insuffisance de l'échange et du partage d'information entre les services de protection de l'enfance et les services de pédopsychiatrie et de l'absence d'une approche commune de la prise en charge des enfants, qui seraient principalement le résultat d'une méconnaissance réciproque des acteurs des deux champs. Le manque de lisibilité de l'environnement institutionnel de la psychiatrie et de la santé mentale (compétence et périmètre des différents acteurs, articulation entre les diverses structures…) est également souligné. Les besoins spécifiques, notamment en santé, des enfants protégés nécessitent pourtant précisément une prise en charge transversale, qui soit à la fois sociale et sanitaire.

Cette insuffisance de prise en charge des besoins de santé spécifiques des enfants accompagnés par l'ASE génère un coût social non négligeable. Comme le rappelle l'Organisation des Nations unies (ONU)[211], il est de plus en plus reconnu que la violence contre les enfants entraîne de lourds coûts économiques pour l'individu, la communauté et la société. Ces coûts sont de deux ordres : les coûts directs et indirects. Les premiers sont plus facilement quantifiables et découlent entre autres des coûts liés au traitement des affections physiques et psychiques dont souffrent les adultes ayant été victimes de violences durant leur enfance. Les coûts futurs indirects sont *« moins immédiatement apparents, mais peuvent néanmoins être d'une ampleur beaucoup plus grande »*. Ils sont essentiellement dus aux *« pertes de productivité liées à la manière dont la violence peut entraver le développement de l'enfant »*.

Ainsi, les conséquences sur la santé attribuables aux expériences adverses durant l'enfance (ACE) en 2017 ont entraîné une perte annuelle estimée à 37,5 millions de DALY (*Disability-Adjusted Life Years*, espérance de vie corrigée de l'incapacité) pour un coût de 1,3 milliard de dollars représentant 3,6 % du produit intérieur brut (PIB) pour l'Amérique du Nord et 2,7 % pour l'Europe[212]. 75 % de ces coûts concernent les adultes ayant vécu plus de 2 ACE (16 % des enfants vivant en Europe sont ou seront confrontés à plus de 4 ACE au cours de leur enfance). Pour ce qui concerne la France, une étude parue dans *The Lancet* en 2021[213] mettait en évidence un coût des ACE de 38 milliards de dollars par an et 1 million de DALY représentant ainsi 1,4 % du PIB. Plus spécifiquement, le coût estimé à l'âge adulte en cas d'absence de prise en charge de la santé dans l'enfance est multiplié par trois d'après une autre étude réalisée en France[214].

209 Cour des comptes, La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, 2023.

210 HAS, Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie, Note de cadrage, Avril 2021.

211 ONU, Représentante spéciale chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants, Coûts économiques de la violence contre les enfants, Juillet 2015.

212 Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2019 Oct;4(10):e517-e528. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30145-8. Epub 2019 Sep 3. PMID: 31492648; PMCID: PMC7098477.

213 Hughes K, Ford K, Bellis MA, Glendinning F, Harrison E, Passmore J. Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2021 Nov;6(11):e848-e857. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00232-2. PMID: 34756168; PMCID: PMC8573710.

214 Prigent A, Vinet MA, Michel M, Rozé M, Riquin E, Duverger P, Rousseau D, Chevreul K. The cost of child abuse and neglect in France: The case of children in placement before their fourth birthday. Child Abuse Negl. 2021 Aug;118:105129. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105129. Epub 2021 May 28. PMID: 34058479.

En revanche, différentes études montrent qu'une prise en charge précoce de la santé des enfants en protection de l'enfance permettrait des économies majeures à moyen et long terme. Pour exemple, une étude publiée récemment[215] mettait en évidence le fait que chaque dollar dépensé en traitement dans un programme de prise en charge précoce des enfants et adolescents victimes de violences sexuelles se traduisait par une économie de coûts moyenne de 11,60 dollars.

### Bilan des expérimentations « article 51 » : Pegase et Santé protégée

Partant du constat de la prise en charge actuellement insuffisante des besoins de santé spécifiques des enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance (ASE), deux expérimentations ont été menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 afin d'apporter des réponses adaptées : l'expérimentation Santé protégée et l'expérimentation Pegase.

Encadré 19 : Les expérimentations Santé protégée et Pegase

Pegase, pour « programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance », est une expérimentation portée par l'Association Saint-Exupéry pour la recherche en protection de l'enfance. L'objectif de cette expérimentation est de structurer le suivi sanitaire des enfants placés pris en charge dans des pouponnières sociales en proposant un parcours de soins adapté. Ce parcours vise à répondre aux insuffisances actuelles du suivi médical de ces enfants et à prévenir l'apparition et les conséquences de retards de développement et de problèmes de santé physique et psychique.

Après 5 années d'expérimentation, 707 enfants ont été inclus dans l'expérimentation (soit 74,5 % de l'objectif cible). Le parcours Pegase s'est déployé dans 13 des 15 pouponnières initialement volontaires et a montré qu'il facilitait la mise en œuvre de bilans obligatoires. Il propose également un suivi renforcé pour des enfants à risque majoré. Avec un taux de réalisation d'une majorité des bilans prévus dans le parcours (estimé à 73 %), le parcours proposé a démontré sa pertinence et son efficacité, atteignant en partie ses objectifs en termes d'accès aux soins (médicaux et précoces) et de suivi de santé plus structuré et continu, avec la création d'un dossier numérique assurant une traçabilité des parcours.

Le programme répond à un enjeu de santé publique en lien avec la santé et le développement des enfants ciblés (intervention précoce). À date, il a su implanter un volet santé dans des établissements médicosociaux, voire sociaux uniquement. Sa mise en place demande toutefois une évolution importante des pratiques, avec la mise en lien et la coordination de différents acteurs (néonatalogie, santé de l'enfant et handicap) et de secteurs bien souvent cloisonnés (secteur sanitaire et champs médicosocial et social), mais également certainement une évolution du cadre institutionnel national.

L'expérimentation Santé protégée, initiée à l'Unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger (UAPED) du centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes et copilotée par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), vise à créer un parcours de soins coordonnés incluant une prise en charge somatique et psychique précoce (une évaluation puis son actualisation annuelle par un médecin généraliste ou un pédiatre), reposant sur la création d'un forfait annuel pour chacun des enfants et adolescents protégés ainsi que pour les jeunes suivis par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

Fin 2023, 20 % de l'ensemble des mineurs protégés des départements expérimentateurs avaient bénéficié de la réalisation d'un bilan de santé (contre 34 % ciblés avant le début de l'expérimentation). En termes de résultats, les soins caractérisant des situations dégradées baissent significativement grâce à ce parcours (hospitalisations toutes causes, passages aux urgences, consultations médicales d'urgence) et la prise en charge courante s'améliore (augmentation significative du nombre de consultations annuelles en médecine générale ou pédiatrique, de la part de patients consultant en otorhinolaryngologie – ORL – et en orthophonie).

Les professionnels de santé comme ceux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) partagent unanimement l'intérêt de la mise en place d'un dispositif structuré, coordonné face aux déficits constatés dans la prise en charge des mineurs protégés. Cependant, une organisation standardisée, une gouvernance nationale et un coportage politique et opérationnel ainsi que des outils informatiques de coordination restent à améliorer pour garantir l'engagement de ces professionnels.

## 7.5.3. Mieux coordonner le parcours de soins des enfants pris en charge par l'aide sociale à l'enfance pour leur garantir un suivi médical effectif

Face au constat que l'ensemble des enfants de l'ASE ne bénéficient actuellement pas d'un suivi médical satisfaisant, il est proposé de renforcer leur prise en charge médicale en identifiant, dans chaque département, une entité compétente sur le volet sanitaire en soutien de l'ASE. Celle-ci assurerait une fonction de coordination, d'animation et d'adressage vers l'ensemble des professionnels de santé du territoire. Cette entité, identifiée sur

215 Pazderka H, Reeson M, Polzin W, Jin J, Hnatko G, Wei Y, Agyapong VIO, Greenshaw AJ, Ohinmaa A, Silverstone PH. Five year cost savings of a multimodal treatment program for child sexual abuse (CSA): a social return on investment study. *BMC Health Serv Res*. 2022

la base d'un cahier des charges permettant de s'adapter aux spécificités de chaque territoire, pourrait prendre des formes diverses (établissements de santé – ES – ou établissements et services médicosociaux – ESMS – existants, structures de ville de type PMI – protection maternelle et infantile –, centres de santé spécifiques…) et ferait l'objet d'une gouvernance partagée entre les départements et les agences régionales de santé (ARS).

Cette entité départementale pourrait ainsi être chargée d'effectuer des bilans de santé pour évaluer régulièrement les besoins de chaque enfant et les orienter vers des soins adaptés, allant d'une prise en charge en ville pour des besoins courants (soins dentaires, médecine spécialisée) à une prise en charge de long cours ou en urgence au sein d'établissements spécialisés. Elle pourrait aussi jouer le rôle de structure coordinatrice d'un parcours en ville faisant intervenir des professionnels de santé non conventionnés, sur le modèle des expérimentations Santé protégée et Pegase.

### Proposition 9 : Améliorer la prise en charge de la santé mentale des adolescents et jeunes adultes chez qui la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs augmente fortement

- Mener un diagnostic approfondi et partagé sur l'usage croissant des psychotropes, ses causes et ses conséquences pour construire un plan ambitieux dans ce domaine.
- Renforcer l'accompagnement des médecins généralistes en diffusant des modules de formation dédiés aux troubles en santé mentale des jeunes patients ainsi qu'à la juste prescription de psychotropes.
- Favoriser la structuration territoriale de parcours en santé mentale permettant des prises en charge plus rapides grâce à une meilleure coordination des différents acteurs (médecins et psychologues libéraux, centres médicopsychopédagogiques – CMPP –, établissements de santé, etc.).

### Proposition 10 : « Agir pour le cœur des femmes » en organisant un dépistage systématique du risque cardiovasculaire chez la femme ménopausée

- Systématiser le repérage et le dépistage des risques de maladies cardiovasculaires et associées pour les femmes entrant dans la ménopause, en lien avec « Mon bilan prévention ».
- Accompagner l'action du Bus du Cœur des Femmes auprès des femmes éloignées du système de santé.

### Proposition 11 : Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'endométriose, en participant à l'évaluation de l'Endotest® dans la perspective de sa généralisation

- Financer et piloter une étude médico-économique à partir des données de l'Assurance Maladie, en complément de l'étude clinique interventionnelle demandée à l'industriel par la Haute Autorité de santé (HAS), chez toutes les patientes qui auront bénéficié du dispositif Endotest® dans le cadre du forfait innovation, afin d'évaluer les bénéfices éventuels du test sur le parcours diagnostique et thérapeutique des femmes.
- Poursuivre les actions d'accompagnement des professionnels de santé pour mieux identifier les situations relevant de l'affection de longue durée (ALD) et améliorer la reconnaissance de la maladie.
- Réaliser une étude sur le reste à charge des femmes atteintes d'endométriose.
- Dans les suites de la convention médicale, expérimenter une procédure construite pour la chirurgie de l'endométriose en permettant le cumul d'actes CCAM (classification commune des actes médicaux) entre eux sur une liste fermée.

### Proposition 12 : Soutenir le développement des Maisons des femmes, structures médicosociales dédiées à l'accueil et à la prise en charge des femmes victimes de violences

- Revaloriser les dotations qui leur sont versées et les rendre proportionnelles à l'activité des Maisons des femmes.
- Organiser l'intervention de psychologues dans les Maisons des femmes *via* le dispositif « Mon soutien psy ».

### Proposition 13 : Permettre à chaque enfant relevant de la protection de l'enfance (aide sociale à l'enfance – ASE) de bénéficier d'un accompagnement spécifique pour sa santé somatique et psychique

- Établir, dans chaque département, une entité en soutien de l'ASE sur les volets sanitaire et médicosocial afin d'effectuer les bilans de santé somatiques et psychiques, d'évaluer et de suivre les besoins de chaque enfant, et de coordonner une prise en charge adaptée et graduée impliquant les professionnels de ville.

### Proposition 14 : Former et accompagner les parents d'enfant atteint de troubles du neurodéveloppement (TSA, TDAH, TDI, Dys, etc.) en remboursant pour la première fois les séances de « guidance parentale » dédiées spécifiquement aux parents

- Dans le parcours de rééducation de l'enfant organisé par les *« plateformes de coordination et d'orientation [PCO] pour suspicion du trouble du neurodéveloppement (TND) chez les enfants de 0 à 12 ans »*, introduire un forfait pour des séances de guidance parentale remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie. Il s'agit de dédier du temps de professionnels de santé à la formation des parents aux stratégies éducatives qu'ils peuvent mettre en place au quotidien pour soutenir le développement de leur enfant.
- Expérimenter l'utilisation d'un outil numérique de référence de guidance parentale gratuit pour les parents.

# 8. Renforcer l’accès aux soins et améliorer l’organisation du système de santé

Les professionnels de santé doivent répondre chaque jour à des besoins de soins croissants (augmentation du nombre de patients en affection de longue durée – ALD –, vieillissement de la population). Face à cette situation, il est crucial de les aider dans la structuration de leur offre et d'œuvrer pour la mise en place de régulations efficaces afin de garantir que les ressources humaines et financières du système de santé soient allouées au plus près des besoins.

Ainsi, le rapport Charges et produits pour 2025 présente des analyses en faveur d'une meilleure régulation de l'offre de soins non programmés, la gestion de l'accès direct aux professionnels de santé et l'approfondissement de la structuration offerte par l'exercice coordonné.

## 8.1. Centres de santé : perspectives d'évolution du modèle économique

### 8.1.1. Le développement constant des centres de santé malgré un modèle économique fragile

Les centres de santé, structures sanitaires de proximité, sont des acteurs indispensables à la réduction des inégalités d'accès aux soins et à l'amélioration de la prise en charge des patients sur l'ensemble du territoire. Ils appliquent les nomenclatures « de ville » applicables aux professionnels de santé libéraux et, en complément, un accord national des centres de santé a été signé le 8 juillet 2015 entre les organisations représentatives des gestionnaires des centres de santé et l'Assurance Maladie. Depuis, cet accord a été complété par cinq avenants dont le dernier en date a été conclu le 30 novembre 2023.

En 2023, 2 899 centres de santé sont adhérents à l'accord national. Ils sont répartis de la manière suivante :

- 1 252 centres de santé dentaire ;
- 448 centres de santé infirmiers ;
- 333 centres de santé médicaux ;
- 866 centres de santé polyvalents (avec ou sans auxiliaire médical).

Tableau 21 : Évolution du nombre de centres de santé par type de centre, entre 2020 et 2023

| Catégorie de centre de santé | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|---|---|---|---|---|
| Centres de santé dentaires | 896 | 1 050 | 1 199 | 1 252 |
| centre de santé infirmier | 496 | 488 | 467 | 448 |
| Centre de santé médical | 183 | 226 | 307 | 333 |
| Centre de santé polyvalent Avec auxiliaires médicaux | 437 | 529 | 617 | 664 |
| Centre de santé polyvalent Sans auxiliaires médicaux | 109 | 140 | 159 | 202 |
| Total | 2 121 | 2 433 | 2 749 | 2 899 |

*Source : Cnam (plateforme e-CDS)*

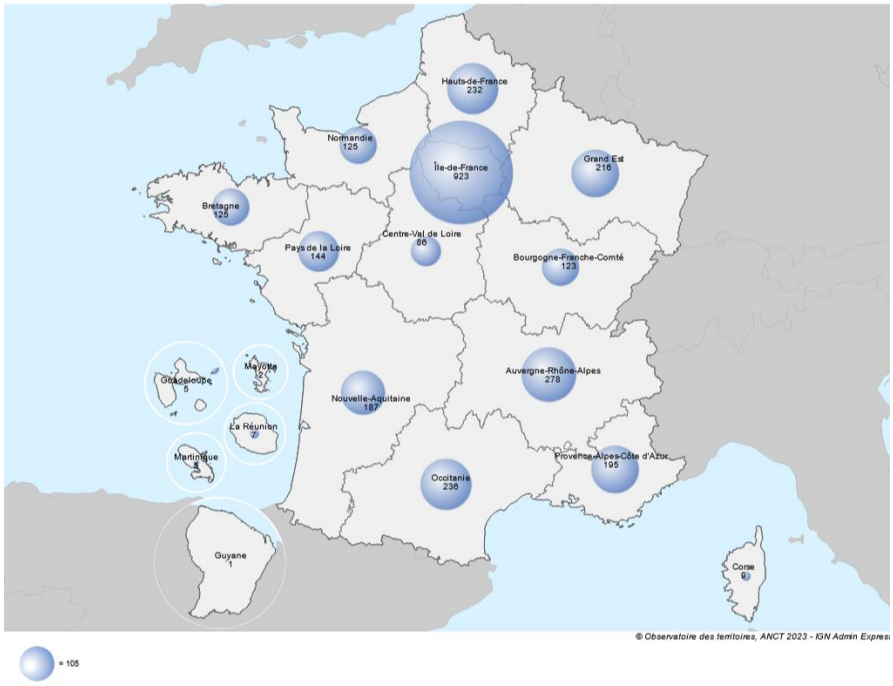
On observe ainsi une majorité de centres de santé dentaire. Pour réguler leur installation et dans les suites des dispositions prévues par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, l'avenant 5 à l'accord national des centres de santé a instauré un principe de régulation du conventionnement des centres de santé situés en zones « non prioritaires » (terme pour désigner les zones surdotées) en chirurgiens-dentistes.

Ainsi, à partir du 1er janvier 2025 :

- plus aucun conventionnement pour l'installation d'un nouveau centre de santé dentaire dans les zones non prioritaires ne sera possible ;
- les centres de santé dentaire et les centres de santé polyvalents avec activité dentaire installés en zones non prioritaires ne pourront plus augmenter leur nombre d'équivalents temps plein (ETP) chirurgiens-dentistes omnipraticiens salariés.

Les centres de santé demeurent fortement concentrés en Île-de-France (923 centres de santé adhérant à l'accord national et ayant complété les informations relatives à la rémunération sur la plateforme nationale e-CDS en 2023). Ils sont également nombreux en Auvergne-Rhône-Alpes (278 centres de santé adhérant à l'accord national et ayant complété les informations relatives à la rémunération sur la plateforme nationale e-CDS en 2023).

Figure 97 : Répartition géographique des centres de santé adhérents à l'accord national et ayant complété la plateforme e-CDS (Atih), en 2023




*Source : Cnam (plateforme e-CDS)*

## Une patientèle plus précaire et moins suivie par un médecin traitant prise en charge dans les centres de santé

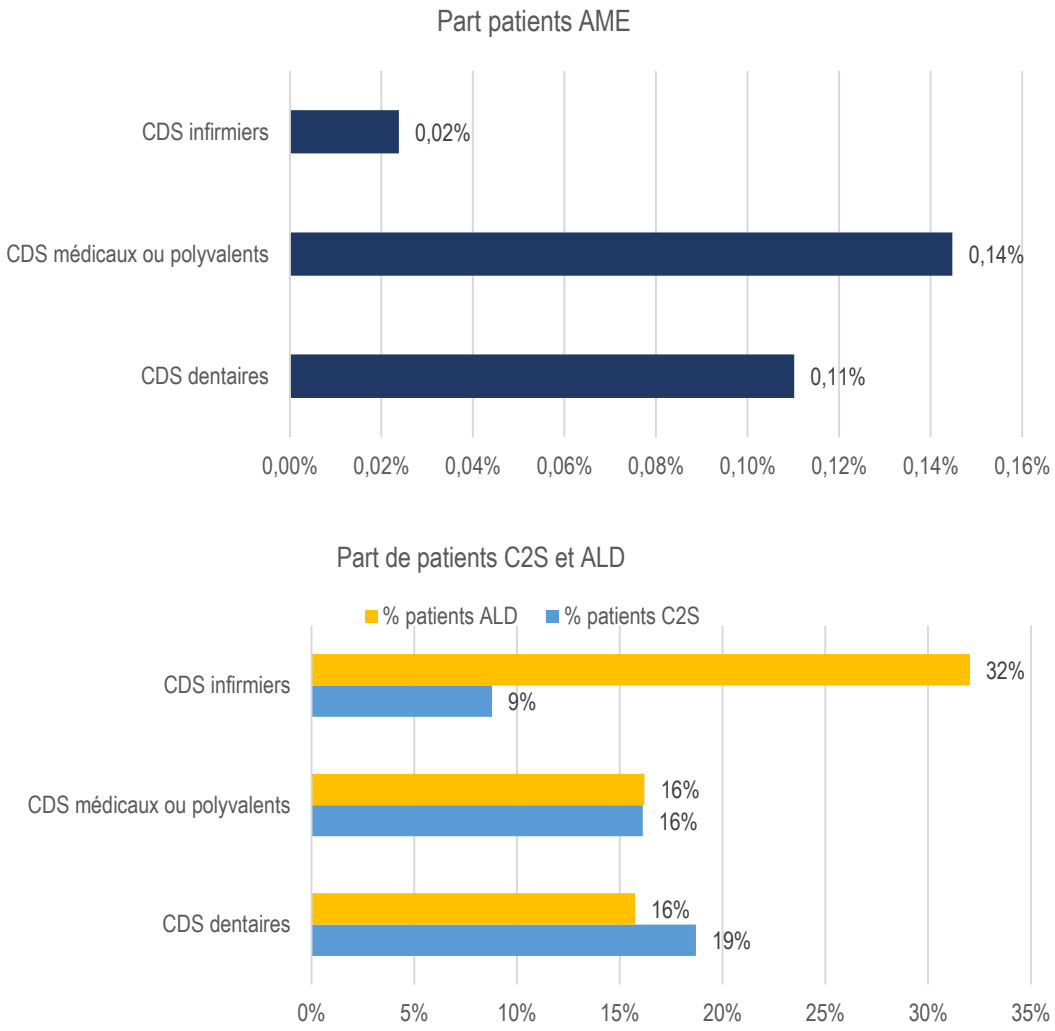
Les centres de santé se distinguent nettement des autres structures et cabinets libéraux, notamment par la spécificité de la patientèle. En effet, le degré de précarité sociale de la patientèle ressort comme étant plus nettement élevé que pour l'exercice libéral au niveau national.

En moyenne, les centres avaient un taux de patientèle bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État (AME) de 18,2 %, soit près du double du taux moyen national. En effet, en 2022, les taux moyens nationaux de patientèle bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire et AME étaient respectivement de 9,6 % et de 0,4 % en 2022, soit un taux moyen national global de 10 %.

La patientèle fréquentant les centres de santé semble être moins fréquemment suivie par un médecin traitant. En centre de soins infirmiers, 10 % des patients n'ont pas de médecin traitant et seul 1,2 % des patients ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant. En centre de santé polyvalent ou médical, 16 % des patients n'ont pas de médecin traitant et 12,6 % ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant.

Parmi les patients avec au moins un acte ou une consultation en centre de santé en 2022, 9 % ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant. En ce qui concerne la patientèle « médecin traitant », le médecin n'est pas déclaré individuellement comme étant le médecin traitant du patient, mais, en centre de santé, c'est la structure dans son ensemble qui est déclarée médecin traitant du patient. Ce faible nombre de déclarations du centre de santé comme médecin traitant s'explique en partie par la procédure de déclaration d'un médecin traitant exerçant en centre. En effet, jusqu'à récemment, les médecins salariés de centre de santé n'avaient pas accès à un téléservice de déclaration en ligne du médecin traitant ; la déclaration était uniquement papier, ce qui donnait lieu à des retards voire des abandons face à la lourdeur de la procédure. Cela impliquait par ailleurs une perte de recettes pour les centres de santé s'agissant du forfait « patientèle médecin traitant ».

Figure 98 : Part des patients bénéficiant d'une prise en charge par l'aide médicale de l'État, la Complémentaire santé solidaire (AME/C2S) et l'affection longue durée (ALD) vus par un centre de santé, en 2022




*Source : Cnam (SNDS, DCIR)*

## Un modèle économique fragile

L'équilibre économique et financier des centres de santé dépend de multiples facteurs et la productivité des médecins est l'un des principaux déterminants de cet équilibre.

En ce qui concerne l'activité, une grande variabilité entre la file active et la patientèle « médecin traitant » des médecins libéraux et des médecins salariés exerçant en centre de santé est observée. En effet, le ratio médian de la file active « médecin généraliste » pour les centres de santé s'établissait à 1 481 patients avec de forts écarts de distribution : un quart des centres avaient une file active « médecin généraliste » supérieure ou égale à 2 655 patients en 2022 et un quart une file active inférieure à 972 patients. La file active médiane pour les médecins généralistes libéraux[216] était de 1 556 en 2022. On constate également une forte variabilité pour les médecins libéraux : un quart des médecins généralistes installés avaient une file active supérieure ou égale à 2 027 en 2022, tandis qu'un autre quart avaient une file active inférieure à 1 170 la même année.

En lien avec cette activité, mais également avec des structures de charge de ces centres, l'équilibre économique et financier des centres de santé polyvalents est aujourd'hui fragile ; selon les données déclaratives disponibles sur la plateforme Atih, le déficit moyen d'exploitation s'établit à près de 10 % des dépenses ; celui-ci est cependant très variable, mais seul un tiers des centres de santé dégagent un excédent. Face à ces constats,

216 Hors médecins à expertise particulière (MEP) actifs et conventionnés au 31 décembre 2023, ayant au moins un patient médecin traitant adulte, et ayant réalisé au moins un acte clinique dans l'année, et hors ceux installés dans l'année, dont une part a dû travailler à temps partiel ou sur une durée limitée dans l'année.

l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) réalise actuellement des travaux sur le nouveau modèle économique des centres de santé.

### 8.1.2. Des rémunérations forfaitaires spécifiques des centres de santé en augmentation

#### La rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé

L'accord national des centres de santé prévoit le versement d'une rémunération forfaitaire spécifique conditionnée à l'atteinte d'indicateurs socles et prérequis (accessibilité du centre, fonction de coordination, système d'information labellisé par l'Agence du numérique en santé – ANS).

Au titre de l'année 2023, 2 241 centres de santé (ou regroupements de centres) obtiennent une rémunération, soit 79 % des centres de santé conventionnés (80 % des centres de santé polyvalents ; 72 % des centres de santé médicaux ; 81 % des centres de santé dentaire ; 76 % des centres de soins infirmiers).

Au total, pour ces structures, l'Assurance Maladie a versé 95 millions d'euros au titre de 2023 contre 94,5 millions d'euros au titre de 2022 et 71 millions d'euros au titre de 2021.

En moyenne, les centres de santé ont perçu une rémunération égale à 42 645 euros au titre de 2023 (versée en 2024).

Le montant moyen par type de centre de santé reste plus important en centre de santé polyvalent avec 70 747 euros. On constate une baisse de la rémunération pour les centres de soins infirmiers (qui s'explique par la diminution continue du nombre de centres de santé en activité).

Tableau 22 : Montants des rémunérations versées aux centres de santé (CDS) au titre de l'année 2023 et évolution entre 2022 et 2023

| | Polyvalents | Médicaux | Dentaire | Infirmiers | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Nb total de CDS 2023 | 836 | 328 | 1 225 | 446 | 2 835 |
| Montant total 2023 | 47 M€ | 11 M€ | 25 M€ | 11 M€ | 95 M€ |
| % Variation rémunération 23//22 | - 1 % | 19 % | 5 % | - 14 % | 1 % |
| Nb de CDS rémunérés | 671 | 237 | 994 | 339 | 2 241 |
| Montant moyen par CDS | 70 747 € | 47 300 € | 25 153 € | 35 058 € | 42 645 € |

*Source : données e-CDS*

#### Autres rémunérations forfaitaires

Outre la rémunération forfaitaire fixée à l'accord national, les centres de santé peuvent prétendre aux rémunérations forfaitaires conventionnelles prévues par la convention nationale des médecins libéraux.

Depuis 2017, le nombre de centres de santé bénéficiant de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) a été multiplié par 2,6.

Tableau 23 : Évolution des montants de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) versée aux centres de santé (CDS), de 2017 à 2023

| Année | Nombre de CDS rémunérés | Montant total | Montant par centre |
|---|---|---|---|
| 2017 | 369 | 2 771 996 € | 7 512 € |
| 2018 | 436 | 3 339 807 € | 7 660 € |
| 2019 | 511 | 4 036 381 € | 7 899 € |
| 2020 | 520 | 4 007 995 € | 7 707 € |
| 2021 | 681 | 4 985 286 € | 7 321 € |
| 2022 | 822 | 5 912 988 € | 7 193 € |
| 2023 | 950 | 7 063 243 € | 7 435 € |

*Source : données Cnam*

### 8.1.3. Proposition d'évolution du modèle économique des centres de santé polyvalents

L'équilibre économique et financier des centres de santé polyvalents est aujourd'hui fragile ; selon les données déclaratives disponibles sur la plateforme Atih, le déficit moyen d'exploitation s'établit à près de 10 % des dépenses ; celui-ci est cependant très variable, mais seul un tiers des centres de santé dégagent un excédent.

Cet équilibre dépend en effet de multiples facteurs et en premier lieu de la productivité des médecins. Il est donc notamment proposé de lier davantage les rémunérations des centres de santé sur l'activité réalisée.

À la suite de l'avenant 5 à la convention nationale (signature en décembre 2023), l'Assurance Maladie souhaite engager dans les prochains mois des discussions avec les partenaires conventionnels afin d'adapter le modèle économique des centres dans les suites de la mission de l'Igas sur l'« Évaluation du modèle économique des centres de santé pluriprofessionnels » et en tenant compte des premiers résultats des expérimentations « article 51 ».

Par ailleurs, l'analyse de la situation économique, financière et de l'organisation actuelle des centres de santé devrait amener l'Assurance Maladie, en concertation avec les représentants des centres de santé, à faire émerger un nouveau modèle de financement pour les centres de santé dont les professionnels s'engagent, organisent et mettent en pratique le partage des tâches notamment entre médecins généralistes et infirmiers.

Enfin, cette négociation devra permettre de mieux prendre en compte la spécificité de la patientèle des centres de santé en renforçant les rémunérations liées à la précarité.

## 8.2. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : perspectives d'évolution de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles

### 8.2.1. Le développement constant des maisons de santé pluriprofessionnelles

La prise en charge coordonnée des patients dans le cadre des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) contribue à l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, conforte l'offre de soins de premier recours, et améliore la continuité du parcours de soins du patient entre les secteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux.

Le mode d'exercice regroupé est aujourd'hui privilégié par les jeunes diplômés et permet d'attirer des professionnels de santé au sein des territoires en tension d'un point de vue démographique.

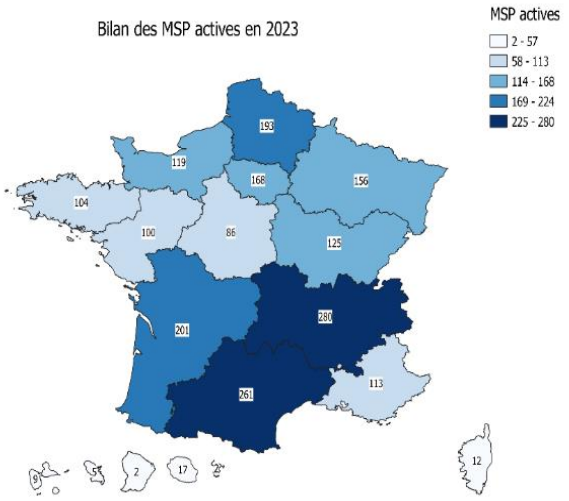
Le développement et la structuration des maisons de santé pluriprofessionnelles sont soutenus par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI MSP) signé le 20 avril 2017 (publié le 5 août 2017 au *Journal officiel*) par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les représentants d'organisations représentatives des médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, pédicures-podologues, centres de santé et fournisseurs d'appareillage.

Depuis, cet accord a été complété par un avenant signé le 4 mars 2022 (publié le 3 août 2022 au *Journal officiel*). Cet accord fixe notamment le principe d'une rémunération conventionnelle versée aux structures, modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de trois axes : l'accès aux soins, le travail en équipe et l'utilisation d'un système d'information partagé.

Pour pouvoir prétendre à une rémunération, chaque structure doit respecter des indicateurs socles et prérequis : horaires d'ouverture et soins non programmés/réponses aux crises sanitaires graves/fonction de coordination/système d'information niveau standard.

Le développement des MSP est dynamique sur le territoire avec un objectif public de 4 000 MSP à l'horizon 2027[217]. Au titre de l'année 2023, l'Assurance Maladie a recensé 1 953 MSP adhérentes à l'ACI. Les maisons de santé demeurent fortement concentrées en Auvergne-Rhône-Alpes (280 MSP adhérentes à l'ACI) et en Occitanie (216 MSP adhérentes à l'ACI).

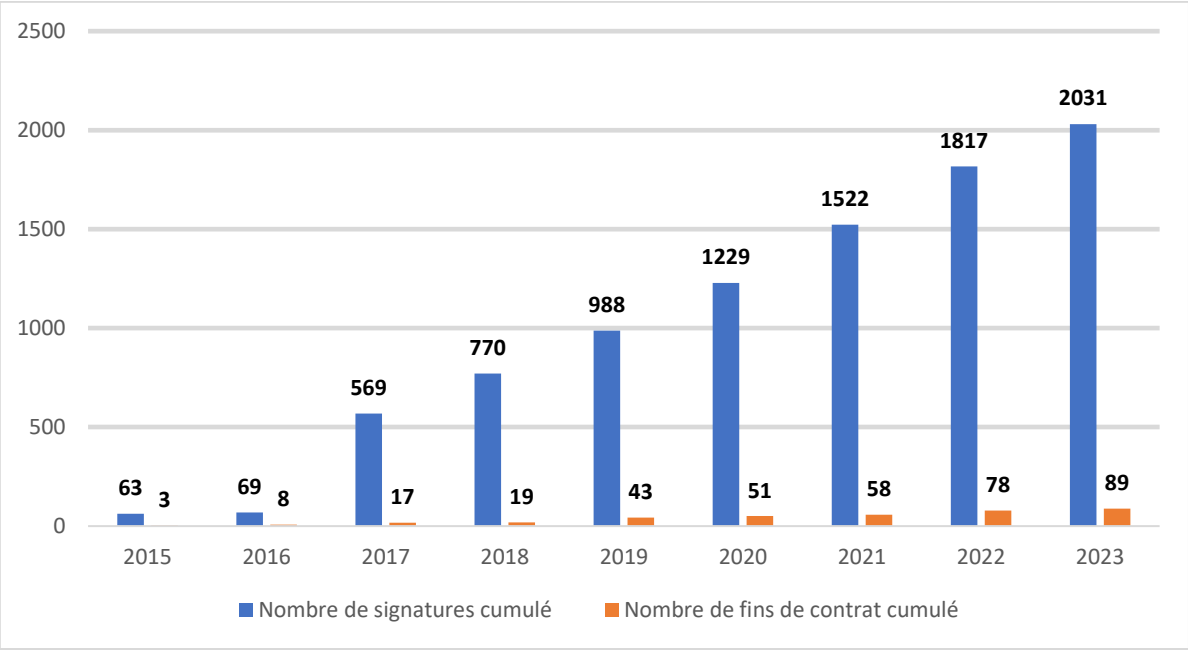
Figure 99 : Répartition géographique des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) adhérentes à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), en 2023




*Source : Cnam (outil SoinsProxi)*

217 Plan d'action « 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles » juin 2023 – ministère en charge de la Sécurité sociale.

Figure 100 : Évolution du nombre de signatures (en date d'effet) et de fins de contrat ACI MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) de 2015 à 2023




*Source : Cnam (outil SoinsProxi)*

Les professionnels de santé les plus représentés dans les MSP sont les infirmiers et les médecins généralistes. Les masseurs-kinésithérapeutes sont également bien représentés.

Tableau 24 : Nombre et répartition des professionnels de santé exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) au 31 décembre 2023

| Profession | Effectif | % |
|---|---|---|
| Infirmier diplômé d'État | 11 722 | 29 % |
| Médecin généraliste | 9 082 | 23 % |
| Masseur-kinésithérapeute | 4 964 | 12 % |
| Pharmacien | 2 729 | 7 % |
| Médecin spécialiste | 2 056 | 5 % |
| Orthophoniste | 1 636 | 4 % |
| Pédicure-podologue | 1 384 | 3 % |
| Sage-femme | 1 342 | 3 % |
| Psychologue | 1 256 | 3 % |
| Diététicien | 1 007 | 3 % |
| Chirurgien-dentiste | 892 | 2 % |
| Ostéopathe | 551 | 1 % |
| Autres | 1 354 | 3 % |
| TOTAL | 39 975 | 100 % |

*Source : Cnam (outil SoinsProxi)*

## Des rémunérations forfaitaires spécifiques aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en augmentation

Parmi les 1 953 structures ayant signé un contrat ACI au 31 décembre 2023 et éligibles à la rémunération de l'exercice 2023, 1 918 MSP ont atteint les prérequis et ont bénéficié d'une rémunération. À compter de 2023, La rémunération conventionnelle versée aux structures est modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de trois axes : l'accès aux soins, le travail en équipe et l'utilisation d'un système d'information partagé. Pour pouvoir prétendre à une rémunération, chaque structure doit respecter des indicateurs socles et prérequis : horaires d'ouverture et soins non programmés, réponses aux crises sanitaires graves, fonction de coordination et système d'information niveau standard.

Tableau 25 : Détail de la rémunération conventionnelle versée aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) au titre de l'année 2023

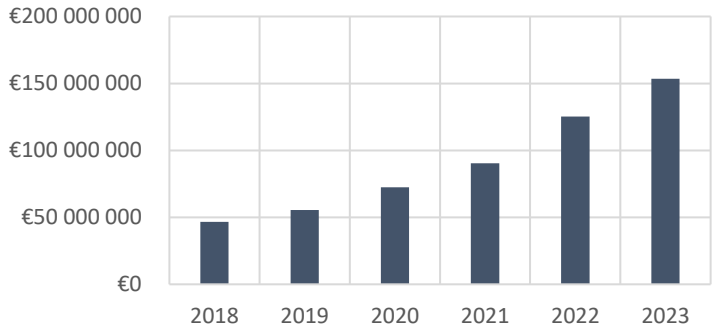
| | 2023 | % évolution 2023/2022 |
|---|---|---|
| Nombre de MSP adhérentes à l'ACI | 1 953 | 11 % |
| Nombre de MSP rémunérées | 1 918 | 11 % |
| Nombre de nouvelles MSP (adhésion dans l'année) | 213 | - 27 % |
| Montant total de la rémunération en euros | 153 M€ | 22 % |
| Montant moyen de la rémunération par MSP (rémunérée) | 80 036 € | 11 % |
| Montant moyen de la rémunération pour les MSP déjà existantes et rémunérées | 84 877 € | 6 % |

*Source : Cnam (outil SoinsProxi)*

En moyenne, les MSP ont perçu 80 040 euros en 2024 (au titre de 2023) contre 72 415 euros en moyenne en 2023 (au titre de 2022), soit une évolution de 11 %. Entre 2018 et 2023, la rémunération des MSP a évolué de 229 %. Cette évolution est liée à l'augmentation du nombre de :

- MSP éligibles à la rémunération (+ 11 % par rapport à 2022) ;
- MSP rémunérées sur l'ensemble de l'année (90 % en 2023 ; 85 % en 2022 : + 5 points) ;
- MSP qui comptent la présence d'infirmiers en pratique avancée (+ 44 % par rapport à 2022), et de patients « médecin traitant » (+ 16 % par rapport à 2022) ;
- MSP rémunérées pour l'indicateur « Préparation du plan de crise sanitaire » (31 % en 2022 contre 99 % en 2023).

Figure 101 : Évolution des rémunérations conventionnelles versées aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) entre 2018 et 2023




*Source : Cnam (outil SoinsProxi)*

### Une évolution dynamique de la patientèle des maisons de santé pluriprofessionnelles

En 2023, 10 millions de patients ont déclaré un médecin traitant exerçant au sein d'une MSP (contre près de 8,7 millions en 2022), soit une hausse de 16 % par rapport à l'année 2022. La patientèle « médecin traitant » moyenne par MSP, définie comme le nombre moyen de patients (quel que soit leur âge) ayant déclaré comme médecin traitant un des médecins associés de la structure et en exercice au 31 décembre, est en hausse constante. De même, le nombre moyen de patients « médecin traitant » par médecin généraliste associé est en augmentation avec 1 160 patients en 2023 contre 1 119 en 2022, soit une évolution de 3,71 %.

Tableau 26 : Évolution de la patientèle « médecin traitant » (MT) en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) de 2021 à 2023

| | Patientèle MT moyenne | Patientèle MT totale | Nb patients MT adultes | Nb patients MT enfants | Nb moyen d'adultes MT | Nb moyen d'enfants MT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **2023** | **5 233** | **10,0 M** | **8,7 M** | **1,4 M** | **4 517** | **716** |
| **2022** | 5 004 | 8,7 M | 7,5 M | 1,2 M | 4 334 | 670 |
| **2021** | 4 943 | 7,2 M | 6,3 M | 0,9 M | 4 308 | 635 |

*Source : données Cnam*

Si la file active moyenne des MSP, entendue comme la moyenne des patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé dans l'année, augmente régulièrement, la part des patients pris en charge par la Complémentaire santé solidaire, l'aide médicale de l'État (AME) et l'affection longue durée (ALD) reste, elle, stable, car la hausse de la file active n'accompagne pas d'une déformation de la structure de la patientèle selon ces critères. Ainsi, les patients bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire représentent 10 % de la file active des MSP, les patients AME 0,3 % et les patients en ALD 22,1 %.

Tableau 27 : Évolution de la part des patients pris en charge par la Complémentaire santé solidaire (C2S), l'aide médicale de l'État (AME) et l'affection longue durée (ALD) et file active moyenne en maisons de santé pluriprofessionnelles, depuis 2021

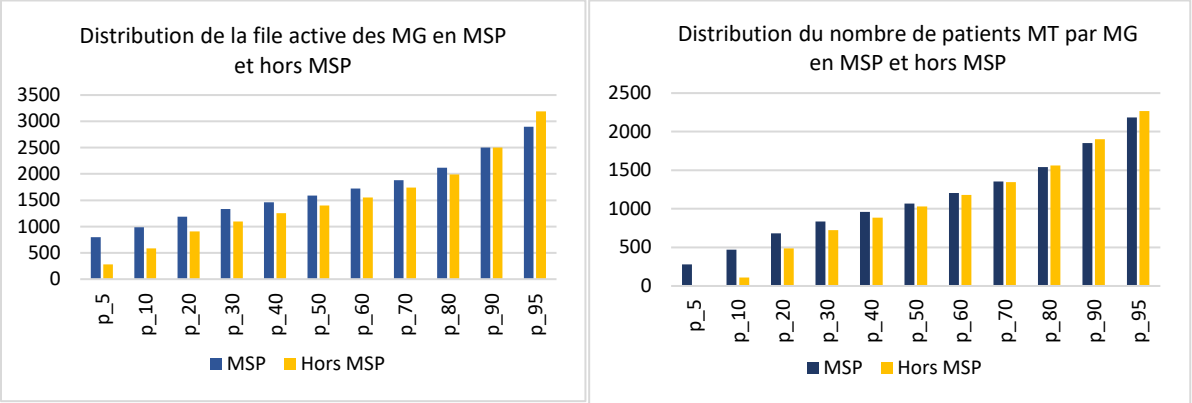
| | File active moyenne | Part des patients C2S | Part des patients AME | Part des patients ALD |
|---|---|---|---|---|
| **2023** | **6 417** | **10,0%** | **0,3%** | **22,1%** |
| **2022** | 6 356 | 9,9% | 0,3% | 21,6% |
| **2021** | 6 102 | 10,1% | 0,3% | 22,3% |

*Source : données Cnam*

## 8.2.2. Comparaison de la patientèle et activité des médecins généralistes en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) par rapport à ceux qui exercent hors MSP

Les médecins généralistes exerçant en MSP présentent des patientèles plus importantes que ceux n'appartenant pas à une telle organisation. C'est le cas à la fois en ce qui concerne la file active (le nombre de patients uniques vus dans l'année) et la patientèle « médecin traitant ». En moyenne, la file active d'un médecin généraliste exerçant en MSP s'élève à 1 690 patients par an alors qu'elle s'élève à 1 550 patients pour les médecins généralistes hors MSP, soit un écart de 9 %. Pour la patientèle « médecin traitant », au 31 décembre 2023, en moyenne 1 140 personnes étaient enregistrées auprès d'un médecin généraliste traitant en MSP et 1 070 patients « médecin traitant » auprès d'un médecin généraliste hors MSP. En moyenne, un médecin généraliste en MSP réalise environ 6 % plus d'actes par an qu'un médecin généraliste hors MSP.

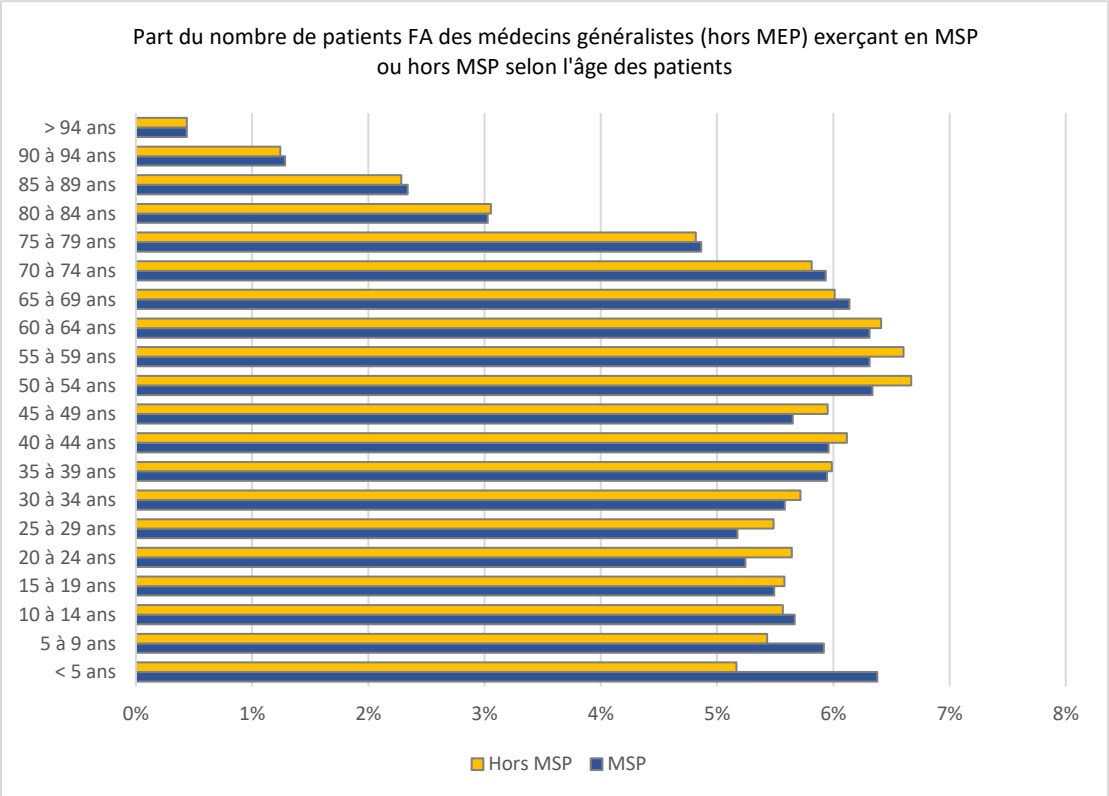
Figure 102 : Distribution de la file active et de patients « médecin traitant » (MT) des médecins généralistes (MG) en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et hors MSP

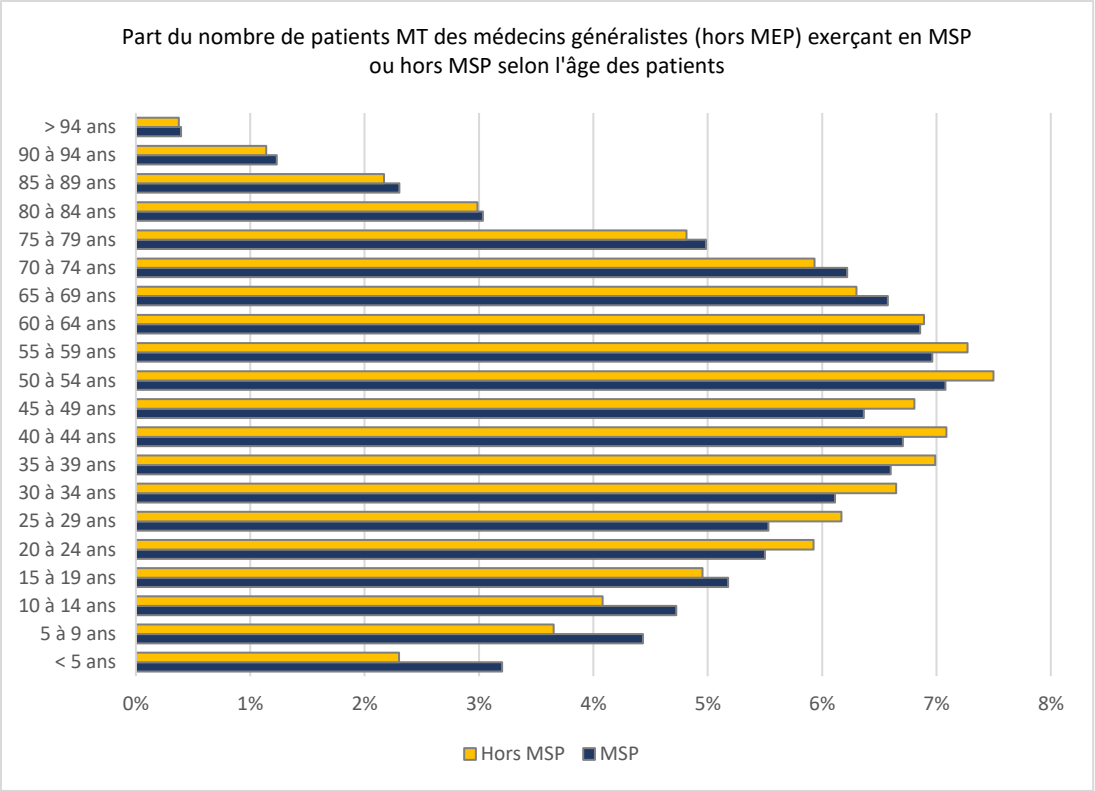



*Champ : médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière) libéraux actifs et conventionnés tous secteurs ; médecins ayant réalisé au moins 1 acte clinique ou technique en 2023 (pour la file active) et médecins ayant au moins 1 patient médecin traitant (adulte + enfant) au 31 décembre 2023 (pour la patientèle médecin traitant) ; MSP : médecins ayant adhéré au moins 1 journée à une MSP en 2023 - France entière*
*Sources : pour la file active : Cnam (DCIR, SNDS, Polaris) ; pour la patientèle MT : Cnam (PMTIR, DCIR, SNDS, Polaris)*

Les médecins généralistes en MSP se distinguent par une part de jeunes ainsi que de personnes âgées plus importante dans leur patientèle par rapport aux médecins généralistes hors MSP. La part des patients « médecin traitant » en ALD est un peu plus élevée pour les médecins généralistes en MSP avec 23 % des patients « médecin traitant » en ALD contre 21 % pour les médecins généralistes hors MSP.

Figure 103 : Part du nombre de patients file active (FA) et « médecin traitant » (MT) des médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière – MEP) exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou hors MSP selon l'âge des patients






*Champ : médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière) libéraux actifs et conventionnés tous secteurs ; médecins ayant réalisé au moins 1 acte clinique ou technique en 2023 (pour la file active) et médecins ayant au moins 1 patient médecin traitant (adulte + enfant) au 31 décembre 2023 (pour la patientèle médecin traitant) ; MSP : médecins ayant adhéré au moins 1 journée à une MSP en 2023 - France entière*
*Sources : pour la file active : Cnam (DCIR, SNDS, Polaris) ; pour la patientèle MT : Cnam (PMTIR, DCIR, SNDS, Polaris)*

Afin de juger de la complémentarité des soins au sein d'une MSP, une analyse de l'activité à la fois du médecin au sein de la MSP, mais également de l'activité de l'ensemble des médecins de la MSP auprès des patients a été réalisée. Ainsi, les médecins au sein d'une MSP réalisent 3 750 actes auprès de leurs patients « médecin traitant » et des patients « médecin traitant » des autres médecins de la MSP contre 3 096 actes pour les médecins hors MSP. Ainsi, 80 % des actes en MSP sont consacrés à de patients « médecin traitant » d'un des médecins de la MSP contre 68 % des actes d'un médecin généraliste hors MSP. Ce phénomène est notamment observé pour les patients de moins de 20 ans.

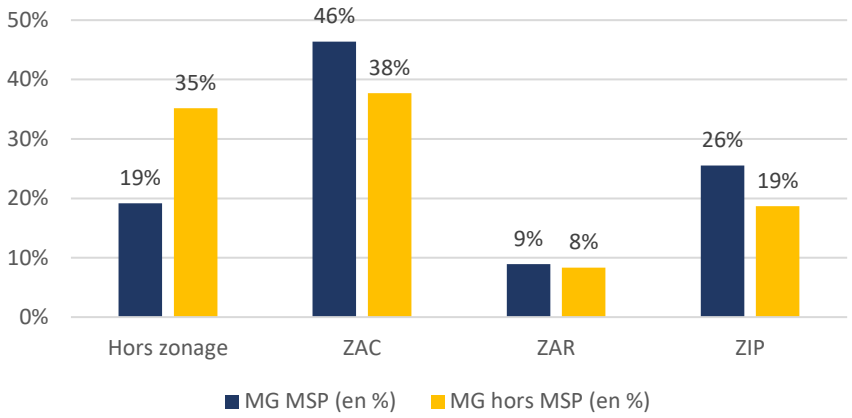
Tableau 28 : Quantité d'actes par patient « médecin traitant » (MT) en fonction du lieu d'exercice du médecin généraliste

| | Quantité d'actes par patient MT | | |
|---|---|---|---|
| | Hors MSP médecin traitant | MSP médecin traitant | MSP tous médecins |
| Moyenne | 3 096 | 3 083 | 3 750 |
| Médiane | 2 941 | 2 874 | 3 409 |

*Champ : médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière) libéraux actifs et conventionnés tous secteurs ; médecins ayant au moins 1 patient médecin traitant (adulte et enfant) au 31 décembre 2023. Pour les quantités d'actes, médecins ayant réalisé au moins 1 acte clinique ou technique en 2023 pour un patient médecin traitant ; MSP : médecins ayant adhéré au moins 1 journée à une MSP en 2023 - France entière*
*Source : Cnam (SNDS, PMTIR, DCIR, Polaris)*

Les médecins généralistes en MSP sont davantage installés en ZIP (zones d'intervention prioritaire). Si 18 % des médecins généralistes sont installés en MSP, 26 % des médecins généralistes exerçant en MSP sont installés en ZIP, contre 19 % pour les médecins généralistes hors MSP. De plus, au sein des MSP, la file active en ZIP est plus importante que chez les médecins généralistes hors MSP. En moyenne, les médecins généralistes en MSP ont une file active d'environ 1 800 patients en ZIP pour contre 1 700 pour les médecins généralistes hors MSP.

Figure 104 : Répartition des médecins généralistes (MG) selon le zonage des agences de santé régionales (ARS) au 31 décembre 2023




ZAC : zones d'action complémentaire ; ZAR : zones d'accompagnement régional; ZIP : zones d'intervention prioritaire ; MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

*Champ : médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière) libéraux actifs et conventionnés tous secteurs ; médecins ayant au moins 1 patient médecin traitant (adulte + enfant) au 31 décembre 2023 ; MSP : médecins ayant adhéré au moins 1 journée à une MSP en 2023 - France entière*
*Sources : pour la file active : Cnam (DCIR, SNDS, Polaris)*

## Les résultats des indicateurs Rosp (rémunération des objectifs de santé publique) : suivi des pathologies chroniques, prévention et efficience

Les médecins exerçant en MSP présentent globalement de meilleurs résultats sur les indicateurs de la rémunération des objectifs de santé publique (Rosp) médecin traitant adulte en 2023 : 21 indicateurs sur 25 se situent un niveau supérieur à leurs confrères hors MSP.

Sur le volet des pathologies chroniques, les médecins exerçant en MSP présentent de meilleurs résultats sur l'ensemble des indicateurs. En particulier, les résultats sont nettement plus élevés avec un écart de plus de 5 points sur les dosages d'HbA1c (hémoglobine glyquée) chez les patients diabétiques, le dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients diabétiques et chez les patients hypertendus.

Tableau 29 : indicateurs de suivi des pathologies chroniques, comparaison des médecins exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et hors MSP, au 31 décembre 2023

| | | | Médecins MSP | | Médecins hors MSP | | Ecart indicateur moyen MSP-Hors MSP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Effectif | Indicateur moyen | Effectif | Indicateur moyen | |
| Suivi des pathologies chroniques | Diabète | Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique | 6 779 | 85,7% | 31 377 | 80,0% | 5,7 |
| | | Fond d'œil chez le diabétique | 6 780 | 72,3% | 31 384 | 71,0% | 1,3 |
| | | Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique | 6 760 | 50,6% | 31 219 | 45,0% | 5,6 |
| | HTA | Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu | 6 845 | 34,9% | 32 415 | 29,1% | 5,8 |
| | Risque CV | Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire | 6 662 | 47,4% | 30 741 | 45,9% | 1,5 |
| | | Surveillance d'un traitement par anti vitamine K | 3 671 | 78,6% | 15 745 | 75,0% | 3,7 |

HbA1c : hémoglobine glyquée
HTA : hypertension artérielle
Risque CV : risque cardiovasculaire

*Champ : base de rémunération 2023 – médecins généralistes hors médecins à expertise particulière (MEP), actifs, conventionnés, hors nouveaux installés depuis 3 ans, avec au moins 1 € de rémunération*
*Source : Cnam (SNDS, FNPS, Polaris)*

Sur le volet prévention, 7 des 10 indicateurs présentent de meilleurs résultats chez les médecins en MSP, en particulier l'antibiothérapie des 16-65 ans (- 5,2 points, indicateur décroissant) et le dépistage du cancer colorectal (+ 3,7 points). À l'inverse, les médecins hors MSP présentent de meilleurs résultats sur les 3 indicateurs de iatrogénie, néanmoins cette différence est minime.

Tableau 30 : Indicateurs de prévention, comparaison des médecins exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et hors MSP, au 31 décembre 2023

| | | | Médecins MSP | | Médecins hors MSP | | Ecart indicateur moyen MSP-Hors MSP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Effectif | Indicateur moyen | Effectif | Indicateur moyen | |
| Prévention | Grippe | Vaccination antigrippale des 65 ans et plus | 6 849 | 57,0% | 32 486 | 54,9% | 2,1 |
| | | Vaccination antigrippale du sujet à risque | 6 794 | 31,2% | 31 490 | 29,4% | 1,8 |
| | Dépistage des cancers | Dépistage du cancer du sein | 6 848 | 64,7% | 32 484 | 63,3% | 1,5 |
| | | Dépistage du cancer du col | 6 857 | 57,5% | 32 789 | 55,8% | 1,7 |
| | | Dépistage du cancer colorectal | 6 857 | 38,0% | 32 776 | 34,3% | 3,7 |
| | Iatrogénie | Patient âgé sous psychotropes ↘ | 6 750 | 4,2% | 31 553 | 4,0% | 0,2 |
| | | Traitement par benzodiazépine hypnotique ↘ | 6 225 | 42,2% | 29 283 | 41,9% | 0,3 |
| | | Traitement par benzodiazépine anxiolytique ↘ | 6 820 | 14,6% | 31 830 | 14,1% | 0,5 |
| | Antibiothérapie | Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD ↘ | 6 862 | 20,8 | 33 207 | 26,0 | -5,2 |
| | | Antibiorésistance ↘ | 6 795 | 29,2% | 31 732 | 30,4% | -1,2 |

ALD : affection de longue durée

*Champ : base de rémunération 2023 – médecins généralistes hors médecins à expertise particulière (MEP), actifs, conventionnés, hors nouveaux installés depuis 3 ans, avec au moins 1 € de rémunération*
*Source : Cnam (SNDS, FNPS, Polaris)*

Sur le volet efficience, si 8 des 9 indicateurs présentent de meilleurs résultats chez les médecins en MSP, l'écart avec les médecins hors MSP est plus faible que sur les 2 autres volets. Seuls 3 indicateurs ont des résultats nettement supérieurs chez les médecins en MSP : la prescription d'hormonémies thyroïdiennes (+ 4,7 points), la prescription de biosimilaire de l'insuline glargine (+ 4,1 points) et le traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) (- 2,5 points, indicateur décroissant).

Tableau 31 : Indicateurs d'efficience, comparaison des médecins exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et hors MSP, au 31 décembre 2023

| | | | Médecins MSP | | Médecins hors MSP | | Ecart indicateur moyen MSP-Hors MSP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Effectif | Indicateur moyen | Effectif | Indicateur moyen | |
| Efficience | Prescription répertoire | Statine dans le répertoire des génériques | 6 819 | 88,7% | 31 930 | 88,3% | 0,4 |
| | | Antihypertenseur dans le répertoire des génériques | 6 837 | 96,1% | 32 510 | 95,9% | 0,2 |
| | | Autres traitements dans le répertoire des génériques | 6 861 | 68,4% | 33 565 | 68,5% | -0,1 |
| | Presc. Biosim. | Biosimilaires de l'insuline glargine | 5 283 | 46,7% | 23 115 | 42,7% | 4,1 |
| | Efficience des prescriptions | Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons ↘ | 6 732 | 27,9% | 30 867 | 30,4% | -2,5 |
| | | Traitement par ézétimibe ↘ | 6 818 | 20,0% | 31 922 | 20,6% | -0,6 |
| | | Traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine | 6 732 | 90,4% | 31 034 | 90,4% | 0,0 |
| | | Traitement par metformine chez le diabétique de type 2 | 6 749 | 84,8% | 31 205 | 83,7% | 1,1 |
| | | Hormonémies thyroïdiennes | 6 784 | 94,4% | 31 714 | 89,7% | 4,7 |

*Champ : base de rémunération 2023 – médecins généralistes hors médecins à expertise particulière (MEP), actifs, conventionnés, hors nouveaux installés depuis 3 ans, avec au moins 1 € de rémunération*
*Source : Cnam (SNDS, FNPS, Polaris)*

### 8.2.3. L'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » et les perspectives de suite dans le droit commun

#### L'expérimentation et les premiers résultats d'évaluation

L'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » (Ipep) a été lancée en 2019, à l'initiative de l'Assurance Maladie et du ministère chargé de la Sécurité sociale, dans le cadre du dispositif « article 51 » alors nouvellement mis en place. Cette expérimentation d'une durée de cinq ans, qui a déjà fait l'objet de présentations dans les précédents rapports de propositions de l'Assurance Maladie, arrive actuellement à son terme, fixé au 3 juillet 2024. Ces cinq années d'expérimentation ont permis de tester un nouveau modèle de rémunération collectif, fondé sur une incitation liée à des résultats, auprès de groupements expérimentateurs diversifiés (taille, nature juridique, patientèles visées, types de territoires). L'objectif était de pouvoir observer si et dans quels cas ce nouveau financement pouvait engager ou renforcer des évolutions organisationnelles au bénéfice de la qualité et l'efficience des soins.

Inspirée du modèle des *Accountable Care Organizations* (ACO, Organisations de soins responsables), l'expérimentation Ipep a pour objectif d'améliorer la qualité du service rendu aux patients et l'efficience des

dépenses de santé, en incitant financièrement et collectivement des groupements de professionnels de santé volontaires à mettre en œuvre des actions coordonnées au bénéfice de leur patientèle commune en termes d'accès aux soins, de lien ville-hôpital, de prévention ou encore de pertinence des prescriptions médicamenteuses. L'expérimentation Ipep s'adressait à des groupements d'acteurs pluriprofessionnels en santé, sous différentes formes juridiques, souhaitant s'engager collectivement dans la mise en place d'actions ciblées, plus particulièrement vers leurs patients ayant les parcours de santé les plus complexes ou à risque de complication (patients atteints de pathologies chroniques ou personnes âgées par exemple) ou ceux rencontrant des difficultés d'accès aux soins, notamment aux soins non programmés. La composition d'un groupement était libre à l'exception de la participation obligatoire de médecins traitants, dont la patientèle globale doit être au minimum de 5 000 patients.

Cette incitation financière se traduit par un modèle innovant d'intéressement collectif, fondé sur l'atteinte d'objectifs en matière de qualité et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Cet intéressement est complémentaire aux financements de droit commun et laissé libre d'utilisation aux acteurs. Il est calculé annuellement sur la base de la patientèle des médecins traitants participant au groupement.

La composante « qualité » du modèle de financement comprend un volet socle de dix indicateurs (présentés dans le tableau ci-après), ainsi qu'un volet complémentaire valorisant spécifiquement le recueil de l'expérience patient par questionnaire. La composante « maîtrise des dépenses » du modèle, entièrement calculée à partir du système national des données de santé (SNDS), évalue pour chaque groupement l'écart entre le niveau de dépenses d'assurance maladie de leur patientèle et une estimation du niveau de dépenses de patients aux mêmes caractéristiques au niveau national.

Tableau 32 : Les dix indicateurs utilisés durant l'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » (Ipep)

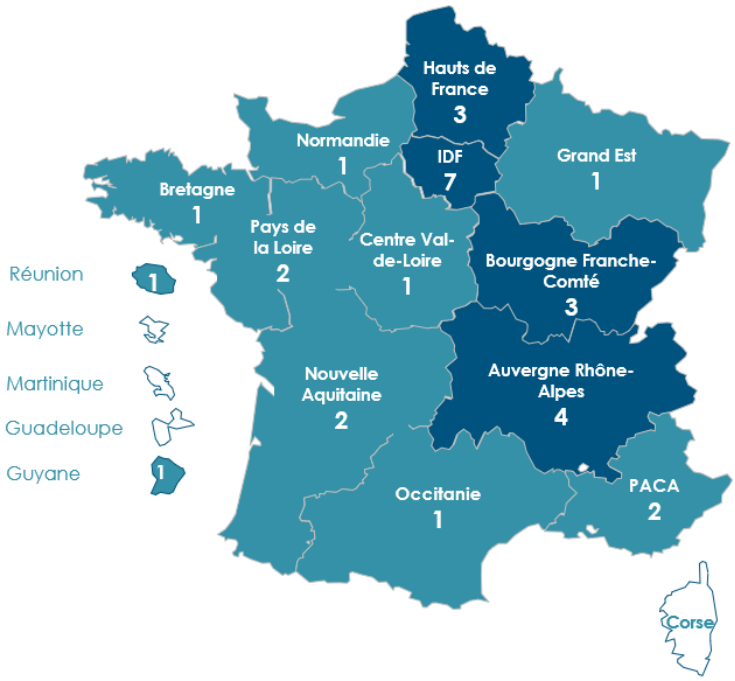
| |
|---|
| **Accès aux soins** |
| 1. Part des usagers domiciliés sur le territoire du groupement qui ont déclaré un médecin traitant |
| 2. Taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation * |
| **Coordination des prises en charge** |
| 3. Part des admissions directes en hospitalisation de médecine * |
| 4. Taux d'usage des dossiers de coordination (e-parcours) ou DMP** |
| 5. Taux de réhospitalisation à 30 jours (RH30)* |
| 6. Taux d'hospitalisations potentiellement évitables (HPE)* |
| 7. Qualité de la lettre de liaison à l'entrée (QLE)** |
| 8. Part des hospitalisations en médecine et psychiatrie avec une consultation (MG ou IDE) dans le mois suivant la sortie |
| **Prévention et promotion de la santé** |
| 9. Actions de promotion et prévention de la santé proposées par le groupement ** |
| **Pertinence des prescriptions médicamenteuses** |
| 10. Part des patients du groupement en polyprescription continue* |

DMP : dossier médical partagé ; MG : médecin généraliste ; IDE : infirmier diplômé d'État
* Indicateurs faisant l'objet d'un ajustement statistique
** Indicateurs hors système national des données de santé (SNDS)

*Source : Cnam*

Trente groupements de professionnels de santé, répartis dans 12 régions et 2 territoires ultra-marins (Guyane et La Réunion), ont ainsi participé à l'expérimentation entre 2019 et 2024. En 2023, 479 médecins traitants étaient membres d'un groupement Ipep, pour une patientèle « médecin traitant » totale de plus de 500 000 patients concernés par l'expérimentation pour le calcul des intéressements. Parmi ces 30 groupements, les structures d'exercice coordonné étaient largement représentées, avec notamment 13 groupements portés par des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et 3 par des centres de santé (CDS). Pour l'année 2023, le montant moyen d'intéressement perçu par les groupements était de 10,1 euros par patient, se traduisant par un montant global pour chaque groupement dépendant de la taille de leur patientèle « médecin traitant ».

Figure 105 : Les 30 groupements Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) répartis dans 14 régions




*Source : Cnam*

Comme toutes les expérimentations autorisées dans le cadre de l'article 51, Ipep fait l'objet d'une évaluation externe, qui a été confiée à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Un premier rapport d'évaluation a été diffusé aux instances de gouvernance de l'article 51 ainsi qu'aux expérimentateurs, dont les résultats sont succinctement présentés ci-après. Ces résultats couvrent les enseignements issus des travaux qualitatifs et d'enquêtes menées par l'Irdes auprès des structures expérimentatrices, ainsi que d'autres structures pluriprofessionnelles de même type ne participant pas à Ipep. Une étude quantitative d'impact, mobilisant notamment les données du SNDS, est encore en cours et sera disponible d'ici le début de l'année 2025. Les travaux d'évaluation disponibles sont déjà riches d'enseignements, permettant de décrire les caractéristiques et les spécificités des structures et des professionnels engagés dans l'expérimentation, de comprendre le fonctionnement et les évolutions de ces structures, les modalités d'utilisation des ressources dégagées par Ipep, ainsi que les transformations des organisations et des pratiques.

Les effets du modèle incitatif de rémunération ne peuvent évidemment pas être isolés du contexte de mise en œuvre du dispositif et plus particulièrement des caractéristiques spécifiques des organisations expérimentatrices et de leurs équipes. L'expérimentation Ipep a été mise en place dans les différents groupements par des porteurs venant de types d'organisations variées (maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP –, communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS –, centres de santé – CDS –, groupements hospitaliers). Si cette diversité était recherchée dans le cadre de l'expérimentation, les groupements ont pour point commun d'être portés par des professionnels qui cherchent à transformer l'organisation du système de santé par le développement de nouvelles pratiques à l'échelle de leur organisation. Trois grandes caractéristiques lient les professionnels de soins primaires engagés dans Ipep :

- la conviction de la nécessité d'accroître fortement la coordination entre les professionnels de santé, parfois de manière intersectorielle avec l'hôpital, voire avec les secteurs médicosociaux et sociaux ;
- une volonté d'ouverture à de nouveaux modes de rémunération, alternatifs à la rémunération à l'acte ;
- l'engagement préexistant dans une logique de recherche de financements complémentaires.

Ainsi, Ipep s'inscrit généralement dans des dynamiques antérieures, qui rendent possible sa mise en place. Une observation importante de l'évaluation est que Ipep n'initie pas nécessairement de nouvelles dynamiques, mais permet de les développer ou de les amplifier.

Un autre enseignement de l'évaluation est que Ipep a favorisé une structuration du travail au sein des organisations. Les intéressements reçus par les groupements sont principalement alloués à du temps de travail, que ce soit à travers l'accroissement de ressources humaines (salariat de professionnels de santé) ou la rémunération de professionnels libéraux pour leur travail pour le collectif. Ipep permet ainsi de rémunérer des professionnels libéraux pour le développement de la coordination, mais aussi de salarier de nouveaux

professionnels : infirmiers, psychologues, médiateurs en santé, coordinateurs, orthophonistes, diététiciens ou encore animateurs d'activité physique adaptée (APA). Les actions mises en œuvre avec ces financements visent à renforcer la coordination et/ou la coopération interprofessionnelle autour d'actions de soin, de prévention ou encore de médiation en santé, destinées aux patients.

Ipep contribue également à redéfinir des rôles professionnels déjà en évolution dans les structures d'exercice regroupé et dans les organisations intersectorielles comme les CPTS. Les infirmiers et infirmières en soins primaires voient par exemple leur faisceau de tâches s'élargir avec la prise en charge d'une variété croissante d'activités tournées vers les patients. Les financements Ipep permettent également de rémunérer des professionnels pour des tâches visant *a priori* plus directement à décharger les médecins généralistes, dans l'objectif de libérer du temps médical. Ils prennent par exemple en charge des consultations de suivi, d'éducation thérapeutique du patient, ou encore la complétion des nouveaux dossiers des patients.

Assez logiquement, les groupements expérimentateurs soulignent le caractère par définition incertain d'un financement de type intéressement, dont ils attendent de connaître le montant en fin d'année avant d'en déterminer l'affectation. Dans la perspective d'une dissémination, il apparaît que le modèle Ipep peut donc difficilement financer à lui seul les actions auxquelles il contribue, en premier lieu lorsqu'il s'agit de ressources humaines.

### Les perspectives de suite à plus large échelle dans le cadre du droit commun

Le comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et le Conseil stratégique des industries en santé (CSIS) ont été saisis pour avis sur l'opportunité de transposer dans le droit commun le modèle d'intéressement testé dans l'expérimentation. Ces instances ont donné un avis favorable à la poursuite d'Ipep, faisant part d'orientations s'appuyant sur les résultats d'évaluation disponibles, ainsi que du bilan réalisé par l'équipe en charge du pilotage.

Il ressort de ces avis que Ipep a effectivement joué le rôle positif attendu d'incitation pour les groupements expérimentateurs, ces derniers ayant conduit et mis en œuvre des actions et modifications organisationnelles de différentes natures. Les groupements se sont engagés pour développer à l'aide d'Ipep des actions favorisant des prises en charge plus coordonnées, plus collectives et renforçant la place de la prévention. La liberté d'utilisation de cet intéressement, dans le cadre d'une gouvernance partagée au sein des groupements, a permis la mise en œuvre d'actions permettant de s'adapter au contexte et aux problématiques propres à chaque groupement sur son territoire. Ceci nécessite en revanche de s'appuyer sur des équipes déjà suffisamment avancées dans un cadre de travail collectif préexistant.

Il convient par ailleurs d'avoir une appréciation différenciée de la portée et de la pertinence de ce mode de rémunération en fonction de la nature des groupements expérimentateurs. Les groupements portés par des structures ambulatoires d'exercice coordonné, en premier lieu les MSP, ont su majoritairement mobiliser Ipep pour conduire des transformations directement au bénéfice de la prise en charge de leur patientèle, mobilisant l'intéressement pour financer des modifications organisationnelles ou des interventions difficiles à mettre en œuvre dans le cadre des règles de droit commun existantes. Les CPTS ont mené des projets également différenciés entre elles, pour certaines dans une logique de congruence entre Ipep et les objectifs de l'ACI MSP, pour d'autres, plus orientés vers l'organisation de parcours de type filières de soins, pour lesquelles le lien avec Ipep paraît moins évident. L'expérience montre par ailleurs que le modèle d'incitation proposé est plus complexe à mettre en œuvre pour des établissements de santé, comme en témoigne l'arrêt de certains projets, bien que des expériences intéressantes aient pu être observées notamment lorsqu'elles incluaient des hôpitaux de proximité.

Compte tenu de ces différents éléments, les instances de gouvernance de l'article 51 ont émis les recommandations suivantes dans la perspective d'une diffusion d'Ipep dans le droit commun :

- une diffusion d'Ipep réservée au cadre de l'exercice coordonné en ville, nécessitant un travail de réflexion quant à l'objet de ce financement qui devra s'inscrire dans le paysage des financements de droit commun et nécessite donc une précision de ses objectifs afin de permettre à la fois une réelle articulation entre les responsabilités de chaque forme d'exercice coordonné et une bonne appropriation du modèle par les acteurs de terrain ;
- sur un principe de volontariat, s'appuyant sur des critères d'éligibilité notamment liés à la maturité des équipes éligibles permettant de sécuriser la pertinence des financements ;
- sur la base d'un modèle de rémunération adapté par rapport à celui qui a été testé afin de limiter le risque d'effets d'aubaine en prenant en compte les enseignements de la période d'expérimentation, partagés avec les expérimentateurs et documentés par l'équipe nationale projet ;

- s'articulant avec les autres modes de rémunération de droit commun dans ce contexte, notamment en matière de montant de rémunération, dans un objectif de complémentarité et de soutenabilité.

Ces différentes adaptations devront également s'appuyer sur les éléments d'évaluation quantitatifs restant à venir.

Sur la base de ces éléments favorables, l'Assurance Maladie considère donc que l'expérimentation Ipep représente une opportunité particulièrement intéressante pour la suite, dans le cadre de l'évolution des modes de rémunération des structures d'exercice coordonné. La création d'un nouveau mode de rémunération collectif, complémentaire, mais conditionné par des résultats, offre des perspectives intéressantes vis-à-vis de professionnels déjà avancés dans leur démarche concrète de structuration de l'exercice coordonné. Ceci nécessitera bien évidemment une remise en perspective, dans une logique de bonne complémentarité avec les modes de rémunération existants, tout en maintenant le caractère incitatif à des évolutions organisationnelles suscitées par le modèle. Il a notamment été proposé, dans le cadre de la convention médicale signée en juin, d'expérimenter le paiement collectif forfaitaire en équipe de professionnels de santé volontaires : la possibilité d'être rémunéré collectivement par un forfait substitutif à l'acte. Une telle démarche pourra donc également être évoquée avec les MSP.

### 8.2.4. Proposition d'évolution de l'accord-cadre interprofessionnel (ACIP MSP)

Les missions et le rôle de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) sont bien identifiés et semblent compris par les acteurs. L'enjeu principal est de renforcer le modèle de la MSP qui repose sur le partage d'expérience et l'exercice collectif. Ainsi, il est nécessaire, au vu des contraintes existantes, de redonner du temps médical aux médecins en s'appuyant sur les autres professionnels travaillant au sein de la MSP. Il est également proposé de reconnaître davantage la notion d'équipe avec la prise en compte de celle-ci dans le calcul des rémunérations. Il s'agit ici de renforcer le principe selon lequel les MSP doivent être des lieux d'exercice coordonné permettant au patient de bénéficier d'un parcours de prise en charge, et pas seulement une mutualisation de locaux entre divers professionnels de santé.

Pour cela, l'Assurance Maladie souhaite ouvrir de nouvelles négociations pluriprofessionnelles avec l'ensemble des acteurs concernés par l'ACIP MSP.

La rémunération actuellement en vigueur se concentre sur les moyens et l'organisation de la structure, la négociation qui s'ouvrira en 2024 doit s'attacher à valoriser les résultats et la qualité des soins.

Le principal objectif de cette nouvelle négociation serait, tout d'abord, de renforcer la pluriprofessionnalité dans le financement des MSP à travers la création d'une rémunération d'équipe tout en valorisant la qualité des soins apportés à la patientèle de la MSP. Cela permettrait de rémunérer davantage les MSP qui proposent un véritable parcours de soins coordonnés pour les patients.

Le second objectif de cette négociation est de redonner du temps de soins et en particulier du temps médical en reconnaissant la spécificité de l'exercice au sein de ces structures. Pour cela, l'Assurance Maladie souhaite notamment transposer le dispositif « Assistant médical » en créant une aide à l'emploi pour la structure et non seulement, comme c'est le cas aujourd'hui, individuellement aux médecins qui y exercent. Cela signifierait un versement de l'aide à la structure MSP (société interprofessionnelle de soins ambulatoires – SISA) et l'emploi de l'assistant médical serait porté par un groupement d'employeurs médecins au sein de la SISA (permettant de ne pas engager les autres professionnels). Ce dispositif permettrait également une mutualisation des objectifs entre médecins de la structure.

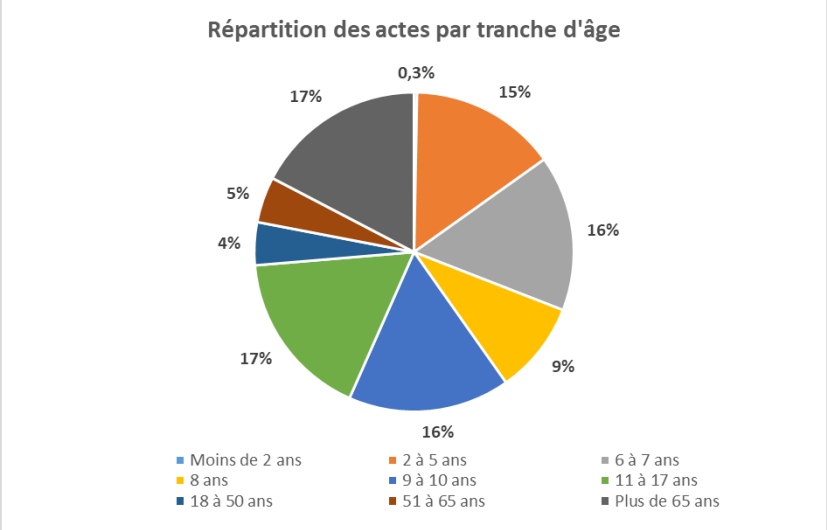
Le troisième et dernier objectif prioritaire de cette négociation est de revoir les règles de rémunération des MSP pour mieux accompagner les différentes étapes de leur existence. La Cnam souhaite introduire dans l'ACIP des mesures de soutien des MSP en fragilité (perte de médecins généralistes). La Cnam réfléchit également à des mécanismes pour mieux valoriser l'évolution des MSP dites « matures » au travers par exemple d'une majoration lorsque l'ensemble des dispositifs de délégation de tâches sont utilisés ou de la création de nouveaux indicateurs, notamment d'un indicateur relatif à l'engagement environnemental afin de sensibiliser la structure en tant que telle (gestion des déchets, recyclage, etc.), mais également les patients consultant en MSP (promotion de la santé environnementale).

## 8.3. Une régulation nécessaire de l'accès direct pour améliorer l'accès aux soins : exemple des orthophonistes et de la plateforme de prévention et soins en orthophonie

### 8.3.1. Face à un besoin accru et un contexte démographique défavorable, l'émergence d'outils de régulation des soins en orthophonie devient indispensable

La consommation de soins d'orthophonie s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2022, en hausse de 1,1 % par rapport à 2021. Les actes réalisés sont concentrés sur les enfants de 2 à 17 ans (80 % du total des actes). Les adultes de 18 à 65 ans représentent 14 % des actes, tandis que les personnes de plus de 65 ans représentent 17 % des actes.

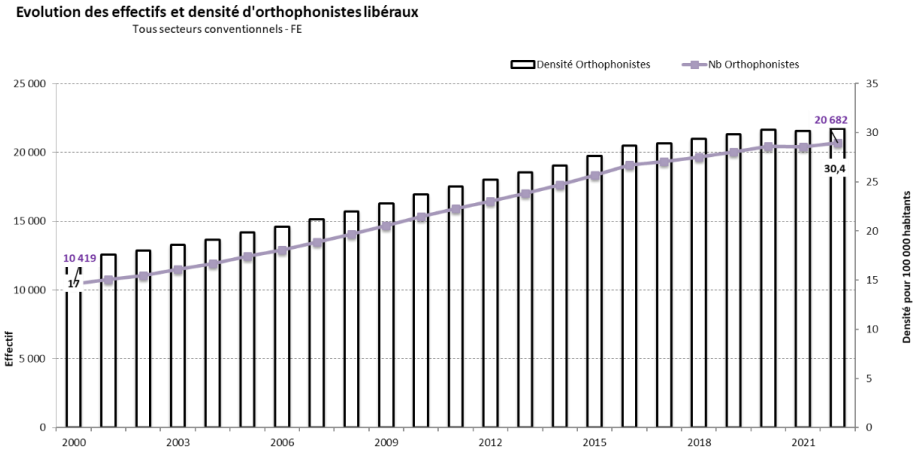
Figure 106 : Répartition des actes des orthophonistes par tranche d'âge des patients, en 2022




*Source : Cnam (SNDS)*

Les orthophonistes jouent un rôle clé dans la prise en charge des troubles de la voix, de la parole, du langage oral et écrit. Avec 20 682 professionnels en exercice libéral fin 2022, la densité d'orthophonistes s'élève à 30,4 pour 100 000 habitants en hausse de 12 % depuis 2000, mais en stagnation depuis 2019.

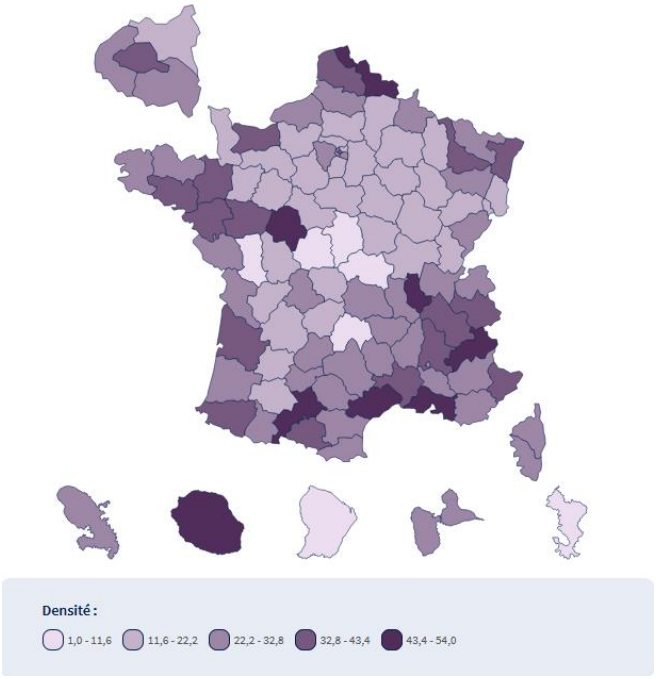
Figure 107 : Évolution des effectifs et densité d'orthophonistes libéraux, entre 2000 et 2021




*Champ : tout secteur conventionnel - France entière - Source : Cnam (SNDS)*

La densité moyenne d'orthophonistes en France est très inégale sur le territoire. Elle varie de 8 pour 100 000 habitants dans le Cantal à 54 pour 100 000 habitants dans le Rhône et l'Hérault. La moitié des départements sont dotés de moins de 26 professionnels pour 100 000 habitants. Une étude récente de la Drees a évalué également les écarts de taux de recours entre départements. Le taux de recours (hors bilans) à l'orthophoniste libéral s'élève à 74,7 pour 1 000 (‰) enfants ou adolescents de moins de 18 ans en France. Il varie fortement sur le territoire, avec des taux élevés en Meurthe-et-Moselle, dans le Rhône (respectivement 129,4 ‰ et 128,6 ‰), dans le Nord (123,1 ‰) ou encore dans l'Hérault (104,8 ‰) et des recours beaucoup plus faibles en Seine–Saint-Denis comme dans le Cher (38,0 ‰) ou encore dans les Deux-Sèvres (38,5 ‰). La moitié des départements ont un taux de recours inférieur à 65,2 pour 1 000 mineurs[218].

Figure 108 : Densité des orthophonistes sur le territoire (pour 100 000 habitants), en 2022




*Source : Cnam (SNDS)*

Depuis 2016, le nombre de patients pris en charge par un orthophoniste est resté stable malgré la hausse des besoins. Entre 2016 et 2022, la file active des orthophonistes a diminué d'environ 8 %, passant de 80 patients en moyenne par orthophoniste en 2016 à 74 patients en 2022. Cette diminution a été compensée par l'augmentation du nombre d'orthophonistes pendant cette période, permettant de maintenir le nombre de patients pris en charge proche de 1,5 million. Cependant, ces évolutions ne permettent plus de répondre à la hausse des besoins, notamment en raison des facteurs démographiques et épidémiologiques, mais également de l'amélioration du dépistage des troubles (prévalence des accidents vasculaires cérébraux – AVC – et des cancers, ainsi que des améliorations dans les diagnostics des troubles de l'apprentissage, tels que la dyslexie, la dyscalculie et la dysorthographie, comme le souligne la Fédération nationale des orthophonistes).

Parallèlement à cette inadéquation entre offre et demande s'ajoute l'évolution des modalités d'accès aux orthophonistes. En effet, depuis la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé dont les dispositions ont été reprises dans l'avenant 20 à la convention nationale, les orthophonistes peuvent exercer sans prescription médicale (accès direct) dans les établissements et structures d'exercice coordonné suivants :

- établissements de santé ;
- établissements et services sociaux et médicosociaux et établissements ou services destinés à recevoir les personnes handicapées adultes ;
- structures d'exercice coordonné (équipes de soins primaires, centres de santé et maisons de santé) ;

218 Drees, *Études et Résultats*, janvier 2024, n° 1293. « Près d'un enfant ou adolescent sur dix a eu recours à un orthophoniste libéral en 2019, avec des motifs différenciés selon l'âge et le sexe ».

- communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) à condition que les modalités de prise en charge et de coordination sans prescription médicale soient inscrites dans le projet de santé de la structure.

Le manque d'orthophonistes particulièrement important dans certains territoires, avec des délais de prise en charge rallongés, la constitution de listes d'attente et la possibilité d'avoir accès à un orthophoniste en accès direct, interroge sur la nécessité de développer de nouveaux outils nécessaires pour réguler la demande et améliorer la prise en charge des patients notamment de ceux qui nécessitent des soins urgents.

### 8.3.2. Le développement de la plateforme prévention et soins en orthophonie pour améliorer l'information des patients et limiter les recours non pertinents

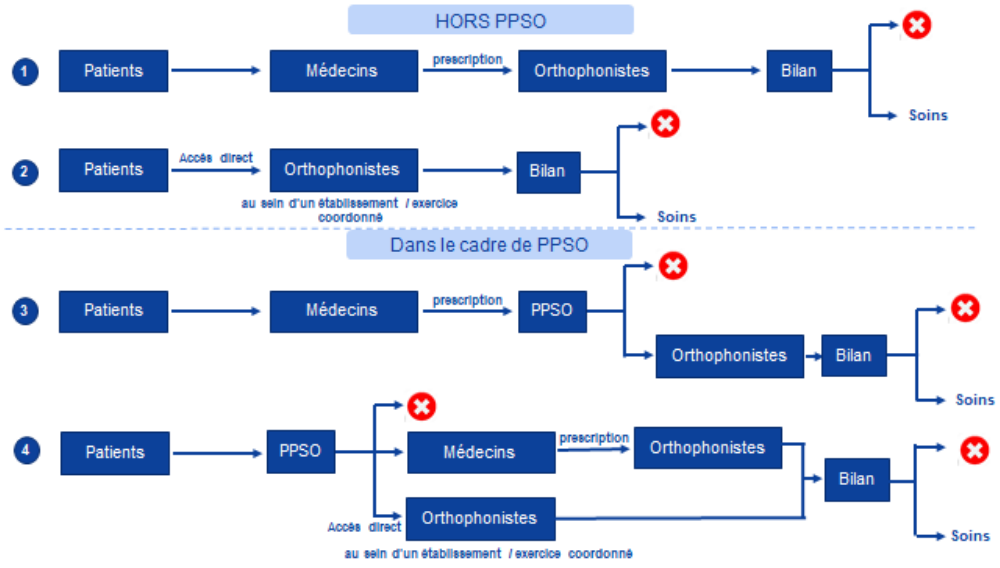
En 2018, la plateforme prévention et soins en orthophonie (PPSO) a été créée à l'initiative des professionnels du secteur. Son objectif est d'améliorer l'accès aux soins orthophoniques grâce à un dispositif en trois niveaux :

- Un site web grand public (allo-ortho.com) créé dès 2018 pour informer et éviter les recours injustifiés à l'orthophonie.
- Depuis 2020, une plateforme de régulation téléphonique expérimentée dans six régions (Grand Est, Bourgogne–Franche-Comté, Hauts-de-France, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie). Les patients remplissent d'abord un questionnaire en ligne, puis sont rappelés par un orthophoniste régulateur qui évalue leur besoin et, si le besoin est confirmé, son degré d'urgence. En pratique, après avoir rempli le questionnaire en ligne et lors de l'appel téléphonique, les orthophonistes régulateurs évaluent si un bilan orthophonique est nécessaire ou non pour le patient. Ils peuvent également indiquer si le besoin est urgent.
- Si le régulateur valide la nécessité d'une prise en charge, le patient est orienté vers un orthophoniste effecteur *via* une plateforme d'adressage.

Ce service est entièrement gratuit pour les usagers et les orthophonistes effecteurs. Les régulateurs libéraux sont rémunérés par la PPSO, à hauteur de 400 euros pour 6 heures de régulation. Pour devenir régulateur, l'orthophoniste libéral ou salarié signe un contrat d'un an renouvelable avec l'Union régionale des professionnels de santé (URPS). Il suit une formation, signe une charte déontologique, et est équipé d'une application par la PPSO pour réaliser les régulations.

Ainsi, en pratique, cette plateforme offre une nouvelle voie d'accès à un orthophoniste effecteur selon les modalités présentées ci-dessous :

Figure 109 : Différentes voies d'accès à un orthophoniste hors et dans le cadre de la plateforme de prévention et soins en orthophonie (PPSO)




*Source : Cnam*

## Premiers éléments de bilan de la plateforme de prévention et soins en orthophonie (PPSO)

Sur les 11 612 orthophonistes libéraux présents dans les régions concernées, 5 213 orthophonistes se sont inscrits à la solution d'adressage (effection), tandis que 112 orthophonistes se sont engagés dans la régulation.

Tableau 33 : Nombre d'orthophonistes libéraux, de régulateurs et d'orthophonistes inscrits, selon la solution d'adressage, par région expérimentatrice, en 2023

| Région | Nombre d'orthophonistes libéraux | Nombre de régulateurs | Nombre d'orthophonistes inscrits à la solution d'adressage |
|---|---|---|---|
| Région Grand Est | 1 575 | 23 | 598 |
| Région Bourgogne-Franche-Comté | 600 | 26 | 250 |
| Région Hauts-de-France | 2 207 | 20 | 920 |
| Région Île-de-France | 2 991 | 15 | 1472 |
| Région Provence-Alpes-Côte d'Azur | 1 972 | 12 | 795 |
| Région Occitanie | 2 267 | 16 | 1178 |
| TOTAL | 11 612 | 112 | 5 213 |

*Sources : Fédération nationale des orthophonistes (FNO), données PPSO*

- Concernant le site web grand public

Depuis son lancement en 2020, allo-ortho.com s'est progressivement installé comme un outil de référence en matière de prévention et de promotion de la santé en orthophonie en France. En 2022, le site web grand public allo-ortho.com a été consulté plus d'un million de fois, comptant 463 887 utilisateurs. De plus, 194 articles thématiques (langage, lecture, orthographe, concentration, etc.) ont été publiés, la catégorie des 3-6 ans étant la plus recherchée.

- Concernant la régulation

Depuis le lancement des expérimentations, près de 6 000 questionnaires ont été renseignés par les patients sur allo-ortho.com et environ 4 600 appels de régulation ont été réalisés. Dans certaines régions expérimentatrices, les créneaux de régulation semblent inadaptés au nombre de patients à réguler ce qui soulève la question du temps consacré à la régulation et à son tarif. Une optimisation des créneaux de régulation semble ainsi nécessaire pour rendre le dispositif plus efficace (ne pas perdre du temps d'orthophonistes par des heures de régulation non utilisées) et plus efficient.

La montée en charge depuis la création de la plateforme rend peu pertinente la comparaison annuelle, la majorité de la régulation ayant eu lieu en 2023. Seul le cumul depuis le lancement est donc présenté.

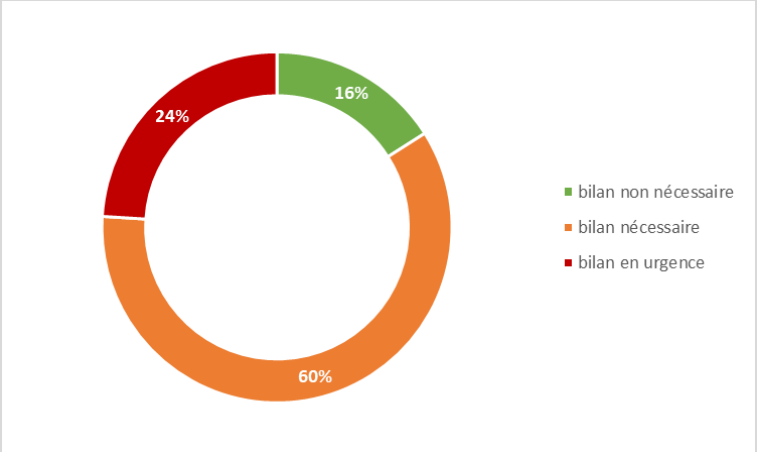
Tableau 34 : Répartition des demandes de régulation traitées par région, en 2023

| Région | Nombre de régulations ALLO-ORTHO | Nombre de régulations traitées par région |
|---|---|---|
| **Région Grand Est** | 1154 | 974 |
| **Région Bourgogne-Franche-Comté** | 1739 | 1352 |
| **Région Hauts-de-France** | 2087 | 1559 |
| **Région Île-de-France** | 569 | 465 |
| **Région Provence-Alpes-Côte d'Azur** | 182 | 133 |
| **Région Occitanie** | 160 | 118 |
| **TOTAL** | **5891** | **4601** |

*Source : Fédération nationale des orthophonistes (FNO), données PPSO*

À la suite des appels, les régulateurs ont identifié qu'un bilan n'était pas nécessaire dans 16 % des cas, et qu'un bilan urgent était requis dans 24 % des cas. La plateforme a ainsi permis de limiter les recours non pertinents, de libérer du temps d'orthophonistes et de favoriser une prise en charge accélérée.

Figure 110 : Répartition des demandes de régulation traitées selon le type de bilan, en 2023




*Source : Fédération nationale des orthophonistes (FNO), données PPSO*

- Concernant l'effection

Parmi les 3 932 bilans demandés à la suite de la régulation (bilan nécessaire ou bilan en urgence), 74 % n'ont pas fait l'objet d'effection et sont en attente (26 % des adressages ont été résolus sur l'ensemble des bilans demandés).

Le taux de résolution, c'est-à-dire le nombre de patients ayant vu un orthophoniste lorsqu'un bilan était nécessaire selon le régulateur, varie fortement entre les régions, de 8 % en Île-de-France à 42 % en Bourgogne–Franche-Comté. En moyenne, un rendez-vous pour un bilan est obtenu en moins de 3 mois.

Tableau 35 : Répartition du nombre de régulations traitées et des résolutions d'adressage par région depuis la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), en 2023

| Région | Régulations Allo-ortho | Régulations traitées | Traitement sans demande de bilan | Bilans demandés | Adressages résolus | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Région Grand Est** | 1154 | 974 | 137 | 837 | 259 | **31%** |
| **Région Bourgogne-Franche-Comté** | 1739 | 1352 | 192 | 1160 | 490 | **42%** |
| **Région Hauts-de-France** | 2087 | 1559 | 158 | 1401 | 215 | **15%** |
| **Région Île-de-France** | 569 | 465 | 108 | 357 | 28 | **8%** |
| **Région Provence-Alpes-Côte d'Azur** | 182 | 133 | 43 | 90 | 19 | **21%** |
| **Région Occitanie** | 160 | 118 | 31 | 87 | 28 | **32%** |
| **TOTAL** | **5891** | **4601** | **669** | **3932** | **1039** | **26%** |

*Source : Fédération nationale des orthophonistes (FNO)*

Ainsi, le dispositif PPSO apporte de l'information aux patients (étage 1) et régule la demande (étage 2), améliorant l'accès aux soins. C'est un outil efficace pour éviter des soins inutiles, mais également pour prioriser les demandes selon leur degré d'urgence. Cependant, les taux de résolution des adressages restent faibles, et l'urgence ne semble pas avoir d'impact sur les délais de prise en charge. L'effection après adressage reste une problématique majeure que la plateforme PPSO n'est pas à ce stade en mesure de régler.

### 8.3.3. Proposition d'amélioration et de généralisation du dispositif avec extension à d'autres professions

Le budget annuel pour les 6 régions expérimentatrices s'élève à près de 940 000 euros, dont 600 000 euros uniquement dédiés à la régulation (116 régulateurs avec un forfait de 400 euros pour 6 heures). Pour une généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire avec une cible de 480 régulateurs, un budget de près de 3,4 millions d'euros par an serait nécessaire (dont 2,4 millions d'euros pour la régulation).

Par ailleurs, l'exemple de l'orthophonie pourrait s'appliquer à d'autres professions, notamment les masseurs-kinésithérapeutes. En effet, en plus d'un accès compliqué à certaines professions sur certains territoires, l'accès direct a été ouvert à d'autres professionnels de santé à la suite de la loi portant sur l'amélioration de l'accès aux soins (loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé). Selon les professions, l'accès direct est possible dans certaines structures de soins et d'exercice coordonné avec un retour systématique d'information au médecin traitant (et l'alimentation du dossier médical partagé) dans les conditions suivantes :

Tableau 36 : Conditions d'accès direct par profession

| Profession | Conditions d'accès direct (loi dite « Rist » du 19 mai 2023 / Intégration dans les dispositions conventionnelles des professions) |
|---|---|
| Orthophonistes | Accès direct aux orthophonistes exerçant dans les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et les établissements sociaux et médicosociaux (mise en œuvre de l'accès direct au sein des communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS – conditionnée à l'inscription d'un volet dédié dans le projet de santé de la CPTS)<br>➔ Conditions prévues dans l'avenant 20 à la convention nationale |
| Masseurs-kinésithérapeutes | Accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans les établissements de santé et services sociaux médicosociaux/équipes de soins primaires/centres de santé/maisons de santé dans la limite de huit séances en l'absence de diagnostic médical préalable.<br>➔ Conditions prévues dans l'avenant 7 à la convention nationale<br><br>Expérimentation de l'accès direct en CPTS (sur cinq ans) => décret en cours de publication |
| Pédicures-podologues | Accès direct pour la gradation du risque podologique : possibilité pour les pédicures-podologues d'effectuer directement la gradation du risque podologique des patients diabétiques et de prescrire les séances de soins de prévention adaptées.<br>➔ Conditions prévues dans l'avenant 5 à la convention nationale |
| Infirmiers ou infirmières en pratique avancée (IPA) | Accès direct aux IPA dans le cadre d'un exercice coordonné (excepté en CPTS) ou en établissement.<br>➔ Conditions à intégrer dans la convention nationale<br><br>Expérimentation de l'accès direct en CPTS (sur cinq ans – à définir par décret en Conseil d'État). |

*Source : Cnam*

Lorsque des délais d'attente pour accéder à ces professions existent, la question de la régulation se pose de manière à prioriser les soins les plus urgents notamment dans le cadre de l'accès direct. Les propositions formulées ont alors comme objectifs d'orienter, de réguler et de prioriser les patients afin d'assurer, de faciliter et de fluidifier l'accès aux soins de ces professions dans le cadre de l'accès direct.

## 8.4. Renforcer la capacité de la permanence des soins à répondre aux besoins du patient

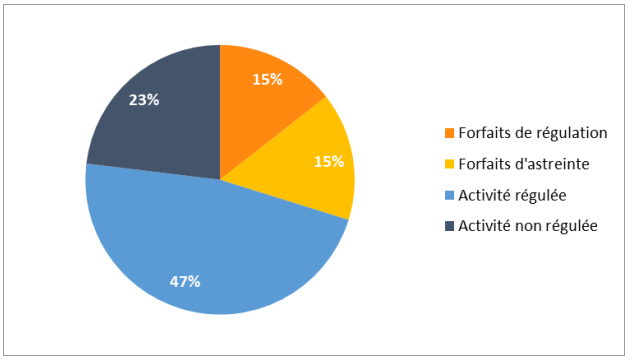
### 8.4.1. Évolution de l'activité de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et en horaires PDSA depuis 2012

#### Une croissance dynamique de l'activité de permanence des soins

En 2022, près de 540 millions d'euros ont été versés pour le paiement des forfaits d'astreinte et de régulation et des actes cliniques en horaires de permanence des soins ambulatoires – PDSA (actes de PDSA régulés et actes non régulés en horaires de PDSA, voir les définitions dans l'Encadré 20 *infra* : Définitions et organisation de la permanence des soins ambulatoires).

30 % de ces dépenses portent sur les rémunérations forfaitaires des médecins participant au dispositif organisé de PDSA (forfaits de régulation pour la moitié et forfaits d'astreinte pour l'autre moitié), et 70 % sur des remboursements d'actes cliniques (consultations et visites), dont les deux tiers pour des actes cliniques régulés (Figure 111). Le coût du dispositif organisé de PDSA (forfaits et actes régulés) est de 415 millions d'euros, soit 77 % de l'ensemble du dispositif.

Figure 111 : Structure des dépenses d'assurance maladie de permanence des soins ambulatoires (PDSA) remboursées en 2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

Encadré 20 : Définition et organisation de la permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés). L'un des enjeux principaux de ce dispositif est la limitation des recours non pertinents aux services d'urgences.

La PDSA revêt le caractère d'une mission de service public assurée sur la base du volontariat par des médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins. L'accès au médecin de PDSA fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, le plus souvent intégrée au centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente (Samu Centre 15).

Le dispositif de permanence des soins est organisé par les agences régionales de santé (ARS) avec l'aide des Codamups-TS (Comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires). Un cahier des charges régional de la permanence des soins, arrêté par le directeur général de l'ARS, porte les principes d'organisation et de rémunération de cette permanence sur le territoire régional.

Le territoire est divisé en secteurs de permanence des soins, pour chacun desquels est élaboré un tableau nominatif de garde médicale.

L'effection des gardes peut être de deux sortes : effection fixe, dans des lieux fixes de consultation (maisons médicales de garde, centres d'accueil et de permanence des soins…), ou effection mobile, avec des visites à domicile notamment par des associations de type SOS Médecins.

On distingue deux types de rémunérations des médecins volontaires (Tableau 37) : d'une part, un versement forfaitaire pour le paiement des gardes de régulation et d'effection, par les organismes locaux d'assurance maladie sur transmission du tableau de garde par l'ARS (forfaits de régulation et forfaits d'astreinte), d'autre part, le paiement des soins prodigués pendant les plages horaires couvertes par la permanence rémunérée.

On parle de permanence des soins « régulée » lorsque l'activité s'inscrit dans ce dispositif organisé. En parallèle, on distingue l'activité non régulée : il s'agit des soins assurés par les médecins de ville sur les tranches horaires de PDSA, en dehors de toute régulation préalable, ces soins étant soumis à des majorations tarifaires de nuit, dimanche et jours fériés (activité non régulée), en cas d'urgence justifiée par l'état du malade.

Tableau 37 : Tarification des forfaits d'astreinte et de régulation et des actes cliniques des médecins dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA), en 2022

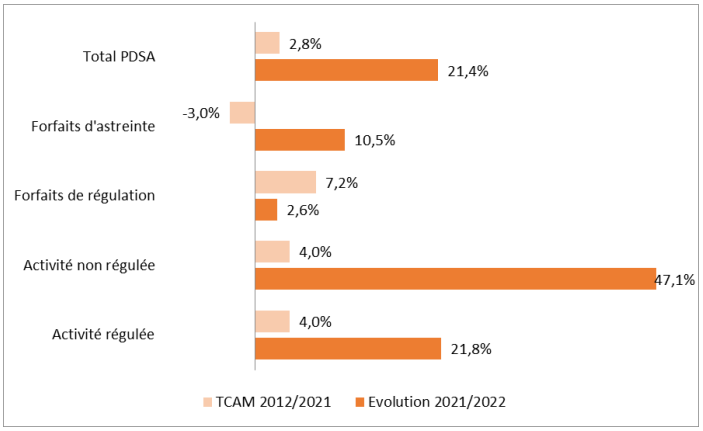
| | Rémunérations forfaitaires : code prestation | Tarifs | |
|---|---|---|---|
| Forfaits d'astreinte | PRN : période 20h-0h<br>PRM : période 0h-8h<br>PRT : période 20h-8h<br>PRD : dimanches, jours fériés et lundi ouvré de 8h 20h avant un jour férié ou vendredi suivant un jour férié<br>RSP : samedi de 12h à 20h<br>RSA : samedi suivant un jour férié de 8h à 12h | Tarif minimal règlementaire* de 180 € pour une période de 12h | |
| Forfaits de régulation | REG : dimanche et jours fériés, nuit de 20h-8h | Tarif minimal règlementaire* de 70 € par heure de régulation. | |
| | **Actes cliniques de PDSA** | **Codes prestation et Tarifs** | |
| Majoration de l'activité régulée | **Majoration des consultations régulées** (cumulables avec l'acte de consultation)<br>- CRN : majoration pour une consultation régulée de début ou fin de nuit (20h-minuit ou 6h-8h)<br>- CRM : majoration pour une consultation régulée de milieu de nuit (minuit-6h)<br>- CRD : majoration pour une consultation régulée de dimanche ou jour férié<br>- CRS: majoration pour une consultation régulée de samedi (12h-20h) | CRN<br>CRM<br>CRD ET CRS | 42,5 €<br>51,5 €<br>26,5 € |
| | **Majorations des visites régulées** (cumulables avec l'acte de visite)<br>- VRN : majoration pour une visite régulée de nuit (20h-minuit ou 6h-8h)<br>- VRM : majoration pour une visite régulée de milieu de nuit (minuit-6h)<br>- VRD : majoration pour une visite régulée de dimanche/JF<br>- VRS : majoration pour une visite régulée de samedi (12h-20h) | VRN<br>VRM<br>VRD et VRS | 46 €<br>59,5 €<br>30 € |
| Majorations d'urgence en horaire de PDSA (non régulées) | **Majoration de l'activité de consultation**<br>- N = majoration pour acte de nuit de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00<br>- MM= Majoration de Milieu de nuit pour acte de nuit de 00h00 à 06h00<br>- F= Majoration de dimanche et jours fériés et samedi après midi | N<br>MM<br>F | 35 €<br>40 €<br>19,06 € |
| | **Majorations des déplacements en cas de visites**<br>- MDN : majoration déplacement de nuit<br>- MDI : majoration déplacement de milieu de nuit<br>- MDD : majoration déplacement de dimanche ou jour férié | MDN<br>MDI<br>MDD | 38,5 €<br>43,5 €<br>22,6 € |

* Arrêté du 24 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire

*Source : Cnam*

Entre 2012 et 2021, ces dépenses ont augmenté en moyenne de 2,8 % par an, passant de 345 à 444 millions d'euros. On observe une forte augmentation en 2022 avec une hausse de 21 % de la dépense globale entre 2021 et 2022.

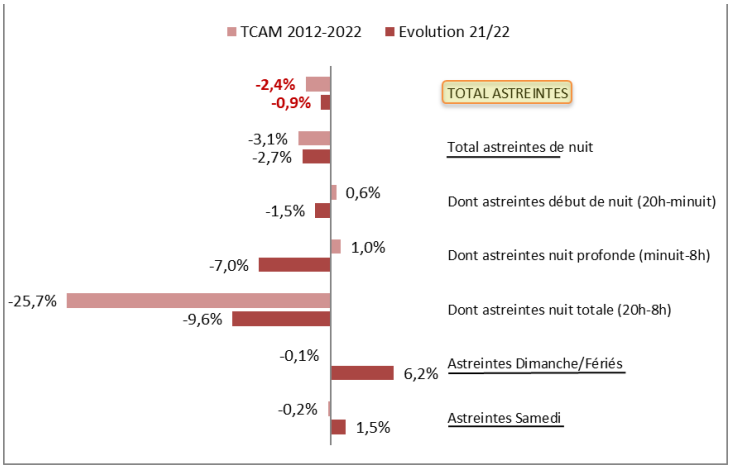
Figure 112 : Évolution des dépenses de permanence des soins ambulatoires (PDSA) depuis 2012 : taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2012 et 2021 et évolution 2021-2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

Les montants versés pour les forfaits d'astreinte d'effection sont en baisse depuis 2012 (- 3 % par an en moyenne entre 2012 et 2021). Toutefois, on observe une hausse de 10,5 % de la dépense sur ce poste sur la dernière année, en raison d'une revalorisation des montants planchers des forfaits d'astreinte début 2022 (revalorisation portant le montant minimal pour une astreinte de 12 heures à 180 euros soit une hausse de 20 %). Le volume suit la même dynamique que les dépenses, avec une baisse du volume de forfaits d'astreinte versés de 2,4 % par an en moyenne entre 2012 et 2022. Cette baisse du nombre de forfaits d'astreinte s'explique, d'une part, par une diminution du nombre de médecins participant, et d'autre part, par une baisse du nombre annuel moyen d'astreintes effectuées par médecin. À noter que cette baisse concerne uniquement les astreintes de nuit totale, dont le nombre facturé baisse en moyenne de 26 % par an entre 2012 et 2022. En parallèle, le nombre d'astreintes de début de nuit et de nuit profonde est en légère augmentation (respectivement + 0,6 % par an et + 1,0 % par an en moyenne sur cette période) ; le nombre d'astreintes de week-end est globalement stable (respectivement - 0,1 % par an pour les astreintes de samedi et - 0,2 % par an pour les astreintes de dimanche/jours fériés sur cette période).

Figure 113 : Évolution du nombre de forfaits d'astreinte versés depuis 2012 : taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2012 et 2022 et évolution 2021-2022

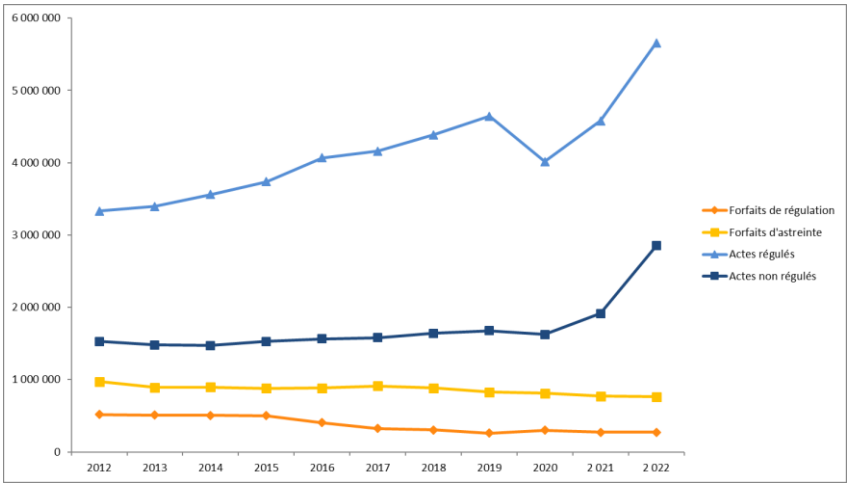



*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

Malgré une baisse du nombre d'astreintes et du nombre de médecins participant, le nombre d'actes cliniques régulés effectués pendant ces astreintes connaît une croissance continue entre 2012 et 2019, de 5 % par an en moyenne, puis une baisse liée au Covid-19 en 2020 et 2021, mais qui est rattrapée par la forte augmentation constatée en 2022 (Figure 114). Au total, 5,6 millions d'actes cliniques régulés de PDSA ont été facturés en 2022, soit une hausse de 70 % du volume d'actes depuis 2012, traduisant une augmentation du nombre d'actes cliniques facturés par astreinte. Cette hausse peut notamment s'expliquer par la baisse des visites à domicile qui prennent plus de temps, et l'augmentation de l'effection fixe. Par ailleurs, la baisse constatée du nombre d'astreintes concernait uniquement le créneau de nuit totale, sachant que l'activité est à son minimum en nuit profonde.

L'activité non régulée en horaires de PDSA augmente le plus fortement depuis 2 ans comparativement aux actes régulés et aux forfaits : après une augmentation modérée entre 2014 et 2020 de 3 % par an en moyenne, elle connaît une très forte croissance en 2021 et 2022 (+ 47 % sur la dernière année).

Figure 114 : Évolution du volume d'actes cliniques de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et du nombre de forfaits d'astreinte et de régulation versés depuis 2012



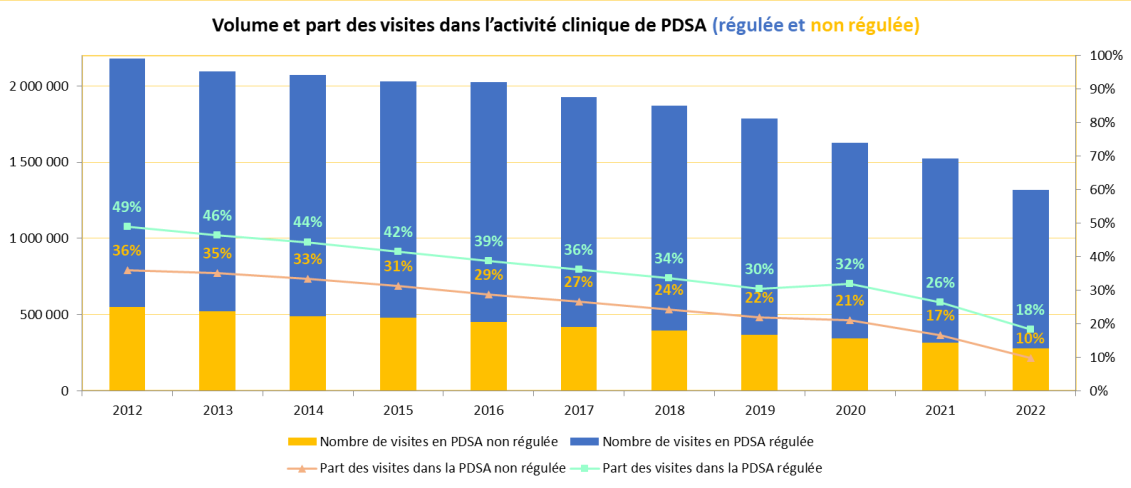

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

## Une forte baisse de l'effection mobile

On observe un recul très important de la part de visites dans l'activité de PDSA, régulée et non régulée, qui s'accélère ces deux dernières années : en 2010, les visites représentaient près de la moitié de l'activité clinique régulée de PDSA, et plus d'un tiers de l'activité de PDSA non régulée, quand elles représentent moins de 1 acte sur 5 dans l'activité régulée en 2022 et 1 acte sur 10 dans l'activité non régulée (Figure 115).

La part des visites dans l'activité de PDSA chute à la fois à cause de la baisse du volume global des visites de PDSA régulée et non régulée depuis 2010 (de 2,2 à 1,3 million par an), mais aussi en raison d'une augmentation en parallèle des actes de consultation. Les consultations sont en augmentation dans l'activité régulée en raison du développement des points fixes de garde (maisons médicales de garde et autres), et dans l'activité non régulée en raison de la multiplication des actes de téléconsultation avec des majorations nuit ou jour férié.

Figure 115 : Volume et part de visites dans l'activité clinique de permanence des soins ambulatoires (PDSA) régulée et non régulée, entre 2012 et 2022



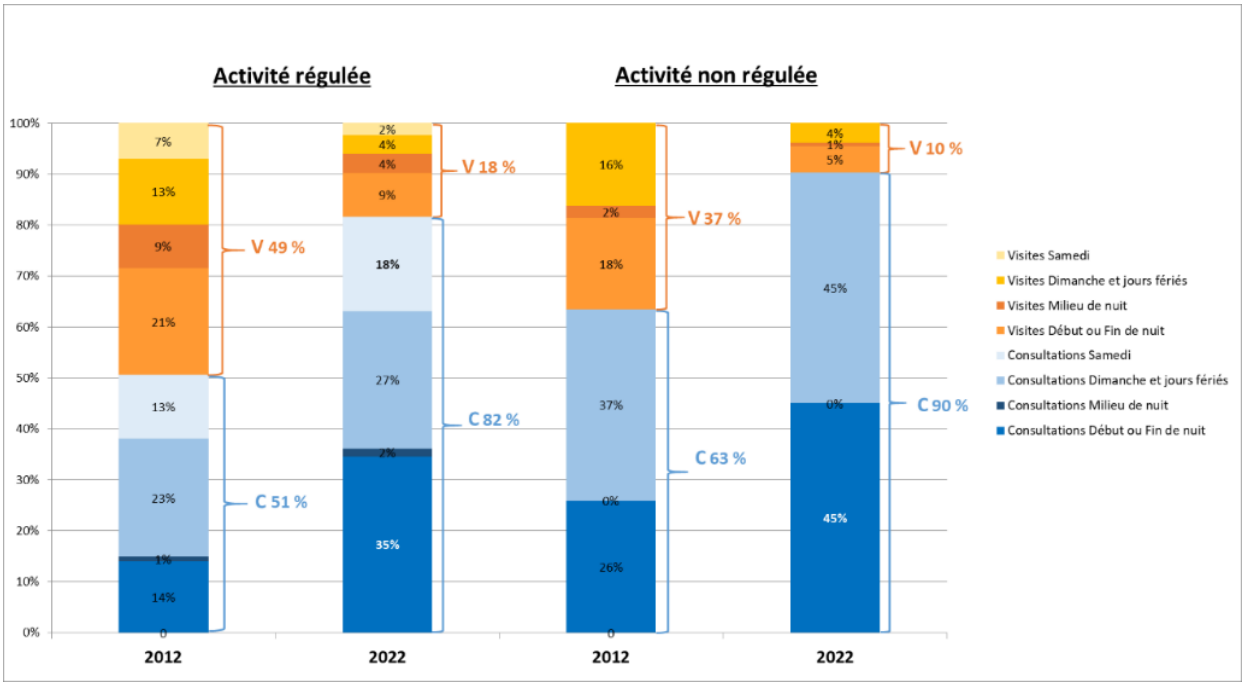

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

La chute des visites a fortement déformé la structure d'activité de la permanence des soins entre 2012 et 2022 (Figure 116). Comme en 2012, la majorité des visites se tiennent la nuit (les visites de nuit représentent en 2022 13 % de l'activité régulée contre 6 % pour les visites en journée). La plupart des visites ont lieu en début ou en fin de nuit.

*A contrario*, la majorité des consultations se tiennent en journée, les week-ends et jours fériés, mais leur part est en recul en 2022, au profit des consultations de début de nuit (il y avait deux fois plus de consultations en journée que la nuit en 2012 dans le dispositif régulé, alors qu'en 2022 on voit une progression des consultations de début de nuit)

L'activité de milieu de nuit quant à elle est en fort recul dans le dispositif régulé (de 9 % en 2012 à 5 % en 2022), et est devenue quasi inexistante dans l'activité non régulée.

Figure 116 : Structure d'activité régulée et non régulée de permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon les créneaux horaires, évolutions 2012-2022

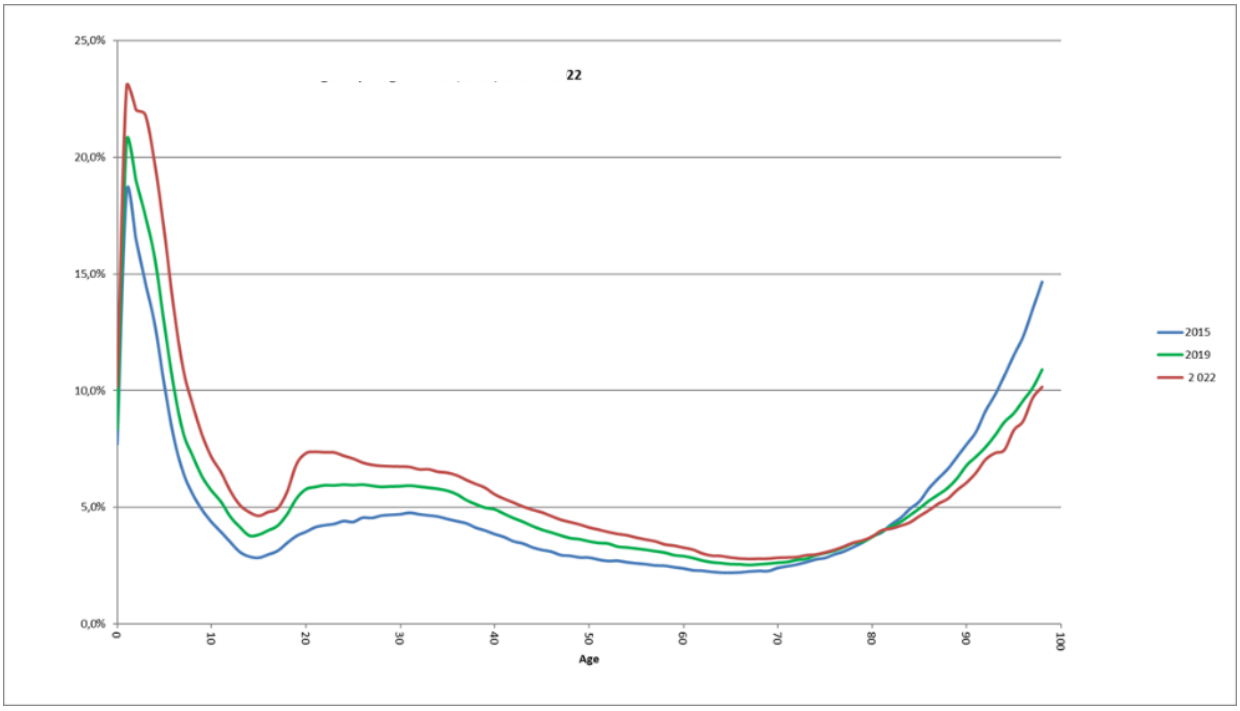



*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

## Une augmentation importante du recours au dispositif de PDSA régulée depuis 2015, sauf chez les plus âgés

On observe une augmentation du recours au dispositif de PDSA régulée entre 2015 et 2022 : la part de la population générale ayant eu au moins un recours dans l'année passe de 4,4 % à 6,0 % (tous âges confondus). Les enfants (moins de 16 ans) représentent un tiers des bénéficiaires de la PDSA régulée, et un pic de recours est observé entre 1 an et 4 ans révolus (recours supérieur à 20 % de la population dans cette tranche d'âge). Entre 2015 et 2022, le recours est à la hausse dans toutes les tranches d'âge, sauf chez les plus âgés (plus de 80 ans). La hausse du recours est la plus forte entre 5 et 25 ans (augmentation de 60 à 85 % du recours dans ces âges). Parmi les plus de 80 ans, la baisse du recours à la PDSA est de plus en plus marquée avec l'avancée en âge, probablement en lien avec la baisse des visites à domicile dans l'activité de PDSA. En effet, les visites constituent le mode de recours majoritaire à la PDSA des patients les plus âgés (voir le rapport Charges et produits pour 2024, p. 168).

Figure 117 : Taux de recours à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) régulée, par âge, en 2015, 2019 et 2022




Note de lecture : 7,5 % de la population âgée de 20 ans a eu au moins un recours à la PDSA (consultation ou visite régulée) en 2022, contre 4 % en 2015.

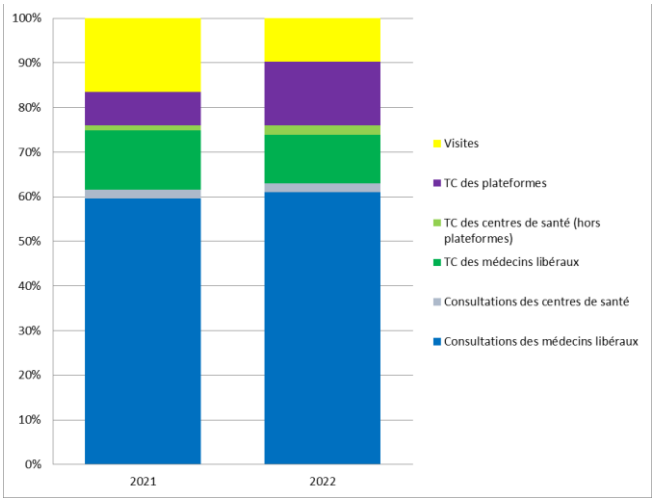
*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

## L'essor de la téléconsultation dans l'activité non régulée en horaires de PDSA

La téléconsultation a émergé depuis l'épidémie de Covid-19 et s'est rapidement développée dans l'activité non régulée en horaires de PDSA : il s'agit des téléconsultations facturées avec des majorations de nuit (N) ou de dimanche/jour férié (F), dénommées ci-après « téléconsultations de PDSA non régulée ».

Quasi inexistante auparavant, la téléconsultation représente 22 % de l'activité clinique de PDSA non régulée dès 2021 et 27 % en 2022 (Figure 118). En revanche, dans le dispositif de PDSA régulée, la téléconsultation est très marginale, car elle ne représente que 0,7 % de l'activité clinique, sans évolution entre 2021 et 2022.

Figure 118 : Structure de l'activité clinique non régulée en horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA), en 2021 et 2022



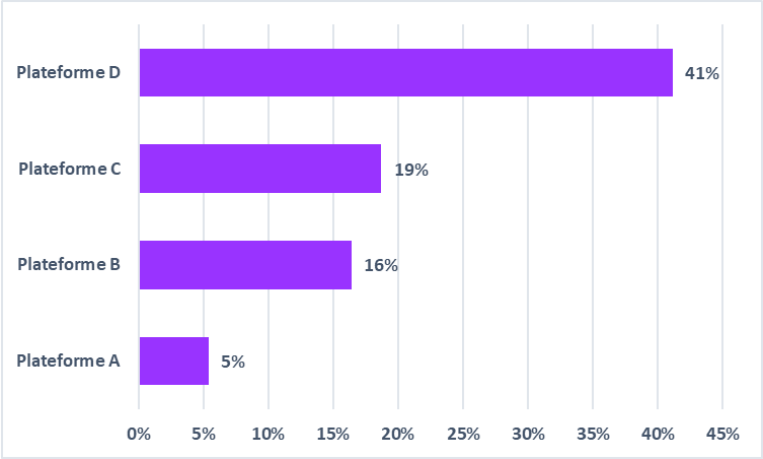

TC : téléconsultation

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

On note une rapide progression de l'activité des plateformes de téléconsultation qui contribuent largement à cette croissance : plus de la moitié des téléconsultations de PDSA non régulée ont été facturées par des plateformes en 2022, contre 27 % en 2021.

Lorsque l'on s'intéresse à l'ensemble de l'activité de téléconsultation selon le type d'effecteur, on observe que chez les médecins libéraux, 4 % de l'ensemble de leurs téléconsultations en 2022 a été facturé avec des majorations de nuit ou de dimanche/jour férié, tandis que, parmi les plateformes, ces majorations ont été facturées pour un cinquième de leur activité en 2022 (20 % de leur activité globale), avec une importante hétérogénéité selon les plateformes (Figure 119).

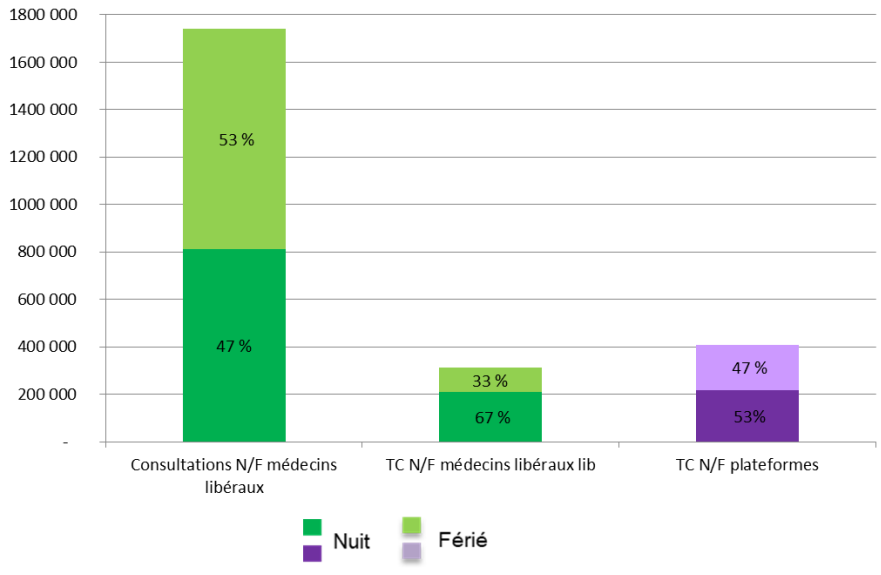
Figure 119 : Part de l'activité de téléconsultation facturée avec des majorations de nuit ou de dimanche/jour férié, en 2022




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

Concernant les créneaux horaires auxquels sont facturés les actes de PDSA non régulée, leur répartition diffère selon le type d'effecteur (Figure 120) : parmi les médecins libéraux, les deux tiers des téléconsultations de PDSA non régulée (67 %) sont facturés la nuit, contre moins de la moitié de leurs consultations de PDSA non régulée (47 %). Parmi les plateformes de téléconsultation, un peu plus de la moitié de leurs téléconsultations non régulées sont facturées la nuit (53 %).

Figure 120 : Volume et répartition entre nuit (N) et jour férié (F) des consultations et téléconsultations (TC) de permanence des soins ambulatoires (PDSA) non régulée, selon le type d'effecteur, en 2022



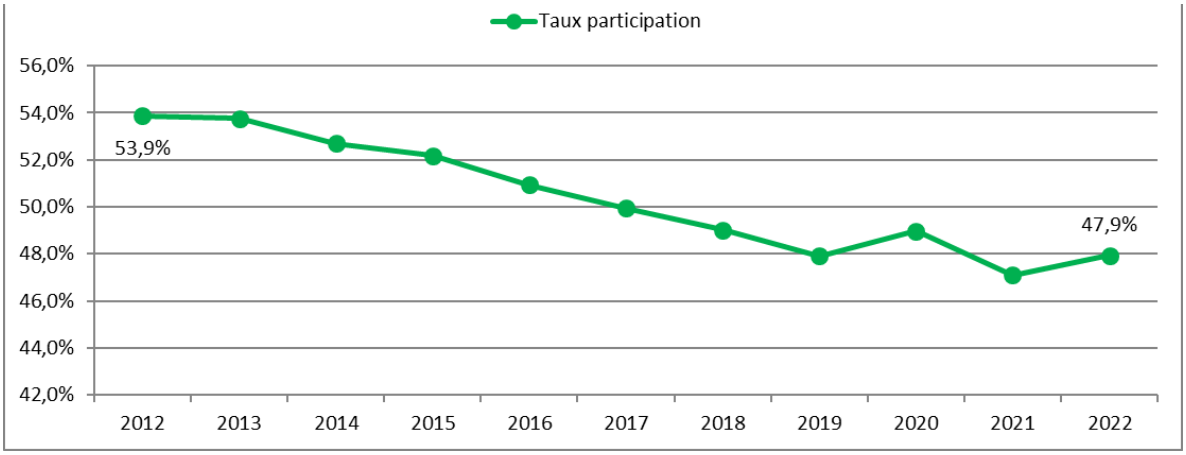

*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

### 8.4.2. Évolution de la participation des médecins généralistes libéraux au dispositif organisé de permanence des soins ambulatoires

En 2022, près d'un médecin généraliste libéral sur deux (48 %) a participé à la permanence des soins, soit plus de 27 000 médecins. Ce taux, de 54 % en 2012, est en baisse progressive chaque année, sauf durant le Covid-19 (légère hausse en 2020), et à l'exception de 2022 qui enregistre un léger regain de participation (+ 1 point).

Parmi les médecins participants, 56 % ont également facturé des majorations non régulées (nuit ou jour férié) au cours de l'année.

Figure 121 : Évolution du taux de participation au dispositif organisé de permanence des soins ambulatoires (PDSA) parmi les médecins généralistes libéraux (médecin à expertise particulière – MEP – inclus)




*Champ : tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

Encadré 21 : Calcul de la participation des médecins généralistes libéraux au dispositif organisé de permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Le taux de participation des médecins généralistes libéraux à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été estimé selon le mode de calcul suivant :

- Médecins ayant participé à la PDSA (numérateur) : médecins ayant facturé au moins un acte régulé et/ou médecins ayant perçu au moins une rémunération forfaitaire, d'astreinte ou de régulation, au cours de l'année.
- Médecins susceptibles de participer à la PDSA (dénominateur) : ensemble des médecins généralistes libéraux conventionnés installés, y compris les médecins à expertise particulière (MEP), actifs au 31 décembre 2022, ayant facturé au moins un acte en 2022. Sont exclus les médecins en cessation d'activité et les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital. Les remplaçants ne sont pas pris en compte dans les effectifs présentés, car leur activité n'est pas identifiable ni dissociable de celle des médecins qu'ils remplacent et est donc comptabilisée dans l'activité de ces derniers.

La participation à l'effection (astreintes et/ou actes régulés) s'élève à 46,5 %, et la participation au dispositif de régulation s'élève à 4,2 %.

À noter : comme précisé dans l'Encadré 21, le taux de participation a été calculé sur les médecins libéraux actifs (à l'exclusion des médecins en cessation d'activité). Cependant, une part importante des médecins régulateurs est constituée de médecins à la retraite (en cessation d'activité) qui continuent à avoir une activité de régulation : environ 600 médecins régulateurs étaient retraités en 2022, soit 22 % des médecins régulateurs. On note par ailleurs une augmentation de 15 % des effectifs de médecins régulateurs depuis 2012.

Tableau 38 : Effectifs de professionnels de santé ayant fait au moins une astreinte et ceux ayant fait au moins une régulation en 2022

| | | Au moins une astreinte ou un acte régulé | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **Oui** | **Non** | **Total** |
| Au moins une régulation | **Oui** | 1 485 (2,7 %) | 819 (1,5 %) | 2 304 (4,2 %) |
| | **Non** | 23 905 (43,8 %) | 28 459 (52,1 %) | 52 364 (95,9 %) |
| | **Total** | 25 390 (46,5 %) | 29 278 (53,5 %) | 54 618 (100 %) |

Note de lecture : 43,8 % des médecins généralistes libéraux ont effectué de l'activité régulée de PDSA sans faire de régulation.

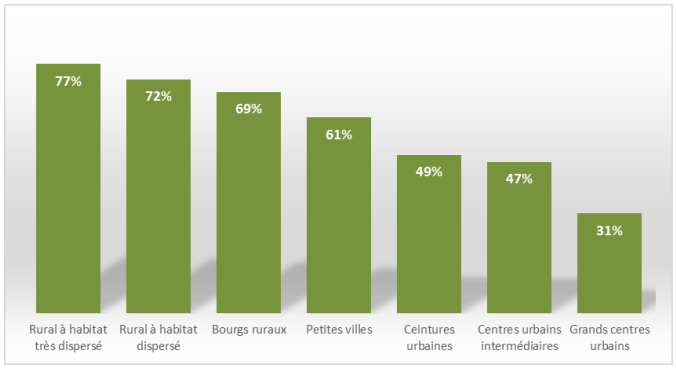
*Champ : tous régimes - France entière - médecins généralistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre 2022, ayant facturé au moins un acte en 2022, à l'exception des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital public*

*Source : Cnam (SNDS)*

## Une participation plus importante dans les territoires ruraux, défavorisés et moins bien dotés en médecins

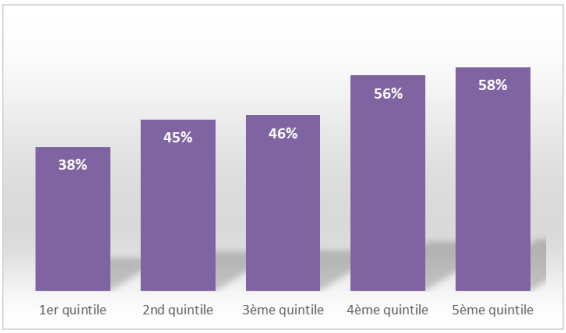
On constate un gradient de participation selon la densité populationnelle de la commune d'exercice du praticien : le taux de participation est maximal dans les territoires ruraux et diminue avec l'augmentation de la densité. Par ailleurs, les médecins exerçant dans les 40 % des communes les plus défavorisées (4e et 5e quintile de l'indice de défavorisation) participent davantage que leurs confrères des communes favorisées. On constate également une moindre participation dans les territoires mieux dotés en médecins généralistes (4e et 5e quintile de l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans).

Figure 122 : Taux de participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon la densité populationnelle de la commune d'exercice, en 2022



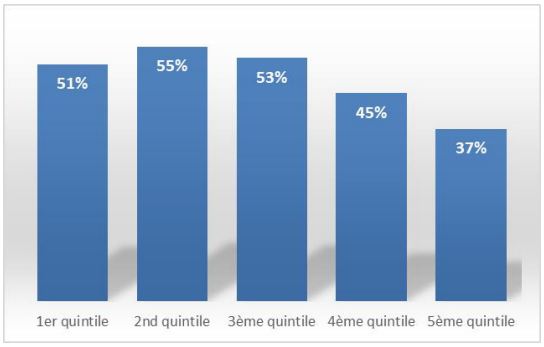

*Champ : tous régimes, médecins généralistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre 2022, ayant facturé au moins un acte en 2022, à l'exception des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital public - France entière - Source : Cnam (SNDS)*

Figure 123 : Taux de participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon le quintile d'indice de défavorisation de la commune d'exercice, en 2022




*Champ : tous régimes, médecins généralistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre 2022, ayant facturé au moins un acte en 2022, à l'exception des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital public - France entière - Source : Cnam (SNDS)*

Figure 124 : Taux de participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon les quintiles d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste de la commune d'exercice, en 2022

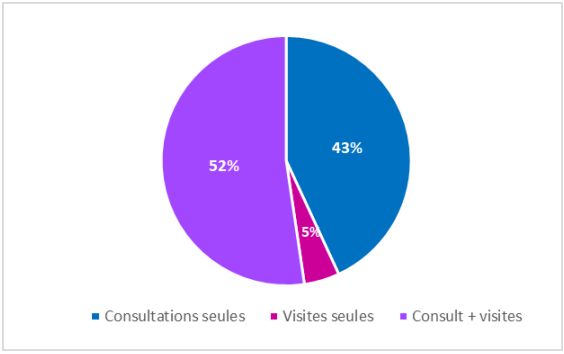



*Champ : tous régimes, médecins généralistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre 2022, ayant facturé au moins un acte en 2022, à l'exception des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital public - France entière - Source : Cnam (SNDS)*

## Détail de l'activité clinique régulée des médecins participants

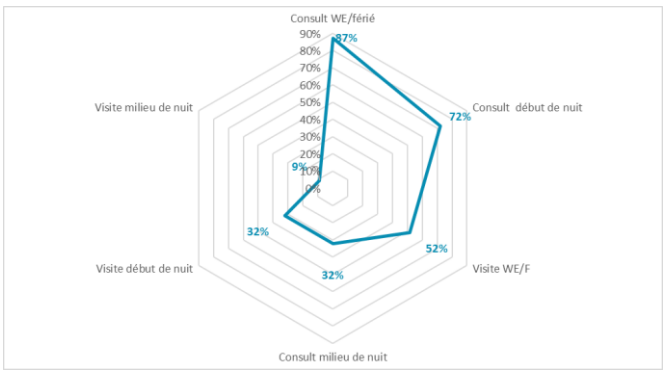
Parmi les médecins ayant facturé des actes de PDSA régulés, plus de la moitié ont fait au moins une visite dans l'année (57 %), et la quasi-totalité (95 %) a fait au moins une consultation. En regardant le détail des créneaux horaires, ce sont les visites de milieu de nuit qui sont les moins pratiquées (9 % des participants en ont fait au moins une dans l'année), tandis que les consultations des week-ends et jours fériés sont les plus souvent pratiquées (87 % des participants).

Figure 125 : Activité régulée : part des médecins selon le type d'effection, en 2022




*Champ : tous régimes, médecins généralistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre 2022, ayant participé au dispositif de PDSA régulée en 2022, à l'exception des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital public – France entière – Source : Cnam (SNDS)*

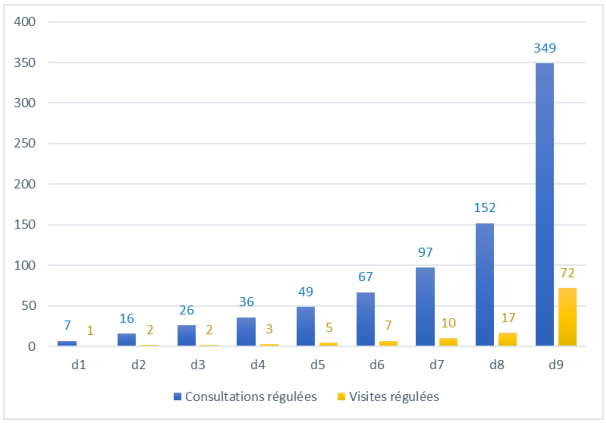
Figure 126 : Part de médecins ayant fait au moins un acte régulé selon le créneau horaire parmi les médecins ayant facturé de l'activité clinique régulée, en 2022




*Champ : tous régimes, médecins généralistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre 2022, ayant participé au dispositif de PDSA régulée en 2022, à l'exception des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital public – France entière – Source : Cnam (SNDS)*

Même si les visites sont pratiquées par plus de la moitié des médecins, la majorité d'entre eux en font peu (médiane à cinq visites dans l'année).

Figure 127 : Distribution de la quantité de consultations et de visites régulées parmi les médecins ayant fait au moins une consultation régulée ou au moins une visite régulée, en 2022



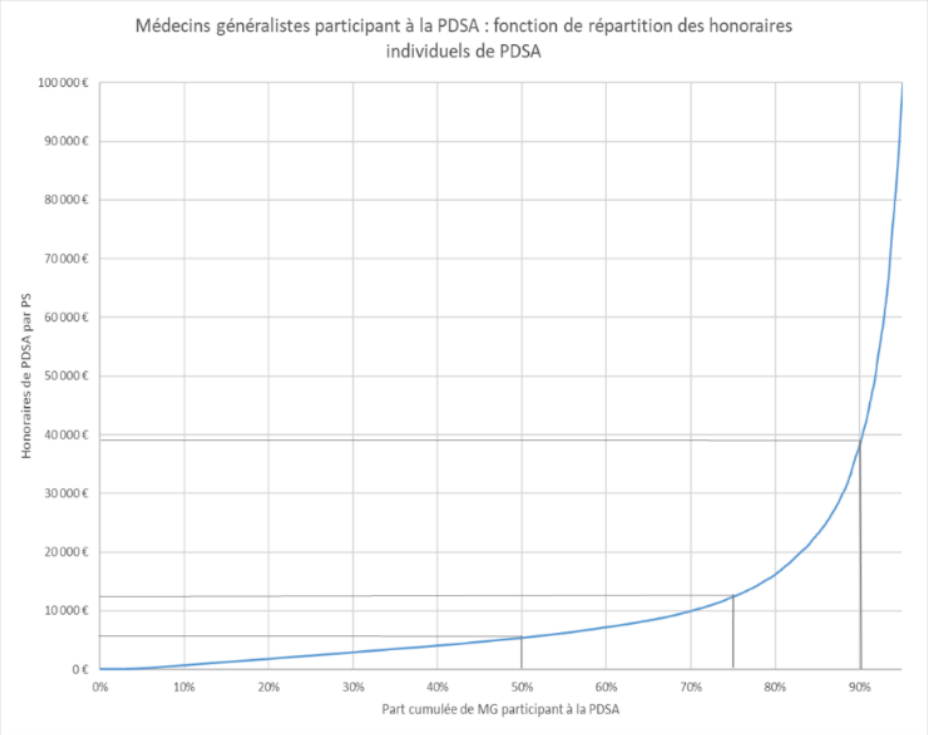

Note de lecture : parmi les médecins ayant fait des consultations régulées, 50 % en ont facturé moins de 49 en 2022. Parmi les médecins ayant fait des visites régulées, 50 % en ont facturé moins de 5 en 2022.

*Champ : tous régimes, médecins généralistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre 2022, ayant participé au dispositif de PDSA régulée en 2022, à l'exception des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital public – France entière – Source : Cnam (SNDS)*

Les honoraires moyens liés à l'activité de PDSA sont de 18 000 euros par an. Ils contribuent en moyenne à hauteur de 10 % des honoraires (hors dépassements) des médecins participants.

Cependant, ces moyennes sont fortement « tirées » par les extrêmes (Figure 128) : la moitié des participants perçoivent moins de 5 380 euros d'honoraires de PDSA dans l'année, en moyenne 2 % de leurs honoraires sans dépassement (HSD), et 75 % perçoivent moins de 12 400 euros d'honoraires, en moyenne 4 % de leurs HSD.

Figure 128 : Fonction de répartition des honoraires individuels de permanence des soins ambulatoires (PDSA) (régulations, astreintes et actes régulés)



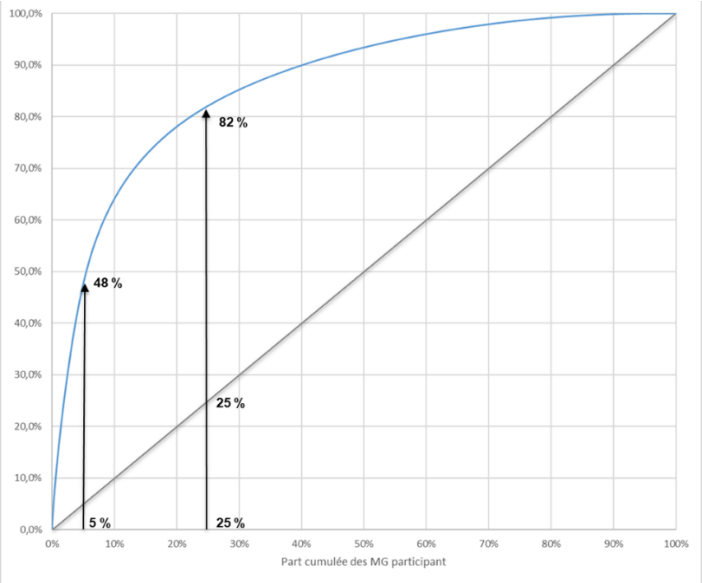

*Champ : tous régimes, médecins généralistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre 2022, ayant participé au dispositif de PDSA régulée en 2022, à l'exception des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital public – France entière*

*Source : Cnam (SNDS)*

Le dernier décile montre une professionnalisation de la PDSA : 10 % des participants perçoivent plus de 38 300 euros d'honoraires, en moyenne 51 % de leurs honoraires annuels (hors dépassements). Les 5 % des médecins ayant les honoraires PDSA les plus élevés perçoivent entre 96 000 euros et 693 000 euros d'honoraires liés à la PDSA, ce qui représente de 16 % à 100 % de leurs HSD, en moyenne, 65 %.

Lorsqu'on observe la concentration de l'activité de PDSA en termes d'honoraires, toutes activités confondues (astreintes, actes régulés et régulation), il apparaît que cette activité se répartit sur un nombre relativement restreint de médecins : en 2022, 25 % des médecins concentrent 82 % des honoraires de PDSA, et 5 % d'entre eux concentrent près de la moitié des honoraires de PDSA (48 %).

Figure 129 : Concentration des rémunérations liées à l'activité de permanence des soins ambulatoires (PDSA) (forfaits de régulation et d'astreinte, et activité clinique régulée), en 2022




*Champ : tous régimes, médecins généralistes libéraux conventionnés actifs au 31 décembre 2022, ayant participé au dispositif de PDSA régulée en 2022, à l'exception des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale à l'hôpital public – France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

### 8.4.3. Proposition d'amélioration de l'accès aux soins non programmés des patients pendant les horaires PDSA

Tout d'abord, il convient de rappeler que l'un des enjeux principaux en matière d'accès aux soins non programmés est de renforcer l'accueil et l'offre en amont de la PDSA, et de recentrer cette dernière sur l'urgence, en articulation avec l'offre hospitalière sur leur périmètre respectif, ce qui permet *de facto* de désengorger les services d'urgences hospitaliers. Aussi, en parallèle des propositions relatives à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), l'Assurance Maladie et les pouvoirs publics s'attachent à renforcer la disponibilité de l'offre médicale en journée, d'abord, évidemment, vers l'effecteur naturel qu'est le médecin traitant et, au besoin, le spécialiste et, de façon subsidiaire, *via* le service d'accès aux soins. Ce renforcement de l'offre en journée est la priorité absolue pour absorber l'essentiel des besoins de soins et protéger l'hôpital.

En effet, 75 % des passages aux urgences ont lieu durant les heures d'ouverture des cabinets libéraux et 43 % des patients se présentent aux urgences en l'absence d'une offre ambulatoire disponible le jour même ou le lendemain[219]. C'est pourquoi la convention médicale, récemment signée, s'est attachée non seulement à

219 Rapport de Thomas Mesnier *Pour un Pacte de Refondation des Urgences*, page 37, « *entre 8h et 20h les jours de semaine, pics début de matinée et début après-midi* » et pages 22 et 37, « *43 % des passages aux urgences relèvent d'une prise en charge en ville, dont 29 % par un MG sans plateau technique et 6 % par un MG avec accès imagerie et biologie* ».

revaloriser l'implication des professionnels qui prennent en charge des soins non programmés régulés en journée, mais également à valoriser l'engagement des médecins dans la période charnière de passage entre la journée classique et la phase de PDSA (19 h-21 h) par une majoration dédiée. Il est également indispensable de communiquer autour de cette offre de soins disponible et la régulation associée afin que chacun ait désormais le réflexe de passer par cette voie avant de se tourner vers les services d'urgences.

Pour assurer ces prises en charge en journée, le médecin traitant reste évidemment le principal effecteur du soin. Néanmoins, depuis plusieurs années émergent, en sus des organisations connues de type SOS Médecins, des centres de soins non programmés, ou centre de soins élargis ou centre de soins immédiats, autant d'appellations que de modes de prise en charge. Si nombre d'entre eux rendent un réel service aux patients et aux établissements de santé avec lesquels ils travaillent, d'autres organisations ont une pratique d'optimisation, d'une part, peu compatible avec les règles de prise en charge par l'Assurance Maladie et, d'autre part, qui peut conduire à une désorganisation des territoires. Aussi, il serait opportun, dans un contexte de rationalisation des soins non programmés et des valorisations associées, et également pour s'assurer de leur intégration au sein de l'offre de ville et en partenariat avec l'offre hospitalière, de stabiliser le cadre de régulation des centres de soins non programmés à travers la diffusion d'un cahier des charges national.

Aussi, dès lors que les besoins en journée devraient être mieux couverts, il est indispensable de recentrer la prise en charge en PDSA sur les urgences et de fait, de renforcer la régulation de la demande qui permet de répondre à plus de la moitié des cas sur la base du seul conseil médical.

Pour répondre à cet objectif, il est indispensable de clarifier les règles de tarification, permettant ainsi de mieux valoriser ces prises en charge spécifiques, en particulier des visites, seul recours pour les personnes plus âgées isolées et dont la demande est médicalement justifiée, tout en palliant certaines dérives constatées. La convention médicale prévoit des mesures en ce sens qui seront mises en œuvre en janvier 2025 (pour les clarifications) et janvier 2026 (pour les revalorisations des visites).

En revanche, et à l'heure où il est demandé de ne plus recourir aux urgences sans régulation préalable, il est nécessaire que l'offre de ville puisse répondre aux besoins constatés et c'est pourquoi l'ensemble du territoire doit être couvert par une possibilité d'effection de soins aux horaires de PDSA. Dans un contexte d'offre restreinte, il est nécessaire de mieux informer le patient sur l'offre de soins disponible, afin qu'il ait connaissance des options qui se présentent à lui en cas d'urgence médicale ressentie le soir ou le week-end. Mais il est également nécessaire de mieux répartir la charge entre les professionnels de santé, au vu de leur compétence respective, pour assurer le fonctionnement des gardes.

Ainsi, pour l'effection des soins, la loi dite « Rist » introduit la permanence des soins pour les professions de sages-femmes et d'infirmiers (article 7) et prévoit la création d'une responsabilité « collective » de la permanence des soins impliquant les médecins, les dentistes, les infirmiers et les sages-femmes.

En ce qui concerne la régulation, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2024 a généralisé une expérimentation lancée pendant la période de Covid-19 et permet ainsi aux dentistes de venir renforcer la régulation des soins, sur leur champ et pendant les horaires de la permanence des soins dentaires (dimanche et jours fériés).

Les décrets d'application de ces dispositions ne sont pas encore publiés, mais devraient intervenir dans les prochains mois.

Par ailleurs, dans un objectif similaire de continuité de la prise en charge et d'accès aux soins pour tous, pour lequel la préservation du maillage territorial officinal est un indispensable, l'avenant 1 à la convention entre les pharmaciens et l'Assurance Maladie a permis de mettre en place un dispositif empêchant les communes rurales et isolées de perdre leur dernière officine (environ un quart des officines sont les seules de leur commune). Aussi, pour maintenir une offre pharmaceutique suffisante pour les assurés résidant dans ces territoires fragiles, les officines en difficulté pourront bénéficier d'un accompagnement financier (jusqu'à 20 000 euros par an). Le déploiement de ce dispositif se fera en lien avec les agences régionales de santé (ARS).

Parallèlement à ce dispositif, il a également été décidé de revaloriser les astreintes et les honoraires de garde en cas de permanence pharmaceutique et de créer un nouvel honoraire de garde « nuit profonde » entre minuit et 6 h du matin. Des travaux seront aussi réalisés en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la définition des secteurs de garde.

## 8.5. Bilan des négociations de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie : les accords conclus pour l'année 2023

La négociation conventionnelle est un instrument essentiel pour assurer la pérennité de notre système d'assurance maladie et la qualité des soins offerts à la population.

Dans un contexte d'évolution des besoins de santé, de défis en termes d'attractivité des professions médicales et d'organisation de l'offre de soins, les dernières négociations conventionnelles menées en 2023 ont permis d'aboutir à plusieurs avancées majeures.

Ces négociations se sont articulées autour de trois principaux axes.

- Tout d'abord, les discussions ont porté sur l'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, en encourageant une meilleure répartition des praticiens.
- Ensuite, les négociations ont également visé à renforcer les missions de prévention et de santé publique confiées aux professionnels de santé, dans un objectif d'offrir des soins de qualité adaptés aux besoins évolutifs de la population et de remettre au cœur de notre système de santé les actions préventives.
- Enfin, il s'agissait de revaloriser les tarifs et les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux, afin de reconnaître la valeur de leur travail et de maintenir l'attractivité de ces métiers.

L'aboutissement de ces négociations constitue donc une étape importante pour relever les défis auxquels est confronté notre système de santé, en conciliant les attentes des patients, des professionnels et des pouvoirs publics.

Sont listés ci-dessous conventions et avenants signés ou mis en œuvre en 2023.

Tableau 39 : Liste des conventions et avenants signés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) sur l'année 2023

| Profession | Textes |
|---|---|
| **Transports sanitaires** | Avenant 11 à la convention nationale signé le 13 avril 2022 (*Journal officiel* [JO] du 6 mai 2023) |
| **Sages-femmes** | Avenant 7 à la convention nationale signé le 11 juillet 2023 (JO du 25 août 2023) |
| **Orthophonistes** | Avenant 20 à la convention nationale signé le 22 juin 2023 (JO du 18 août 2023) |
| **Infirmiers** | Avenant 10 à la convention nationale signé le 16 juin 2023 (JO du 29 juillet 2023) |
| **Centres de santé** | Avenant 5 à l'accord national signé le 30 novembre 2023 (JO du 15 mars 2024) |
| **Médecins** | Règlement arbitral en l'absence de convention médicale (JO du 1er mai 2023) |
| **Masseurs-kinésithérapeutes** | Avenant 7 à la convention nationale signé le 13 juillet 2023 (JO du 25 août 2023) |
| **Orthoptistes** | Avenant 16 à la convention nationale signé le 12 juin 2023 (JO du 19 juillet 2023) |
| **Pédicures-podologues** | Avenant 5 à la convention nationale signé le 26 juillet 2023 (JO du 6 septembre 2023) |
| **Taxis** | Décision du 11 décembre 2023 relative l'établissement d'une convention type |
| **Chirurgiens-dentistes** | Convention nationale 2023-2028 signée le 21 juillet 2023 (JO du 25 août 2023) |
| **Établissements thermaux** | Avenant 8 à la convention nationale thermale (CNT) 2023-2027 |

*Source : Cnam*

### 8.5.1. Améliorer l'accès aux soins pour tous les patients

Soutenir l'accès aux soins est une priorité essentielle pour l'Assurance Maladie. À travers les négociations conventionnelles, elle cherche à garantir un accès universel aux soins, en particulier pour les populations les plus vulnérables et dans les zones sous-dotées en professionnels de santé. Pour y parvenir, les partenaires conventionnels ont élaboré plusieurs mesures au cours de l'année 2023. Tout d'abord, par l'ajustement du dispositif visant à promouvoir le déploiement des assistants médicaux, les partenaires conventionnels ambitionnent de libérer du temps médical en déployant 10 000 assistants médicaux sur le territoire d'ici 2024, permettant ainsi aux professionnels de santé de consacrer plus de temps aux soins et à leurs patients. Ensuite, ils encouragent l'installation de nouveaux professionnels dans les zones les plus en tension. L'objectif est de simplifier le parcours de soins en améliorant la disponibilité de l'offre de soins sur certains territoires. Enfin, l'Assurance Maladie accompagne les professionnels dans la modernisation de leur cabinet et la coordination des soins à l'échelle des territoires, afin d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services rendus à la population. Ainsi, à travers ces différentes actions, l'Assurance Maladie entend garantir un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire français.

#### Augmenter le temps médical et renforcer l'accès aux soins

Dans le cadre du règlement arbitral de la convention médicale, l'aide à l'emploi d'un assistant médical est maintenue et des assouplissements des modalités d'accès et de fonctionnement sont introduits avec notamment l'ouverture de cette aide à l'ensemble des médecins alors que ce dispositif était auparavant réservé aux médecins des territoires sous-dotés. Ce dispositif doit permettre aux médecins de libérer du temps médical pour se concentrer sur le soin et ainsi de renforcer l'accès aux soins des patients et la qualité de leur prise en charge. Un soutien financier pérenne et une aide pour un recrutement à temps plein pour l'ensemble des médecins sur le territoire sont désormais possibles.

Pour renforcer le déploiement du nouveau métier d'infirmier et infirmière en pratique avancée (IPA), il est instauré une aide conventionnelle à la formation au métier d'IPA. Cette aide financière vise à atténuer la perte de revenus liée à la baisse d'activité pour ces professionnels durant leur formation. Sont éligibles à cette aide les infirmiers conventionnés installés en libéral dont les honoraires sans dépassement, correspondant à l'activité libérale au titre de l'année précédente, dépassent le montant de 15 000 euros.

Par ailleurs, il est introduit une aide forfaitaire pouvant aller jusqu'à 2 000 euros pour les sages-femmes libérales exerçant une part de leur activité en établissement de santé.

#### Revaloriser la participation aux soins non programmés

Le règlement arbitral de la convention médicale pérennise certaines des dispositions mises en place à l'été 2022 dans le cadre de la mission flash sur les urgences afin de faciliter la prise en charge des soins non programmés (SNP) en ville et de désengorger les services d'urgences :

- la majoration SNP de 15 euros pour les soins non programmés adressés par le service d'accès aux soins (SAS) ;
- la rémunération de 100 euros de l'heure aux médecins participant à la régulation.

De la même façon, pour les sages-femmes et pour les chirurgiens-dentistes, il a été a mis en place une majoration pour les soins non programmés régulés par le SAS de 15 euros.

#### Revaloriser les établissements thermaux et encadrer le reste à charge

Au 1er mars 2024, la convention avec les établissements thermaux a permis une revalorisation du prix limite de facturation. Pour limiter l'évolution du reste à charge liée à cette revalorisation, le tarif forfaitaire de responsabilité sur lequel se base le remboursement de l'Assurance Maladie a également été augmenté dans le cadre de cette convention.

#### Réduire les disparités démographiques dans l'offre de soins

Afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, de nouvelles mesures de zonage ou des contrats incitatifs ont été introduits, notamment pour les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes.

Pour les chirurgiens-dentistes, une méthodologie de zonage rénovée en profondeur et plus précise a été introduite. Elle intègre les caractéristiques médicales et sociales des territoires pour permettre aux agences régionales de santé (ARS) d'actualiser les zonages existants. Les contrats incitatifs à l'installation dans les zones très sous-dotées ont été fortement revalorisés. Pour les zones dites non prioritaires (5 % de la population), la convention instaure la mise en place d'une gestion partagée des installations avec la possibilité d'une installation uniquement en remplacement d'un départ (règle du 1 pour 1).

L'avenant à la convention avec les masseurs-kinésithérapeutes intègre également une augmentation des aides à l'installation et au maintien de l'activité en zones sous-denses ainsi que l'élargissement des territoires concernés par ces dispositifs incitatifs (15 % de la population contre 12,5 % auparavant). La méthodologie de zonage évolue parallèlement avec une extension des zones dans lesquelles s'applique la règle du 1 pour 1 (30 % de la population contre 12,5 % auparavant). Par ailleurs, pour les étudiants débutant leurs études en 2023, l'avenant prévoit une première installation en exercice libéral ciblée sur les zones « sous-dotées » ou « très sous-dotées » ou une première expérience en établissement sanitaire ou médicosocial à l'issue de la formation en institut de formation (Institut de formation en masso-kinésothérapie – IFMK).

L'avenant 7 à la convention des sages-femmes prévoit également une revalorisation des contrats incitatifs pour l'aide au maintien et à l'installation des sages-femmes en zone sous-dotée et très sous-dotée.

Pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les zones les plus sous-dotées, des rémunérations sont également prévues pour les professionnels accueillant des étudiants. Des mesures spécifiques aux différentes professions sont déterminées avec notamment une rémunération supplémentaire pour les orthophonistes adhérant au contrat d'aide à la première installation et une aide forfaitaire annuelle pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes a été introduite.

### Simplification du parcours de soins

Diverses mesures ont été mises en place afin de faciliter le recours des patients aux professions nécessaires à leur prise en charge.

Introduit par la loi dite « Rist » de 2023, l'accès direct des masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues et orthophonistes a été décliné dans les textes conventionnels. Ainsi, un acte de bilan de gradation du risque podologique a été ajouté pour tous les patients diabétiques afin de valoriser le rôle des pédicures-podologues auprès de ces patients et de permettre de prévenir les risques sur cette patientèle en identifiant leur besoin de soins. En outre, désormais, s'ils exercent en établissement ou dans une structure d'exercice coordonné, les masseurs-kinésithérapeutes peuvent réaliser leurs actes en accès direct, jusqu'à huit séances dans le cas où le patient n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Les orthophonistes exerçant dans une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ont également la possibilité de prendre en charge des patients en accès direct.

Des adaptations de la nomenclature concernant les orthophonistes ont été réalisées notamment pour ouvrir la possibilité de séances de groupe à l'ensemble des actes de rééducation.

Enfin, des avancées concernant les télésoins et le recours à la télé-expertise ont été réalisées, notamment pour les pédicures-podologues, les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes. Il a été inscrit, à titre pérenne, dans les accords conventionnels, la possibilité ouverte lors de la crise sanitaire pour ces professions de réaliser des actes de télésoins (dans certaines conditions à savoir notamment le principe de connaissance préalable du patient, le principe d'impossibilité pour les professionnels d'exercer une activité exclusive à distance ou encore le principe de territorialité de la réponse à la demande de soins) et de requérir une télé-expertise auprès d'un professionnel de santé médical.

### Création d'un observatoire de l'accès aux soins

La convention prévoit la mise en place d'un observatoire de l'accès aux soins ayant pour objectif de suivre les engagements conventionnels collectifs des médecins afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Par le prisme de l'accès aux soins médicaux, cet observatoire permettra de prendre le pouls de la médecine de premier recours notamment *via* la répartition de l'offre, la disponibilité du temps médical, les difficultés d'accès en particulier pour les plus fragiles…

Ainsi, 10 engagements et indicateurs ont été définis :

- stabiliser la part de patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant au seuil frictionnel de 2 % dès 2025 ;
- augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale de 5 % par an ;
- augmenter la patientèle « médecin traitant » moyenne du médecin généraliste de 2 % par an ;
- augmenter la file active moyenne des médecins libéraux de 2 % par an ;
- raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes – l'objectif chiffré sera fixé avant fin 2024 à l'issue d'un travail conjoint mené par l'Assurance Maladie et l'État et présenté aux partenaires conventionnels ;
- augmenter le nombre de contrats d'assistants médicaux pour atteindre 10 000 contrats en 2025 et + 10 % par an à compter de 2026 (base contrats signés au 1er janvier 2024) ;
- 100 % du territoire couvert par la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et le service d'accès aux soins (SAS) ;
- augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) de 5 % par an ;
- augmenter l'installation des médecins dans les zones sous-dotées de 7 % par an ;
- baisser de 2 % par an le non-recours aux soins des personnes en situation de handicap.

Cet observatoire sera mis en place au niveau national, mais aussi local, afin d'identifier les problématiques locales et capitaliser sur les actions et dynamiques déployées.

Les indicateurs trimestriels et l'ensemble de ces travaux seront rendus publics.

#### Limiter la prise en charge des prescriptions de professionnels de santé ayant choisi de ne pas se conventionner avec l'Assurance Maladie

Le conventionnement avec l'Assurance Maladie permet non seulement le remboursement des patients, mais fait bénéficier les professionnels de santé, et en particulier les médecins, d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales et de rémunérations forfaitaires en lien avec leur activité. Les médecins libéraux conventionnés peuvent choisir, selon leurs titres, entre deux types d'exercice à honoraires différents, en secteur 1 ou 2, avec des tarifs négociés dans la convention nationale. Il existe toujours une très faible minorité de professionnels qui ne sont pas conventionnés avec l'Assurance Maladie, mais, depuis quelques années, des mouvements de déconventionnement sont portés par certains groupes ou syndicats. Il semble donc nécessaire de réaffirmer et renforcer l'impact et les conséquences d'un déconventionnement, notamment pour inciter les professionnels à rester dans le système conventionnel. En effet, la convention permet de donner un cadre à la pratique assurant la qualité de prise en charge à travers des objectifs partagés entre les partenaires conventionnels de pertinence et d'efficience notamment dans leur prescription en lien avec les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

Pourtant, pour les médecins ayant choisi de ne pas se conventionner avec l'Assurance Maladie, bien que la prise en charge des actes que ces professionnels réalisent soit minorée, leurs prescriptions sont, elles, totalement prises en charge (par exemple le transport, la biologie…). Il est donc proposé de revoir cette situation de telle sorte que le remboursement des prescriptions soit lié au conventionnement des médecins et ainsi rappeler que l'Assurance Maladie ne peut solvabiliser l'ensemble des prescriptions d'un médecin qui ne souhaite pas conventionner avec elle. En effet, aujourd'hui le conventionnement du médecin ne figure pas au nombre des conditions pour le remboursement des actes et produits de santé et il serait donc pertinent de prévoir de réduire en tout ou partie le remboursement des prescriptions des professionnels de santé non conventionnés. La mesure ne remettra pas en cause la prescription des médecins retraités.

### 8.5.2. Mise en place de nouvelles mesures de prévention et de santé publique

Les négociations conventionnelles se sont attachées à promouvoir une logique préventive dans la prise en charge des patients afin de renforcer cet axe de la prise en charge longtemps laissé de côté dans notre système de soins. Le renforcement du rôle préventif des professionnels de santé s'est traduit notamment par la création ou la revalorisation de certains actes tenant compte des besoins évolutifs des patients.

Ainsi, le positionnement du masseur-kinésithérapeute comme un professionnel de santé incontournable de la santé des personnes en situation de dépendance ou à risque de perte d'autonomie est renforcé, notamment en matière de repérage de la fragilité dans la perspective de la généralisation des bilans de prévention et du

programme ICOPE (*Integrated Care for Older People*, soins intégrés pour les personnes âgées). Il est ainsi prévu de :

- valoriser l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes auprès des personnes âgées pour la prévention de la perte d'autonomie en reconnaissant le rôle central des masseurs-kinésithérapeutes dans ce domaine (création d'un acte de repérage de la fragilité), l'intervention au domicile et leur rôle en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ;
- inscrire le professionnel dans le parcours de prise en charge de l'insuffisance cardiaque ;
- faciliter la prise en charge des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap.

Pour soutenir l'engagement des médecins au bénéfice des patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) et nécessitant un renforcement de leur prise en charge, le règlement arbitral crée une nouvelle consultation : la consultation initiale d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante.

Il a été créé un nouvel acte pour l'intervention des pédicures-podologues dans la prévention de l'apparition d'un syndrome main-pied localisé pouvant survenir notamment dans le cadre de certains traitements de chimiothérapie orale ou thérapies anticancéreuses ciblées. Il a également été créé un acte pour leur intervention dans le traitement des verrues plantaires.

Les infirmiers peuvent désormais réaliser le bilan de soins infirmiers (BSI) à l'ensemble des patients dépendants suivis à domicile, sans distinction d'âge.

Pour conforter le rôle majeur des sages-femmes en matière de prévention, il a été mis en place une rémunération forfaitaire annuelle de santé publique (RFSP) pour favoriser l'atteinte d'objectifs de santé publique et améliorer la qualité de la pratique autour de trois thématiques (vaccination, suivi bucco-dentaire, suivi de la femme enceinte). Par ailleurs, la rémunération versée aux sages-femmes référentes est revalorisée pour le suivi de la grossesse des femmes bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes ont désormais une aide forfaitaire annuelle de 300 euros pour ceux qui s'engagent dans des actions dites d'« aller vers » dans le but de renforcer les initiatives en dehors de leurs cabinets médicaux et notamment à destination des publics les plus fragiles.

La nouvelle convention dentaire met en place les mesures permettant de faire évoluer les pratiques de soins bucco-dentaires d'une approche curative vers une approche plus préventive, avec pour objectif la réduction à moyen et long terme du recours aux actes prothétiques et implantaires. Les partenaires portent une ambition nouvelle pour la génération des 3 à 24 ans qui vise à faire émerger une première « génération sans carie » notamment grâce à un examen bucco-dentaire annualisé et revalorisé pour ces jeunes générations et une revalorisation générale des soins de prévention. Parallèlement, les partenaires conventionnels ont réaffirmé leur engagement en faveur de la réforme du 100 % Santé qui a permis de limiter les restes à charge pour les patients ayant besoin de soins prothétiques, dans un contexte général de vieillissement de la population et d'allongement de la vie. Par ailleurs, la convention prévoit que de nouveaux actes soient créés avec la réalisation d'un bilan bucco-dentaire spécifique lors de l'entrée en Ehpad ou dans des établissements et services sociaux et médicosociaux (ESSMS) et la création d'une séance d'habituation prise en charge pour les personnes en situation de handicap. Enfin, le bilan parodontal et l'assainissement parodontal sont étendus à cinq affections de longue durée supplémentaires[220].

Concernant les patients nécessitant des transports, des revalorisations ont été réalisées pour les forfaits applicables aux patients à mobilité réduite.

220 Patients diabétiques de type 1 et de type 2 et cinq affections de longue durée (ALD) supplémentaires avec : les patients en insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves (ALD 5) ; les patients en déficit immunitaire primitif, infection par le VIH (ALD 7) ; les patients ayant une maladie coronaire (ALD 13) ; les patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde (ALD 22) ; les patients atteints d'une spondylarthrite grave (ALD 27).

### 8.5.3. Renforcer l'attractivité des professions libérales

Pour renforcer l'attractivité des professions libérales, diverses mesures de revalorisation ont été mises en œuvre. Elles portent sur toutes ou une partie des composantes de la rémunération de ces professions (actes, forfaits, indemnités, etc.).

Un premier volet de ces négociations a porté sur la revalorisation des tarifs pour de nombreuses professions libérales. Le règlement arbitral a notamment introduit une revalorisation du tarif des consultations des médecins généralistes à 26,50 euros et une revalorisation du forfait médecin traitant. D'autres mesures générales, notamment pour les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les taxis et les transports sanitaires, ont été appliquées.

À travers les actions menées pour la « génération sans carie », les chirurgiens-dentistes bénéficient d'une forte revalorisation des actes pratiqués sur les populations concernées (3 à 24 ans). Au-delà de l'ajout d'une rémunération forfaitaire de santé publique (RFSP) pour les sages-femmes, leurs principaux actes ont également été revalorisés. L'avenant des orthoptistes vise quant à lui à renforcer la prévention et l'accès aux soins de rééducation visuelle, notamment pour les enfants, avec une revalorisation forte de certains actes de rééducation, de traitement de l'amblyopie et du strabisme, ainsi que d'actes de périmétrie. Enfin, pour les pédicures-podologues, une revalorisation des séances de soins pour les patients diabétiques à risque de grade 2 ou 3 a été mise en place.

De plus, pour les déplacements au domicile du patient, des évolutions ont pu être réalisées pour certaines professions afin de rendre cette activité qui tend à être délaissée plus attractive. Cette mesure s'applique notamment aux sages-femmes pour certaines situations spécifiques comme la période postnatale et la surveillance des grossesses à risque. De même, les indemnités forfaitaires de déplacement des infirmiers ont été revalorisées de 10 % et les masseurs-kinésithérapeutes peuvent désormais facturer les indemnités kilométriques « montagne ».

Pour les transporteurs sanitaires, il a été convenu des revalorisations tarifaires pour les ambulances et les véhicules sanitaires légers (VSL) en deux temps, ainsi que la mise en place d'une tarification majorée pour les entreprises qui certifient leurs flux (utilisation de la géolocalisation couplée à la facturation *via* le téléservice SEFI – service électronique de facturation intégré). La revalorisation de la tarification majorée au 1er janvier 2025 est conditionnée au respect de mesures d'efficience portant sur le transport partagé, les plateformes de commande et l'utilisation des données de géolocalisation comme paramètre de facturation. Par ailleurs, cet avenant modifie le mode de rémunération des ambulanciers en créant pour la première fois une rémunération forfaitaire annuelle de 1 100 d'euros par véhicule venant notamment valoriser l'investissement en équipement des ambulances et intègre les enjeux environnementaux pour cette profession (création d'un forfait annuel pour les véhicules 100 % électriques). Enfin, l'avenant prévoit une majoration pour les VSL réalisant des transports de patients en fauteuil roulant afin d'inciter le transport de personnes à mobilité réduite, la poursuite de la prise en charge des transports bariatriques et la revalorisation des indisponibilités injustifiées dans le cadre des transports urgents préhospitaliers (TUPH).

## 8.6. Simplification des démarches administratives des médecins

La simplification administrative au profit des médecins constitue un objectif stratégique de l'Assurance Maladie, dans la mesure où il contribue directement à générer du temps médical, ainsi qu'à l'objectif d'attractivité, notamment de la médecine générale.

L'Assurance Maladie a ainsi constitué fin 2023 une mission pérenne de simplification des démarches administratives des médecins, dans le prolongement de la mission flash pilotée par le docteur Jacques Franzoni et M. Pierre Albertini pour identifier les mesures qui permettraient de redonner du temps médical aux médecins en réduisant les démarches administratives.

Outre les préconisations de ce rapport, la démarche engagée par la Cnam est aussi fondée sur l'organisation d'échanges collectifs et individuels avec des médecins et acteurs des territoires afin de dégager de nouvelles pistes qui relèvent pour la plupart des six grands axes déjà identifiés par la mission flash :

1. Réduire la demande de certificats médicaux inutiles.
2. Limiter la gestion administrative par les médecins des situations d'ALD.
3. Optimiser les processus de facturation.
4. Fluidifier les relations entre l'Assurance Maladie et les médecins.
5. Renforcer l'offre amelipro.
6. Assurer la qualité et l'ergonomie des logiciels « médecin ».

Le présent chapitre rend compte des évolutions concrètes en matière de simplification administrative, et des perspectives identifiées à terme. En pratique, ces évolutions recouvrent une grande diversité de mesures, correspondant aux sources de nature distincte de complexité administrative rencontrées par les médecins.

### 8.6.1. Réduire la demande de certificats médicaux inutiles

La mission Albertini-Franzoni a fait le constat qu'il demeure un écart important entre ce qu'impose la réglementation concernant la délivrance d'un certificat médical et les demandes issues des organisations et structures (associations sportives, lieux d'accueil des jeunes enfants…) en la matière. À cet effet et en vue de faire baisser le nombre de certificats dits inutiles, la Cnam et les ministères en charge du Travail et de la Sécurité sociale ont engagé plusieurs mesures, à la fois organisationnelles et réglementaires.

Afin de réduire la production de certificats médicaux, le décret n° 2023-853 du 31 août 2023 relatif à la liste des disciplines sportives à contraintes particulières a été promulgué afin de redéfinir les sports à contrainte dont la pratique nécessite obligatoirement la production d'un certificat.

En termes de communication, l'Assurance Maladie a réalisé à la rentrée scolaire 2023 une série de communications à destination des médecins et assurés pour rappeler les règles en vigueur, pour limiter autant que possible les demandes inutiles. Une nouvelle campagne de communication sera déployée à la rentrée 2024, en raison de la nécessité de rappeler régulièrement ces règles.

Un travail sera engagé cette année pour enrichir le simulateur relatif aux certificats médicaux, disponible sur le site service-public. Actuellement, ce simulateur vise à définir si dans le cadre de la pratique sportive, un certificat médical peut être exigé ou non. L'enrichissement de ce dernier avec d'autres cas d'usage (travail, petite enfance, etc.) permettra aux assurés d'avoir une information complète en la matière.

### 8.6.2. Limiter la gestion administrative liée au régime des affections longue durée (ALD)

Le suivi des patients couverts par le dispositif des affections de longue durée (ALD) par leur médecin implique notamment une gestion administrative, notamment pour le renouvellement de leur prise en charge.

Pour éviter toute rupture de droit ainsi que des situations complexes à gérer par le médecin, une communication récurrente a été initiée pour informer les assurés dont l'ALD arrive à terme. Ce courrier est transmis *via* le compte ameli des assurés trois mois avant la fin de prise en charge de leur ALD.

Enfin, des travaux sont en cours afin d'améliorer la visibilité au sein d'amelipro des ALD renouvelées par le service médical et celles qui nécessitent un renouvellement par le médecin. Au sein de « Ma patientèle en ALD », le médecin aura la possibilité d'accéder à une liste exhaustive de sa patientèle en situation d'ALD et pourra prendre connaissance des ALD renouvelées par le service médical et des patients pour lesquels une demande est à réaliser.

### 8.6.3. Optimiser les processus de facturation

Le processus de facturation représente régulièrement un irritant au regard du temps administratif qu'il implique. La Cnam a ainsi engagé différents travaux qui visent à réduire le temps passé pour la facturation.

Une des principales pertes de temps est liée à la double transmission par voie dématérialisée et par courrier des feuilles de soin papier en cas de non-présentation de la carte Vitale par le patient. En parallèle du déploiement progressif de l'application carte Vitale (AppCV) qui devrait permettre de renforcer la présentation de la carte Vitale, la Cnam a développé un nouvel outil facilitant, pour les médecins, la transmission la feuille de soins papier en l'absence de carte Vitale du patient.

Pour cela, a été mis en place en fin d'année 2023 l'outil de dématérialisation SCOR qui permet aux médecins de transmettre directement *via* leurs logiciels métier les pièces jointes nécessaires aux paiements des prestations par les caisses d'assurance maladie. Son déploiement continue à s'opérer en 2024 et l'outil est actuellement utilisé par près d'un quart des médecins (à mai 2024). En parallèle, un cahier des charges relatif à la dématérialisation de la signature a été mis en place, permettant d'éviter toute impression avant signature, renforçant ainsi la simplification de transmission de certaines pièces jointes.

Enfin, et parallèlement à l'outillage, des travaux ont été initiés sur la réécriture des contenus de courriers en lien avec la facturation. Cette reprise a pour objectif d'améliorer l'information apportée aux médecins afin de leur permettre d'identifier plus simplement les erreurs ou problématiques ayant entraîné des indus ou des rejets. Les modifications des libellés courrier transmis en cas de rejets de facturation seront implémentées prochainement par l'Assurance Maladie et le même travail sera effectué sur les courriers relatifs aux indus.

### 8.6.4. Fluidifier les relations entre l'Assurance Maladie et les médecins

L'Assurance Maladie, en tant que partenaire privilégié des médecins, doit assurer la fluidité des contacts, tant avec les services administratifs des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) que les services médicaux. Pour cela, des actions visant à rationaliser les canaux de communication, ainsi qu'à rendre les moyens de contact plus lisibles et accessibles, ont été lancées.

En 2023, la Cnam a, comme préconisé par le rapport Albertini-Franzoni, doté le service médical de téléphones portables et fait progresser l'usage de la messagerie de santé sécurisée (MSS) au sein des échelons locaux du service médical (ELSM) et de la direction régionale du service médical (DRSM). Leur déploiement se poursuit en 2024.

En complément, plusieurs axes ont été engagés afin de :

- faciliter et fluidifier les prises de contact entre l'Assurance Maladie et les médecins *via* la mise en place, entre autres, d'une rubrique dans amelipro ;
- réguler le nombre de communications écrites *via* une réflexion engagée sur la réduction du nombre d'e-mails envoyés aux médecins ;
- faire évoluer l'accompagnement opéré par l'Assurance Maladie dans le cadre de l'installation des médecins ;
- renforcer le rôle des délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et des délégués du numérique en santé (DNS), acteurs de proximité des médecins.

### 8.6.5. Renforcer l'offre amelipro pour faciliter l'exercice des médecins

Le portail de service amelipro est l'un des outils utilisés quotidiennement par les médecins, notamment dans le cadre de la prescription et de la vérification des droits des patients. L'Assurance Maladie s'efforce donc d'intégrer la question de simplification des démarches administratives au sein des téléservices qu'elle développe.

Afin de faire évoluer les outils au plus près des besoins des médecins, la Cnam a mis en place un club utilisateurs amelipro qui vise à réfléchir conjointement avec les médecins aux téléservices d'aujourd'hui et de demain, tout en identifiant des points d'amélioration à court terme.

En parallèle, des mesures identifiées dans le rapport Albertini-Franzoni ont déjà fait l'objet d'une mise en place. C'est le cas, à titre d'exemple, de la possibilité de saisie libre dans le téléservice « Prescription de transport ». De même, et à la croisée des objectifs de simplification et de développement de la prévention, la patientèle « médecin traitant » éligible aux dépistages des cancers et non dépistée est mise en ligne de façon sécurisée *via* amelipro.

La Cnam travaille actuellement à l'intégration d'autres mesures fortement demandées par les médecins, dont la possibilité de leur restituer les avis d'arrêt de travail saisis, l'accès à amelipro pour les personnes (assistants médicaux, internes, remplaçant) qui travaillent avec le médecin dans l'accomplissement de ses différentes missions, le dépôt de l'avis d'arrêt de travail dans Mon espace santé ou encore l'enrichissement du téléservice « Demande d'accord préalable ».

Enfin, une simplification des parcours autour des téléservices d'échanges avec les ELSM et les services administratifs a été partagée avec les médecins du club utilisateurs et fera l'objet d'évolutions dans les prochaines versions d'amelipro, associée à la mise en place d'une rubrique « Foire aux questions » (FAQ) pour faciliter l'usage d'amelipro par les médecins.

### 8.6.6. Assurer la qualité et l'ergonomie des logiciels « médecin »

Le logiciel « médecin » est l'un des outils principaux du médecin, tant pour la prescription que pour la facturation : son ergonomie et sa praticité sont donc des leviers de simplification dans la pratique des médecins. Dans le cadre du suivi du déploiement des versions des logiciels métier financées dans le cadre Ségur vague 1, des travaux ont été engagés par la Cnam et la Direction du numérique en santé afin d'identifier les besoins d'évolution (correction d'anomalies, amélioration de l'ergonomie, demandes de fonctionnalités, demandes de formation et d'accompagnement des éditeurs, etc.) et les faire remonter aux éditeurs de logiciels. La mise en œuvre d'un réseau de délégués du numérique en santé (DNS) dit « experts Ségur » a contribué à faciliter cette remontée des besoins utilisateurs. Dans le cadre de la préparation de la vague 2 du Ségur du couloir « Médecine de ville », ces éléments vont être pris en compte dans les exigences posées aux éditeurs. Les experts Ségur devraient également être associés au processus de référencement des solutions logicielles afin que le besoin des utilisateurs soit mieux pris en compte.

## 8.7. La rémunération sur objectifs de santé publique

Une majorité d'indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour les adultes progressent en 2023 chez les médecins traitants libéraux, traduisant ainsi une amélioration globale des objectifs de santé publique suivis et l'investissement des médecins dans ce domaine. Ces résultats 2023 présentent cependant des évolutions contrastées avec des indicateurs en progrès pour le bon usage des médicaments et le suivi de certaines maladies chroniques (indicateurs antibiothérapie, iatrogénie médicamenteuse, diabète et maladie rénale chronique), mais d'autres en recul comme la vaccination antigrippale, la surveillance des patients sous antivitamine K ou la prescription de statines dans le répertoire générique.

En ce qui concerne la Rosp pour les enfants, tous les indicateurs sont en progression, que ce soit les indicateurs de prévention (vaccination, antibiorésistance, examen bucco-dentaire) ou de suivi de l'asthme.

La rémunération moyenne versée progresse pour les médecins généralistes (5 185 euros par médecin, soit + 1,4 % en 2023) et les médecins spécialistes (1 890 euros, + 2,9 % pour les cardiologues, gastro-entérologues et endocrinologues).

Au total, le montant versé au titre de la Rosp du médecin traitant de l'adulte et de l'enfant, et du forfait structure pour l'équipement du cabinet médical atteint en moyenne 9 324 euros pour les 51 527 médecins généralistes rémunérés en 2023.

### 8.7.1. Bilan de la Rosp 2023

#### La Rosp médecin traitant de l'adulte

La majorité des indicateurs de santé publique pour la Rosp du médecin traitant sont en progrès en 2022, traduisant l'investissement renforcé des médecins généralistes libéraux.

Sur le diabète, les 3 indicateurs relatifs au dépistage de la maladie rénale chronique, aux dosages d'HbA1c et au fond d'œil progressent respectivement de 2,4 points, 2,3 points et 1,9 point.

L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus progresse significativement (+ 2,5 points) : 46 % des médecins dépassent l'objectif cible.

Sur le suivi des patients à risque cardiovasculaire, la prévention secondaire du risque cardiovasculaire s'améliore sensiblement (patients avec antécédent de maladie coronaire ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs – Aomi – traités par statines et AAP – autorisation d'accès précoce – et IEC – inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou ARA 2 – angiotensine 2) tandis que la surveillance des traitements par antivitamine K continue de baisser (- 1,1 point).

Concernant les indicateurs de prévention, depuis la forte hausse des indicateurs grippe en 2020 avec la pandémie, les deux indicateurs sont en baisse : celui concernant les 65 ans et plus affiche désormais un niveau légèrement inférieur à celui observé en 2019 (56,1 % contre 56,4 %) et la vaccination du sujet à risque affiche de nouveau une baisse pour s'établir à 28,9 %.

Parmi les trois indicateurs de prévention du cancer, seul le cancer du col est bien orienté (+ 1,6 point), les deux autres diminuent légèrement (- 0,6 point sur le cancer colorectal et - 0,4 point sur le cancer du sein).

Les indicateurs de prévention de la iatrogénie médicamenteuse sont stables par rapport à l'an passé. En particulier, la prévention des patients âgés sous psychotropes s'établit à un très bon niveau avec 45 % des médecins au-dessus de l'objectif cible.

Les deux indicateurs concernant l'antibiothérapie sont bien orientés : - 0,7 point pour les antibiothérapies sur les 16-65 ans et - 1,9 point pour l'indicateur d'antibiotiques générateurs d'antibiorésistances.

S'agissant des indicateurs d'efficience, la prescription dans le répertoire d'antihypertenseurs est stable et celle d'autres traitements progresse de 2,4 points, soit 16,4 millions de boîtes prescrites en plus dans le répertoire par rapport au hors répertoire. La progression de la prescription de biosimilaires se poursuit pour s'établir à 44,2 % de boîtes prescrites (+ 5,7 points). La prescription dans le répertoire de statines reste mal orientée en 2023 (- 3,2 points).

Sur l'efficience des prescriptions, l'indicateur relatif au traitement par metformine progresse (+ 1,7 point) ainsi que celui sur les inhibiteurs de la pompe à protons (indicateur décroissant, - 1,0 point).

Au global, 63 942 médecins sont rémunérés pour un montant total de 266,4 millions d'euros (contre 264,6 millions pour 64 824 médecins en 2022), soit une hausse de la rémunération globale de 0,7 %. Le montant moyen de rémunération chez les médecins généralistes et médecins à exercice particulier augmente et s'élève à 5 037 euros (contre 4 958 euros en 2022).

#### Rosp du médecin traitant de l'enfant

Les indicateurs de la Rosp médecin traitant de l'enfant sont tous en progression, ce qui dénote de l'amélioration des actions de prévention, mais également de suivi de ces patients.

Sur le volet des pathologies chroniques, les 2 indicateurs de suivi de l'asthme sont en hausse : + 1,8 point sur l'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) et + 1,2 point sur les traitements par corticoïdes inhalés.

Sur la prévention, la vaccination ROR (rougeole-oreillons-rubéole) progresse de 1,0 point et la vaccination anti-méningocoque C progresse de 0,5 point. À la suite de l'extension à 11 vaccins obligatoires depuis 2018, les 2 indicateurs affichent de très bons résultats : 85 % des professionnels de santé atteignent l'objectif intermédiaire sur le ROR et 100 % sur l'anti-méningocoque C.

Les 2 indicateurs d'antibiorésistance diminuent substantiellement (respectivement - 2,6 et - 1,9 point). Enfin, le suivi bucco-dentaire progresse de 2,4 points.

La rémunération Rosp du médecin traitant de l'enfant pour 2023 est en hausse de 10,0 %, soit 15,3 millions d'euros pour 48 084 médecins, soit 317 euros en moyenne. Pour les pédiatres, la rémunération moyenne s'élève à 1 146 euros.

#### Rosp des cardiologues

L'évolution des indicateurs est mitigée en 2023 : trois progressent et quatre sont en recul. Dans la partie prévention, l'indicateur sur les traitements par antiagrégant plaquettaire diminue de 1,2 point. La prescription de statines dans le répertoire poursuit sa baisse (- 5,6 points).

Malgré ces résultats globaux contrastés, la rémunération Rosp des cardiologues pour 2023 est en hausse de 3,6 %, soit 9,6 millions d'euros pour 4 552 médecins, soit 2 111 euros en moyenne.

#### Rosp des gastro-entérologues

Tous les indicateurs sont bien orientés, en particulier les dosages de protéinurie chez les patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici) (+ 1,6 point) et l'imagerie postchirurgie pour le cancer colorectal (+ 1,2 point).

La rémunération Rosp des gastro-entérologues pour 2023 est en hausse de 1,8 %, soit 2,9 millions d'euros pour 1 943 médecins, soit 1 495 euros en moyenne.

#### Rosp des endocrinologues

La majorité des indicateurs sont bien orientés, en particulier l'indicateur relatif au « basal bolus » qui progresse de 6,4 points et celui sur les dosages de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline (+ 1,8 point). L'indicateur sur les cytoponctions avant opération d'un nodule thyroïdien baisse quant à lui de 3,9 points.

La rémunération Rosp des endocrinologues pour 2023 est en hausse de 4,4 %, soit 1,3 million d'euros pour 816 médecins, soit 1 597 euros en moyenne.

### 8.7.2. Évolution de la Rosp dans le cadre de la nouvelle convention médicale

La nouvelle convention médicale a instauré une majoration prévention au forfait médecin traitant venant se substituer à la Rosp. Cette majoration prévention est composée de 15 indicateurs portant sur les actions de prévention telles que la vaccination, les dépistages et le suivi de populations spécifiques ou de patients atteints de maladies chroniques. Chaque indicateur validé majore le forfait médecin traitant du patient.

Le calcul de chaque indicateur sera effectué comme suit :

- ciblage des patients éligibles à l'indicateur : ce ciblage peut reposer sur l'âge, le sexe du patient, la présence d'une ou plusieurs ALD, et/ou son recours aux soins ;
- validation de l'indicateur : pour chaque patient éligible, l'indicateur est considéré comme validé dès lors que les actes concernés ou la délivrance d'un produit de santé sont identifiés dans les bases de l'Assurance Maladie sur la période de référence (dépistage à un rythme particulier, vaccination à un âge donné, etc.) ;
- rémunération : pour chaque indicateur validé et pour chaque patient, une rémunération est versée au médecin.

De ce fait, ce nouveau dispositif implique un changement majeur par rapport à la Rosp. Pour chaque patient ayant ses indicateurs validés, le médecin sera directement sensibilisé à cette validation à travers sa valorisation directe grâce à une rémunération par indicateur et par patient. Ce lien direct entre l'atteinte d'objectifs de santé publique par patient et la rémunération versée aux médecins doit permettre de clarifier les incitations perçues par les médecins dans le cadre des objectifs de santé publique.

Ces 15 nouveaux indicateurs de santé publique feront l'objet d'une rémunération à partir de l'année 2026. Cette liste pourra évoluer au cours de la convention afin d'assurer une adéquation entre cette majoration prévention et les priorités en termes de santé publique ou les évolutions des recommandations.

En parallèle de la rémunération du médecin, il est prévu de lui restituer de façon infra-annuelle ces mêmes informations régulièrement mises à jour. Le format privilégié est celui d'un tableau de bord général sur l'ensemble de sa patientèle, pour tous les indicateurs, mis à sa disposition depuis l'outil amelipro. Ces informations doivent permettre au médecin de suivre sa patientèle vis-à-vis de ces différents indicateurs au fur et à mesure de l'année, de façon prospective. Cela doit également lui permettre ou lui faciliter la conduite d'actions ciblées sur certains patients et/ou certains indicateurs afin par exemple d'améliorer la couverture vaccinale ou le taux de dépistage au sein de sa patientèle.

Par ailleurs, la restitution d'informations complémentaires est également envisagée pour contextualiser le statut du patient (par exemple : date du dernier dépistage réalisé, type de vaccin administré, etc.), de façon à favoriser le déclenchement d'une action appropriée du médecin auprès de son patient, qu'il s'agisse de la prescription d'un produit ou d'un examen, de la réalisation d'un acte, ou même d'un simple échange sur le sujet avec son patient de manière adaptée, c'est-à-dire à la lumière des informations restituées.

Tableau 40 : Indicateurs de la majoration prévention mise en œuvre dans la nouvelle convention médicale

| Thème | Indicateur (restitué plusieurs fois par an, valorisé au 31/12 de l'année N) | Indication sur les populations cibles |
|---|---|---|
| Vaccination | **Vaccin contre la grippe** : campagne annuelle | ≥65 ans OU en ALD* OU sous traitement* |
| | **Vaccin contre le covid** : campagne annuelle | ≥65 ans OU en ALD* OU sous traitement* |
| | **Vaccin contre le pneumocoque** (20-valent) : 1 dose unique | ≥18 ans ET en ALD* OU sous traitement* |
| | **Vaccin contre ROR** : au moins 2 doses entre la naissance et 24 mois inclus | Enfants de 16 à 35 mois inclus |
| | **Vaccin contre le méningocoque C** : au moins 1 dose entre la naissance et 12 mois inclus | Enfants de 5 à 23 mois inclus |
| | **Vaccin contre HPV** : au moins 2 doses reçues entre 10 et 14 ans inclus | Enfants de 11 à 15 ans inclus |
| Dépistage | **Dépistage organisé du cancer colorectal** : kit de détection de sang dans les selles tous les 2 ans | Hommes + Femmes de 50 à 74 ans inclus |
| | **Dépistage organisé du cancer du sein** : mammographie de dépistage tous les 2 ans | Femmes de 50 à 74 ans inclus |
| | **Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus** : rythme et examen selon l'âge** | Femmes de 25 à 65 ans inclus |
| | **Dépistage du diabète par glycémie à jeun** : tous les 3 ans | ≥45 ans ET en ALD* |
| | **Dépistage de la MRC par Albuminurie + Créatininurie + Créatininémie** : tous les ans | ≥18 ans ET en ALD* |
| Suivi | **Suivi du diabète par dosage HbA1c** : tous les 6 mois | ALD diabète OU sous traitement* |
| | **Examen obligatoire de l'enfant du 9ème mois** : entre 8 et 10 mois inclus | Enfants de 8 à 21 mois inclus |
| | **Examen obligatoire de l'enfant du 24 ou 25ème mois** : entre 22 et 26 mois inclus | Enfants de 22 à 37 mois inclus |
| | **Examen bucco-dentaires annuel** : tous les ans | Enfant de 3 à 24 ans inclus |

ALD : affection de longue durée ; ROR : rougeole-oreillons-rubéole ; HPV : infections à papillomavirus humain ; MRC : maladie rénale chronique
* ALD : la liste des ALD concernées dépend de l'indicateur (tableau annexe) ; les traitements aident à mieux cibler les patients diabétiques, asthmatiques et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
** Cytologie sur frottis cervico-utérin tous les 3 ans entre 25 et 29 ans inclus, puis test HPV sur frottis cervico-utérin tous les 5 ans à partir de 30 ans

*Champ : patientèle médecin traitant du médecin*
*Source : convention nationale 2024 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (p.37 à 42 et annexe 5)*

## 8.7.3. Résultats complets nationaux de la Rosp 2023

Tableau 41 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants (libéraux)

| | Indicateurs | Résultats à fin déc. 2016 | Résultats à fin déc. 2017 | Résultats à fin déc. 2018 | Résultats à fin déc. 2019 | Résultats à fin déc. 2020 | Résultats à fin déc. 2021 | Résultats à fin déc. 2022 | Résultats à fin déc. 2023 | Evol. en points 2022 - 2023 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREVENTION | **Grippe** | | | | | | | | | | |
| | Vaccination antigrippale des 65 ans et plus | 52,9% | 52,9% | 55,3% | 56,4% | 64,2% | 61,2% | 60,1% | 56,1% | -4,0 | |
| | Vaccination antigrippale du sujet à risque | 31,2% | 31,2% | 33,3% | 34,9% | 40,9% | 37,0% | 33,6% | 28,9% | -4,7 | |
| | **Dépistage des cancers** | | | | | | | | | | |
| | Dépistage du cancer du sein | 67,3% | 66,1% | 66,4% | 66,2% | 63,2% | 63,4% | 64,6% | 64,2% | -0,4 | |
| | Dépistage du cancer du col | 56,9% | 56,8% | 56,1% | 55,0% | 53,4% | 53,7% | 54,6% | 56,2% | 1,6 | |
| | Dépistage du cancer colorectal | 22,9% | 29,1% | 28,1% | 30,8% | 30,5% | 34,3% | 35,6% | 35,0% | -0,6 | |
| | **Iatrogénie médicamenteuse** | | | | | | | | | | Décroissons |
| | Patient âgé sous psychotropes | 5,3% | 5,0% | 4,8% | 4,6% | 4,5% | 4,4% | 4,3% | 4,2% | -0,1 | |
| | Traitement par benzodiazépine hypnotique | 41,6% | 40,9% | 42,4% | 41,0% | 42,9% | 43,7% | 43,2% | 42,9% | -0,2 | |
| | Traitement par benzodiazépine anxiolytique | 15,1% | 15,0% | 14,8% | 14,3% | 15,0% | 15,2% | 14,4% | 14,0% | -0,3 | |
| | **Antibiothérapie** | | | | | | | | | | |
| | Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD | 39,5 | 36,1 | 35,8 | 32,9 | 24,3 | 23,3 | 27,2 | 26,5 | -0,7 | |
| | Antibiorésistance | 43,2% | 39,5% | 36,9% | 34,7% | 34,7% | 34,4% | 33,2% | 31,4% | -1,9 | |
| SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES | **Diabète** | | | | | | | | | | |
| | Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique | 79,0% | 78,7% | 79,4% | 79,7% | 76,9% | 78,9% | 78,4% | 80,7% | 2,3 | |
| | Fond d'œil chez le diabétique | 62,9% | 62,0% | 65,8% | 68,1% | 67,0% | 67,0% | 68,6% | 70,5% | 1,9 | |
| | Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique | 31,0% | 34,9% | 40,9% | 43,4% | 42,5% | 42,2% | 43,3% | 45,7% | 2,4 | |
| | **HTA** | | | | | | | | | | |
| | Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu | 7,0% | 9,0% | 22,3% | 24,8% | 24,6% | 25,4% | 27,4% | 29,9% | 2,5 | |
| | **Risque cardio-vasculaire** | | | | | | | | | | |
| | Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire | 44,2% | 43,6% | 43,7% | 43,9% | 44,1% | 44,9% | 45,8% | 46,2% | 0,5 | |
| | Surveillance d'un traitement par anti vitamine K | 79,0% | 80,2% | 85,5% | 84,1% | 80,4% | 79,8% | 77,5% | 76,3% | -1,1 | |
| OPTIMISATION ET EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS | **Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)** | | | | | | | | | | |
| | Statine dans le répertoire des génériques | 90,3% | 90,7% | 98,1% | 97,0% | 95,4% | 93,5% | 90,8% | 87,6% | -3,2 | |
| | Antihypertenseur dans le répertoire des génériques | 86,5% | 88,5% | 92,7% | 95,3% | 93,3% | 94,7% | 95,8% | 96,0% | 0,1 | |
| | Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des | 47,1% | Indicateurs netralisés | | | | | | | | |
| | Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques | 78,9% | | | | | | | | | |
| | Autres traitements dans le répertoire des génériques | 47,1% | 62,2% | 62,3% | 64,7% | 61,0% | 59,8% | 65,6% | 68,0% | 2,4 | |
| | Biosimilaires de l'insuline glargine | 0,2% | 2,8% | 9,1% | 19,7% | 26,8% | 32,6% | 38,6% | 44,2% | 5,7 | |
| | **Efficience des prescriptions** | | | | | | | | | | |
| | Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons | | | 30,9% | 30,1% | 30,8% | 32,6% | 30,8% | 29,8% | -1,0 | Déc. |
| | Traitement par ézétimibe | | | 11,0% | 12,0% | 13,5% | 15,4% | 18,2% | 21,4% | 3,1 | |
| | Traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine | 87,2% | 87,9% | 88,4% | 88,9% | 89,2% | 89,7% | 90,2% | 90,5% | 0,3 | |
| | Traitement par metformine chez le diabétique de type 2 | 80,6% | 81,4% | 82,3% | 83,0% | 83,6% | 83,6% | 81,8% | 83,5% | 1,7 | |
| | Hormonémies thyroïdiennes | 86,7% | 89,1% | 90,7% | 91,0% | 91,1% | 91,0% | 90,9% | 91,1% | 0,1 | |

ALD : affection de longue durée

*Champ : patientèle médecin traitant - Source : Cnam (SNDS)*

Tableau 42 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants de l'enfant (libéraux)

| | Indicateurs | Résultats à fin déc. 2016 | Résultats à fin déc. 2017 | Résultats à fin déc. 2018 | Résultats à fin déc. 2019 | Résultats à fin déc. 2020 | Résultats à fin déc. 2021 | Résultats à fin déc. 2022 | Résultats à fin déc. 2023 | Evol. en points 2022 - 2023 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREVENTION | Vaccination | | | | | | | | | | |
| | 2 doses vaccin ROR chez enfants de - 2 ans | 75,7% | 78,1% | 83,1% | 84,3% | 85,9% | 87,0% | 86,3% | 87,2% | 1,0 | |
| | 1 dose vaccin antiméningocoque C enfants - 18 mois | 75,3% | 80,5% | 89,2% | 95,1% | 97,4% | 98,0% | 98,2% | 98,7% | 0,5 | |
| | Antibiorésistance | | | | | | | | | | |
| | Part des C3 ou C4 des enfants de - 4 ans traités par antibiotiques | 34,0% | 27,0% | 24,1% | 21,3% | 20,1% | 20,5% | 22,1% | 19,5% | -2,6 | DEC |
| | Part des C3 ou C4 des enfants de + 4 ans traités par antibiotiques | 22,8% | 19,3% | 17,2% | 15,2% | 14,1% | 14,6% | 14,9% | 13,0% | -1,9 | |
| | Suivi bucco-dentaire | | | | | | | | | | |
| | Examen bucco-dentaire chez les - 16 ans | 76,5% | 76,9% | 76,9% | 77,4% | 71,9% | 74,1% | 74,1% | 76,6% | 2,4 | |
| SUIVI PATHO. CHRONIQUES | Asthme | | | | | | | | | | |
| | Asthme persistant [1-16 ans] traités par CI ou ALT | 54,8% | 54,1% | 53,0% | 53,9% | 55,5% | 50,9% | 49,2% | 50,3% | 1,2 | |
| | Asthme persistant [6-16 ans] avec au moins 1 EFR/an | 38,4% | 39,8% | 43,3% | 43,2% | 41,3% | 42,8% | 40,8% | 42,6% | 1,8 | |

ROR : rougeole-oreillons-rubéole (vaccination) ; EFR : exploration fonctionnelle respiratoire

*Champ : patientèle médecin traitant*
*Source : Cnam (SNDS)*

Tableau 43 : Indicateurs cliniques pour les cardiologues

| | Indicateurs | Résultats à fin déc. 2016 | Résultats à fin déc. 2017 | Résultats à fin déc. 2018 | Résultats à fin déc. 2019 | Résultats à fin déc. 2020 | Résultats à fin déc. 2021 | Résultats à fin déc. 2022 | Résultats à fin déc. 2023 | Evol. en points 2022 - 2023 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREVENTION | HTA | | | | | | | | | | |
| | Hypertension artérielle sous trithérapie | 68,1% | 68,3% | 68,5% | 69,6% | 70,6% | 70,9% | 71,1% | 70,5% | -0,6 | |
| | Surveillance biologique sous trithérapie anti-HTA | 89,4% | 90,0% | 90,4% | 91,4% | 91,2% | 92,2% | 92,8% | 93,5% | 0,6 | |
| | Iatrogénie | | | | | | | | | | DEC |
| | Limiter la durée des traitements antiagrégants | 67,9% | 66,6% | 65,1% | 63,3% | 61,3% | 61,1% | 58,8% | 57,6% | -1,2 | |
| SUIVI PATHO. CHRONIQUES | Infarctus du myocarde | | | | | | | | | | |
| | Traitement post infarctus du myocarde | 34,2% | 33,5% | 32,2% | 32,0% | 32,4% | 32,4% | 32,9% | 32,2% | -0,8 | |
| | Insuffisance cardiaque | | | | | | | | | | |
| | Traitement de l'insuffisance cardiaque | 63,4% | 63,4% | 64,1% | 65,8% | 66,5% | 67,3% | 68,0% | 68,3% | 0,4 | |
| EFF. PRESCRIPTIONS | Prescription dans le répertoire | | | | | | | | | | |
| | Antihypertenseurs génériques | 86,1% | 90,9% | 93,3% | 92,6% | 91,8% | 92,6% | 93,2% | 92,5% | -0,7 | |
| | Statines génériques | 91,2% | 95,0% | 93,8% | 89,9% | 84,7% | 80,0% | 73,7% | 68,1% | -5,6 | |

HTA : hypertension artérielle

*Champ : patientèle médecin traitant*
*Source : Cnam (SNDS)*

Tableau 44 : Indicateurs cliniques pour les gastro-entérologues

| | Indicateurs | Résultats à fin déc. 2016 | Résultats à fin déc. 2017 | Résultats à fin déc. 2018 | Résultats à fin déc. 2019 | Résultats à fin déc. 2020 | Résultats à fin déc. 2021 | Résultats à fin déc. 2022 | Résultats à fin déc. 2023 | Evol. en points 2022 - 2023 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREVENTION | Dépistage du cancer colorectal | | | | | | | | | | DEC |
| | Coloscopie totale avec polypectomie | 3,1% | 3,7% | 3,6% | 3,6% | 3,5% | 3,2% | 3,5% | 3,5% | 0,0 | |
| | Eradication Helicobacter Pylori | | | | | | | | | | |
| | Contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori | 58,9% | 61,3% | 63,1% | 63,5% | 57,1% | 64,1% | 64,4% | 65,2% | 0,7 | |
| SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES | Cancer colorectal | | | | | | | | | | |
| | Imagerie après intervention pour cancer colorectal | 73,5% | 74,9% | 77,3% | 79,1% | 78,7% | 80,5% | 81,7% | 82,9% | 1,2 | |
| | ACE après intervention pour cancer colorectal | 27,4% | 27,2% | 27,2% | 28,0% | 27,9% | 28,8% | 29,5% | 29,6% | 0,1 | |
| | MICI | | | | | | | | | | |
| | Protéinurie pour MICI sous 5-ASA | 38,4% | 38,8% | 39,7% | 41,0% | 39,9% | 41,9% | 43,5% | 45,1% | 1,6 | |
| | NFS-plaquettes pour MICI sous azathioprine | 71,2% | 70,7% | 70,2% | 70,8% | 67,2% | 69,6% | 68,0% | 68,4% | 0,4 | |

ACE : actes et consultations externes ; Mici : maladie inflammatoire chronique de l'intestin

*Champ : patientèle médecin traitant*
*Source : Cnam (SNDS)*

Tableau 45 : Indicateurs cliniques pour les endocrinologues

| | Indicateurs | Résultats à fin déc. 2016 | Résultats à fin déc. 2017 | Résultats à fin déc. 2018 | Résultats à fin déc. 2019 | Résultats à fin déc. 2020 | Résultats à fin déc. 2021 | Résultats à fin déc. 2022 | Résultats à fin déc. 2023 | Évolution en points 2022 - 2023 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREVENTION | Diabète | | | | | | | | | | |
| | Soins de podologie chez le diabétique | | 51,0% | 51,9% | 52,9% | 50,0% | 55,0% | 57,9% | 59,5% | 1,6 | |
| SUIVI PATHOLOGIES CHRONIQUES | Diabète | | | | | | | | | | |
| | Diabétiques de moins de 70 ans traités par insulinothérapie « basal bolus » | | 88,6% | 85,6% | 79,6% | 89,2% | 88,1% | 85,6% | 92,0% | 6,4 | |
| | Thyroïde | | | | | | | | | | |
| | Dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline | | 69,5% | 70,3% | 72,3% | 71,2% | 71,6% | 72,9% | 74,7% | 1,8 | |
| | Cytoponction avant opération d'un nodule thyroïdien | | 48,4% | 50,0% | 54,5% | 57,9% | 56,9% | 58,9% | 55,0% | -3,9 | |
| EFF. PRESCRIPTIONS | Diabète | | | | | | | | | | |
| | Autonomisation du diabétique de moins de 80 ans en initiation par l'insuline | | 69,5% | 70,6% | 70,4% | 69,0% | 67,1% | 68,5% | 68,0% | -0,5 | |
| | Initiation par l'insuline à l'hôpital chez le diabétique de moins de 80 ans | | 26,0% | 23,9% | 22,9% | 20,8% | 20,5% | 20,1% | 19,6% | -0,5 | DEC |

*Champ : patientèle médecin traitant - Source : Cnam (SNDS)*

Tableau 46 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants adultes (centres de santé)

| | Indicateurs | Résultats à fin déc. 2016 | Résultats à fin déc. 2017 | Résultats à fin déc. 2018 | Résultats à fin déc. 2019 | Résultats à fin déc. 2020 | Résultats à fin déc. 2021 | Résultats à fin déc. 2022 | Résultats à fin déc. 2023 | Evol. en points 2022 - 2023 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PREVENTION | **Grippe** | | | | | | | | | | |
| | Vaccination antigrippale des 65 ans et plus | 40,1% | 40,2% | 42,3% | 43,9% | 50,1% | 49,4% | 50,3% | 48,0% | -2,2 | |
| | Vaccination antigrippale du sujet à risque | 26,4% | 26,7% | 29,2% | 31,3% | 36,1% | 33,2% | 31,0% | 26,9% | -4,1 | |
| | **Dépistage des cancers** | | | | | | | | | | |
| | Dépistage du cancer du sein | 61,1% | 59,9% | 59,9% | 60,2% | 57,8% | 58,3% | 59,8% | 60,1% | 0,3 | |
| | Dépistage du cancer du col | 50,2% | 49,8% | 48,9% | 47,8% | 46,1% | 45,7% | 48,1% | 51,2% | 3,0 | |
| | Dépistage du cancer colorectal | 17,1% | 23,7% | 23,7% | 24,5% | 24,9% | 28,8% | 30,6% | 30,9% | 0,3 | |
| | **Iatrogénie médicamenteuse** | | | | | | | | | | |
| | Patient âgé sous psychotropes | 3,0% | 2,9% | 2,9% | 2,7% | 2,7% | 2,8% | 2,9% | 3,0% | 0,1 | Décroissants |
| | Traitement par benzodiazépine hypnotique | 39,7% | 39,1% | 41,9% | 41,4% | 43,4% | 43,9% | 43,8% | 44,1% | 0,2 | |
| | Traitement par benzodiazépine anxiolytique | 13,1% | 13,8% | 14,0% | 13,7% | 14,7% | 15,4% | 14,9% | 14,9% | 0,0 | |
| | **Antibiothérapie** | | | | | | | | | | |
| | Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD | 26,7 | 24,2 | 23,6 | 21,6 | 15,4 | 14,2 | 15,7 | 15,6 | -0,1 | |
| | Antibiorésistance | 37,6% | 36,7% | 35,4% | 34,2% | 33,4% | 32,7% | 32,8% | 30,5% | -2,2 | |
| SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES | **Diabète** | | | | | | | | | | |
| | Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique | 71,1% | 71,2% | 72,4% | 73,2% | 70,5% | 74,0% | 74,9% | 77,6% | 2,7 | |
| | Fond d'œil chez le diabétique | 65,8% | 62,2% | 66,9% | 70,1% | 69,7% | 71,0% | 72,6% | 73,9% | 1,3 | |
| | Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique | 41,0% | 41,8% | 43,2% | 44,9% | 44,2% | 43,7% | 44,5% | 45,6% | 1,1 | |
| | **HTA** | | | | | | | | | | |
| | Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu | 12,0% | 12,3% | 27,1% | 28,0% | 27,2% | 27,8% | 28,5% | 30,1% | 1,7 | |
| | **Risque cardio-vasculaire** | | | | | | | | | | |
| | Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire | 38,5% | 38,2% | 38,9% | 39,4% | 39,7% | 41,9% | 43,3% | 43,9% | 0,6 | |
| | Surveillance d'un traitement par anti vitamine K | 63,1% | 68,4% | 74,8% | 74,3% | 74,1% | 75,1% | 75,5% | 74,2% | -1,2 | |
| OPTIMISATION ET EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS | **Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)** | | | | | | | | | | |
| | Statine dans le répertoire des génériques | 92,5% | 92,6% | 98,2% | 97,3% | 95,7% | 94,0% | 91,6% | 88,9% | -2,8 | |
| | Antihypertenseur dans le répertoire des génériques | 85,7% | 87,7% | 92,6% | 95,1% | 92,9% | 94,6% | 96,1% | 96,3% | 0,2 | |
| | Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques | 44,4% | Indicateurs netralisés | | | | | | | | |
| | Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques | 71,1% | | | | | | | | | |
| | Autres traitements dans le répertoire des génériques | 44,4% | 62,1% | 62,4% | 65,2% | 62,2% | 61,4% | 65,9% | 68,2% | 2,3 | |
| | Biosimilaires de l'insuline glargine | 0,3% | 2,6% | 6,4% | 14,2% | 21,5% | 27,2% | 33,1% | 38,4% | 5,3 | |
| | **Efficience des prescriptions** | | | | | | | | | | |
| | Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons | | | 36,0% | 35,7% | 35,6% | 37,0% | 36,6% | 35,4% | -1,3 | Déc |
| | Traitement par ézétimibe | | | 8,8% | 9,9% | 11,4% | 13,6% | 16,3% | 19,2% | 2,9 | |
| | Traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine | 88,2% | 89,0% | 89,2% | 89,5% | 90,0% | 90,5% | 90,6% | 90,7% | 0,1 | |
| | Traitement par metformine chez le diabétique de type 2 | 87,5% | 87,5% | 87,7% | 87,9% | 88,2% | 87,5% | 85,5% | 86,7% | 1,1 | |
| | Hormonémies thyroïdiennes | 78,0% | 80,2% | 82,6% | 84,6% | 85,8% | 86,0% | 86,3% | 87,1% | 0,8 | |

ALD : affection de longue durée

*Champ : patientèle médecin traitant*
*Source : Cnam (SNDS)*

### Proposition 15 : Consolider et accélérer le développement de l'exercice coordonné à travers les différentes négociations conventionnelles (maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP – et centres de santé – CDS)

- Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : valoriser la prise en charge en équipe des MSP, améliorer la qualité des soins au travers d'une rémunération d'équipe et permettre aux MSP d'être médecin traitant dans certains cas précis.
- Centres de santé (CDS) : adapter le modèle de financement pour tenir compte de leurs spécificités (prise en compte de la précarité des patientèles, engagement des CDS vers une augmentation de leur activité en proposant un modèle économique incitatif).

### Proposition 16 : Généraliser le service « Allo Ortho » afin d'aider les usagers à qualifier leurs besoins d'orthophonie et travailler avec les autres professions en accès direct à la généralisation de ce type de plateforme

- Apporter un premier niveau de réponse rapide à chaque assuré et prioriser les patients les plus urgents et complexes (afin d'éviter un phénomène de recours non pertinent et d'antisélection).

### Proposition 17 : Afin de garantir un accès aux soins 24 h/24, 7j/7, partout sur le territoire, stabiliser le système de garde le soir et le week-end, et améliorer la régulation des urgences en journée. Rendre publics, en temps réel, les lieux de soins ouverts et les informations sur la fréquentation à travers un site internet ou une application.

- Investir sans réserve sur la régulation :
  - renforcer le rôle de la régulation médicale téléphonique qui permet de faire « tomber » entre 50 % et 70 % de la demande de soins sur seul conseil médical ;
  - élargir les régulateurs et effecteurs des soins non programmés en impliquant les infirmiers, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.
- Optimiser la ressource médicale disponible pour adapter l'offre de soins aux besoins des territoires :
  - garantir des gardes (permanence des soins ambulatoires – PDSA) sur 100 % du territoire en première partie de nuit (20 h-minuit) en couvrant les 5 % de zones blanches (établir un état des lieux approfondi territoire par territoire, pour identifier des leviers adaptés) ;
  - dans les suites de la convention médicale, déployer les nouvelles règles de tarification pour les médecins travaillant le soir et le week-end, en renforçant l'attractivité de la PDSA, en assurant une juste cotation des majorations, en stabilisant le cadre d'intervention des centres de soins non programmés à travers la diffusion d'un cahier des charges national et la lutte contre les pratiques tarifaires abusives.

### Proposition 18 : Lancer l'observatoire national de l'accès aux soins visant à rendre publique l'évolution de dix indicateurs sur les « déserts médicaux » (le nombre de patients en affection de longue durée – ALD – sans médecin traitant, le temps d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste, la part du territoire couvert par un système de garde le soir et le week-end, etc.) prévus par la convention médicale

- Sur ces dix indicateurs, les médecins et l'Assurance Maladie ont pris des engagements conventionnels précis et chiffrés qui pourront dès lors être pilotés en toute transparence.

**Proposition 19 : Ne plus rembourser les prescriptions d'un médecin libéral ayant choisi de ne pas se conventionner avec l'Assurance Maladie**

- Un médecin ne souhaitant pas contractualiser avec l'Assurance Maladie ne sera pas éligible à la prise en charge solidaire ni pour ses actes ni pour les soins issus de ses prescriptions.

**Proposition 20 : Empêcher la désertification pharmaceutique en soutenant financièrement 100 % des pharmacies fragiles lorsqu'elles sont les dernières de leur commune**

# 9. Analyses sectorielles pour la régulation du système de santé

## 9.1. La financiarisation de l'offre de soins primaires

### 9.1.1. Un phénomène en pleine expansion qui mobilise les équipes de l'Assurance Maladie

Défini dans le rapport Charges et produits pour 2024[221] comme un transfert de propriété de l'offre de soins privée d'acteurs professionnels vers des acteurs financiers souhaitant obtenir un retour sur investissement à court terme, le phénomène de financiarisation – qui ne doit pas être confondu avec la privatisation, la concentration ou la marchandisation – occupe une place de plus en plus importante au sein du système de santé. Entre 2021 et 2023, la valorisation totale des rachats d'offreurs de soins par des fonds d'investissement privés a dépassé les 180 milliards d'euros[222] dans le monde.

Particulièrement active aux États-Unis où les sociétés de capital-investissement ont acquis 1 328 offreurs de soins en 2022 (contre 443 en 2012) pour une valeur totale de 112 milliards de dollars, la financiarisation se développe également en Europe avec environ 300 transactions réalisées en 2022 pour une valeur totale de 20 milliards d'euros[223].

L'ampleur exacte du phénomène reste toutefois difficile à appréhender dans sa globalité, faute de données suffisantes[224] et d'un manque de transparence sur la propriété réelle des entreprises, difficulté alimentée par la complexité des montages juridico-financiers mis en œuvre par les acteurs financiers (actions de préférence, pactes secrets d'actionnaires ou d'associés, etc.)

Face au dynamisme du phénomène de financiarisation et aux opportunités d'investissement comme aux défis qu'il présente pour nos sociétés, l'Assurance Maladie s'organise pour poursuivre son analyse et appréhender objectivement les effets de la financiarisation sur l'indépendance des professionnels de santé, ainsi que sur l'accès aux soins et leur qualité.

Le rapport Charges et produits pour 2024 avait porté son attention sur les secteurs de la biologie, de la radiologie, et des soins primaires, montrant ainsi que la financiarisation touche plusieurs secteurs de l'offre de soins dans des proportions différentes. Par ailleurs, l'Assurance Maladie a été auditionnée le 10 avril 2024 sur le thème de la financiarisation par la commission des Affaires sociales du Sénat, qui a engagé une mission d'information sur la financiarisation de l'offre de soins. Enfin, le 22 avril 2024, l'Assurance Maladie a coorganisé avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé un colloque sur le thème de la financiarisation de l'offre de soins primaires en Europe, qui a réuni plusieurs experts de pays partenaires européens, dont l'Allemagne, l'Irlande, la Finlande et les Pays-Bas.

Ce chapitre s'appuie sur les informations partagées au cours de ce colloque et sur une analyse de la littérature grise et scientifique, pour documenter la dynamique de consolidation de l'offre de soins primaires par le capital-investissement qui est à l'œuvre aux États-Unis et en Europe afin d'identifier les écueils liés à la financiarisation et les mesures mises en œuvre chez nos voisins européens.

### 9.1.2. Les stratégies d'investissement dans le secteur des soins primaires

Les stratégies des groupes financiers, bien que dépendantes des contextes institutionnels propres à chaque pays et des secteurs de soins visés, peuvent être classées en deux catégories.

221 Assurance Maladie. (2023). Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2024.

222 Borsa A, Bejarano G, Ellen M, Bruch JD. Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review. BMJ. 2023 Jul 19;382:e075244. doi: 10.1136/bmj-2023-075244. PMID: 37468157; PMCID: PMC10354830.

223 OCDE. (2023). Serial acquisitions and industry roll-ups – Note by BIAC, https://one.oecd.org/document/DAF/COMP/WD(2023)78/en/pdf

224 L'observation des rachats d'offreurs de soins par des fonds d'investissement est souvent limitée aux transactions faisant l'objet d'une notification publique. En France, seules les opérations de fusion-acquisition dépassant une valorisation totale de 150 millions d'euros sont notifiées auprès de l'Autorité de la concurrence.

La première regroupe les stratégies de court terme à potentiel de rentabilité et niveau de risque élevé. On y retrouve les stratégies de LBO (« *leverage buyout* »), c'est-à-dire d'achat avec effet de levier du crédit qui permet d'utiliser peu de fonds propres, car le coût de l'emprunt est remboursé par les dividendes versés par la société rachetée à la société mère. On y retrouve également les stratégies d'achats en série (« *roll-up* ») qui consistent à racheter un nombre important d'entreprises pour consolider un secteur, réaliser des économies d'échelle et augmenter de façon significative ses parts – et donc son pouvoir – de marché.

D'autres groupes privilégient des stratégies de long terme à potentiel de risque, et donc de rentabilité, plus faible. Une première stratégie consiste à créer des partenariats entre un payeur public et un offreur de soins privé à but lucratif. La production de soins est alors assurée par une entreprise privée et financée par la dépense publique à des tarifs négociés et encadrés par un contrat de long terme. Ce système est utilisé en Finlande, où les offreurs sont sélectionnés par une procédure publique d'appel d'offres (Encadré 22). Autre modalité d'investissement, des fonds d'investissement en immobilier acquièrent des locaux, les rénovent et les équipent en structures de soins (centres de santé, cliniques, etc.) pour ensuite les louer à des offreurs de soins. Ce modèle est très répandu en Irlande et présente très peu de risques pour les investisseurs, car les baux locatifs ont une durée de 25 ans et les loyers sont garantis par l'État et indexés sur l'inflation.

Encadré 22 : Exemple de partenariat public-privé en Finlande

En 2021, la région Päijät-Häme a sélectionné par un appel d'offres public le groupe de soins privé Harjun terveys pour offrir des soins primaires à ses 200 000 habitants. Les objectifs de ce partenariat étaient de réduire les coûts de production des soins, de raccourcir les délais pour obtenir un premier contact avec un médecin généraliste, de résorber la pénurie de médecins et de diminuer les inégalités géographiques d'accès aux soins. Depuis son arrivée, le groupe privé Harjun terveys a implanté cinq centres de santé dans cinq grandes villes de la région, et déployé de nombreux cabinets de soins primaires, des centres infirmiers, des cabinets psychiatriques et des cabinets dentaires. En 2024, le groupe compte 600 professionnels de santé et dispense des soins à 134 000 patients.

Ce partenariat public-privé – le plus important du pays – repose sur un contrat d'une durée de 20 ans, permettant au groupe privé de bénéficier d'un monopole de long terme pour rentabiliser ses investissements initiaux et répondre aux objectifs fixés. Le contrat prévoit également, lorsque les dépenses de soins effectives sont inférieures aux prévisions, un partage des économies réalisées annuellement entre le financeur public et l'opérateur privé. Les prix des soins sont fixés en négociation avec le payeur public.

Ce type de contrat présente peu de risques pour l'entreprise, car le risque de défaut de paiement est presque nul et l'horizon temporel est très long. Les évaluations de qualité réalisées par le groupe Harjun terveys suggèrent que la qualité s'est améliorée depuis la mise en place du partenariat, avec notamment une réduction des temps d'attente, et une diminution du nombre de visites aux urgences (hors Covid) de 23,8 % entre 2020 et 2022 pour les patients des centres de soins primaires appartenant au groupe. Cette baisse représenterait une économie de 3,1 millions d'euros pour le payeur.

### 9.1.3. La financiarisation des soins primaires à l'international : quelques exemples

Si la financiarisation des soins primaires touche les pays de manière hétérogène, l'attention des acteurs politiques et médicaux se porte sur la constitution de chaînes, c'est-à-dire l'acquisition massive de cabinets de soins primaires par de grands groupes.

Jusque-là peu concernés par la financiarisation de leur système de santé, les Pays-Bas ont récemment vu se développer une offre financiarisée de soins primaires. En 2022, sur 9 milliards d'euros investis par des sociétés de capital-investissement dans des entreprises néerlandaises, seulement 3 % concernaient le secteur de la santé. Si pour l'heure seul un fonds d'investissement détient des parts dans une chaîne de moins de 100 cabinets de médecine générale (sur 4 800 au total), les stratégies de consolidation mises en place par les groupes financiers dans d'autres secteurs ont amené les autorités néerlandaises à s'interroger sur les risques liés à la constitution de grands groupes d'offreurs de soins, notamment dans les négociations avec les tutelles[225]. Ces inquiétudes ont conduit à la publication de deux rapports sur la financiarisation en l'espace de quelques mois[226] et à l'appel d'une

225 Les anglophones utilisent l'expression « *too big to fail* », qui signifie littéralement « trop imposant pour échouer ».

226 EY consulting. (2024). Onderzoek Private Equity in de zorg; JBR. (2023). Opereren op het snijvlak van de verschillende zorgsegmenten.

majorité de députés néerlandais à interdire le rachat d'offreurs de soins par des groupes financiers, même si pour l'instant aucun projet de régulation n'est envisagé en vertu du principe de libre concurrence et de propriété privée.

À l'inverse de l'exemple néerlandais, d'autres pays connaissent une financiarisation beaucoup plus avancée dans le domaine des soins primaires. C'est le cas aux États-Unis, où les fonds d'investissement ont racheté environ 6 000 cabinets de soins primaires entre 2012 et 2022[227]. La part de médecins travaillant pour des fonds d'investissement ne cesse de croître pour l'ensemble des spécialités médicales, avec une croissance plus rapide observée en dermatologie et en gastro-entérologie : inférieure à 2 % en 2012, cette part était supérieure à 10 % en 2021 pour ces 2 spécialités, contre 8 % pour l'urologie, 6 % pour la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et la radiologie, et inférieure à 4 % pour l'oncologie, les soins primaires et la cardiologie.

La Finlande, à l'instar des États-Unis, fait face à une forte concentration du secteur des soins primaires depuis le début des années 2000 au profit d'investisseurs privés, notamment par le biais de stratégies d'achats en série[228]. L'Autorité de la concurrence finlandaise[229] a ainsi identifié 430 acquisitions de cabinets de soins primaires depuis le début des années 2000. En 2022, les 3 grands groupes d'offreurs de soins, Mehiläinen, Terveystalo et Pihlajalinna, tous détenus par des fonds d'investissement, possédaient plus de 70 % des parts de marché en quantité de soins produits. Une étude récente publiée par l'Autorité de la concurrence finlandaise révèle une augmentation des prix de l'ordre de 10 % à 20 % au sein de cabinets médicaux consécutivement à leur rachat par le groupe Mehiläinen, alors qu'une stabilité des prix est observée à l'extérieur du groupe[230].

En Allemagne, les fonds d'investissement ont pu contourner l'exclusivité de création d'un centre de santé (*Medizinische Versorgungszentren* – MVZ –, établissements de proximité) par des prestataires de santé conventionnés en devenant propriétaires d'hôpitaux conventionnés[231]. Si ce mouvement reste marginal, l'évolution croissante d'ouvertures de MVZ sur 15 ans (de 70 en 2004, ils sont 4 574 en 2022) avec pour contexte, la possibilité dès 2015 de créer des MVZ de même spécialité médicale, a mis en évidence le risque de constitution d'oligopoles par les chaînes hospitalières.

La consolidation des soins primaires a débuté il y a 20 ans en Irlande, par la constitution d'une chaîne de cabinets de médecine générale en banlieue de Dublin au sein du groupe Centric Health, racheté en 2018 par le fonds d'investissement Five arrows appartenant au groupe Rothschild & Co. L'implication du groupe dans le financement des activités de Centric Health a débuté avec la crise financière de 2008, le durcissement des conditions d'accès au crédit auprès des banques traditionnelles durant la crise ayant incité l'entreprise à se tourner vers le fonds d'investissement du groupe Rotschild & Co pour obtenir le capital nécessaire au financement de ses projets d'expansion. La consolidation du marché poursuit sa progression au rythme des départs en retraite et en 2024, ce fonds d'investissement est toujours le seul présent sur ce marché, et possède une chaîne de 76 cabinets médicaux qui rassemblent environ 300 médecins généralistes, soit un peu plus de 10 % de l'ensemble des médecins généralistes irlandais en exercice. Le principal modèle de financiarisation de l'offre de soins en Irlande repose toutefois sur le rachat d'actifs immobiliers destinés à être loués à des centres de soins primaires et des cliniques privées au moyen de baux locatifs long terme (20 à 25 ans), dans lesquels l'État se porte garant du risque de défaut de paiement du locataire. Sur environ 160 centres de soins primaires – de statut public – présents dans tout le pays, 2 fonds d'investissement immobiliers, KKR-John Laing et Primary Health Properties, sont chacun propriétaires des locaux d'une vingtaine de centres.

### 9.1.4. La financiarisation, un mouvement à maîtriser

L'accélération du phénomène de financiarisation s'accompagne de nouveaux enjeux pour les systèmes de santé qui posent la question d'une régulation spécifique. Le fait que la production de biens et services médicaux soit

227 Abdelhadi O, Fulton BD, Alexander L, Scheffler RM. Private Equity-Acquired Physician Practices And Market Penetration Increased Substantially, 2012-21. Health Aff (Millwood). 2024 Mar;43(3):354-362. doi: 10.1377/hlthaff.2023.00152. PMID: 38437602.

228 Cette consolidation peut notamment permettre à des groupes d'offreurs intéressés dans la participation à des partenariats public-privé de maximiser leurs chances de remporter un appel d'offres grâce à des parts de marché significatives et la réalisation d'économies d'échelle.

229 *The Finnish Competition and Consumer Authority* (FCCA).

230 Buri, R., Heinonen, M., & Pietola, M. (2024). The ones that got away? Stealth consolidation in the Finnish private healthcare market. *Working Papers*, 1/2024. www.kkv.fi

231 Assurance Maladie. (2023). Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2024. Encadré 21.

liée à des enjeux financiers fait craindre que les soins prodigués poursuivent des objectifs de rentabilité qui ne sont pas alignés avec les besoins des patients en termes d'accès et de qualité des soins.

Pour limiter les risques associés au phénomène de financiarisation, sans toutefois priver le système de santé de ses effets bénéfiques, de nombreux pays sont en cours d'élaboration de mécanismes de régulation, dont certains sont spécifiques au secteur des soins primaires. En Allemagne, face à l'augmentation de créations de centres de santé (MVZ)[231] et à la possibilité que donne ce modèle aux hôpitaux, par le biais d'investisseurs privés, de développer une offre ambulatoire de manière plus étendue que d'autres prestataires de santé comme les médecins, plusieurs réglementations ont été mises en place dans le but de réguler de potentielles dérives vers la formation d'oligopoles et/ou l'entrée d'investisseurs qui poursuivent uniquement des intérêts de rentabilité financière : restriction du cercle des propriétaires des MVZ (désormais réduit principalement aux médecins et hôpitaux conventionnés) et durée minimale d'exercice au sein du MVZ en tant que médecin fondateur. Afin de prévenir l'éventuelle opportunité de rentabilité de MVZ de même spécialité médicale, le nombre de MVZ dentaires gérés par les hôpitaux a, par exemple, été limité. Un rapport d'expertise de 2020 commandé par le ministère de la Santé allemand a estimé que les mesures réglementaires prises jusqu'à présent permettaient globalement de limiter les pratiques de capital-investissement. Toutefois, dans un souci de garantir la qualité des soins sans entraver le développement de ces structures qui répondent néanmoins au besoin en soins primaires sur l'ensemble du territoire, le rapport préconise de renforcer la gestion médicale des MVZ à travers l'obligation de gestion par un directeur médical et par ailleurs, une mesure récente prévoit de renforcer la possibilité pour les communes de créer des MVZ[232].

### Construire les fondations d'une régulation efficace

Les constats apportés par les expériences étrangères s'appliquent aussi au cas français, et plaident en faveur d'une plus grande transparence du financement des offreurs de soins de droit privé. En particulier, le recueil et la publication de données relatives au degré d'ouverture aux capitaux financiers de secteurs spécifiques de l'offre de soins permettraient d'analyser empiriquement les conséquences du phénomène à la fois sur l'état concurrentiel du marché, et sur le coût, l'accès, et la qualité des soins délivrés par les offreurs de soins détenus par des groupes financiers par opposition aux acteurs non financiarisés. Une première étape importante consisterait à consolider les résultats financiers des sociétés de capital-investissement ayant des participations dans des entreprises du secteur des soins de santé, et à améliorer la transparence sur la gouvernance des producteurs de soins.

Les ordres professionnels ont ainsi vocation à s'emparer pleinement du sujet de l'indépendance professionnelle et des moyens de la préserver dans la gouvernance des entreprises du secteur de la santé, en s'appuyant sur les garde-fous qu'apporte l'ordonnance du 8 février 2023. Le cas de la société d'exercice libéral (SEL) de radiologues Imapôle, porté en 2023 devant le juge administratif après sa radiation par l'ordre (conseil départemental du Rhône de l'ordre des médecins – CDOM69), est à cet égard illustratif. Estimant que les professionnels de santé exerçant dans cette SEL n'étaient plus en mesure de contrôler effectivement la société du fait d'un pacte d'actionnaires dissociant les droits de vote (détenus par les professionnels de santé) des droits financiers (quasi exclusivement détenus par l'investisseur financier pourtant minoritaire), le CDOM69 a pris la décision de radier la SEL Imapôle. Si le Conseil d'État a annulé cette décision pour vice de procédure, il ne s'est pas encore prononcé sur le fond de ce contentieux, qui pourrait faire jurisprudence. Rappelons ici que le Conseil d'État a rendu une décision très proche sur une SEL de vétérinaires, donnant raison à l'ordre des vétérinaires et notant que de tels montages conduisent *« à ce que les garanties prévues par [des] dispositions législatives soient, en l'espèce, privées d'effet, dès lors qu'il en résulte que les associés [vétérinaires], quoique détenant la majorité des droits de vote, ne sont pas en mesure de contrôler effectivement la société »*.

Afin de mieux décrire et quantifier ce phénomène, les pouvoirs publics se sont également mobilisés pour recruter des ressources dédiées et rassemblées dans la constitution d'une *task force* interministérielle visant à augmenter la connaissance sur ce phénomène à l'ampleur et aux conséquences encore incertaines. L'Assurance Maladie participe à ces travaux et renouvelle sa recommandation de mettre en place un observatoire de la financiarisation du système de santé pour suivre les opérations financières dans le secteur de la santé, analyser leurs conséquences, identifier les dérives spéculatives et faire des recommandations éclairées en matière de régulation. Cet observatoire couvrirait largement le champ du système de santé et associerait acteurs publics, professionnels de santé, experts reconnus et associations de patients afin d'établir un diagnostic approfondi et partagé de la situation.

232 Projet de loi sur l'amélioration de l'accès aux soins dans le secteur ambulatoire, 22 mai 2024 : https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundeskabinett-beschliesst-versorgungsstaerkungsgesetz-pm-22-05-2024

## 9.2. La biologie médicale : suivi de la rentabilité du secteur et analyse des coûts hospitaliers

### 9.2.1. La biologie médicale privée : une rentabilité qui se maintient à des niveaux élevés

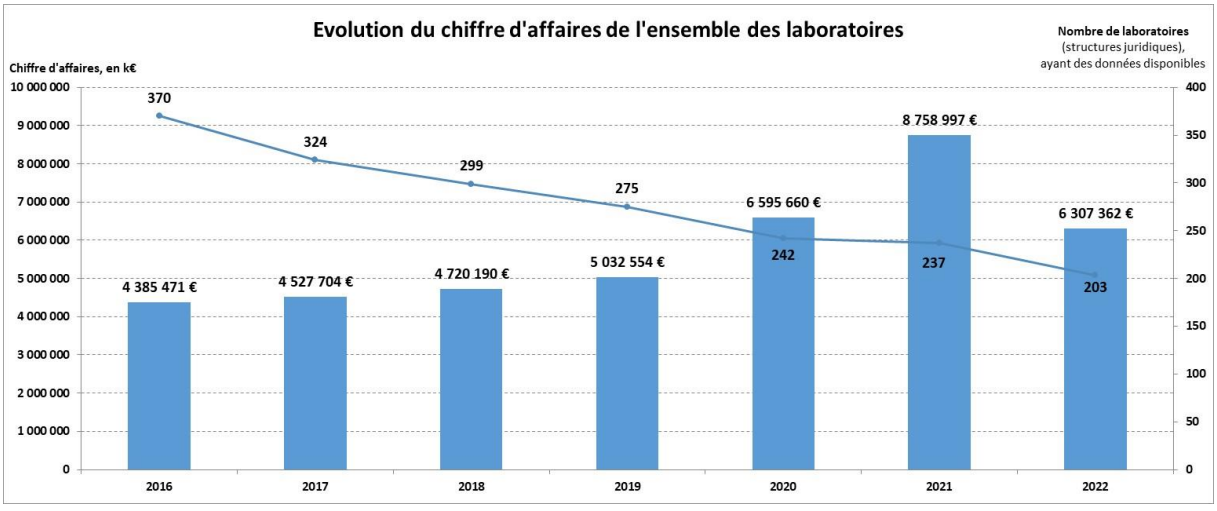
Comme l'a montré le rapport Charges et produits pour 2023, le secteur de la biologie médicale privée est un secteur extrêmement concentré, les six premiers groupes (Biogroup-LCD, Cerba, Inovie, Synlab, Unilabs, Eurofins) représentant plus de 60 % de l'offre privée. Il s'agit également d'un secteur très profitable, les taux de marge atteignant des niveaux élevés, d'autant plus que le chiffre d'affaires est important, y compris en neutralisant les effets liés à la période Covid-19. Le secteur fait par ailleurs l'objet d'une régulation prix-volume dynamique qui n'affecte que peu la rentabilité des laboratoires avec un ratio résultat net sur chiffre d'affaires qui se maintient en 2022 à plus de 25 % comme en 2021.

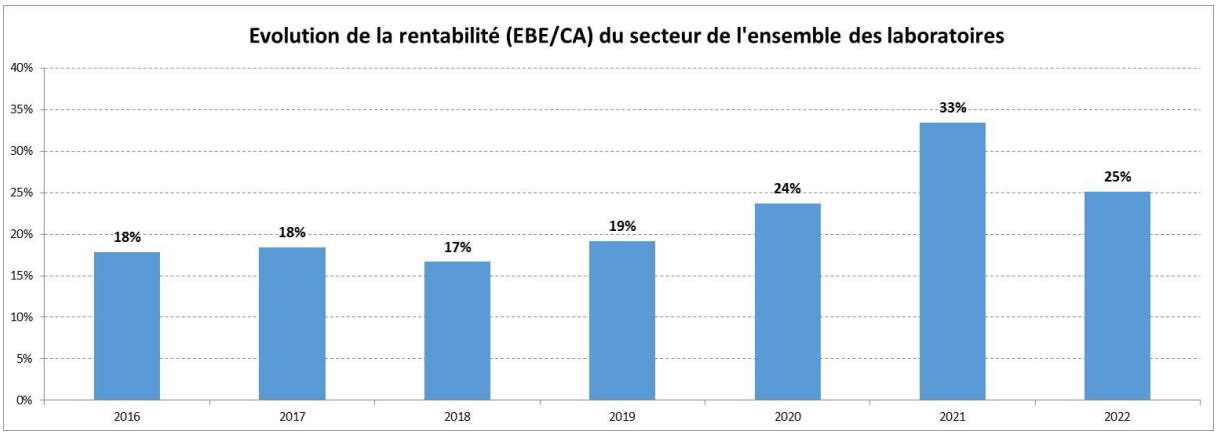
À ce stade, la concentration de l'offre ne semble pas s'être accompagnée d'un moindre accès financier ou géographique aux soins pour la population ni d'une dégradation de la qualité des soins. En effet, le nombre de laboratoires croît régulièrement depuis début 2023, passant de 4 266 laboratoires ou sites de prélèvement début janvier 2023 à 4 421 à fin mai 2024.

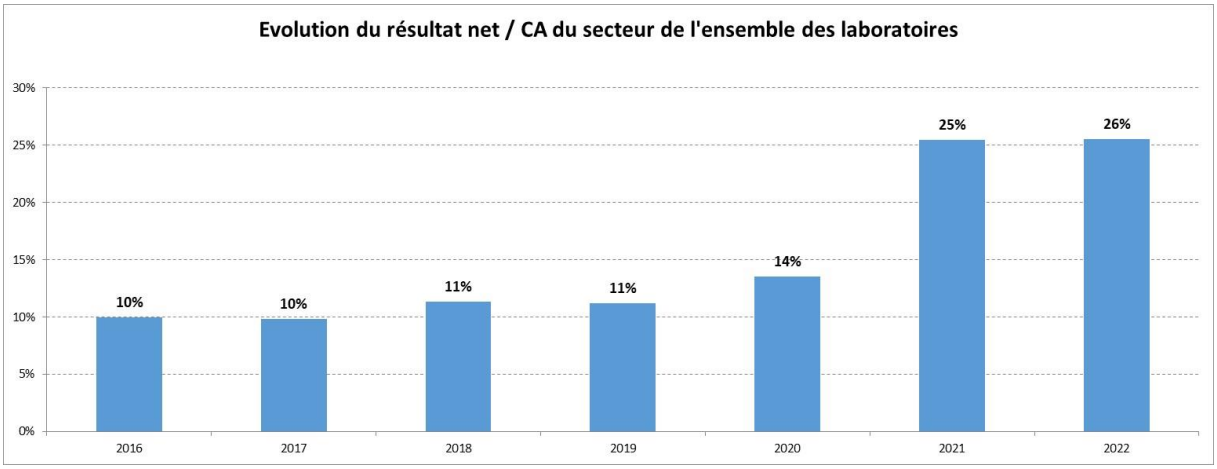
Hors Covid, les dépenses augmentent de 2,7 % soutenues par les volumes (+ 6,3 % hors Covid, hors forfaits), malgré la baisse généralisée au 1er février du tarif de biologie (de 0,27 euro à 0,26 euro) et les baisses tarifaires ciblées depuis le 4 avril 2023 (dont des actes parmi les plus prescrits : test PCR – *polymerase chain reaction*, réaction de polymérisation en chaîne –, hémogramme, examen cytobactériologique des urines – ECBU –, thyréostimuline – TSH –, peptides natriurétiques, dépistages de l'hépatite B et C).

Un protocole signé pour les années 2024-2026 prévoit une augmentation annuelle des dépenses remboursées de 0,4 % par an. Cette trajectoire est conditionnée à des actions de gestion du risque et de baisses tarifaires. Il consacre un objectif d'enveloppe de 150 millions d'euros pour les actes innovants et une nouvelle clause de santé publique permettant de prévoir un financement spécifique pour certains actes concernés par un accès direct (dépistage du VIH, infections sexuellement transmissibles…). Un observatoire de l'accès aux laboratoires de biologie médicale est créé pour suivre chaque année l'évolution du maillage territorial de l'offre en biologie médicale.

Figure 130 : Évolution du chiffre d'affaires (CA) et de la rentabilité des laboratoires de biologie médicale, entre 2016 et 2022






EBE : excédent brut d'exploitation

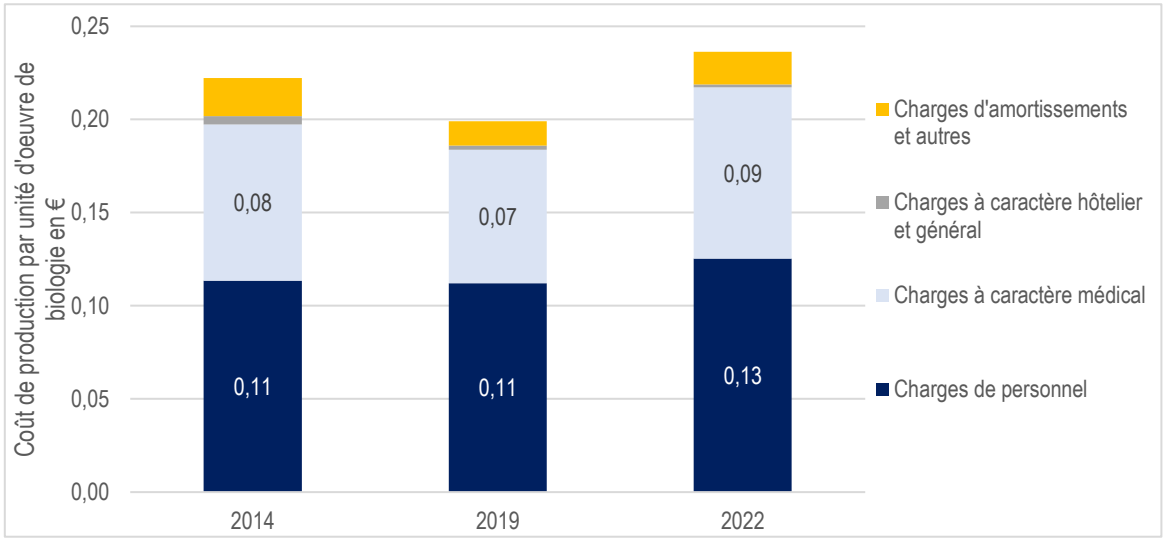
*Source : greffes des tribunaux de commerce, via la base de données Diane*

### 9.2.2. Enseignement sur les coûts de production de la biologie médicale à partir des données des établissements publics

Une politique fortement incitative a été menée afin de favoriser la recomposition des laboratoires de biologie médicale hospitaliers et ainsi tirer parti de gains de productivité tels qu'on a pu les constater dans les laboratoires de ville. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été un outil très important à cette fin, le décret sur les GHT prévoyant explicitement l'option de création d'un laboratoire commun au sein du groupement. Afin de mener une analyse du coût de production dans les établissements de santé publics de la biologie, une analyse des retraitements comptables des établissements de santé pour l'activité interne hors sous-traitance a été réalisée entre 2014 et 2022.

Si l'offre de laboratoires hospitaliers publics s'est concentrée (baisse de 13 % du nombre de laboratoires de biologie publics entre 2014 et 2021), le coût de production globale de la biologie a augmenté sur la période récente et notamment de 6 % entre 2014 et 2022 pour atteindre 0,24 euro par unité d'œuvre de biologie produite. Le coût de production de la biologie hospitalière est obtenu en rapportant l'ensemble des charges en lien avec la production d'analyses de biologie dans un établissement au volume d'actes réalisés en unité d'œuvre, soit le nombre de B pour la biologie. En effet, dans le cadre de la convention nationale entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les directeurs de laboratoire de biologie médicale, les actes de biologie sont hiérarchisés par la commission des actes de biologie médicale en transcrivant chaque acte en nombre de B, unité de valeur de la production des actes. La lettre clé B est ensuite valorisée 0,25 euro pour obtenir la base de remboursement de l'acte par l'Assurance Maladie en multipliant le nombre de B avec cette valorisation.

Figure 131 : Décomposition du coût de production de biologie, entre 2014 et 2022, exprimé en unité d'œuvre




*Source : retraitement comptable des hôpitaux - Atih*

Le coût de production a atteint un point bas en 2019 où il a atteint 0,20 euro en moyenne. La hausse des charges de personnel et à caractère médical (achats de produits pharmaceutiques, de fournitures et de matériels médicaux) explique l'augmentation du coût de production observée depuis 2019. Un tiers de la hausse des charges salariales est lié à l'augmentation de la rémunération moyenne des personnels médicaux et non médicaux. Les revalorisations salariales liées au Ségur de la santé participent à cette augmentation. À noter que malgré la concentration du nombre de laboratoires, les personnels associés à la production de biologie ont continué à augmenter (7 % en moyenne par an entre 2019 et 2022) ainsi que les charges à caractère médical dans les établissements publics.

Tableau 47 : Évolution du nombre de personnels dans les laboratoires de biologie hospitaliers, 2019-2022

| | 2019 | 2022 | Évolution 2019-2022 |
|---|---|---|---|
| Personnel médical | 2 547 | 3 226 | 27 % |
| Personnel interne et étudiant salarié | 1 457 | 1 560 | 7 % |
| Personnel non médical | 14 474 | 17 762 | 23 % |

*Source : retraitement comptable des hôpitaux - Atih*

Malgré cette hausse du coût de production hospitalière publique, le coût moyen de production est inférieur de 5,6 % à la valorisation actuelle de la production d'une unité de biologie par l'Assurance Maladie et les laboratoires les plus importants ont même un coût de production 16 % inférieur à cette valorisation. Ainsi, les 17 laboratoires hospitaliers qui représentent plus de 50 % de la production totale de biologie hospitalière hors sous-traitance présentent un coût moyen de production de 0,21 euro soit 16 % plus faible que la valorisation actuelle de la biologie servant de référence au remboursement de l'Assurance Maladie, notamment pour les laboratoires de biologie médicale privée et les actes et consultations externes (ACE) à l'hôpital. Cette structure de coût des principaux établissements publics doit se rapprocher des structures de coûts des principaux groupes de biologie médicale privés puisque les 6 plus grands groupes concentrent plus de 60 % des analyses de biologie médicale en ville.

Face à ces constats, il semble justifié de poursuivre la régulation du secteur de la biologie médicale privée afin de prendre en compte les gains de productivité en lien avec la concentration du secteur. Par ailleurs, la restructuration de l'offre hospitalière de biologie pourrait permettre d'harmoniser les coûts de production. Les données disponibles suggèrent qu'il existe des écarts importants de productivité entre établissements. Il est souhaitable qu'une politique incitative soit menée pour favoriser et accélérer la recomposition des laboratoires de biologie médicale hospitaliers, afin de tirer parti de gains de productivité.

## 9.3. Les transports de patients, un service essentiel pour l'accès aux soins avec des marges d'efficience importantes

Selon l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, le transport sanitaire désigne *« tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet »*. La prise en charge de ces transports par l'Assurance Maladie est prévue par la loi[233] et joue un rôle important pour faciliter l'accès aux soins des assurés sociaux.

Le transport programmé de patients repose sur un tissu composite d'acteurs : entreprises de transports sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers – VSL), entreprises de taxis conventionnés, véhicules personnels, transports en commun, avions et bateaux.

En 2023, l'offre de transport de patients reposait principalement sur les entreprises de transports sanitaires et de taxis conventionnés. L'offre remboursée comptait ainsi 5 212 entreprises de transports sanitaires et 28 916 entreprises de taxis conventionnés qui ont transporté, au total, 6,4 millions de patients. L'offre de transport est néanmoins très hétérogène selon les territoires et les types de véhicules avec des problématiques d'accès pour certains patients.

Dans ce contexte d'offre fragmentée, les dépenses de transport de patients augmentent. Après un recul en 2020 lié à la crise sanitaire, les dépenses allouées au transport de patients ne cessent de croître avec un taux de croissance annuel moyen de 4,4 % entre 2016 et 2023 pour atteindre 6,3 milliards d'euros en 2023. Tous les modes de transport sont concernés, même si les dépenses d'ambulances et de taxis représentent aujourd'hui le principal poste de remboursement.

L'Assurance Maladie prend en charge en moyenne 95 % des dépenses de transport sanitaire en 2023. Maîtriser l'évolution des dépenses de transport est un enjeu central pour le système de santé – en témoignent les rapports d'inspection publiés ces dernières années[234] – et qui s'impose désormais au regard du niveau historique de dépenses atteint en 2023. Ces constats amènent l'Assurance Maladie à élaborer une feuille de route qui s'adressera, par un faisceau de leviers (information, communication, dispositifs conventionnels, législatifs et réglementaires, accompagnement, contrôles) à la diversité des parties prenantes du secteur.

### 9.3.1. Un périmètre large et complexe

#### Un secteur porté par deux types d'acteurs dont les modes de financement sont distincts

L'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les transports pris en charge par l'Assurance Maladie peuvent être assurés par les moyens suivants :

- l'ambulance ;
- le transport assis professionnalisé, véhicule sanitaire léger (VSL) et taxi ;
- les transports en commun terrestres, l'avion ou le bateau de ligne régulière, les moyens de transport individuels.

Les transports programmés de patients sont opérés par deux principaux acteurs : les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés, qui relèvent de deux tutelles différentes. La réglementation relative aux transporteurs sanitaires (ambulance et VSL) est gérée par les ministères en charge du Travail et de la Sécurité sociale dans la mesure où leur activité est exclusivement tournée vers l'accompagnement aux soins alors que celle des taxis, dont l'activité peut être plurielle, relève du ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires.

Il en découle de fait une réglementation différente, notamment pour les véhicules et le personnel. Ainsi, les entreprises de transporteurs sanitaires doivent être agréées par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre d'un quota, et soumises à des règles de santé publique en matière d'équipement et de compétence professionnelle, alors que les taxis doivent être titulaires d'une carte professionnelle et d'une autorisation de

233 L'article L. 160-8 2° du code de la sécurité sociale prévoit que l'Assurance Maladie couvre les « *frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale* ».

234 Igas, IGF, IGA « Les transports sanitaires-Revue de dépenses », 2016 ; Cour des comptes, « Chapitre IV. Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire » *in* Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2019.

stationnement (ADS) délivrée par les maires ou les préfets et être conventionnés ensuite avec l'Assurance Maladie pour effectuer des transports de patients.

Ces acteurs obéissent à des conditions tarifaires distinctes avec des logiques économiques différentes par types de véhicules. Pour les sociétés de transport sanitaire, les tarifs sont établis au niveau national dans le cadre des négociations conventionnelles menées par l'Assurance Maladie. Pour les taxis, les tarifs sont déterminés localement par une convention signée entre les taxis et les organismes locaux d'assurance maladie sur la base d'une convention type établie au niveau national (voir *infra* l'Encadré 23). Ils sont indexés sur les tarifs fixés par l'autorité préfectorale. Ces déclinaisons locales ont pour corollaire une hétérogénéité importante des tarifs d'un département à l'autre.

En 2023, on dénombre 5 212 transporteurs sanitaires possédant 14 772 ambulances et 14 285 VSL ainsi que 28 916 entreprises de taxis conventionnés possédant 40 132 taxis. Les entreprises de transport sanitaire sont parfois « bicéphales », c'est-à-dire qu'elles possèdent également des taxis. C'est le cas pour environ 44 % d'entre elles. Il existe par ailleurs une grande disparité de l'offre de véhicules en fonction des départements. Le nombre moyen de véhicules pour 100 000 habitants en France est de :

- 21,6 pour les ambulances (Min : 7 [14-Calvados], Max : 51 [80-Somme]) ;
- 20,9 pour les VSL (Min : 1 [75-Paris], Max : 70 [12-Aveyron]) ;
- 58,7 pour les taxis (Min : 6 [976-Mayotte], Max : 249 [Paris]).

Encadré 23 : Principes de tarification des trajets effectués par des entreprises de transport de patients

Les conventions avec les transporteurs sanitaires et les taxis sont fondées sur le code de la sécurité sociale (articles L.322-5-2 et L.322-5). Elles ont pour particularité de concerner des entreprises et non des professionnels de santé.

**Transporteurs sanitaires privés**

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transport sanitaire sont définis par une convention nationale conclue pour une durée égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Ainsi, une convention nationale datant de 2003, reconduite tacitement tous les 5 ans et complétée par 11 avenants, détermine les dispositions tarifaires des ambulances et des véhicules sanitaires légers (VSL). La base de remboursement d'un transport sanitaire par une société conventionnée repose notamment sur :

- la distance parcourue mentionnée dans la facture (distance réelle) ;
- la localisation du siège de la société de transport sanitaire qui permet de déterminer le forfait appliqué ;
- l'utilisation d'un système de géolocalisation et de certification des flux ;
- le mode de transport sanitaire employé pour réaliser ce trajet (ambulance ou VSL) ;
- le nombre de personnes transportées simultanément dans le véhicule au cours du trajet (1 à 3 possibles en VSL) ;
- l'éventuel cadre spécifique d'exécution du transport (exemple : TUPH – transports urgents préhospitaliers) ;
- l'éventuel contexte spécifique d'exécution du transport (lieu de départ ou d'arrivée = gare ou aéroport, bénéficiaire = enfant prématuré, TPMR – transport de malade à mobilité réduite utilisant son fauteuil roulant –, péage).

**Taxis conventionnés**

À compter du 1er février 2024, les conventions locales conclues entre les entreprises de taxi et les organismes locaux d'assurance maladie doivent être conformes à la décision du 11 décembre 2023 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie, établie par le directeur général de l'Uncam après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur.

La base de remboursement d'un trajet en taxi repose sur :

- le prix de la course, déterminé par le compteur horokilométrique (ou « taximètre ») équipant obligatoirement chaque taxi, qui calcule automatiquement le prix sur la base de :
  - 3 paramètres dont les valeurs sont encadrées nationalement et fixées chaque année par arrêté préfectoral (il ne s'agit cependant pas d'un tarif imposé, mais d'un tarif maximal) :
    - prise en charge,
    - tarif kilométrique,
    - tarif horaire (ou de « temps d'attente » ou de « marche lente ») ;
  - et d'un éventuel coût inhérent à la course d'approche qui correspond au trajet effectué jusqu'au point de rendez-vous lorsque le taxi est commandé par téléphone ; la méthode de calcul de la course d'approche est déterminée dans chaque département par arrêté préfectoral ;
- par l'ajout éventuel de suppléments (TPMR).

Les frais d'approche et le tarif horaire sont des éléments qui ne sont pas facturables par les transporteurs sanitaires.

### Un périmètre et des règles de prise en charge larges

De nombreuses situations peuvent justifier une prise en charge par l'Assurance Maladie des frais de transport pour recevoir des soins ou pour la réalisation d'examens[235]. Il existe des motifs de prise en charge définis par le code de la sécurité sociale[236] mais, dans tous les cas, la prise en charge du transport est conditionnée à une prescription médicale préalable justifiant du besoin de se déplacer par un transport sanitaire.

Les frais de transport peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie, sur prescription médicale, lorsque le transport :

- est lié à une hospitalisation (dont chimiothérapie, radiothérapie et hémodialyse) ;
- est lié aux traitements et soins en lien avec une affection de longue durée (ALD) et si le patient présente une incapacité ou déficience au déplacement ;
- est en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- nécessite d'être allongé ou sous surveillance.

Par ailleurs, certains transports (plus de 150 km, transports en série, transports en avion/train/bateau…) peuvent être soumis à une demande d'accord préalable (DAP).

Le médecin prescrit le mode de transport le mieux adapté à l'état de santé et au niveau d'autonomie du patient : véhicule personnel, transport en commun, transport assis professionnalisé (taxi conventionné ou véhicule sanitaire léger) ou ambulance.

Au-delà de la diversité des cas de prise en charge, il existe de nombreuses réglementations tarifaires avec 12 cas d'exonération du ticket modérateur[237]. Les motifs d'exonération de la franchise médicale viennent se superposer à la diversité des niveaux de prise en charge[238]. Selon la Cour des comptes, la grande variété des conditions de prise en charge aboutit à *« 140 situations possibles quant au niveau de la prise en charge des dépenses de transport sanitaire par l'Assurance Maladie »*.

Cette prise en charge publique étendue, mais complexe et morcelée en une grande diversité de situations, laisse par ailleurs des besoins non couverts (Encadré 24).

Encadré 24 : Prise en charge des transports pour les patients atteints de handicap : des angles morts subsistent

La réglementation en matière de prise en charge des transports sanitaire et médicosocial est complexe et peut varier d'une situation à l'autre, laissant ainsi place dans de nombreux cas à l'interprétation et donc à une hétérogénéité des prises en charge[239]. Ainsi, des angles morts subsistent avec des difficultés d'accès pour certaines populations et/ou territoires spécifiques.

Les modalités d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ont évolué ces 20 dernières années vers une plus grande personnalisation des accueils et des accompagnements dans les établissements médicosociaux. Dans ce contexte, les besoins des bénéficiaires évoluent avec une plus grande nécessité de se déplacer. Il apparaît ainsi nécessaire de modifier les conditions de prise en charge financière des transports des personnes vivant avec un handicap dans les différentes dimensions de leur accompagnement : accès à la santé, soutien à l'autonomie, scolarisation et insertion professionnelle…

Dans cette optique, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale du ministère chargé de la Sécurité sociale conduisent une réforme visant à transformer l'offre médicosociale. Celle-ci a notamment pour ambition de privilégier un accès au droit commun et un accompagnement en milieu de vie ordinaire.

Une analyse des textes juridiques a été conduite conjointement avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui a permis d'identifier des situations dans lesquelles le financement des transports des personnes n'a pas été prévu. Par ailleurs, certaines modalités de transport ne sont plus adaptées et doivent évoluer avec la transformation de l'offre médicosociale pour favoriser la maîtrise des dépenses correspondantes. De plus, plusieurs types de financements coexistent, avec une prise en charge par l'établissement médicosocial, par l'Assurance Maladie *via* la carte Vitale, ou encore les familles.

Des assouplissements à l'application de la réglementation existante ont été diffusés l'été dernier par la Cnam pour contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap et des personnes âgées.

235 L'article L. 160-8 2° du code de la sécurité sociale prévoit que l'Assurance Maladie couvre les *« frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale »*.

236 L'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale précise les 11 motifs ouvrant droit au bénéfice d'une prise en charge financière par l'Assurance Maladie.

237 https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/frais-transport

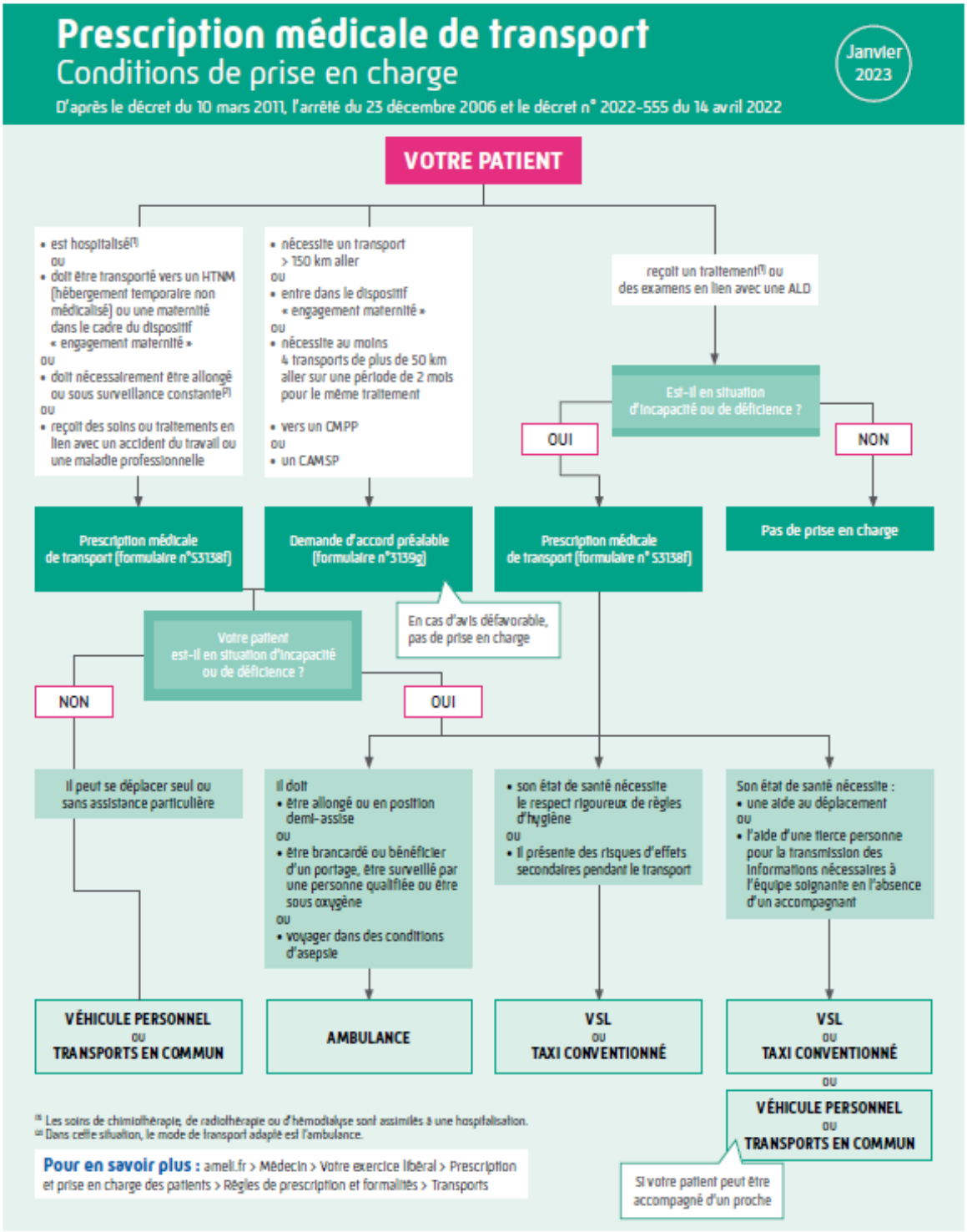
238 https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/franchise-medicale

239 Cour des comptes, « Chapitre IV. Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire » *in* Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2019.

Il demeure cependant des problématiques sans solution, en particulier :

- le périmètre des trajets pris en charge par les budgets des établissements médicosociaux pour enfants et adolescents vivant avec un handicap nécessiterait d'être clarifié, notamment en ce qui concerne les transports individuels, les transports vers des unités d'enseignement externalisées favorisant l'inclusion scolaire, la prise en charge des transports des jeunes maintenus en établissement pour enfants ou adolescents au titre de l'amendement Creton au-delà de l'âge pour lequel l'établissement est autorisé ;
- s'agissant des soins délivrés par des professionnels de santé exerçant pour le compte des services d'accompagnement comme les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et les services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (Samsah) ;
- en établissement d'hébergement ou d'accompagnement pour adultes vivant avec un handicap, notamment en maison d'accueil spécialisée (MAS) ou en foyer d'accueil médicalisé (FAM) ;
- la lisibilité des dispositifs est très complexe et peu compréhensible tant par les usagers que par les professionnels (gestionnaires d'établissements et services médicosociaux – ESMS –, d'agences régionales de santé – ARS – et de caisses primaires d'assurance maladie – CPAM – compris).

Figure 132 : Les conditions de prise en charge des frais de transport par l'Assurance Maladie




*HTNM : hébergement temporaire non médicalisé ; CMPP : centre médicopsychopédagogique ; CAMSP : centre d'action médicosociale précoce ; ALD : affection de longue durée ; VSL : véhicule sanitaire léger*
*Source : Cnam, site ameli.fr : https://www.ameli.fr/content/transports-conditions-de-prise-en-charge-0*

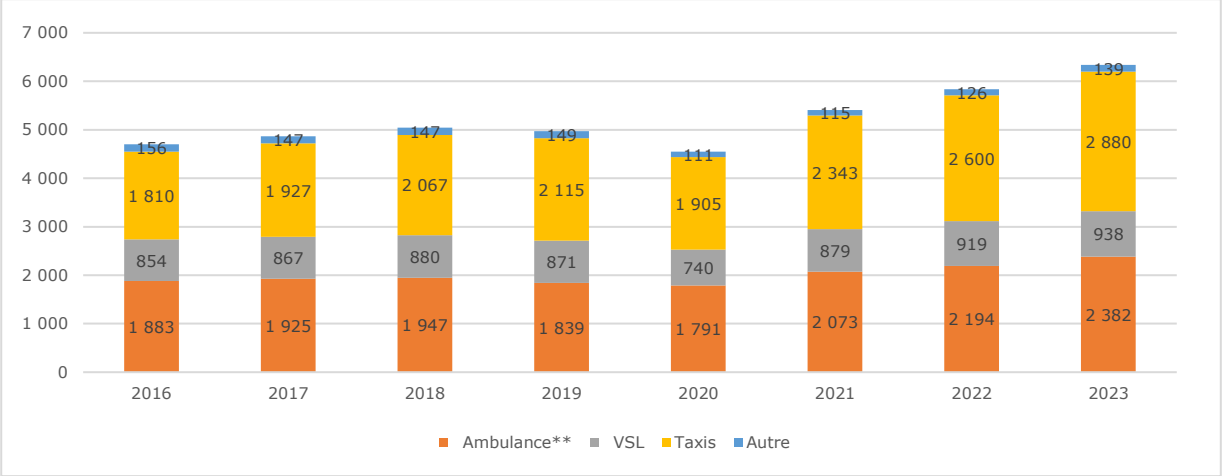
### 9.3.2. Un poste de dépenses très dynamique

#### Évolution dynamique des dépenses

En 2023, les dépenses de transport de patients, en base de remboursement, s'élèvent à 6,3 milliards d'euros. Après un recul en 2020 lié à la crise sanitaire, les dépenses atteignent un niveau historique, avec une hausse de près de 9 % des dépenses de transport entre 2022 et 2023.

Cette augmentation s'inscrit dans une tendance identifiée depuis plusieurs années : entre 2016 et 2023, les dépenses de transport sanitaire ont augmenté avec un taux de croissance annuel moyen de 4,4 %. Les différents modes de transport sont concernés par cette progression avec une tendance qui s'accentue de façon importante pour revenir à des taux de progression largement supérieurs à ceux observés juste avant la période de la crise sanitaire (Figure 133).

Figure 133 : Évolution des dépenses de transport entre 2016 et 2023, en millions d'euros (montant remboursable)




** Hors indemnité de garde ambulancière
VSL : véhicule sanitaire léger

*Champ : tous régimes - France entière - codes exécutant : 55 (TS) et 56 (taxi) - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

De nombreux facteurs contribuent à la hausse des dépenses. Ils relèvent à la fois d'un effet prix et d'un effet volume.

- Augmentation des dépenses par trajet

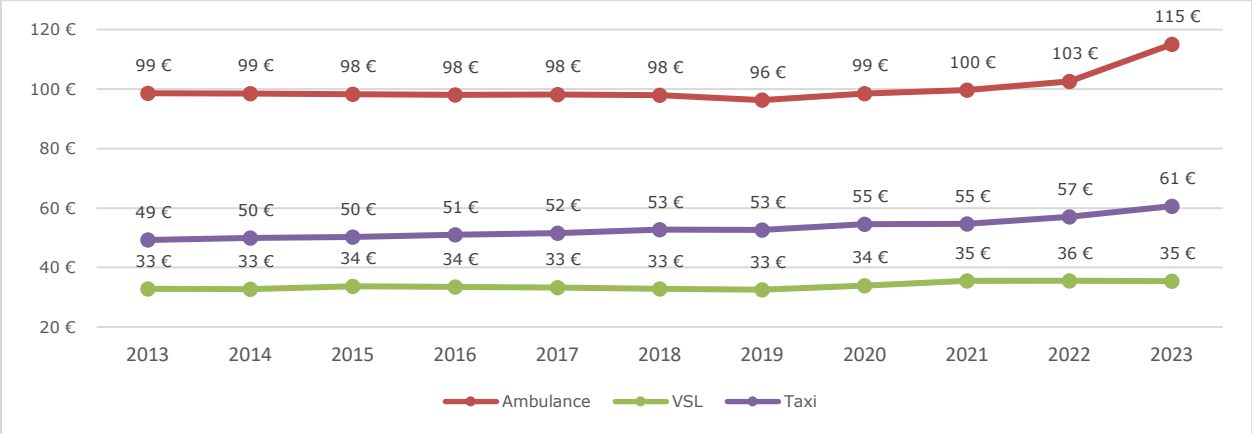
On observe premièrement une augmentation des prix, avec des dépenses moyennes par trajet qui ont augmenté pour les ambulances (115 euros en 2023) et les taxis (61 euros en 2023) tandis qu'elles se sont stabilisées pour les VSL (35 euros en 2023) (Figure 134). Cette augmentation s'explique notamment par un certain nombre d'évolutions conventionnelles portant des revalorisations tarifaires, la dernière en date étant l'avenant 11 signé en mai 2023. Pour les ambulances, les augmentations des dernières années sont également en partie liées au changement de tarification TUPH (transports urgents préhospitaliers) permettant de revaloriser la réponse ambulancière aux demandes de transport émanant du service d'aide médicale urgente (Samu), afin d'augmenter le nombre d'entreprises de transport sanitaire participant au service de garde.

La hausse des tarifs intervient dans un contexte d'augmentation des charges d'exploitation pour les transporteurs, portée principalement par les revalorisations successives du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) depuis 2021 (pour une hausse cumulée de 13,5 % entre le 1er janvier 2021 et le 1er janvier 2023[240]) ainsi que l'augmentation du prix du carburant[241].

240 https://www.vie-publique.fr/en-bref/292461-smic-revalorisation-du-salaire-minimum-au-1er-janvier-2024

241 Les services d'ambulance, 2023-2024. Xerfi.

Figure 134 : Dépense moyenne (en base de remboursement) par trajet selon le mode de transport, entre 2013 et 2023



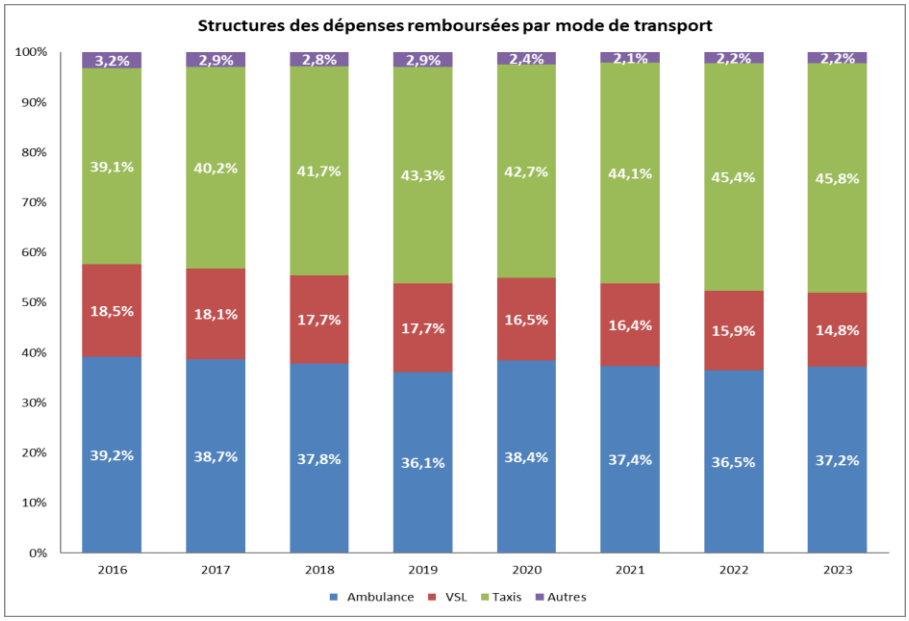

VSL : véhicule sanitaire léger

*Champ : régime général (hors section locale mutualiste), hors indemnité de garde ambulancière*

*Source : Cnam, SNDS. Déformation au profit des taxis qui présentent des tarifs en moyenne plus élevés*

Le report d'une partie des trajets jusque-là effectués par les VSL vers les taxis, dont les tarifs sont en moyenne plus élevés, contribue également à la dynamique des dépenses. La dépense de transport sanitaire par taxi semble en effet bien plus dynamique que celle réalisée par les autres modes de transport (Figure 135). Les trajets en taxis représentent 45,8 % de la dépense des transports sanitaires en 2023 – devant les ambulances (37,2 %) et VSL (14,8 %). La part des autres modes de transport (avion, bateau, véhicules personnels et transports en commun) est bien moindre (2,2 %). Cette tendance s'installe depuis plusieurs années : entre 2016 et 2023, la part des dépenses par taxi croît de manière continue, au détriment des ambulances dont la part a diminué de 39 % à 37 %. La part du VSL, quant à elle, a diminué de 3,7 points sur la période tandis que le taxi a gagné 6,7 points.

Figure 135 : Évolution de la structure des dépenses remboursées par mode de transport sur une base de 100, entre 2016 et 2023




VSL : véhicule sanitaire léger

*Champ : tous régimes - France entière - codes exécutant : 55 (TS), 56 (Taxis) et 57 (autres) - données en date de liquidation*

*Source : Cnam (SNDS)*

- Accroissement de la demande de transports sanitaires

Le vieillissement de la population ainsi que l'augmentation du nombre d'usagers atteints d'ALD contribuent à la hausse des dépenses. On dénombre environ 6,4 millions de patients transportés en 2023 (Tableau 48). Parmi eux, 71 % des patients ont utilisé au moins une fois l'ambulance ou le VSL et 50 % ont utilisé au moins une fois le taxi.

Le nombre de patients transportés a connu une augmentation importante au cours des dernières années : un peu plus de 786 000 patients supplémentaires sont transportés entre 2016 et 2023, soit une augmentation de 13,8 % du nombre de patients transportés. Cette augmentation est principalement portée par le recours aux taxis et dans une moindre mesure par les ambulances et les VSL.

Tableau 48 : Évolution du nombre de patients transportés entre 2016 et 2023, en millions

| **Nombre de patients (Millions)** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** | **2021** | **2022** | **2023** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Transports sanitaires | 4,20 | 4,28 | 4,36 | 4,26 | 4,27 | 4,44 | 4,53 | 4,57 |
| *- Ambulance* | *3,10* | *3,15* | *3,19* | *3,04* | *3,14* | *3,21* | *3,26* | *3,26* |
| *- VSL* | *1,74* | *1,78* | *1,81* | *1,79* | *1,69* | *1,80* | *1,86* | *1,89* |
| Taxis | 2,36 | 2,49 | 2,62 | 2,66 | 2,62 | 2,97 | 3,13 | 3,23 |
| Autre | 0,48 | 0,46 | 0,44 | 0,40 | 0,30 | 0,29 | 0,31 | 0,33 |
| **Total** | **5,67** | **5,80** | **5,93** | **5,87** | **5,81** | **6,14** | **6,34** | **6,45** |

*Champ : tous régimes - France entière - codes exécutant : 55 (TS) et 56 (taxi) - données en date de liquidation*
*Source : données SNDS*

- Réduction de la distance moyenne par trajet associée à une augmentation du nombre de trajets par patient pour les ambulances

Concernant les ambulances, plus de 70 % des trajets en ambulance correspondent à des trajets de moins de 15 km, représentant 58 % des montants remboursables. Les trajets de 20 km et plus représentent quant à eux 21 % des trajets et 34 % des montants remboursables.

Une baisse de la part de trajets en ambulance supérieurs à 20 km est observée sur la période 2018-2023 au profit des trajets courts. Les trajets de 20 km et plus représentent 21 % des trajets et 34 % en montants remboursables en 2023, alors qu'ils correspondaient à 24 % des trajets et 39 % des montants remboursables en 2018.

Cette réduction de la distance moyenne effectuée par trajet, très nette pour les ambulances (- 11 %), s'accompagne d'une augmentation du nombre de trajets par personne qui augmente de 16 % entre 2018 et 2023.

Concernant les VSL, 60 % des transports en VSL correspondent à des trajets inférieurs à 15 km et deux tiers des trajets sont inférieurs à 20 km. Les transports de 20 km et plus représentent 33 % des volumes de trajets et 55 % des montants.

Figure 136 : Évolution de la répartition du nombre de trajets en ambulance selon le nombre de kilomètres facturés, entre 2018 et 2023

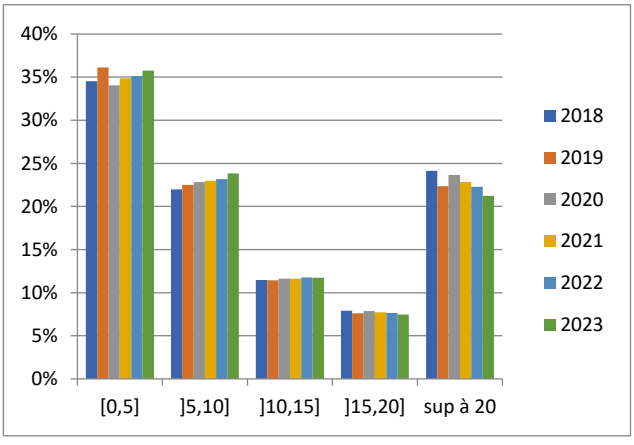
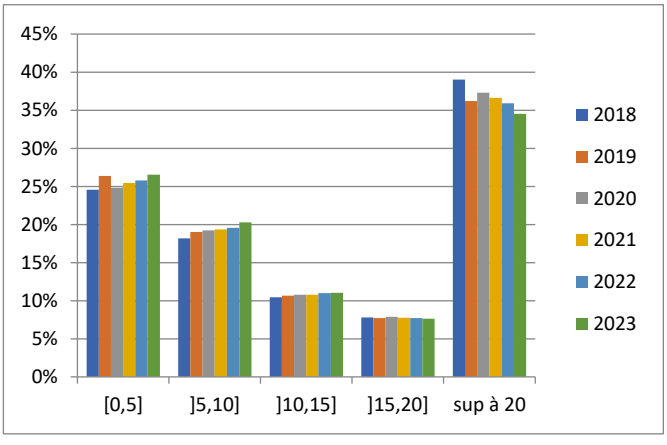



Figure 137 : Évolution de la répartition des montants remboursables liés aux trajets en ambulance selon le nombre de kilomètres facturés, entre 2018 et 2023




*Champ : tous régimes - Source : Cnam (SNDS)*

Figure 138 : Évolution de la répartition du nombre de trajets en véhicule sanitaire léger (VSL) selon le nombre de kilomètres facturés, entre 2018 et 2023

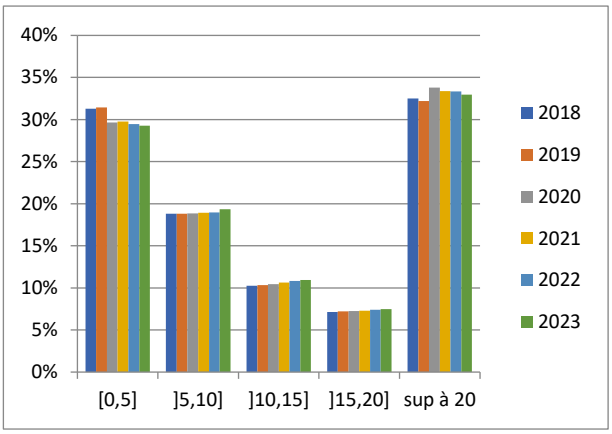
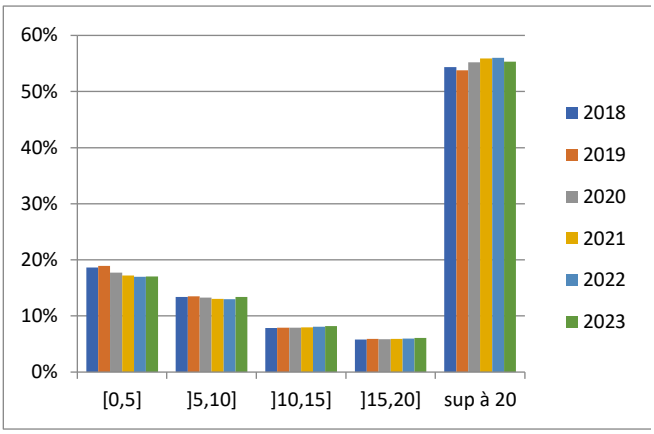


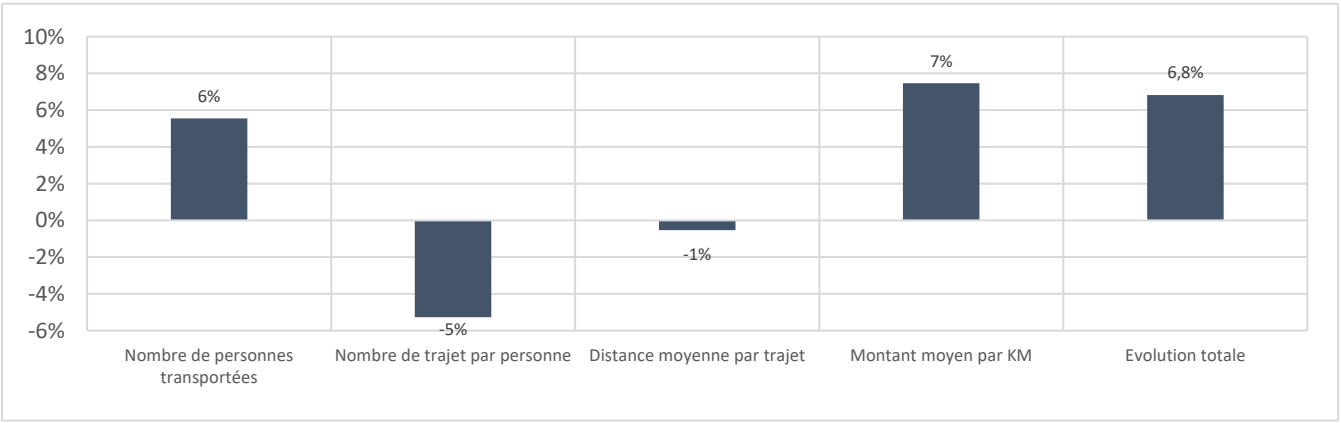

Figure 139 : Évolution de la répartition des montants remboursables liés aux trajets en véhicule sanitaire léger (VSL) selon le nombre de kilomètres facturés, entre 2018 et 2023




*Champ : tous régimes*
*Source : Cnam (SNDS)*

La hausse des dépenses peut ainsi s'expliquer à la fois par un effet prix (revalorisation des tarifs et report du transport par VSL au profit des taxis) et un effet volume (hausse du nombre d'usagers pour les VSL) (Figure 140).

Figure 140 : Évolution des déterminants de la dépense pour les véhicules sanitaires légers (VSL) entre 2018 et 2023

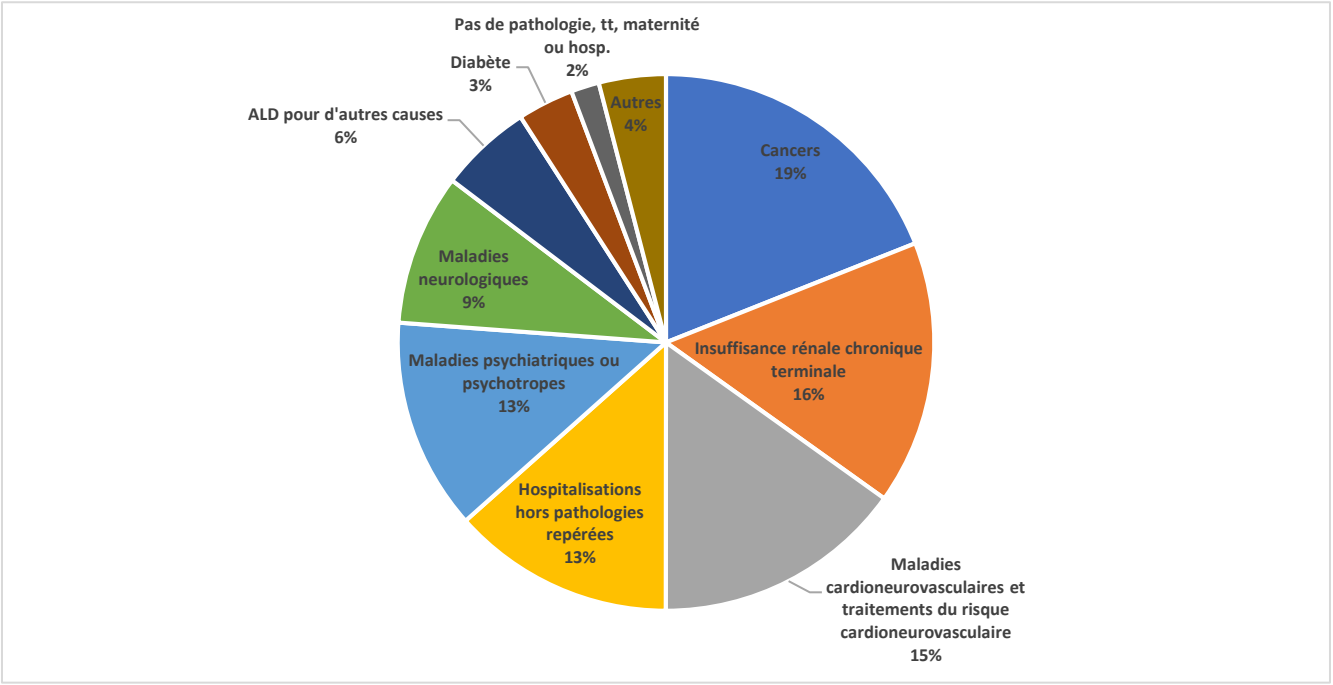



*Source : Cnam (SNDS)*

## Une dépense concentrée sur certaines pathologies

En 2022, les dépenses de transport des personnes en ALD représentaient 4,71 milliards d'euros, soit 90,7 % de la dépense totale remboursée pour ce poste. Deux tiers des dépenses de transport s'expliquent par le traitement de 4 pathologies : les cancers (19 %), l'insuffisance rénale (16 %), les pathologies cardio-neurovasculaires (15 %) et les maladies psychiatriques (13 %). L'oncologie et la dialyse sont les 2 pathologies qui génèrent le plus de dépenses de transport ; ces 2 pathologies représentent 35 % des dépenses de transport (Figure 141).

Figure 141 : Répartition des dépenses de transport sanitaire par types de pathologies, en 2022, en pourcentage




ALD : affection de longue durée

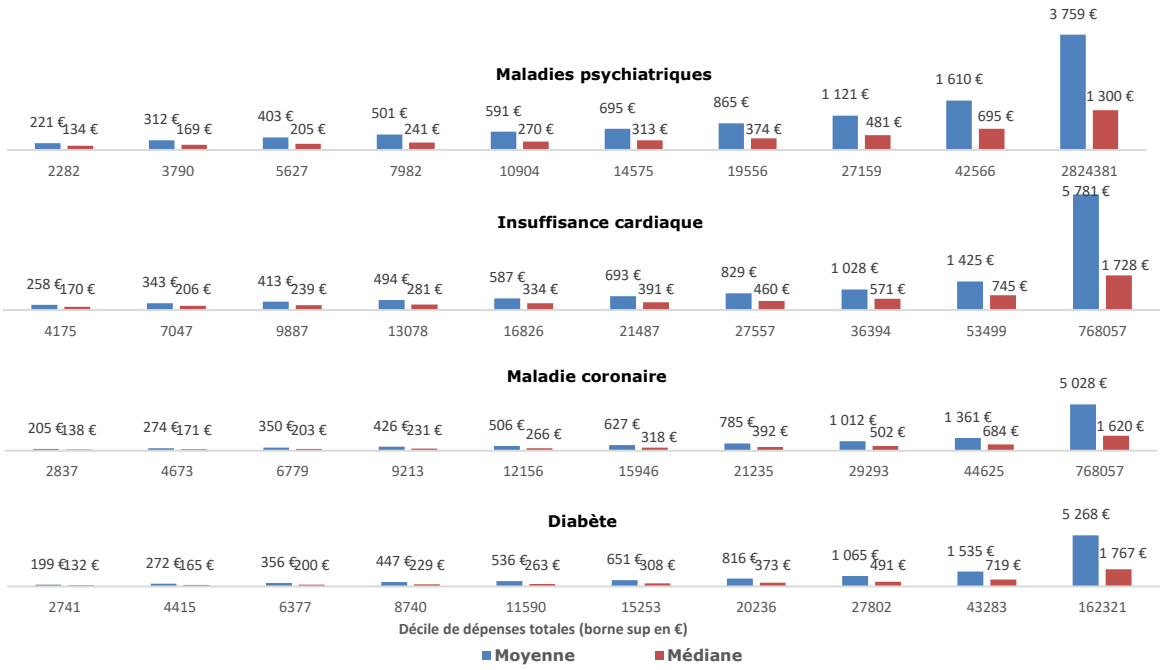
*Champ : tous régimes*
*Source : Cnam (SNDS)*

Afin d'identifier la cinétique d'évolution de la dépense de transport en fonction de la gravité de certaines pathologies, une analyse a été menée sur le lien entre le niveau de dépenses totales d'assurés souffrant de quatre pathologies (maladies psychiatriques, insuffisance cardiaque, maladie coronaire, diabète) et le niveau des dépenses de transport. La dépense totale du patient est utilisée comme une estimation du niveau de sévérité de la pathologie[242].

Si la dépense moyenne augmente en fonction du degré de sévérité de la pathologie (qui est approchée par le décile de dépense totale du patient), on constate toutefois une forte dispersion des dépenses au sein de chaque décile avec une médiane très inférieure à la moyenne, indiquant la présence de dépenses de transport élevées même pour des degrés de sévérité faible de la maladie Figure 142). La dépense de transport ne semble ainsi pas toujours en lien direct avec la sévérité de la pathologie dans le cas du diabète, des maladies psychiatriques, de l'insuffisance cardiaque et de la maladie coronaire.

242 Ces analyses sont réalisées pour l'ensemble des patients avec cette pathologie même s'ils ont d'autres pathologies qui ont également une dépense de transport.

Figure 142 : Montants moyens et médianes de transport par décile de dépenses totales par pathologie, en euros, en 2021




Note de lecture : patients avec cette pathologie même s'ils ont d'autres pathologies et qui ont également une dépense de transport.

*Source : Cnam (SNDS)*

### 9.3.3. Un secteur économique caractérisé par des niveaux de rentabilité différenciés selon les acteurs

Les entreprises de transport de patients (ambulance, VSL et taxi conventionné) urgent et non urgent ont fait l'objet de plusieurs rapports et études de marché récents décrivant un secteur en croissance continue depuis plusieurs années (voir *supra* la section 9.3.2. « Évolution dynamique des dépenses ») directement liée à une demande croissante et à la prise en charge élevée de ces dépenses par l'Assurance Maladie.

Malgré une activité dynamique, ce secteur est décrit comme fragile, en mutation et même inégalitaire pour certains transporteurs. Ainsi, les analyses sectorielles des cabinets Xerfi[243] et KPMG[244], qui se focalisent principalement sur le transport sanitaire (ambulance et VSL), présentent un secteur qui commence à se regrouper, contraint par quelques grands groupes qui stimulent la concurrence, alertent sur la réduction constante des marges et sur les difficultés financières de certaines entreprises malgré des revalorisations tarifaires en 2021 et 2023. Leurs prévisions de croissance sont relativement modestes, notamment en raison de la conjoncture (inflation, augmentation du Smic, difficultés de recrutement).

Dans ce contexte qui peut paraître paradoxal, une croissance continue des dépenses et un secteur décrit comme instable, l'Assurance Maladie propose ici une analyse synthétique du secteur du transport urgent et non urgent de patients réalisée à partir des données du système national des données de santé (SNDS), incluant les ambulances, les VSL et également les taxis conventionnés, et des données comptables provenant des greffes des tribunaux de commerce.

243 *Les services d'ambulance*, 2023-2024. Xerfi (Étude financière du secteur sanitaire sur un panel de 189 entreprises).

244 Observatoire du transport sanitaire, 2023. KPMG (Étude financière du secteur sanitaire sur un panel de 100 entreprises).

Encadré 25 : Sélection des entreprises étudiées - Définitions et méthodes

Les données provenant du système national des données de santé (SNDS), concernant le transport urgent et non urgent de patients en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) et taxi conventionné, contiennent les montants remboursables attribués à des professionnels identifiés par leur numéro d'Assurance Maladie. Un professionnel peut disposer de plusieurs véhicules et plusieurs professionnels peuvent appartenir à une même entreprise, identifiée de façon unique par son numéro Siren (système d'identification du répertoire des entreprises). Ce numéro est parfois absent des données : sur plus de 33 000 professionnels en 2021, 91 % d'entre eux représentant 95 % du montant remboursable total possèdent ce numéro. Les professionnels restants ne sont pas étudiés ici.

L'entreprise constitue l'élément unitaire de l'analyse sectorielle à laquelle sont rattachées les données SNDS et celles des greffes des tribunaux de commerce, en l'occurrence les comptes de résultat de plusieurs types d'entreprises : principalement les sociétés à responsabilité limitée collective ou unipersonnelle (société à responsabilité limitée – SARL – ou société à responsabilité limitée unipersonnelle – SARLU –/entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée – EURL), et les sociétés par actions simplifiées collectives ou unipersonnelles (SAS ou SASU). Les comptes de résultat des entreprises individuelles (EI) n'y sont pas disponibles (la loi ne les oblige pas à renseigner ces comptes). Sur environ 26 000 entreprises dont le Siren est disponible dans le SNDS en 2021, environ 5 000 réalisent du transport sanitaire (ambulance et VSL, avec ou sans taxis), les 21 000 autres étant des entreprises de taxis uniquement. La moitié de ces entreprises sont des EI, en très grande majorité des taxis.

Les comptes de résultat consistent en de nombreux indicateurs financiers permettant de juger de la santé économique d'une entreprise, y figurent notamment : le résultat net[245] et l'excédent brut d'exploitation (EBE)[246] permettant de mesurer la rentabilité, les charges de personnel, les achats et les charges d'exploitation (dont le carburant), et le chiffre d'affaires dont les montants remboursables payés par l'Assurance Maladie en sont pour partie constitutifs. Bien que le dépôt des comptes de résultat soit obligatoire, seule une proportion relative est régulièrement actualisée : en l'occurrence, environ 13 % des comptes de résultat des entreprises incluses dans l'analyse sont renseignés pour l'année 2021.

L'analyse sectorielle se concentre sur les entreprises dont les informations sont disponibles à la fois dans le SNDS et celles des greffes des tribunaux de commerce. Une sélection est ensuite faite sur ces entreprises : d'une part, leur montant remboursable associé à leur activité de transport urgent et non urgent en ambulance, VSL ou taxi conventionné doit constituer au moins 70 % de leur chiffre d'affaires[247], ceci afin de ne pas considérer les entreprises ayant d'autres activités et dont la santé financière peut fluctuer différemment selon les branches d'activité et, d'autre part, le montant du chiffre d'affaires doit être au minimum de 20 000 euros sur une année donnée.

Trois années de données sont analysées. D'abord, la dernière année où un nombre suffisant d'entreprises avaient leur compte de résultat renseigné, en l'occurrence l'année 2021, ceci afin d'avoir une vision à date de la santé financière des entreprises du secteur. Ensuite, l'analyse des années 2019 (pré-Covid) et 2017 donne une vision évolutive.

Une première étude exploratoire a permis de dégager deux axes principaux segmentant l'analyse en « 3 x 3 » sous-groupes d'entreprises, selon :

- la flotte de véhicules :
    - I) ambulances/VSL et taxis conventionnés,
    - II) ambulances/VSL sans taxis conventionnés,
    - III) taxis conventionnés uniquement ;
- le chiffre d'affaires par flotte de véhicules, par décile :
    - a) supérieur au 9e décile, dénommées « Grandes » entreprises,
    - b) du 4e au 9e décile, « Moyennes » entreprises,
    - c) inférieur au 4e décile, « Petites » entreprises.

Au final, ce sont 1 299 entreprises en 2021, 1 571 en 2019 et 2 019 en 2017 dont les données étaient disponibles et qui ont été sélectionnées pour l'analyse.

245 Indicateur mesurant la richesse créée au cours d'une période en prenant en compte toutes les activités de l'entreprise. Il résulte de la différence entre les bénéfices et les pertes.

246 Indicateur financier représentant « l'argent disponible » tiré de l'exploitation d'une entreprise, avant de prendre en compte les impacts de son mode de financement. Il est calculé comme suit : EBE = Chiffre d'affaires – Achats consommés – Consommation en provenance de tiers + Subventions d'exploitation – Charges de personnel – Impôts et taxes.

247 Plusieurs taux de chiffres d'affaires minimaux ont été testés, 80 % et 90 % notamment. Les résultats financiers restant équivalents, le taux de 70 % a été choisi pour conserver un plus grand nombre d'entreprises.

Tableau 49 : Nombre d'entreprises incluses dans l'analyse, selon leur flotte de véhicules et leur chiffre d'affaires

| | | Ambulances, VSL et Taxis conventionnés | | | | Ambulances et VSL | | | | Taxis conventionnés | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Toutes | Grandes | Moyennes | Petites | Toutes | Grandes | Moyennes | Petites | Toutes | Grandes | Moyennes | Petites |
| **2021** | **Nombre d'entreprises** | 297 | 59 | 177 | 61 | 321 | 59 | 168 | 94 | 681 | 55 | 358 | 268 |
| | *par rapport au SNDS** | *16%* | *31%* | *19%* | *8%* | *12%* | *23%* | *13%* | *9%* | *10%* | *8%* | *10%* | *10%* |
| **2019** | **Nombre d'entreprises** | 377 | 62 | 216 | 99 | 459 | 80 | 226 | 153 | 735 | 64 | 399 | 272 |
| | *par rapport au SNDS** | *18%* | *30%* | *21%* | *12%* | *18%* | *31%* | *17%* | *15%* | *13%* | *11%* | *14%* | *12%* |
| **2017** | **Nombre d'entreprises** | 503 | 81 | 302 | 120 | 726 | 109 | 371 | 246 | 790 | 93 | 460 | 237 |
| | *par rapport au SNDS** | *24%* | *38%* | *28%* | *14%* | *28%* | *42%* | *29%* | *24%* | *18%* | *21%* | *20%* | *13%* |

** Note : Parmi les entreprises au CA > 20k€, et les SARL et SAS, soit environ 11 000 entreprises sur 26 000. Le différentiel correspond essentiellement aux artisans.*
*Champ : Entreprises de transport de patients ayant leur compte de résultat renseigné en 2017, 2019, 2021.*
*Sources : Cnam (SNDS), Greffes des tribunaux de commerce*

## Les acteurs du secteur en 2021

Du point de vue de l'Assurance Maladie, les entreprises participant au transport urgent et non urgent de patients peuvent être caractérisées par leur typologie de véhicule. D'une part, les ambulances répondent à de nombreuses exigences en termes de formation du personnel, de matériels à disposition, d'obligation de disponibilité pour celles participant au service de garde[248] et prennent en charge des patients nécessitant une assistance soutenue, et les VSL qui permettent le transport de patients assis présentant des difficultés à se déplacer seul. D'autre part, les taxis conventionnés soutiennent l'activité des VSL et prennent des parts de marché de plus en plus conséquentes[249].

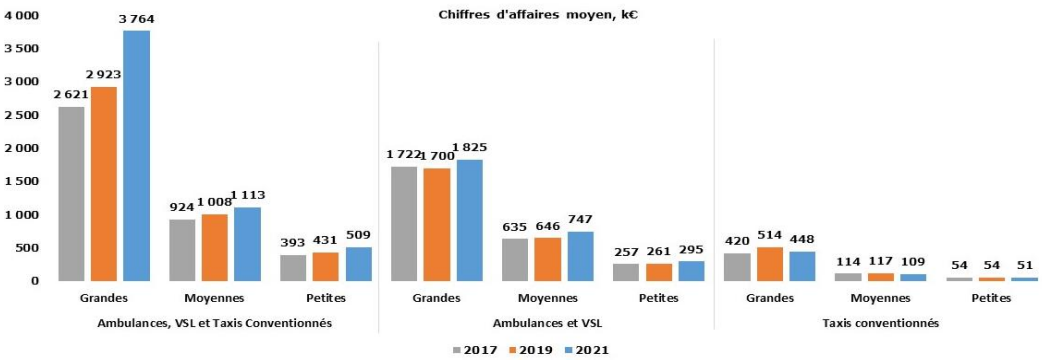
D'un point de vue économique, les entreprises du secteur se distinguent par leur volume d'activité et leur chiffre d'affaires, résultant de masse salariale et de nombre de véhicules très variables – un seul taxi pour de nombreuses microentreprises et jusqu'à plusieurs dizaines d'ambulances et VSL pour les plus grandes entreprises du secteur –, et qui se traduisent par des logiques de gestion et des résultats financiers tout à fait différents. C'est selon cette classification économique[250] que l'analyse sectorielle a été réalisée.

En 2021, les « Grandes » entreprises ayant dans leur flotte à la fois des ambulances, des VSL et des taxis conventionnés disposent en moyenne de près de 40 véhicules et de près de 100 salariés pour un chiffre d'affaires moyen de plus de 3,5 millions d'euros.

Les autres entreprises disposant d'ambulances et de VSL, avec ou sans taxis, sont de taille variable, allant de 2-3 véhicules et 4-5 salariés pour les plus modestes d'entre elles à près de 15 véhicules et 20 à 30 salariés pour les plus importantes, pour un chiffre d'affaires moyen oscillant entre 300 000 euros à plus de 1,5 million d'euros.

Quant aux entreprises disposant uniquement de taxis conventionnés, leur volume d'activité est sans commune mesure : la majorité n'a qu'un seul taxi, 1 voire 2 salariés, pour un chiffre d'affaires moyen d'à peine plus de 100 000 euros. Seul un petit nombre d'entreprises disposent de 3 taxis ou plus.

Figure 143 : Évolution du chiffre d'affaires moyen des entreprises de transport urgent et non urgent de patients, selon leur flotte de véhicules et leur taille, en 2017, 2019 et 2021, en milliers d'euros




*Champ : entreprises de transport de patients ayant leur compte de résultat renseigné en 2017, 2019, 2021, parmi les sociétés à responsabilité limitée (SARL) et sociétés par actions simplifiées collectives ou unipersonnelles (SAS) ayant un chiffre d'affaires supérieur à 20 000 euros*
*Sources : Cnam (SNDS), greffes des tribunaux de commerce.*

248 Décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 portant réforme des transports sanitaires urgents et de leur participation à la garde.

249 Voir *supra* « Un poste de dépenses très dynamique ».

250 Voir l'Encadré 20 « Sélection des entreprises étudiées - Définitions et Méthodes ».

## Une croissance soutenue pour un secteur en évolution

Le chiffre d'affaires a augmenté fortement sur la période étudiée (+ 11 % entre 2017 et 2021), en lien avec la forte croissance des dépenses d'assurance maladie (+ 12,2 % sur la période). Les études sectorielles disponibles montrent qu'en 2022, la dépense d'assurance maladie et le chiffre d'affaires du secteur continuent de croître (respectivement + 7,9 % et + 9,7 %[251]).

Néanmoins, ces chiffres recouvrent une situation très différenciée selon les types d'entreprises (Figure 143). Entre 2017 et 2021, le chiffre d'affaires moyen des entreprises a très fortement augmenté pour celles disposant à la fois d'ambulances, de VSL et de taxis conventionnés (+ 41 %), a fortement augmenté pour celles disposant uniquement d'ambulances et de taxis conventionnés (+ 21 %) et a baissé pour les entreprises de taxis conventionnés (- 15 %). La hausse de l'activité pour les entreprises disposant d'ambulances et de VSL s'inscrit notamment dans un contexte de concentration très progressive du secteur pour ces acteurs (5 320 à 5 163 entreprises entre 2011 et 2021 pour 52 095 à 64 101 salariés[252]). Les « Grandes » entreprises disposant d'ambulances, VSL et taxis absorbent en effet de plus petites entreprises du secteur – par ailleurs fragilisées durant la crise du Covid-19 en 2020 – dans une logique concurrentielle et de mutualisation des coûts.

## Une productivité inégale

La productivité par véhicule[253], qui se définit comme le chiffre d'affaires par véhicule de la flotte, augmente avec le chiffre d'affaires de l'entreprise, et donc sa taille, et ce, quelle que soit la typologie de la flotte de véhicules (Figure 144). On peut concevoir que plus une entreprise dispose de salariés conducteurs, plus les véhicules sont utilisés, possiblement en continu. Il est à noter que parmi les « Grandes » entreprises, ce sont celles disposant uniquement de taxis conventionnés qui ont la productivité par salarié la plus élevée (97 000 euros par salarié pour les grandes entreprises de taxis conventionnés contre 59 000 pour les grandes entreprises d'ambulances/VSL en 2021).

L'évolution de cette productivité sur plusieurs années varie différemment selon les typologies de véhicules et les tailles d'entreprises. En dégager une tendance et une explication concrète est complexe : l'évolution du nombre de véhicules est importante pour certaines « Grandes » entreprises, des évolutions tarifaires ont eu lieu en 2021, certaines petites entreprises ont pu se séparer d'une partie de leur flotte, tous ces éléments participent à cette fluctuation de productivité.

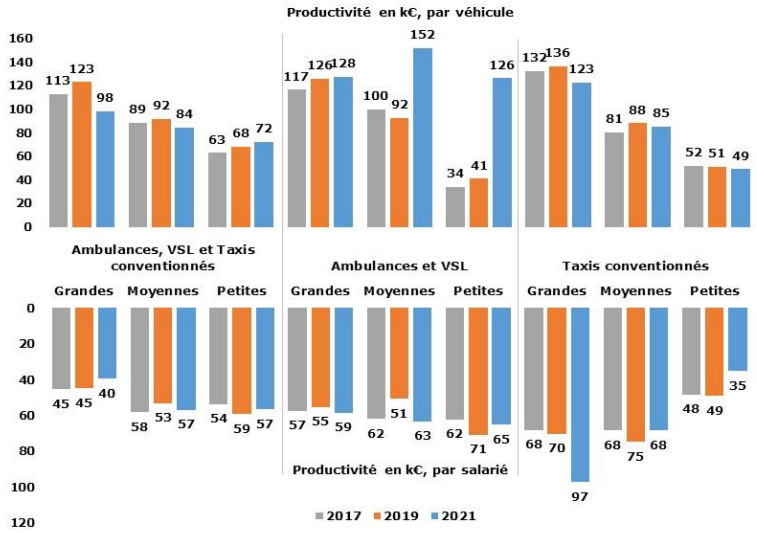
La productivité par salarié est relativement homogène. La plupart des différentes catégories d'entreprises présentent une productivité comprise entre 50 000 et 70 000 euros, et ce quelles que soient les années. Seules les « Grandes » entreprises qui disposent d'ambulances, VSL et taxis conventionnés et qui incorporent du personnel administratif, et les « Petites » entreprises de taxis conventionnés qui disposent d'un unique salarié et dont on ne peut exclure un temps d'activité restreint, présentent une productivité moindre que les autres.

251 Déclarations de résultat au titre des exercices clos en 2022 des entreprises BIC et IS – code NAF 8690A, ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique – DGFiP.

252 Données Acoss (Agence centrale des organismes de sécurité sociale), entreprises ambulances/VSL, hors taxis.

253 La productivité est le rapport entre la production (le transport d'un patient) et les facteurs de production (les salariés ou les véhicules).

Figure 144 : Évolution de la productivité des entreprises de transport urgent et non urgent de patients, selon leur flotte de véhicules et leur taille, en 2017, 2019 et 2021, en milliers d'euros




*Champ : entreprises de transport de patients ayant leur compte de résultat renseigné en 2017, 2019, 2021, parmi les sociétés à responsabilité limitée (SARL) et sociétés par actions simplifiées collectives ou unipersonnelles (SAS) ayant un chiffre d'affaires supérieur à 20 000 euros*
*Sources : Cnam (SNDS), greffes des tribunaux de commerce*

## Une rentabilité très hétérogène selon les acteurs

Le résultat net et l'excédent brut d'exploitation (EBE) en part de chiffre d'affaires permettent d'apprécier la rentabilité d'une entreprise. L'évolution pluriannuelle de ces deux indicateurs est relativement similaire considérant les différentes flottes de véhicules et la taille des entreprises : en l'occurrence, une baisse entre 2017 et 2019, puis une augmentation en 2021.

Mais si l'évolution pluriannuelle est relativement similaire selon les différentes catégories d'entreprises, les ordres de grandeur varient significativement d'une catégorie à l'autre (Figure 145). Ainsi, en 2021 :

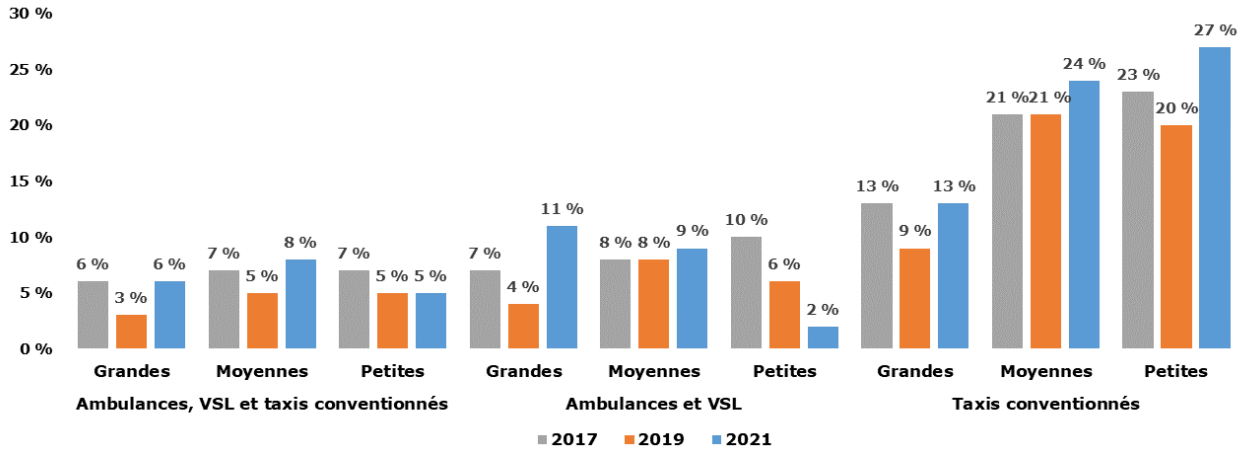
- la rentabilité (EBE) des entreprises disposant d'ambulances, de VSL et de taxis conventionnés oscille entre 5 % et 8 % selon leur taille ;
- la rentabilité des entreprises disposant uniquement d'ambulances et de VSL va de 2 % pour les « Petites » entreprises à environ 10 % pour les « Moyennes » et « Grandes » entreprises ;
- la rentabilité des entreprises disposant de taxis conventionnés uniquement va de 13 % pour les « Grandes » entreprises (3 taxis en moyenne) à 27 % pour les « Petites » entreprises (un seul taxi).

Ainsi, en moyenne, les entreprises disposant d'un unique taxi conventionné sont 4,5 fois plus rentables que les « Grandes » entreprises disposant d'ambulances, de VSL et de taxis conventionnés.

Ces tendances sont observées pour le secteur sanitaire (ambulances et VSL, hors taxis) par d'autres sources de données analysées dans le cadre de cette étude. Dans le rapport Xerfi[254], l'évolution de ces indicateurs de rentabilité suit les mêmes tendances puis est prévue en baisse en 2022 et 2023.

[254] Les services d'ambulance, 2023-2024. Xerfi (Étude financière du secteur sanitaire sur un panel de 189 entreprises).

Figure 145 : Excédent brut d'exploitation en part de chiffre d'affaires des entreprises de transport urgent et non urgent de patients, selon leur flotte de véhicules et leur taille, en 2017, 2019 et 2021




VSL : véhicule sanitaire léger

*Champ : entreprises de transport de patients ayant leur compte de résultat renseigné en 2017, 2019, 2021, parmi les sociétés à responsabilité limitée (SARL) et sociétés par actions simplifiées collectives ou unipersonnelles (SAS) ayant un chiffre d'affaires supérieur à 20 000 euros*
*Sources : Cnam (SNDS), greffes des tribunaux de commerce*

Dans un secteur concurrentiel, les acteurs peuvent avoir tendance à se regrouper, à mutualiser leur outil de production, et ainsi réaliser, en principe, des économies d'échelle et améliorer leur rentabilité. Cette tendance existe bel et bien dans le transport de patients où quelques très grandes entreprises en absorbent de plus petites et où des regroupements s'opèrent. Néanmoins, ce sont les entreprises de taxis conventionnés ne disposant que d'un seul taxi qui semblent les plus rentables, au regard des données analysées dans cette étude.

### Impact des charges sur le niveau de rentabilité

L'analyse des principaux postes de charges du secteur montre que les entreprises disposant d'ambulances et de VSL ont des charges de personnel en part de leur chiffre d'affaires de près de 60 %, quand celles des entreprises disposant uniquement de taxis sont moindres, oscillant entre 30 % et près de 50 % selon leur taille. À l'inverse, les autres achats et charges externes (dont fait partie le carburant) en part du chiffre d'affaires sont plus élevés pour les entreprises disposant uniquement de taxis conventionnés.

Ces deux types d'entreprises, disposant d'ambulances et de VSL (avec ou sans taxis) d'une part, et uniquement de taxis d'autre part, ont donc vraisemblablement des fonctionnements et des organisations différentes. En rendant équivalent leur taux de charge de ces deux postes par le calcul (en considérant un taux de charge cumulé de ces deux postes de 30 %, 50 % et 70 %), les entreprises disposant uniquement de taxis demeurent plus rentables.

Expliquer cette différence de rentabilité pourrait passer par une meilleure compréhension des revenus de ces entreprises.

Dans un contexte économique instable (inflation, difficulté à recruter des conducteurs, concurrence des grands groupes, etc.), où les dépenses de transport de patients continuent de croître et où un début de regroupement d'acteurs semble s'opérer, on observe une croissance de l'activité pour les différents modes de transport du secteur, avec une rentabilité plus élevée des entreprises à la flotte exclusive de taxis conventionnés en comparaison aux entreprises disposant d'ambulances et de VSL.

## 9.3.4. Régulation du transport de patients : éléments de comparaison internationale

Le constat de dépenses très dynamiques depuis plusieurs années est partagé par certains pays pourtant caractérisés par des modes d'organisation très différents mais où le transport constitue, comme en France, un pilier de l'accès aux soins. Ces expériences, dans leur grande diversité, peuvent offrir des pistes de réflexion.

### Une offre centrale pour l'accès aux soins dans tous les pays mais des périmètres de prise en charge plus restreints à l'étranger

En France, le transport sanitaire constitue un droit central pour les patients, car il leur rend concrètement accessibles les soins, quels que soient leur condition sociale, leur lieu d'habitation et leur pathologie. La prise en charge totale ou partielle des frais afférents aux transports est prévue par plusieurs textes. C'est également le cas en Allemagne et en Espagne : néanmoins, l'organisation du transport non urgent y est déterminée au niveau local, ce qui peut induire des variations du panier de soins. En Angleterre, si la prise en charge des transports non urgents de patients est en théorie universelle, les critères d'éligibilité sont restreints. Seules les personnes n'ayant pas accès à l'aide de leur entourage ou avec une mobilité sévèrement restreinte pour des raisons médicales peuvent en bénéficier[255]. Seuls les patients en dialyse bénéficient systématiquement d'une offre de transport vers et au retour des centres d'hémodialyse[256].

Dans d'autres pays, l'offre s'est développée avec le constat du rôle favorable des transports dans l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables[257]. Les transports de patients non urgents ne sont alors remboursés que pour certaines catégories de la population dans une logique d'assistance aux plus précaires. Au Québec, seules les personnes âgées de plus de 65 ans bénéficient d'une couverture intégrale de leur transport[258]. Dans l'État de Victoria en Australie, c'est la détention d'une *concession card* qui garantit la prise en charge des transports sanitaires non urgents (retraités, seuils de revenus, etc.)[259].

Les critères cliniques de prise en charge sont dans l'ensemble convergents d'un pays à l'autre et reposent sur le principe de besoin du patient : l'incapacité de marcher, les difficultés cognitives, l'oxygénothérapie, les traitements palliatifs ainsi que les traitements qui affectent la qualité de vie sont des critères généraux repris dans tous les pays étudiés (Allemagne, Angleterre, Australie, Espagne, Québec). La prise en charge des transports pour les personnes atteintes de pathologies chroniques ne semble pas systématique et dépend de l'état de santé du patient[260].

Les motifs de transport pris en charge à l'étranger sont globalement plus restreints qu'en France (Tableau 50). Seuls les transports d'urgence et interétablissements sont pris en charge sans restriction par les établissements dans la plupart des pays étudiés y compris ceux où la prise en charge est limitée à certaines populations. Le remboursement des transports non urgents porte principalement sur les hospitalisations, même si aucune des indications n'est systématiquement prise en charge. Le remboursement des trajets, pour les soins ambulatoires notamment, fait l'objet de restrictions dans tous les pays.

Chaque trajet doit faire l'objet d'une prescription par un professionnel de santé. Pour les situations nécessitant un recours récurrent aux transports sanitaires, des dispositifs d'encadrement des prescriptions sont parfois mis en place. En Allemagne, la prise en charge de transports en série pour des traitements en ambulatoire (radiothérapie, chimiothérapie, dialyse), y compris en lien avec une affection chronique, nécessite une demande d'accord préalable à la caisse d'assurance maladie[261]. Les prescriptions sont également encadrées *a posteriori*. En Espagne, le médecin doit évaluer périodiquement la nécessité d'un transport médical pour les traitements de longue durée[262]. En Belgique, pour les indications prises en charge par l'assurance maladie fédérale (INAMI – Institut national d'assurance maladie-invalidité), une demande du patient (ou de l'établissement pour le transport partagé) doit être adressée à la caisse locale d'assurance maladie[263]. En Angleterre, les patients doivent remplir auprès du transporteur un formulaire de diagnostic[264] à chaque trajet effectué afin de vérifier que leur état de santé justifie toujours cette prise en charge. Seuls les patients soignés pour un cancer ou une dialyse en sont dispensés.

255 https://www.england.nhs.uk/long-read/non-emergency-patient-transport-mobility-categories-guidance/

256 https://www.nhs.uk/nhs-services/help-with-health-costs/healthcare-travel-costs-scheme-htcs/

257 Syed ST, Gerber BS, Sharp L K. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *J Community Health*. 2013;38(5):976-993. doi:10.1007/s10900-013-9681-1

258 Circulaire du 29 novembre 2023 « Politique de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux ».

259 https://www.health.vic.gov.au/patient-care/ambulance-payment-responsibilities-authorisations-and-concessions

260 Exception du cas des dialyses qui ouvre une prise en charge systématique en Angleterre, en Belgique, au Québec.

261 Seules les prescriptions destinées aux personnes ayant le statut de personne handicapée ou présentant un niveau élevé d'invalidité ne sont pas soumises à un accord préalable.

262 Source : Direction des affaires européennes et internationales (DAEI) 2024.

263 Arrêté ministériel fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés ; A.R. du 03.06.2007 ; A.R. du 28.04.2011

264 Ce procédé peut varier localement : courte interview téléphonique, formulaire écrit… Source : DAEI 2019.

Tableau 50 : Prise en charge sur financement public national selon le motif de transport médicalement requis

| Motif de transport | Couverture universelle | | | Couverture restreinte à certaines populations | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | France | Allemagne | Espagne | Angleterre | Australie | Québec | Belgique |
| Urgence | | | | | | (5) | |
| Hospitalisation | | | | (3) | (4) | (5) | |
| Sortie d'hôpital | | (0) | | (3) | (4) | (5) | |
| Soins ambulatoires, dont traitements oncologiques et dialyses | | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) ; (6) | (7) |
| Interhospitalier | | | | | | | |

Oui
Restreinte
Non

Note de lecture :

(0) Prise en charge si elle permet de réduire la durée du séjour à l'hôpital voire de l'éviter ; même règle pour le trajet vers une hospitalisation programmée.

(1) Sur exception après accord préalable de la caisse d'assurance maladie – pas d'accord préalable requis pour les personnes ayant le statut handicapé ou présentant un niveau d'invalidité important ; seul le trajet le plus court est pris en charge avec le type de véhicule le moins cher.

(2) Service délégué aux associations (financements régionaux).

(3) Prise en charge du transport en dernier recours (critères médicaux remplis et absence d'aidant pouvant assurer une aide au trajet) sauf pour les patients en dialyse où la prise en charge du transport est désormais systématique depuis 2021.

(4) Patient détenteur d'une *concession card* et cas particuliers.

(5) Si plus de 65 ans et cas particuliers.

(6) Prise en charge à 100 % des patients suivant une dialyse ; prise en charge d'une partie du trajet pour la chimiothérapie et la radiothérapie pour des distances supérieures à 200 km.

(7) Prise en charge à 100 % des patients suivant une dialyse ou un traitement oncologique ; la prise en charge du transport vers et au retour d'une séance de rééducation est limitée aux enfants et aux personnes en fauteuil roulant dans l'incapacité de quitter le fauteuil même temporairement et nécessitant l'usage d'un véhicule adapté.

À noter : En Allemagne, le ticket modérateur s'élève à 10 % du montant, avec un minimum de 5 euros et un maximum de 10 euros par trajet[265].

*Source : Cnam*

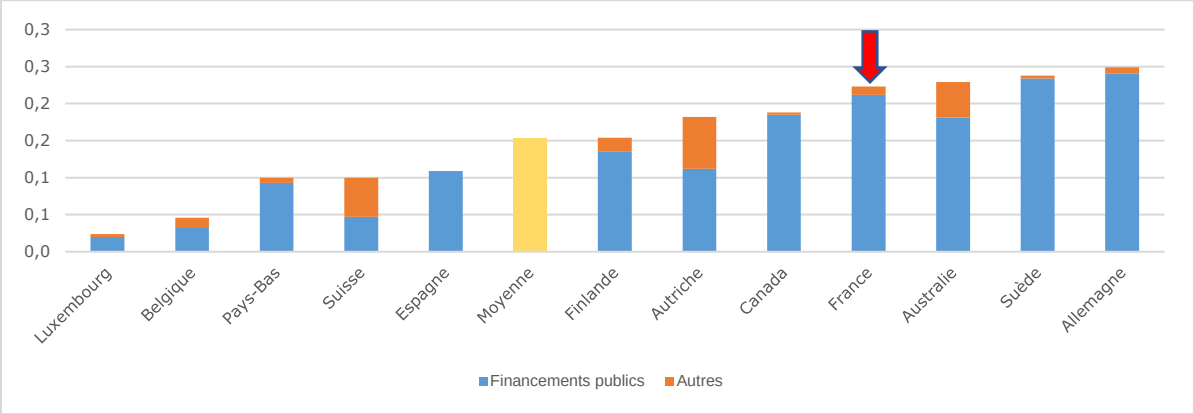
Le choix du mode de transport n'est pas systématiquement à la main du prescripteur. En Allemagne, le choix du type de véhicule est effectué par le prescripteur excepté pour les transports partagés, qui sont attribués par les caisses d'assurance maladie. En Angleterre, la demande du patient est encadrée par un référentiel listant les critères cliniques d'éligibilité par type de véhicule pour guider les transporteurs dans l'attribution du véhicule. Dans la région d'Aragon (Espagne), les prescriptions de transport sont centralisées informatiquement par un logiciel. À partir des informations transmises par l'ordonnance électronique (type de véhicule, heure et lieu de prise en charge, destination), les entreprises contactent le patient afin d'organiser le transport.

## Des dépenses élevées en France, largement financées par la solidarité nationale

La France fait partie des pays où les dépenses totales de transport sanitaire et secours d'urgence sont parmi les plus élevées, avec l'Allemagne. Exprimée en part du produit intérieur brut (PIB), la dépense de transport sanitaire et secours d'urgence observée en France se rapproche des pays où les niveaux de dépenses sont les plus élevés et se situe au-dessus de la moyenne (Figure 146). La part des financements publics y est élevée.

265 Les trajets aller et retour sont considérés comme des trajets distincts, le patient doit donc prendre en charge le ticket modérateur à chaque fois. En cas de trajets récurrents pour la dialyse, la radiothérapie ou la chimiothérapie pour le cancer, certains assureurs santé ne demandent une contribution que pour le premier et le dernier trajet.

Figure 146 : Dépenses de transport sanitaire et secours d'urgence par pays en part du produit intérieur brut (PIB), en 2021



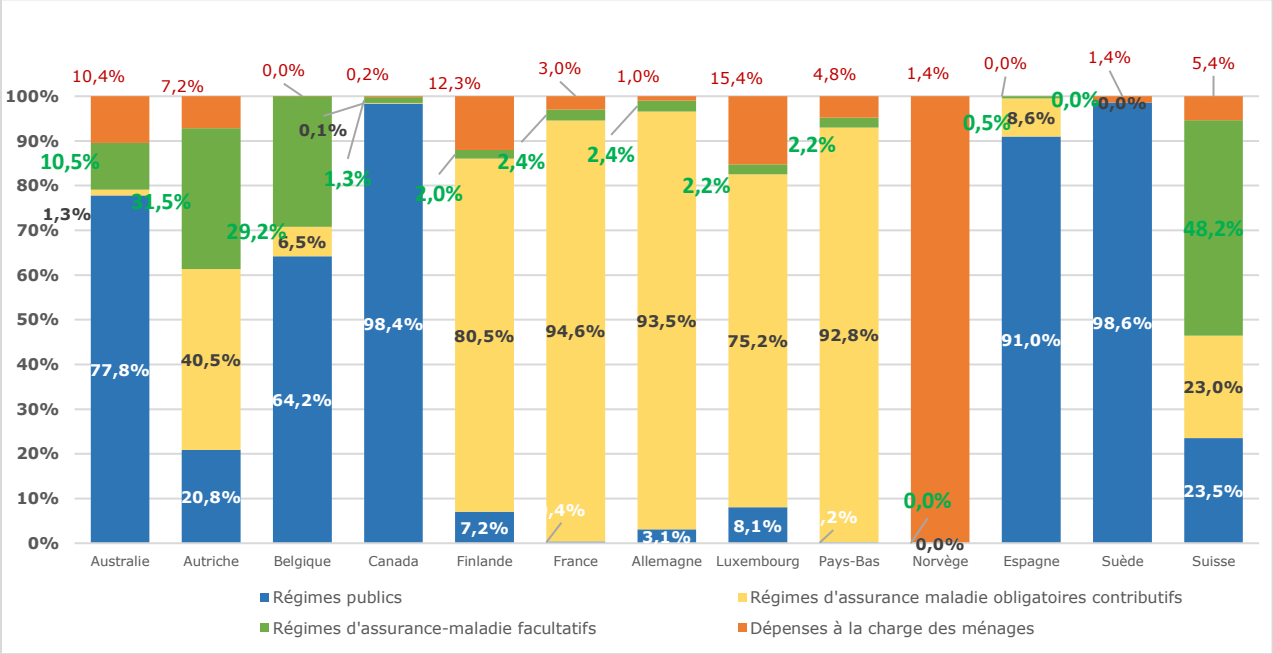

Note : Données 2020 pour l'Australie ; les autres financements correspondent à la part des régimes complémentaires ainsi qu'aux dépenses à charge des ménages.

*Champ : la catégorie « Transports sanitaires et secours d'urgence » (HC.4.3) de la classification internationale des comptes de la santé couvre le transport aller et retour, dans un véhicule de transport terrestre spécialement équipé ou dans une ambulance aérienne réservée à cet effet, de malades devant être conduits dans des établissements pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux. Elle inclut également le transport en véhicule conventionnel, notamment en taxi, lorsque celui-ci est autorisé et que le prix de la course est remboursé au patient (par exemple, patients sous dialyse rénale ou chimiothérapie).*

*Source : OCDE, 2024*

Les dépenses de transport sanitaire et secours d'urgence sont ainsi principalement prises en charge par la collectivité, soit par l'État soit par des assurances maladie obligatoires (Figure 147). La dépense publique est inférieure ou égale à 70 % dans 3 pays sur 12 : la Belgique (70,7 %), l'Autriche (61,3 %) et la Suisse (46,5 %). Dans ces trois derniers pays, les assurances privées couvrent une part importante des dépenses : 48,2 % en Suisse, 31,5 % en Autriche et 29,2 % en Belgique.

Figure 147 : Part des financements publics et privés dans les dépenses de transport sanitaire et secours d'urgence par pays, en 2021, en dollars PPA[(a)] par personne, sur une base 100




(a) PPA : parité de pouvoir d'achat ; dollars des États-Unis

Note : Les données relatives au Canada sont à interpréter avec précaution, car les dépenses publiques pourraient ne pas refléter le reste à charge réel pour les patients.

*Champ : La catégorie « Transports sanitaires et secours d'urgence » (HC.4.3) de la classification internationale des comptes de la santé couvre le transport aller et retour, dans un véhicule de transport terrestre spécialement équipé ou dans une ambulance aérienne réservée à cet effet, de malades devant être conduits dans des établissements pour y recevoir des soins médicaux ou chirurgicaux. Elle inclut également le transport en véhicule conventionnel, notamment en taxi, lorsque celui-ci est autorisé et que le prix de la course est remboursé au patient (par exemple, patients sous dialyse rénale ou chimiothérapie).*

*Source : OCDE, 2024*

## Modèles de régulation : un souci commun d'optimiser le secteur

Le constat de dépenses très dynamiques depuis plusieurs années est partagé par certains pays où des réformes globales du secteur sont envisagées. Ces réflexions se matérialisent notamment par des rapports visant à optimiser l'organisation du secteur (Angleterre[266] ; Australie, État du Victoria[267]) ou encore par des projets de refonte réglementaire (Québec[268], région de Bruxelles[269]). Les grands enjeux soulevés concernent tous les domaines : performance du secteur, coordination et optimisation des ressources, recours au transport partagé et transition écologique.

- Suivi de la performance du secteur

À l'exception de l'Allemagne et de la Belgique, où l'accès au marché repose principalement sur une procédure d'accréditation, dans les autres pays, l'accès est limité par une contractualisation entre l'autorité compétente et les transporteurs. Lorsque la contractualisation s'effectue par appels d'offres, on remarque dans certains cas une implication du payeur dans l'organisation du service, notamment pour le suivi de l'activité des transporteurs.

Dans la région d'Aragon (Espagne), les véhicules doivent obligatoirement être équipés de systèmes de géolocalisation afin de permettre le contrôle de la bonne mise en pratique des contrats[270].

Au Québec, les transporteurs doivent remettre annuellement des états financiers audités au ministère en charge de la Santé. Par ailleurs, une partie de leur rémunération est assise sur des indicateurs de performance : par exemple, des pénalités financières peuvent être mises en œuvre si des heures de service ne sont pas honorées[271]. Le programme anglais de réforme du transport de patients prévoit quant à lui d'intégrer des indicateurs de performance aux contrats passés avec les entités locales chargées de l'organisation du transport[272].

- Organisation des trajets par le biais de plateformes

Dans certains de ces pays, des plateformes publiques de coordination des trajets permettent de centraliser la commande de transports et d'en coordonner l'organisation.

Au Québec et en Australie (États du Victoria et de la Nouvelle-Galles-du-Sud), la commande du transport est effectuée par le biais de ces plateformes qui permettent de regrouper les demandes sur un même territoire et constituent le seul interlocuteur des transporteurs souhaitant répondre à ces demandes. La centralisation à travers une plateforme permet de prévoir la demande et de minimiser les substitutions causées par une insuffisance éventuelle d'un mode de transport, même si celui-ci est mieux adapté à l'état du patient.

À titre d'exemple, les plateformes régionales utilisées au Québec ont permis d'éviter 34,2 % de transports en ambulance, avec 16,7 % des patients orientés vers un autre mode de transport entre avril et décembre 2023[273]. Au-delà de la centralisation des demandes, certaines plateformes s'appuient également sur des systèmes automatisés de planification et de répartition des trajets (*dispatch*) afin d'optimiser l'allocation des véhicules. Ces systèmes embarquent des GPS et des algorithmes visant à optimiser l'allocation des véhicules. En 2014, l'agglomération de Sydney (Nouvelle-Galles-du-Sud) a ainsi développé un système de planification et de répartition automatisé permettant un suivi en temps réel des services pour les trajets aller et retour[274]. La technologie utilisée s'appuie sur une planification automatique des trajets à partir de la capacité, de la disponibilité et de la localisation des véhicules. Seules les demandes atypiques sont redirigées vers la centrale téléphonique.

266 NHS *Non-Emergency Patient Transport Services* (NEPTS) *Review*, août 2021, https://www.england.nhs.uk/publication/improving-non-emergency-patient-transport-services/

267 *Non-Emergency Patient Transport Review*, https://www.health.vic.gov.au/patient-care/non-emergency-patient-transport-review

268 Entretien avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 20 décembre 2023.

269 Entretien avec Vivalis Bruxelles, 11 janvier 2024.

270 Entretien avec l'Assistance sanitaire de la région d'Aragon, 12 février 2024.

271 Contrat de services ambulanciers conclu entre les centres intégrés de santé et de services sociaux, le ministère de la Santé québécois et les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers, 27 juillet 2023 (document confidentiel).

272 NHS *Non-Emergency Patient Transport Services* (NEPTS) *Review*, août 2021, https://www.england.nhs.uk/publication/improving-non-emergency-patient-transport-services/ ; Exemples d'indicateurs de performance proposés : performance écologique, soutenabilité financière, satisfaction du patient, qualité et ponctualité du transport (p.49).

273 Entretien avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 20 décembre 2023.

274 NSW *Health* (2020). *Patient Transport Service*, https://www.health.nsw.gov.au/pts/Pages/about-pts.aspx ; Logis Solutions (2015). NSW Health Patient Transport Service https://logissolutions.net/case-studies/new-south-wales/

L'outil est intégré aux logiciels utilisés par les établissements pour prescrire et demander un transport. Il permet par ailleurs aux établissements de suivre le statut de la demande en temps réel.

Néanmoins, si ces plateformes permettent d'optimiser les transports utilisés, leurs coûts de fonctionnement ne sont pas négligeables. À titre d'exemple, les coûts de fonctionnement des plateformes locales de commande et de régulation du transport en ambulance (Centres de communication santé) représentent 3,5 % des dépenses de transport sanitaire au Québec[275].

- Recours aux transports partagés

Dans les pays où le recours aux transports partagés est pris en charge par la collectivité[276], il semble surtout utilisé pour les traitements ambulatoires récurrents qui permettent de planifier des trajets en commun avec des patients se rendant aux mêmes traitements les mêmes jours : hémodialyse, radiothérapie, rééducation. Les indications pour le recours au transport partagé ne sont définies précisément qu'en Belgique (dialyse, rééducation fonctionnelle, oncologie). Ailleurs, le cadre du recours au transport partagé est moins défini.

En règle générale, la prise en charge du trajet est conditionnée à l'utilisation d'un transport partagé (Angleterre ; Aragon, Espagne ; Bade-Wurtemberg, Allemagne), sauf en Belgique où il est incité par un mode de remboursement spécifique (

Tableau 51). Un forfait unique est remboursé au patient, quels que soient le mode de transport choisi et son prix. Les restes à charge sont mécaniquement plus importants pour le transport individuel, plus coûteux.

Tableau 51 : Le recours au transport partagé : indications et prise en charge

| | Bade-Wurtemberg (Allemagne) | Angleterre | Belgique | Aragon (Espagne) |
|---|---|---|---|---|
| **Indications** | Si état clinique permet le transport assis<br>Contre-indication si maladie transmissible | Pas de réglementation spécifique | Dialyse<br>Rééducation fonctionnelle<br>Oncologie | Traitements ambulatoires récurrents |
| **Type de véhicule** | Véhicule sanitaire léger<br>Taxi | Taxis<br>Minibus | | Ambulances collectives |
| **Procédure d'attribution du transport partagé** | Évaluation de l'éligibilité et affectation par la caisse d'assurance maladie | Évaluation de l'éligibilité et affectation par la centrale de réservation | Demande conjointe établissement/patients<br>Affectation du transport par la mutualité (caisse d'assurance maladie) | Sur prescription du médecin<br>Allocation d'une ambulance collective par le transporteur en fonction de la disponibilité et de la durée |
| **Nombre de patients par véhicule** | Variable selon les Länder | Pas de maximum | Pas de maximum, tarification différente au-delà de 5 patients | 6 maximum (ambulance collective) |
| **Tarification** | Forfait complet pour une personne, puis quote-part pour chaque patient supplémentaire | Enveloppes budgétaires | Pas de tarification spécifique-forfait kilométrique[(a)] | Enveloppes pluriannuelles |
| **Incitation** | Refus seulement si condition clinique | Si refus pas de prise en charge | Libre choix du patient ;<br>Prise en charge plafonnée avec reste à charge plus important pour les modes de transports individuels | Pas de prise en charge si refus du patient sauf si le prescripteur émet une nouvelle ordonnance en justifiant la nouvelle demande |

(a) Mode de calcul : somme des distances entre les résidences effectives des différents patients + distance entre le centre de dialyse et la résidence effective du patient pris en charge en dernier lieu.

*Source : Cnam*

- Plans de décarbonation du secteur

Enfin, plusieurs plans de décarbonation du transport de patients ont été identifiés à l'étranger, soit au niveau national, soit au niveau des transporteurs. En Angleterre, le service national de santé (NHS, *National Health Service*) a lancé la stratégie de transport « zéro carbone[277] », centrée sur l'électrification de la flotte de véhicules. À l'horizon 2035, l'ensemble des trajets non urgents de patients seront ainsi effectués avec des véhicules électriques. Le NHS estime à 100 millions de livres sterling le coût total de mise en place des équipements électriques contre plus de 59 millions de livres sterling d'économies annuelles sur les coûts d'entretien et de carburant. Au Québec et en Australie, les entreprises publiques chargées de la gestion des transports de patients ont également développé des plans visant à l'électrification de leur flotte de véhicule. Au Québec, le ministère de

275 Entretien avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 20 décembre 2023.

276 Allemagne, Angleterre, Espagne, Québec sauf en Australie où le transport partagé n'est pas dans le périmètre des transports remboursables.

277 NHS, *Net Zero travel and transport strategy*, https://www.england.nhs.uk/long-read/net-zero-travel-and-transport-strategy/

la Santé a annoncé l'acquisition en 2023 de huit ambulances électriques pour la Corporation d'Urgences-santé dans l'optique de réduire de 12 % les émissions de gaz à effet de serre à horizon 2028[278]. En Australie, Ambulance Victoria déploie une stratégie « zéro carbone » à l'image du NHS, avec pour objectif de décarboner intégralement la flotte de véhicules d'ici 2045[279].

Néanmoins, encore peu de mesures concrètes ont été mises en place. Dans les régions de Montréal et de Laval (Québec), des bornes de recharge sont en cours de déploiement dans les établissements de santé. En Angleterre, le déploiement du plan national *Net Zero Travel* est inégal d'une région à une autre. La stratégie du service local de transport de patients du *NHS North West Ambulance Services* (NWAS) semble particulièrement avancée, avec 120 stations de recharge destinées aux véhicules des personnels et visiteurs des établissements de santé ainsi qu'à la flotte des 110 ambulances électriques en cours de constitution. Au-delà de l'électrification du parc de véhicules sanitaires, le NWAS forme le personnel à la conduite écoresponsable[280].

Malgré la diversité des contextes, on observe dans les pays étudiés un effort commun pour maîtriser les dépenses liées au transport de patients, à la fois au niveau de la demande (modulation des indications de prise en charge, encadrement des prescriptions, incitations à utiliser le transport personnel) et au niveau de l'offre (prescription électronique, géolocalisation, recours aux plateformes de coordination des trajets, déploiement de transports partagés).

### 9.3.5. Maîtriser l'évolution des dépenses de transport : mettre en place une feuille de route pluriannuelle en concertation avec les acteurs

Comme évoqué plus haut, les dépenses de transport de patients poursuivent leur évolution avec des taux de progression annuels importants : en 2023, les dépenses de transport remboursées sont en progression de 9,3 % par rapport à 2022 et représentent 6,34 milliards d'euros.

Les différents modes de transport sont concernés avec une tendance qui s'accentue de façon importante pour revenir à des taux de progression largement supérieurs à ceux observés juste avant la période de la crise sanitaire, les dépenses de taxis représentant aujourd'hui le principal poste de remboursement.

Ces constats amènent l'Assurance Maladie à élaborer une feuille de route pluriannuelle de maîtrise des dépenses de transport de patients. Cette feuille de route aura vocation à agir sur les différents acteurs (prescripteurs ville et établissements, effecteurs du transport, patients…) et veillera à activer différents leviers d'actions graduées et ciblées (information, communication, dispositifs conventionnels, législatifs et réglementaires, accompagnement, contrôles…) afin d'infléchir cette dynamique de dépenses tout en maintenant une prise en charge de qualité et un maillage suffisant pour les assurés qui ont besoin d'un transport sanitaire.

#### Faire du transport partagé la pratique de référence

Comme détaillé dans le rapport Charges et produits pour 2024, le déploiement des transports partagés (TP) poursuit un triple objectif : l'amélioration de la réponse aux besoins de transport, la réduction de l'empreinte écologique de ce secteur d'activité qui totalise aujourd'hui 65 millions de trajets par an pour les seuls taxis et véhicules sanitaires légers (VSL), et la maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie – le coût d'un TP est en effet inférieur de 15 à 35 % par trajet, selon le nombre de patients transportés concomitamment.

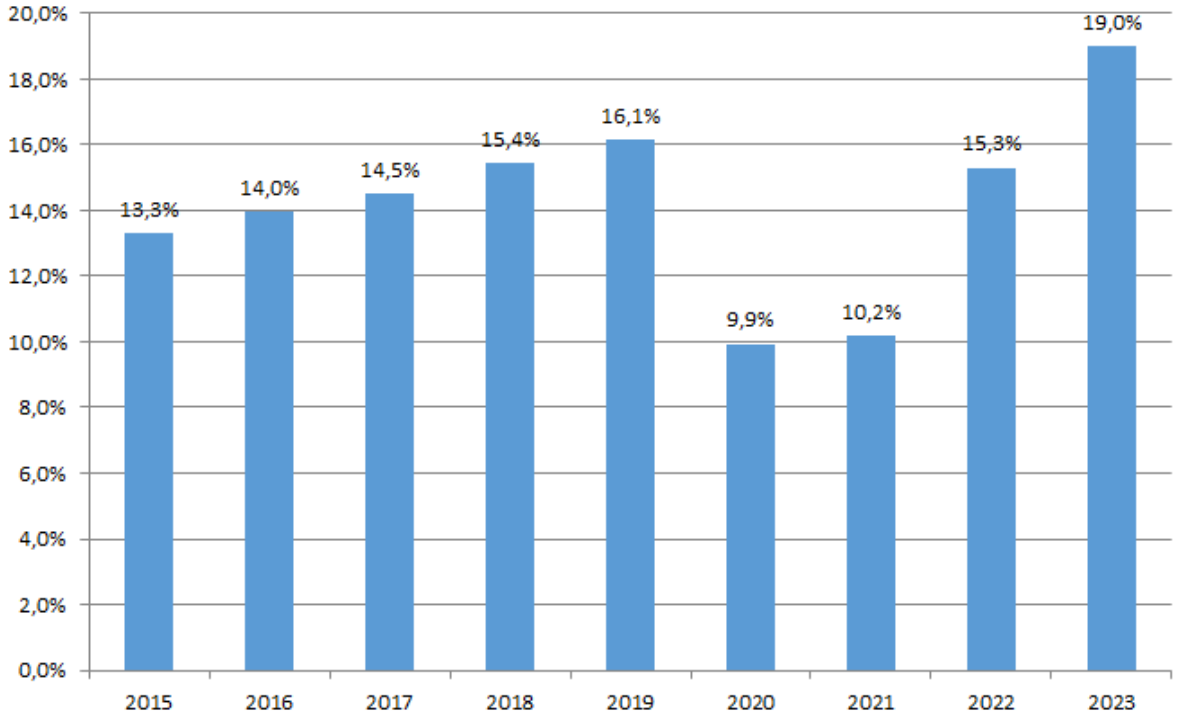
À fin 2023, le taux de transport partagé pour les VSL était de 19 % (Figure 148). L'Assurance Maladie se fixe d'aller plus loin et de parvenir à un taux de TP de 30 % à fin 2024, de 45 % à fin 2025 et de plus de 50 % à fin 2026. Ainsi, une part majoritaire des transports de patients seront des transports partagés à l'instar de certains pays d'Europe.

278 Échange avec Corporation d'Urgences Santé, 5 avril 2024, https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/le-quebec-franchit-un-premier-pas-vers-lelectrification-du-transport-ambulancier-41752

279 https://www.ambulance.vic.gov.au/emissions-reduction-target-announcement/

280 Échange *avec North West Ambulance Service* NHS Trust, 26/04/2024.

Figure 148 : Évolution annuelle du taux de transport partagé en véhicule sanitaire léger (VSL), en nombre de trajets facturés, depuis 2015




*Champ : tous régimes - France entière - code exécutant : 55 (TS) - prestation : véhicule sanitaire léger (VSL) - données en date de liquidation*
*Source : données SNDS*

Pour favoriser le transport partagé, les différents acteurs sont engagés dans cette démarche.

S'agissant des prescripteurs, et dans un premier temps pour le champ libéral, dans le cadre de l'un des programmes d'actions partagés de la convention médicale 2024, les médecins libéraux se sont engagés à encourager le transport partagé (sauf exception liée à l'état de santé du patient) et plus globalement à renforcer la pertinence de la prescription de transports. En parallèle, l'Assurance Maladie soutiendra cet objectif par la mise en place d'outils d'accompagnement de ces prescriptions. Dans le champ hospitalier, l'action d'accompagnement sera renforcée, notamment *via* la mobilisation des directions des établissements autour de la thématique des transports dans le cadre de la visite annuelle des établissements de santé (VAES), nouveau dispositif de contact entre les établissements de santé et l'Assurance Maladie.

En second lieu pour les effecteurs, des dispositions conventionnelles ont été prises avec les transporteurs sanitaires pour les inciter par le biais de dispositifs financiers en flux (bonus-malus sur la part de TP), mais aussi par un intéressement à l'économie puisque la revalorisation prévue par l'avenant 11 applicable au 1er janvier 2025 est conditionnée aux mesures d'efficience des transports en VSL et en ambulance, dont le transport partagé.

Concernant les taxis, les discussions visant à établir une nouvelle convention type pour 2025-2029 sont en cours et l'un des axes majeurs des discussions est le développement du transport partagé.

Enfin, s'agissant des assurés, l'article 69 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 vise à favoriser le développement du recours aux transports partagés en VSL ou taxi conventionné lorsque l'état du patient est jugé compatible avec cette modalité de prise en charge. Dans ce cadre, lorsqu'un patient refuse un TP alors qu'il était jugé compatible avec son état de santé par le prescripteur :

- le bénéfice du tiers payant est suspendu pour le trajet concerné ;
- une minoration du remboursement des frais de transport sera appliquée dans des conditions qui seront précisées par arrêté à la suite de la publication du décret en Conseil d'État qui vient appuyer la mesure 69 (non encore paru à date).

### Renforcer l'efficacité des dispositifs concourant à la bonne adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient, en particulier par le déploiement de plateformes de commande de transports

Une dépense efficiente de transport nécessite la prescription du mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient. En effet, en 2023, un transport en ambulance est plus de 3 fois plus cher qu'un transport en VSL (115 euros contre 35 euros) (Figure 134). Concernant le transport assis, les écarts de coût sont également très importants selon que le patient est transporté en taxi, en VSL ou qu'il utilise son véhicule personnel ou les transports en commun. C'est pourquoi l'Assurance Maladie déploiera plusieurs actions de sensibilisation auprès des différents acteurs.

Au sein des établissements de santé, à l'origine de près des deux tiers des prescriptions de transport, il s'agira notamment de les accompagner au déploiement des plateformes de commande de transports permettant :

1. En amont, le respect de la conformité des prescriptions à l'état de santé du patient et la bonne sollicitation du mode de transport prescrit.

2. En aval, la vérification de la conformité entre le transport prescrit et le transport facturé.

À terme, tous les établissements qui prescrivent un grand nombre de transports, notamment les centres hospitaliers universitaires (CHU), devront mettre en place ce type de plateforme.

Les modalités de mise en œuvre de ces plateformes font l'objet d'échanges avec les différentes parties prenantes et pourront s'appuyer sur les expériences des plateformes déjà déployées sur certains territoires, afin de retenir le ou les modèles organisationnels et les leviers d'accompagnement les plus pertinents.

Dans certains CHU ou CH, il est également envisagé d'expérimenter le recours à des salariés de l'Assurance Maladie, en lien avec les services centralisés de commande de transports, pour rappeler la réglementation et contribuer à la fluidification de la fonction transport. Cette action est à mettre en parallèle avec le déploiement des coordonnateurs TUPH (transports urgents préhospitaliers) par les agences régionales de santé (ARS) dans certaines régions au sein des Centres 15.

Enfin, l'Assurance Maladie envisage de généraliser le dispositif TSAM pour « Trajet santé de l'Assurance Maladie », qui consiste à confier à une agence de voyages la gestion de l'achat et de la délivrance des billets de train, avion ou bateau au coût le moins élevé pour l'Assurance Maladie, avec dispense d'avance de frais pour l'assuré.

L'expérimentation menée sur le sujet depuis 2020 a permis de confirmer une amélioration de la qualité de service apportée au patient, de vérifier la possible intégration du dispositif dans les processus de travail et les outils des caisses et de maîtriser l'évolution des dépenses sur ce type de transport.

### Inciter à l'utilisation des moyens de transport les moins onéreux tels que le véhicule personnel et les transports collectifs

Dès lors que l'état de santé du patient le permet, l'utilisation du véhicule personnel et/ou des transports en commun doit être encouragée. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'outil MRS (Mes remboursements simplifiés), plateforme de service numérique permettant aux assurés de déclarer en ligne leur demande de remboursement liée à une prescription médicale de transport. Ce dispositif déployé au niveau national (plus de 2 millions de demandes de remboursement traitées pour près de 400 000 utilisateurs) permet de lever certains freins pour le patient (déclaration facilitée en ligne avec transmission des différentes pièces justificatives, amélioration du délai de remboursement…), tout en sécurisant le circuit de remboursement.

### Améliorer la qualité de la facturation et renforcer la lutte contre les abus et les fraudes

Historiquement, la thématique des transports a souvent fait l'objet de multiples actions de contrôle dont certaines aboutissent à des actions coercitives rentrant dans le cadre des abus, fautes et fraudes, tant en France que dans d'autres pays européens.

Il est envisagé l'exploitation des outils existants permettant de s'assurer du respect des règles de facturation, que l'Assurance Maladie a initié et qu'elle souhaite accélérer et généraliser :

- généralisation de l'outil du service de prescription électronique (SPE) ;

- généralisation de l'utilisation du service électronique de facturation intégré (SEFI), notamment par les taxis conventionnés ;
- déploiement des outils de géolocalisation permettant de vérifier la conformité de la facturation et la réalité des courses effectuées.

Par ailleurs, l'amplification des opérations de contrôle et de lutte contre la fraude passe également par :

- des contrôles conjoints avec les différentes institutions concernées (Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales – Urssaf –, agences régionales de santé – ARS –, services de police…) sur les entreprises de transport sanitaire et taxis sur le terrain mais également sur la base d'activités atypiques ;
- le lancement de nouveaux contrôles du respect du champ de l'article 80 (transports intrahospitaliers) ;
- le contrôle d'assurés sur des dépenses de transport en véhicule personnel afin de repérer et sanctionner certains comportements déviants.

Si, malgré les nombreuses actions d'information, de sensibilisation et d'accompagnement menées par l'Assurance Maladie sur cette thématique auprès des prescripteurs de ville et/ou hospitaliers, de fortes atypies de prescription étaient toujours observées, des actions plus fortes, de type mise sous objectif et/ou mise sous accord préalable (MSO/MSAP Transports), pourraient être envisagées.

## 9.4. Assurer un accès rapide et une disponibilité des médicaments en France

L'accès aux médicaments apportant un progrès thérapeutique est un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie. Dans ce contexte, trois études sont présentées permettant de juger de l'efficacité des dispositifs mis en œuvre pour assurer un accès rapide et une disponibilité importante des médicaments en France.

Tout d'abord, ce chapitre propose un bilan de l'accès précoce aux médicaments sous un angle économique et statistique. Les évolutions du nombre de médicaments et d'indications dans ce dispositif sont étudiées ainsi que le nombre de bénéficiaires depuis la mise en place du dispositif.

Ensuite sont présentés les résultats de la nouvelle édition de l'observatoire européen des délais d'accès aux médicaments[281] dans cinq pays : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Espagne, la France et l'Italie qui intègre cette nouvelle édition. En collaboration avec la Haute Autorité de santé (HAS), il cible une sélection de médicaments qui apportent un progrès thérapeutique. L'observatoire vise à la diffusion de données transparentes produites directement par les institutions nationales chargées du médicament, avec comme objectif de décrire les délais d'accès des patients aux médicaments qui apportent un progrès thérapeutique en tenant compte des spécificités nationales (accès dérogatoires, procédures d'évaluation et de fixation des prix).

Enfin, l'évolution du paysage pharmaceutique est marquée par une hausse notable des dépenses consacrées aux médicaments orphelins (+ 1,7 milliard d'euros entre 2019 et 2022). Ces médicaments, destinés aux maladies rares touchant un nombre limité de patients, ont connu une croissance importante ces dernières années. Un éclairage est réalisé sur ces médicaments, en abordant la hausse du nombre de médicaments disponibles en France, l'impact financier pour l'Assurance Maladie, les classes thérapeutiques couvertes, les patients concernés ainsi que les coûts de traitement.

### 9.4.1. Les médicaments en accès précoce

L'accès précoce, mis en place en France en juillet 2021, représente une avancée majeure pour les patients atteints de pathologies graves et sans traitement satisfaisant. Ce dispositif permet la mise à disposition de médicaments innovants, dont l'efficacité et la sécurité sont présumées en raison de données cliniques prometteuses, avant leur autorisation de mise sur le marché (AMM). Il existe deux types d'accès précoces : le premier, dit « pré-AMM », permet l'accès au médicament avant même l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché. Le second, dit « post-AMM », rend le médicament disponible avant son inscription sur la liste des médicaments remboursables.

Ce dispositif, inscrit dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, vise à simplifier et harmoniser les systèmes d'autorisation temporaire existants, auparavant fragmentés et complexes. L'objectif principal est d'offrir aux patients un espoir thérapeutique tout en accélérant l'accès à l'innovation.

#### Évolution du nombre de produits et des dépenses

Pour être éligible à l'accès précoce, un médicament doit répondre à plusieurs critères stricts :

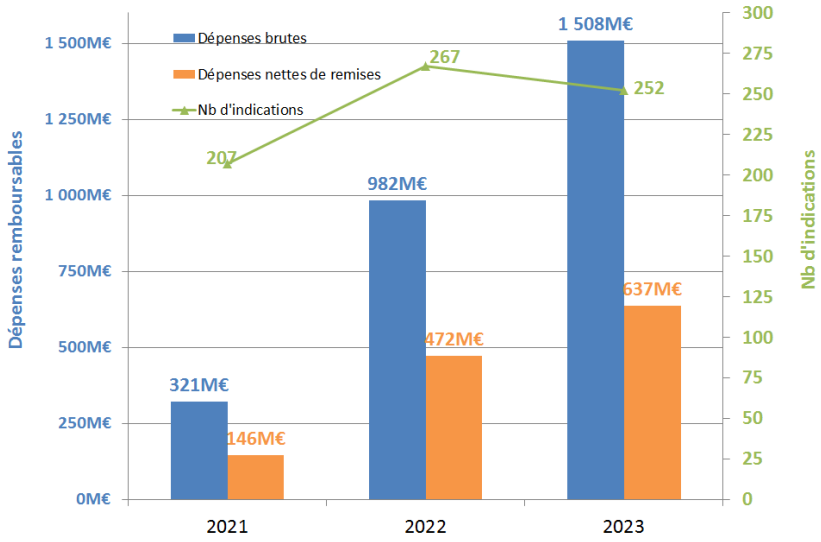
- maladie grave, rare ou invalidante : le médicament doit être destiné à traiter une maladie présentant un pronostic vital engagé à court ou moyen terme, une maladie rare, ou une maladie invalidante avec un retentissement majeur sur la qualité de vie ;
- absence de traitement approprié : il ne doit exister aucune alternative thérapeutique satisfaisante disponible sur le marché pour la prise en charge de la maladie ;
- impossibilité de différer le traitement : la mise en œuvre du traitement ne peut être différée sans entraîner de conséquences graves pour le patient ;
- caractère présumé innovant : le médicament doit présenter un caractère innovant par rapport aux traitements existants et apporter une amélioration significative du service médical rendu (ASMR) ;
- engagement du laboratoire : le laboratoire exploitant le médicament doit s'engager à déposer une demande d'AMM dans un délai de 2 ans et à déposer une demande de remboursement après obtention de l'AMM sous 30 jours.

281 Les résultats de l'édition 2023 sont publiés dans le rapport Charges et produits pour 2024.

Le nombre de demandes d'autorisation d'accès précoce (AAP) déposées auprès de la HAS est en constante augmentation, témoignant de l'intérêt croissant des industriels pour ce dispositif. Plus de 250 demandes ont été déposées en 2 ans, avec une tendance à la hausse, notamment pour les renouvellements d'AAP. Ce dispositif s'avère efficace avec un délai médian d'évaluation des premières demandes de 77 jours, inférieur au délai légal de 90 jours.

En 2023, en France, on comptabilisait 152 médicaments, pour 252 indications, dans ce dispositif ayant donné lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie (Figure 149). Ce chiffre est stable par rapport à 2022.

Figure 149 : Évolution annuelle du nombre et des dépenses des médicaments en accès précoce depuis juillet 2021




*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation,*
*Source : Cnam (SNDS)*

Les dépenses remboursées brutes, c'est-à-dire avant déduction des remises, ont fortement augmenté depuis la mise en place du dispositif. Toutefois, ce constat reste à relativiser au regard de la forte augmentation en parallèle des remises liées à l'accès précoce. En 2023, les dépenses brutes générées par les produits en accès précoce s'élèvent à 1,5 milliard d'euros, soit une progression de 53 % par rapport à 2022.

Nette de remises accès précoce, cette dépense s'élève à 637 millions d'euros en 2023, en hausse de 35 % par rapport à 2022. Cette dynamique est portée par l'arrivée dans ce dispositif de Enhertu®, Keytruda® ou bien encore Yescarta® qui contribuent à hauteur de 59 % des dépenses supplémentaires pour ces produits en accès précoce.

Ces dépenses augmentent constamment depuis la mise en place du dispositif où à la fin du premier semestre 2021 les dépenses remboursées s'élevaient à 321 millions d'euros contre 763 millions d'euros à la fin du second semestre 2023 (Figure 150).

Le coût des médicaments en AAP présente une particularité importante : le prix est fixé librement par le laboratoire industriel et non par le Comité économique des produits de santé (CEPS), contrairement aux médicaments de droit commun. Cette liberté tarifaire s'applique à la fois pour les AAP pré-AMM et post-AMM, à l'exception des cas où le médicament possède déjà un prix administré par le CEPS pour une autre indication.
Cependant, cette liberté de prix est encadrée par plusieurs mécanismes de régulation financière visant à garantir la soutenabilité du système de santé :

- Déclaration du prix : le laboratoire doit déclarer au CEPS le montant maximal de l'indemnité qu'il demande aux établissements de santé pour le médicament en AAP. Cette information est rendue publique pour assurer la transparence.
- Remises annuelles dans le cadre des AAP : le laboratoire est soumis au versement de remises annuelles calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé. Le taux de ces remises est progressif en fonction du chiffre d'affaires, défini par un barème fixé par arrêté[282].
- Remises de débouclage : lors de l'inscription au remboursement du médicament en droit commun, le laboratoire doit verser une remise de débouclage. Cette remise correspond à la différence entre le chiffre

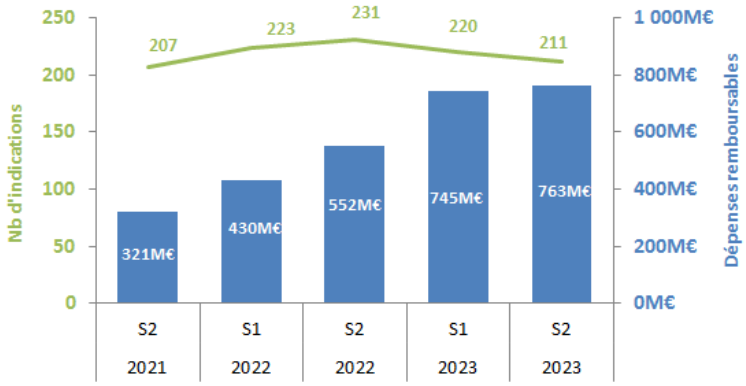
282 Arrêté du 1er juillet 2021 pris pour l'application des articles L. 162-16-5-2 et R. 163-52 du code de la sécurité sociale et relatif aux remises applicables à une spécialité pharmaceutique faisant l'objet dans une indication donnée d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.

d'affaires facturé durant la période d'accès précoce et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence fixé par le CEPS.

Ces mécanismes de remises permettent de limiter l'impact financier des AAP sur l'Assurance Maladie et de garantir un accès équitable et durable aux traitements innovants pour les patients.

Ces dépenses sont essentiellement issues de produits de la liste en sus. En 2023, 80 % des dépenses liées à l'accès précoce sont générées par les médicaments hospitaliers (Figure 151). En 2022, cette même part s'élevait à 63 %. Parmi les médicaments en accès précoce disponibles dans le cadre de la rétrocession figurent des produits comme Calquence® dans le traitement de la leucémie lymphoïde chronique, Translarna® dans le traitement de la dystrophie musculaire de Duchenne, Lumykras® dans le traitement des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules, Kaftrio® dans le traitement de la mucoviscidose, ou bien encore Wegovy® dans la prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité.

Figure 150 : Évolution semestrielle du nombre d'indications et des dépenses remboursables avant remises des médicaments en accès précoce, entre 2021 et 2023



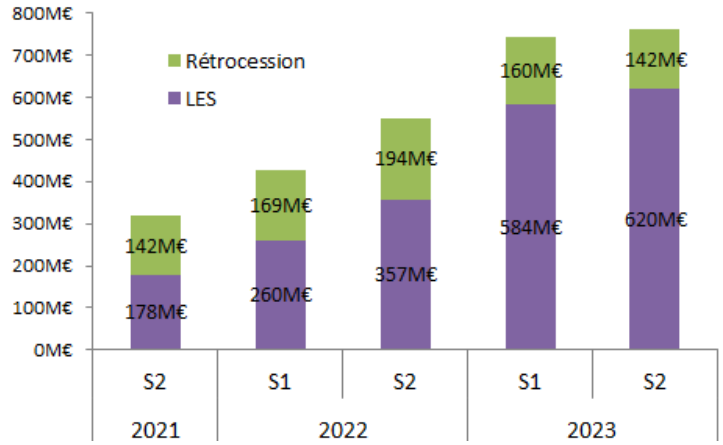

*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

Encadré 26 : Les sources de données, accès précoce des médicaments

Les données sont issues du système national des données de santé (SNDS) et concernent la rétrocession et la liste en sus depuis la mise en place du dispositif d'accès précoce en juillet 2021. Les éléments fournis dans cette étude n'incluent pas les produits en accès compassionnel destinés à des patients nominativement identifiés. Les listes de produits faisant l'objet d'un accès précoce sont publiées sur le site du ministère chargé de la Sécurité sociale. L'appariement entre cette liste de produits et le SNDS a été réalisé *via* le code UCD pour la rétrocession et par le code UCD et le code indication pour les produits hospitaliers. Pour ces médicaments, les tables du programme de médicalisation des systèmes d'information – PMSI – relatives aux données du médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des Apac (accès précoce/accès compassionnel) ont été utilisées. Les données du PMSI correspondent à des chiffres provisoires en attendant la base scellée du PMSI non disponible au moment de la réalisation de cette étude.

Pour les dépenses nettes de remises, seules les remises liées à l'accès précoce ont été utilisées. Les chiffres concernant les remises de débouclage n'ont pas été utilisés. Les chiffres 2023 correspondent à une estimation communiquée par le Comité économique des produits de santé (CEPS) lors du séminaire IFIS du mois d'avril 2024.

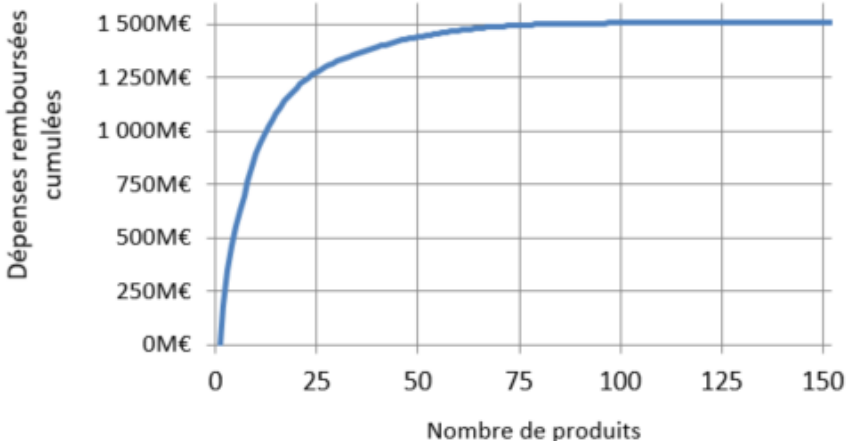
Figure 151 : Évolution des dépenses des médicaments en accès précoce, en rétrocession et sur la liste en sus (LES), depuis juillet 2021, en millions d'euros




*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

L'analyse de la répartition des dépenses liées aux médicaments en accès précoce met en lumière une concentration notable des coûts (Figure 152). En effet, parmi les 152 médicaments en accès précoce en 2023, seulement 32 produits concentrent 90 % de la dépense remboursée, soit 1,35 milliard d'euros. Ce phénomène s'accentue encore davantage si l'on considère les 10 médicaments les plus onéreux : à eux seuls, ils représentent près de deux tiers des dépenses (944 millions d'euros) liées à l'ensemble des médicaments en accès précoce (AP) remboursés.
À l'opposé de ce constat, plus d'une centaine de produits en AP génèrent des dépenses inférieures à 5 millions d'euros chacun, pour un total cumulé de 85 millions d'euros. Cette disparité met en évidence le caractère hétérogène de la prise en charge des médicaments en accès précoce, avec un petit nombre de produits concentrant l'essentiel des ressources financières allouées à ce dispositif.

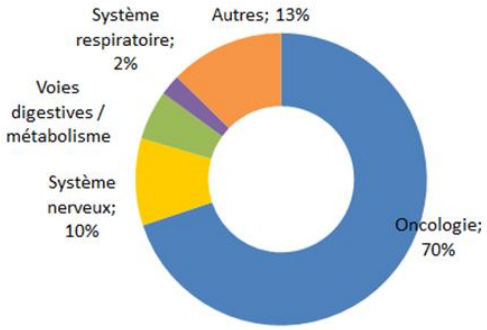
Figure 152 : La distribution de la dépense remboursable des médicaments en accès précoce, en millions d'euros, en 2023




*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

Cette dépense est essentiellement portée par des produits anticancéreux comme Enhertu®, Keytruda®, Yescarta® ou bien encore Imfinzi®. D'autres classes, comme les traitements du système nerveux ou bien encore la classe des maladies des voies digestives et du métabolisme, représentent une part importante des dépenses. La Figure 153 ci-après met en évidence cette prédominance des médicaments en oncologie (70 % des dépenses). Ensuite, la classe des « Autres médicaments du système nerveux » (Zolgensma®…) arrive en deuxième position avec un peu moins de 150 millions d'euros, soit 10 % des dépenses.

Figure 153 : Répartition par aire thérapeutique de la dépense remboursable brute de ces produits en 2023



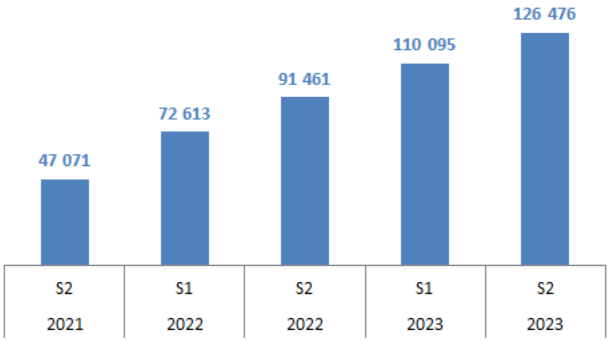

*Champ : tous régimes - données en date de liquidation - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

## Les patients bénéficiant des médicaments en accès précoce

Depuis la mise en place du dispositif de l'accès précoce – refonte applicable au 1er juillet 2021 – et jusqu'à la fin de l'année 2023, 126 476 patients distincts ont bénéficié d'au moins un remboursement pour un médicament en accès précoce (Figure 154).

Cette croissance est continue depuis la mise en place du dispositif : 72 613 patients avaient bénéficié d'un traitement en accès précoce à la fin juin 2022 ; ils étaient 110 000 à la fin du premier semestre 2023.

Figure 154 : Évolution du nombre de patients distincts cumulés dans le dispositif d'accès précoce

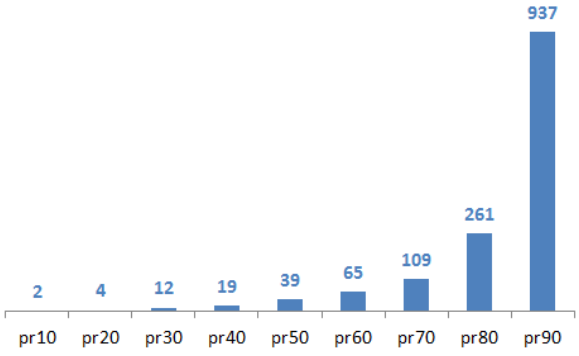



*Champ : tous régimes - données en date de liquidation- France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

La distribution du nombre de patients par produit montre une forte hétérogénéité. Pour la moitié des 152 médicaments bénéficiant du statut accès précoce en 2023, on dénombre au moins 39 consommants par produit (Figure 155). Les produits du 9e décile, c'est-à-dire le décile qui compte le plus de patients par produit, comptent au moins 937 bénéficiaires. Parmi, ces produits avec au moins 937 patients, on trouve la plupart des blockbusters comme Tixtar®, Wegovy®, Keytruda® ou bien encore Enhertu®.

*A contrario*, les 10 % de produits en accès précoce qui comptent le moins de patients en comptent au plus 2. Parmi ces médicaments, on retrouve les médicaments ultra-orphelins comme les thérapies géniques Upstaza® ou Libmeldy®.

Figure 155 : Distribution du nombre de patients par médicament en accès précoce en 2023

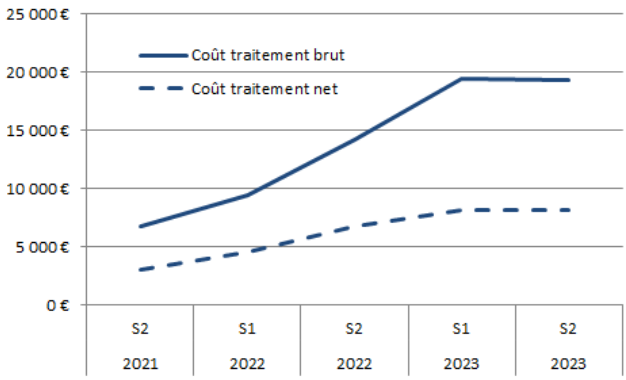



*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

## Des coûts de traitement en forte progression

Comme indiqué précédemment, les prix des produits en accès précoce sont fixés librement par le laboratoire. Par ailleurs, en vertu des dispositions réglementaires en vigueur, les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce ou compassionnel se voient conférer une prise en charge automatique et intégrale (100 %) par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge prend effet dès l'octroi de l'autorisation ou du cadre de prescription par les autorités compétentes.
Entre le second semestre 2021 (6 830 euros) et 2023 (19 390 euros) le coût de traitement brut, c'est-à-dire la dépense remboursée annuelle par patient[283], des médicaments en accès précoce a été multiplié par 2,8 alors que dans le même temps, le coût de traitement net annuel moyen a été multiplié par 2,6, de 3 106 euros en 2019 à 8 187 euros au second semestre 2023 montrant ainsi une stabilité du taux de remise moyen de ces produits entre 41 % et 45 % sur la période observée (Figure 156). Ce coût de traitement moyen cache des disparités selon les produits.

Figure 156 : Évolution des coûts de traitement moyen par patient brut et net des produits en accès précoce depuis le 1er juillet 2021, en euros



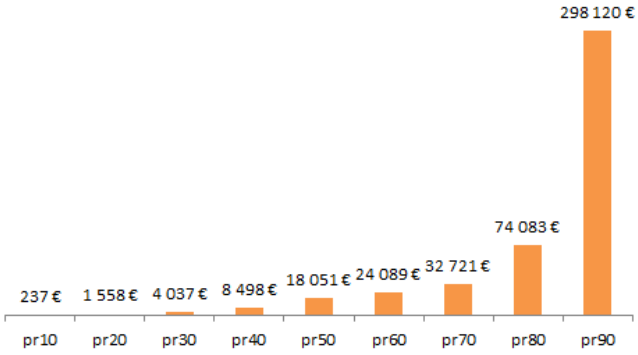

*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Sources : Cnam (SNDS), CEPS pour les remises*

La distribution des coûts de traitement par produit en 2023 met en lumière l'existence d'une forte hétérogénéité des coûts de traitement des médicaments en accès précoce. La moitié des produits en AP présente un coût de traitement d'au moins 18 051 euros en brut (Figure 157). En 2023, le coût de traitement des 10 % de produits pour lesquels celui-ci est le plus élevé s'élève à au moins 298 120 euros en brut. Dans ce décile, on trouve plusieurs classes thérapeutiques comme la classe des « Antinéoplasiques », la classe des « Autres médicaments du système nerveux central » ou bien encore des produits de la classe des « Médicaments de la digestion, enzymes digestives incluses ».

283 Patients ayant eu au moins une délivrance/administration d'un médicament en accès précoce.

*A contrario*, le coût des 10 % de produits pour lesquels le coût de traitement est le plus faible s'élève au plus à 237 euros.

Figure 157 : Distribution des coûts de traitement par patient de ces médicaments en 2023, en euros




*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

### 9.4.2. Observatoire européen des délais d'accès aux médicaments

L'observatoire compare les deux principales modalités d'accès des patients aux médicaments pour évaluer les délais : par la procédure de droit commun ou par les dispositifs dérogatoires, dont l'accès précoce (AP).

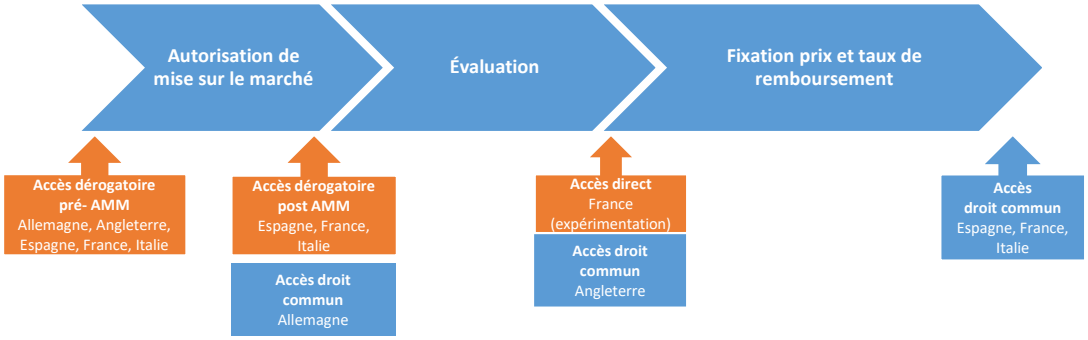
L'étude présente les principaux indicateurs de délais d'accès aux patients de 50 médicaments qui apportent un progrès thérapeutique, remboursés dans l'ensemble des pays comparés au 31 décembre 2023. En France, l'accès dérogatoire populationnel (32 produits) a permis de mettre à disposition quasiment l'ensemble de ces produits avant l'autorisation de mise sur le marché (AMM), 37 jours en médiane. La France se distingue par une prise en charge publique de ces dispositifs qui permettent à des patients en situation d'impasse thérapeutique de bénéficier d'innovation thérapeutique plus rapidement. Les dispositifs d'accès dérogatoire, plus nombreux en France et en Espagne, ont permis un accès jusqu'à presque quatre fois plus rapidement en France.

#### Selon les pays, les procédures nationales ont des impacts différents sur les délais d'accès aux patients

Parmi les cinq pays comparés, on peut distinguer deux types de parcours administratifs des médicaments qui impactent leur délai de mise à disposition auprès des patients (voir les précédents rapports Charges et produits 2023 et 2024 et la Figure 158) :

- la France, l'Espagne et l'Italie avec des parcours administratifs préalables à l'accès patient, à l'issue de phases d'évaluation et de fixation des prix pour lesquels les dispositifs d'accès dérogatoires sont plus développés ;
- les pays avec des procédures qui s'apparentent à des accès directs dès l'AMM (Allemagne), ou à la suite de l'évaluation médico-économique (Angleterre).

Figure 158 : Principales voies d'accès aux médicaments dans les cinq pays étudiés




AMM : autorisation de mise sur le marché

*Source : Cnam*

## Comparaison internationale sur une sélection de produits apportant un progrès thérapeutique

L'observatoire vise à apporter un éclairage complémentaire aux comparaisons internationales présentant les indicateurs d'accès aux médicaments, notamment celles à l'initiative de l'industrie pharmaceutique comme l'indicateur W.A.I.T. (*Waiting to Access Innovative Therapies*) de la Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques (*European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*, EFPIA).

Plus précisément, l'observatoire européen des délais d'accès se distingue par le périmètre d'analyse centré sur les médicaments qui apportent une innovation ou un progrès thérapeutique au regard des traitements existants, et par la prise en compte des dispositifs d'accès précoce dans l'évaluation des délais d'accès aux patients.

Au niveau national, le rapport d'activité du Comité économique des produits de santé (CEPS)[284] en France ou le rapport de l'*Agenzia Italiana del Farmaco* (Agence italienne du médicament, AIFA)[285] décrivent les différents délais administratifs de l'inscription au remboursement d'un médicament. Les résultats ne sont pas directement comparables à ceux de cette étude en raison du champ des médicaments considérés et des délais évalués (voir *infra* l'Encadré 28 : Les délais d'accès au remboursement évalués par le Comité économique des produits de santé (CEPS)).

L'étude est centrée sur les produits qui apportent un progrès thérapeutique au regard de leur évaluation clinique effectuée par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS)[286]. Le caractère de progrès thérapeutique est déterminé au regard du double critère suivant : l'intérêt thérapeutique substantiel, c'est-à-dire un service médical rendu (SMR) important, et apporter un progrès thérapeutique, à savoir une amélioration du service médical rendu (ASMR) majeure, importante, modérée ou mineure (ASMR I à IV).

Outre leur évaluation clinique, les produits ont été sélectionnés sur la base de critères temporels pour retenir des produits relativement récents (avec une date d'AMM postérieure au 1er janvier 2017) et avec une procédure de prise en charge aboutie au plus tard au 31 décembre 2023 afin de pouvoir comparer les délais d'accès aussi bien dans le cadre du droit commun que dans le cadre de dispositifs d'accès précoce le cas échéant.

En France, 80 produits répondent aux critères cliniques et sont inscrits au remboursement fin 2023. Parmi ces produits, 50 produits sont également remboursés dans tous les pays comparés (Allemagne, Angleterre, Espagne, Italie), et 27 d'entre eux ont obtenu le statut de médicament « orphelin[287] » par l'*European Medicines Agency* (EMA, Agence européenne du médicament) pour tout ou partie de leur indication.

284 Comité économique des produits de santé, Rapport d'activité 2022, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ra_ceps_2022.pdf

285 L'Agence italienne du médicament publie annuellement un rapport d'analyse des procédures administratives sur quatre ans, le dernier disponible couvrant la période 2018-2022, détaillant les distributions de délais observés par étape administrative. *Rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci nel periodo gennaio 2018 – 2022*.

286 Plus de précisions sur le site de la Haute Autorité de santé (HAS) : https://www.has-sante.fr/jcms/c_412115/fr/comprendre-l-evaluation-des-medicaments#toc_1_4_3

287 *« Les médicaments « orphelins » sont destinés au diagnostic, à la prévention ou au traitement de maladies rares, très graves ou entraînant une menace pour la vie et dont la prévalence ne dépasse pas cinq cas sur dix mille personnes dans l'Union européenne. »* (Source : ministère en charge de la Sécurité sociale.)

Encadré 27 : Méthodologie de l'étude, délais d'accès aux médicaments

**Critères de sélection des médicaments retenus**

(1) Autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne délivrée après le 1er janvier 2017 pour l'indication initiale ou par la *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* (MRHA, Agence de réglementation du médicament et des produits de santé) pour l'Angleterre à partir du 1er janvier 2021[288].

(2) Médicaments ayant un intérêt thérapeutique substantiel et qui apportent un progrès thérapeutique : service médical rendu (SMR) important et amélioration du service médical rendu (ASMR) I à IV (majeure à mineure) pour tout ou partie de l'indication initiale.

(3) Médicaments remboursés au 31 décembre 2023 dans les pays étudiés.

En France, 80 produits répondent à l'ensemble des critères. Parmi ces produits, 50 étaient également remboursés au 31 décembre 2023 dans l'ensemble des pays participant à l'étude.

**Dates utilisées pour le calcul des indicateurs de délais**

Les délais d'accès ont été calculés à partir des dates marquant les principales étapes du circuit du médicament, uniquement pour l'indication initiale (Tableau 52).

Pour la France, ces dates ont été renseignées par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), la Haute Autorité de santé (HAS) et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam). Pour l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie, elles ont été fournies par les autorités nationales sur la base d'un questionnaire adressé par la Cnam. Pour l'Angleterre, elles ont été renseignées par la Cnam à partir des données publiques en lien avec la *London School of Economics* (LSE)[289], École d'économie et de sciences politiques de Londres.

Pour les accès dérogatoires, seuls les accès dérogatoires populationnels ont été considérés du fait de leur couverture plus large dès leur autorisation, à l'exception de l'Espagne où tous les accès précoces sont nominatifs.

Tableau 52 : Sources et dates utilisées pour calculer les délais par pays

| Pays (source) / Date | France (ANSM/Cnam/HAS) | Allemagne (GKV) | Espagne (AEMPS) | Italie (AIFA) | Angleterre (Cnam/LSE) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Date de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication initiale** | Décision de la Commission européenne (AMM centralisée) | | | | Jusqu'au 31 décembre 2020 AMM centralisée<br>À partir du 1er janvier 2021, *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency,* Agence de réglementation du médicament et des produits de santé |
| **Date d'accès dérogatoire** | Octroi de l'autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATUc) ou de l'accès précoce depuis juillet 2021 | Aucun produit concerné | Octroi du 1er accès nominatif (pas d'accès de cohorte) (a) | Octroi accès populationnel | Octroi accès populationnel |
| **Date d'avis d'évaluation** | Clôture de l'évaluation clinique de la commission de la transparence et le cas échéant de l'évaluation médico-économique de la commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la HAS | Publication de l'évaluation (*Gemeinsamer Bundesausschuss,* Comité fédéral joint – GBA) | Transmission de l'évaluation par l'*Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*, Agence du médicament espagnole (AEMPS) au ministère en charge de la Santé (date d'adoption, puis date de publication à partir de juillet 2023) | Non disponible | Rapport d'évaluation du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), Institut national pour l'excellence de la santé et des soins (*final appraisal determination*) |
| **Date de prise en charge (droit commun)** | Inscription au *Journal officiel* | Commercialisation | 1er jour suivant la décision de remboursement du ministère en charge de la Santé | Décision du conseil d'administration de l'*Agenzia Italiana del Farmaco,* Agence italienne du médicament (AIFA) (évaluation et remboursement) (b) | Rapport d'évaluation du NICE (*final appraisal determination)* ou de la commission spéciale du NHS |

(a) Demandes à l'initiative des prescripteurs hospitaliers

288 Le Royaume-Uni a quitté l'Union européenne le 31 janvier 2020. Depuis le 1er janvier 2021, la législation pharmaceutique de l'Union européenne n'a plus effet au Royaume-Uni (à l'exception de l'Irlande du Nord). C'est désormais la *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* (MHRA, Agence de réglementation du médicament et des produits de santé) qui délivre les autorisations de mise sur le marché pour le marché britannique.

289 Sources : Cnam d'après NICE (Final Appraisal Document, *Final evaluation determination document* pour les médicaments indiqués dans les maladies très rares) du site www.gov.uk

(b) Un délai moyen supplémentaire de 62 jours (médiane de 48 jours) de publication au Journal officiel italien, *Gazetta Ufficiale*, est observé (rapport des délais de procédures 2018-2022 selon le Comité économique des produits de santé, Rapport d'activité 2022, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ra_ceps_2022.pdf, tableau 14 nouvelles entités chimiques, AIFA)

*Sources : indiquées dans le tableau*

**Définition des indicateurs de délai d'accès**

Trois indicateurs de délai sont présentés, calculés à partir de la date d'AMM :

a. Le délai « accès dérogatoire » mesure pour les produits ayant bénéficié d'un accès dérogatoire le nombre de jours entre la date d'AMM et la date d'octroi de l'accès dérogatoire.

b. Le délai « droit commun » mesure le nombre de jours entre la date d'AMM et la date de remboursement de droit commun.

c. Le délai « 1er accès » mesure le délai d'accès avec prise en compte des accès dérogatoires le cas échéant. Il mesure le nombre de jours entre la date d'AMM et la première date de disponibilité (remboursement de droit commun ou accès dérogatoire). Il peut être négatif dans le cas d'accès dérogatoires pré-AMM.

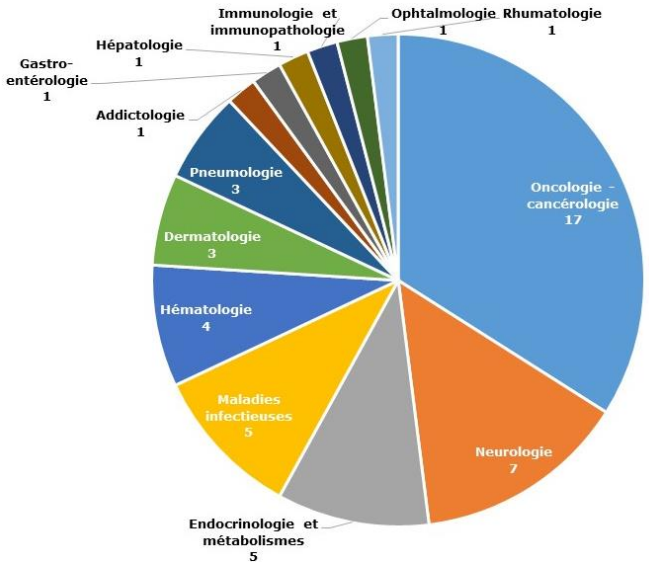
**Axes d'analyse**

- ASMR (amélioration du service médical rendu) : lorsqu'un produit présente des niveaux d'ASMR différents pour une même indication AMM, la valeur maximale de l'ASMR a été retenue.
- Orphelins : médicaments disposant du statut au moment de l'AMM (sont exclus les médicaments pour lesquels le statut a été retiré).
- Aire thérapeutique : d'après la classification de la HAS.

## Les principales caractéristiques des médicaments de l'étude

Les produits de l'échantillon couvrent 13 aires thérapeutiques, principalement en oncologie (17 produits, Figure 159).

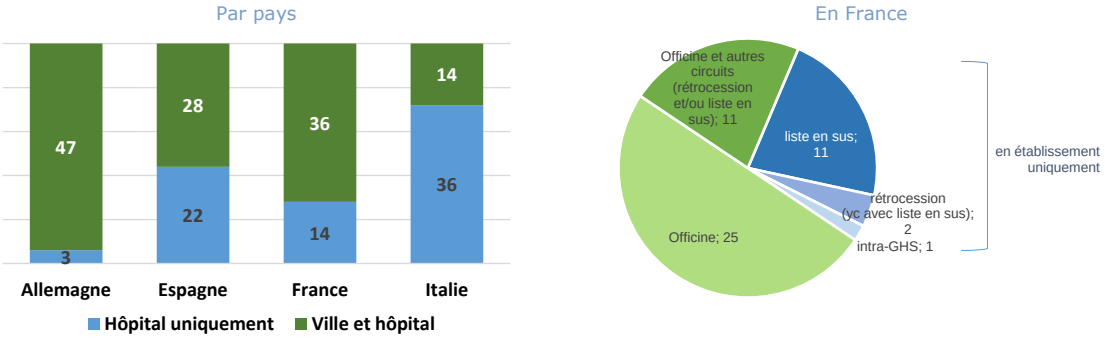
Figure 159 : Répartition des produits selon l'aire thérapeutique




*Champ : 50 médicaments avec ou sans accès dérogatoire populationnel (ou nominatif seulement pour l'Espagne)*
*Sources : Haute Autorité de santé (HAS), Cnam*

L'échantillon couvre différents modes de délivrance en établissement et en ville. En France, 14 produits sont délivrés uniquement en établissement de santé, essentiellement inscrits sur la liste en sus (Figure 160). Trente-six produits sont délivrés en ville, *via* le circuit officinal (droit commun) dont 11 sont également délivrés *via* la rétrocession et/ou la liste en sus. En Allemagne, les médicaments sont très majoritairement disponibles en ville. À l'inverse, en Italie, ils sont surtout réservés à l'usage hospitalier. En Espagne, le mode de délivrance en ville est légèrement supérieur à celui de l'hôpital.

Figure 160 : Mode de délivrance des produits de l'échantillon, par pays et en France



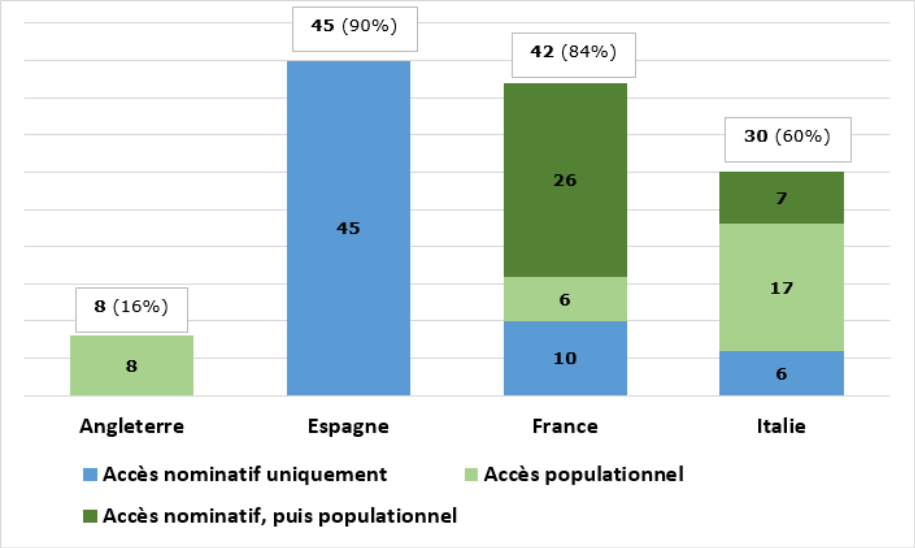

GHS : groupe homogène de séjour

*Champ : 50 médicaments avec ou sans accès dérogatoire populationnel (ou nominatif seulement pour l'Espagne), Angleterre données indisponibles ; chiffres actualisés à juin 2024*
*Source : Cnam d'après AEMPS, AIFA, GKV, données HAS, non disponibles pour l'Angleterre*

Parmi les produits retenus, 20 ont obtenu une ASMR de niveau II (importante) ou de niveau III (modérée) et 30 ont obtenu une ASMR IV (mineure), pour tout ou partie de leurs indications.

En France, 42 produits ont bénéficié d'un accès dérogatoire nominatif ou populationnel (dont plus des trois quarts précédés d'un accès nominatif), dont 26 médicaments orphelins. En Espagne, quasiment tous les médicaments ont bénéficié d'un accès dérogatoire (nominatif exclusivement)[290], 30 en Italie (essentiellement populationnels) et seulement 8 accès populationnels en Angleterre ( Figure 161).

Figure 161 : Types d'accès dérogatoire, par pays




*Champ : médicaments avec accès dérogatoire, en Allemagne, pas d'accès précoce dans l'échantillon*
*Source : Cnam d'après enquête AEMPS, AIFA, GKV, données HAS, NICE, MHRA, NHS*

Par la suite, nous retenons pour l'analyse uniquement les accès dérogatoires populationnels du fait de leur couverture plus large dès leur autorisation, à l'exception de l'Espagne qui dispose uniquement d'accès nominatifs.

La France se distingue par un financement exclusivement public des accès dérogatoires et notamment populationnels (32 médicaments), alors que dans les autres pays ils sont principalement financés ou cofinancés par l'industrie pharmaceutique (Figure 162). C'est le cas pour l'ensemble des produits en Angleterre et en grande partie pour l'Espagne et l'Italie (respectivement pour 36 médicaments dont 16 avec un financement à la fois public et privé, et 24 dont 7 avec un financement à la fois public et privé). Toutefois en France, les médicaments en accès dérogatoire font davantage l'objet de restrictions d'indications par rapport aux indications de l'AMM, en

290 En Espagne, les accès dérogatoires sont uniquement nominatifs. L'octroi d'un accès dérogatoire se fait à la demande du prescripteur auprès de l'Agence espagnole du médicament qui évalue individuellement chaque dossier. Néanmoins, le nombre de patients bénéficiant du dispositif est variable d'une molécule à l'autre et peut dans certains cas concerner plusieurs centaines de patients.

cohérence avec les critères d'attribution et le caractère exceptionnel de l'accès dérogatoire : 78 % des médicaments (25 sur 32), une proportion nettement moindre en Angleterre, en Espagne et en Italie (Figure 163).

Figure 162 : Mode de financement des produits ayant préalablement bénéficié d'un accès dérogatoire, par pays

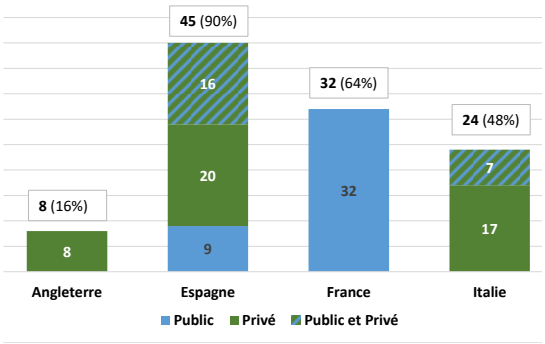
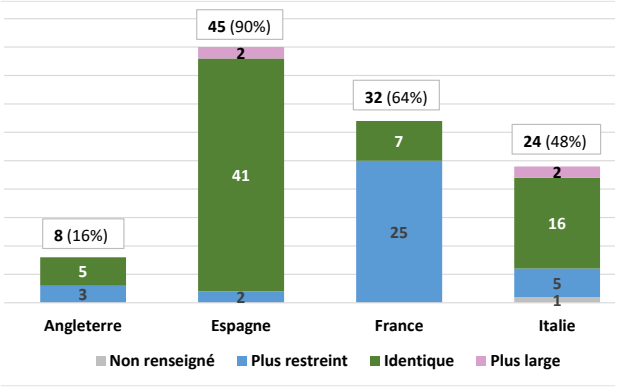


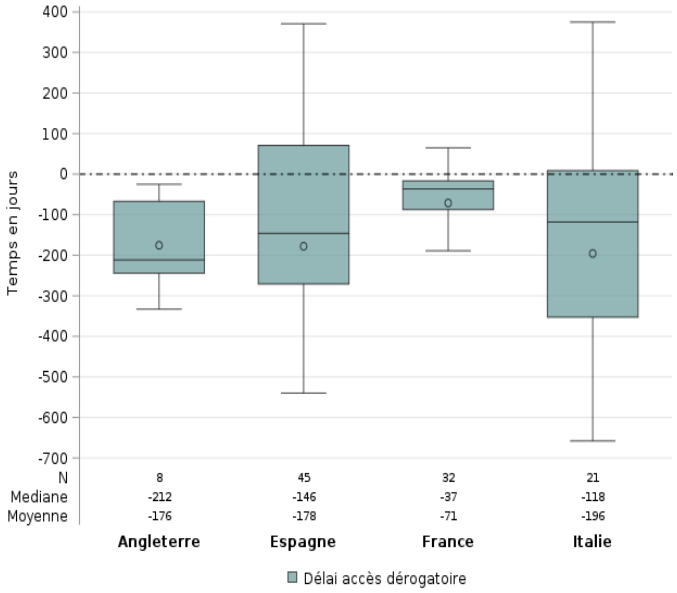

Figure 163 : Comparaison du champ de l'indication par rapport à celui de l'autorisation de mise sur le marché, par pays




*Champ : médicaments ayant bénéficié d'un accès dérogatoire populationnel, hormis pour l'Espagne où seul l'accès nominatif existe ; chiffres actualisés à juin 2024*
*Source : Cnam d'après enquête AEMPS, AIFA, GKV, données ANSM, HAS, NICE, MHRA, NHS*

Les accès dérogatoires sont essentiellement octroyés avant l'AMM (95 % des accès dérogatoires populationnels en France, Figure 164). Les délais médians sont compris entre 176 jours avant l'AMM en Angleterre (pour 8 médicaments) et 37 jours avant l'AMM en France (32 médicaments). Certaines autorisations interviennent avec un délai plus important, notamment en Espagne et en Italie du fait de demandes plus tardives (en Espagne, à l'initiative des prescripteurs hospitaliers).

Figure 164 : Délai en jours entre l'accès dérogatoire et l'AMM, par pays, sur l'échantillon




Note de lecture : pour chaque pays, la « boîte à moustaches » représente la distribution de l'indicateur étudié, en l'occurrence les délais d'accès dérogatoire. Le cercle représente la moyenne, le trait central la médiane, les traits inférieur et supérieur de la boîte le 1er et le 3e quartile, les traits aux extrémités une approximation du 5e et du 95e percentile, les délais extrêmes n'apparaissant pas.

*Champ : médicaments ayant bénéficié d'un accès dérogatoire populationnel, hormis pour l'Espagne où seul l'accès nominatif existe ; chiffres actualisés à juin 2024*
*Source : Cnam d'après enquête AEMPS, AIFA, GKV, données ANSM, HAS, NICE, MHRA, NHS*

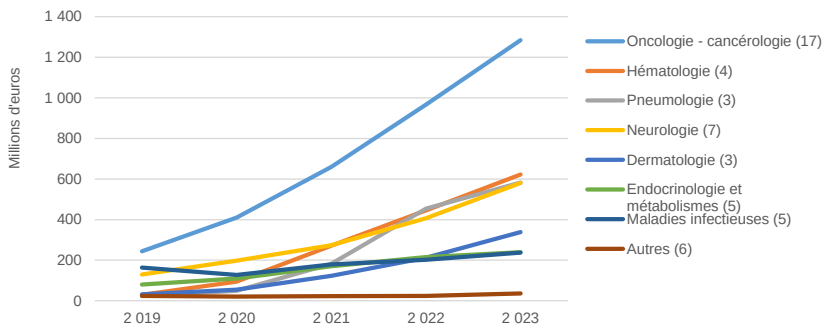
## Des produits en forte croissance en France

Les dépenses remboursables des 50 produits de l'échantillon s'élèvent à 3,9 milliards d'euros[291] en 2023 (hors remises). Ces produits relativement récents (près de la moitié a obtenu une AMM entre 2019 et 2022) comptent pour 10 % de l'ensemble des dépenses pharmaceutiques remboursables (officine, rétrocession, liste en sus, accès précoce).

Avec une croissance annuelle moyenne des dépenses de 52 % sur la période 2019-2023 pour ces médicaments, ils contribuent pour un tiers à la croissance des dépenses remboursables de l'ensemble des médicaments en 2023. Majoritaires dans l'échantillon, les produits indiqués en oncologie représentent un tiers des dépenses et ont vu leurs dépenses multipliées par cinq en quatre ans (Figure 165). La forte croissance des médicaments dont plus de la moitié sont des médicaments orphelins reflète le rôle moteur des médicaments innovants dans la croissance des dépenses (voir *infra* la section 9.4.3. et l'étude sur les dépenses des médicaments orphelins).

Dix produits de l'échantillon contribuent à eux seuls à 30 % de la croissance de l'ensemble des dépenses de médicaments remboursables : en tête, Kaftrio® (traitement de la mucoviscidose) avec près de 500 millions d'euros de dépenses remboursables (+ 40 % en 2023) et un coût de traitement de près de 100 000 euros par patient ; suivi par Dupixent® (dermatologie, 320 millions d'euros, + 52 %), Yescarta® (230 millions d'euros, + 62 %) et Hemlibra® (antihémorragique, 490 millions d'euros, + 24 %). Ces deux derniers présentent parmi les coûts de traitement par patient les plus élevés, respectivement à 330 000 euros et 280 000 euros.

Figure 165 : Évolution des dépenses remboursables des 50 produits de l'échantillon en France, entre 2019 et 2023, en millions d'euros




*Champ : dépenses remboursables (officine, rétrocession, liste en sus, ATU – autorisation temporaire d'utilisation), hors remises*
*Source : Cnam (SNDS)*

## Comparaison des délais d'accès : l'accès précoce permet de réduire considérablement les délais d'accès aux médicaments

L'accès aux médicaments dans le cadre de la procédure de droit commun, à savoir la mise à disposition du médicament au marché remboursable, est mesuré ici par le délai entre la date de l'AMM et la date de décision de remboursement. Ce délai n'est pas comparable au délai réglementaire européen de 180 jours qui ne s'applique qu'à partir de la date de dépôt de la demande de remboursement à l'autorité nationale du remboursement dont rend compte le CEPS dans son rapport d'activité annuel (Encadré 28). Il peut en effet s'écouler un délai qui relève de la démarche de l'industriel entre l'obtention de l'AMM et le dépôt officiel de la demande : en France, ce délai médian est de 28 jours pour les produits de l'échantillon[292]. Ce délai n'a pas pu être estimé pour les autres pays[293].

291 Hors Evenity®, dont le tarif n'est pas réglementé, mais financé par le tarif groupe homogène de séjours (GHS).

292 Pour les médicaments ayant bénéficié d'un accès dérogatoire, le dépôt de dossier pour un remboursement de droit commun doit s'effectuer dans un délai d'un mois suivant l'obtention de l'AMM.

293 La date de dépôt de dossier comparable n'a pu être recueillie de manière précise pour tous les pays étudiés (en Espagne par exemple, simple notification d'intention des industriels sur base volontaire).

Encadré 28 : Les délais d'accès au remboursement évalués par le Comité économique des produits de santé (CEPS)

Le Comité économique des produits de santé (CEPS) publie dans son rapport d'activité annuel les délais d'inscription au remboursement. Il distingue les phases d'évaluation par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) (uniquement pour les produits non génériques), d'instruction et de négociation par le CEPS (ainsi que le délai de signature des conventions) et de parution de l'arrêté d'inscription et de l'avis de prix au *Journal officiel* (JO).

Pour les médicaments délivrés en ville, le délai moyen pour les nouvelles inscriptions (41 % des demandes en 2022) s'élève à 154 jours entre le dépôt de la demande de prise en charge par le laboratoire et l'inscription sur liste de remboursement au JO. En baisse par rapport à 2021, il respecte en moyenne le délai réglementaire de 180 jours (article R. 163-9 du code de la sécurité sociale, en application de la directive européenne « transparence » 89/105/CEE). Les délais moyens sont plus élevés pour les produits non génériques (du fait notamment de la phase d'évaluation par la HAS) : ils s'établissent à 218 jours, en forte baisse par rapport à 2021 (265 jours), en lien avec une réduction des délais de négociation et surtout des délais de publication au JO qui demeurent néanmoins élevés (71 jours).

Pour les médicaments délivrés à l'hôpital, les délais sont mesurés de manière différente selon la liste d'inscription. Pour les produits de la liste en sus, le délai moyen d'inscription (entre le dépôt du dossier et la parution au JO) est de 109 jours confirmant la tendance à la baisse du délai moyen depuis 2018 ; il respecte le délai réglementaire fixé à 180 jours (articles L.162-16-6 et R.162-38-1 du code de la sécurité sociale). Pour les produits figurant sur la liste de rétrocession, le délai de fixation du prix doit s'effectuer sous 75 jours, selon l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale (entre l'inscription sur la liste et la parution au JO) : en 2022, le délai est fortement dépassé (181 jours), du fait d'une forte augmentation des délais de publication au JO (101 jours) et traduit une forte dispersion des délais de traitement.

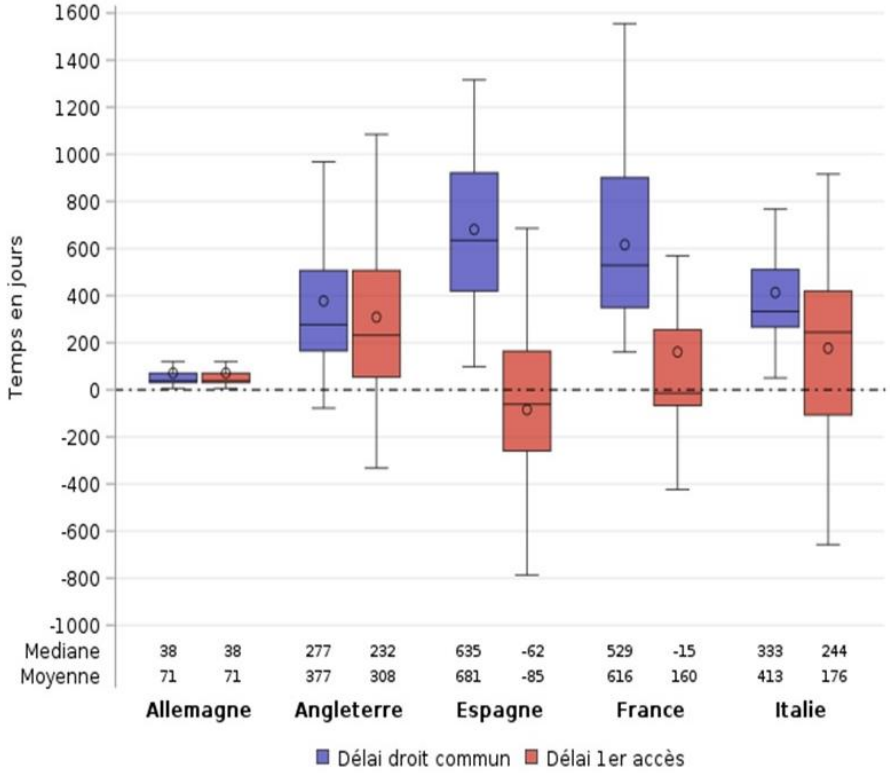
Il apparaît que les délais d'accès de droit commun sont les plus courts en Allemagne avec une médiane de 38 jours, du fait de l'accès direct accordé après l'AMM à un prix libre, avant leur évaluation clinique et la négociation du prix (Figure 166). Suit l'Angleterre, où l'accès au remboursement est accordé après la phase d'évaluation médico-économique : 277 jours après l'AMM en médiane avant la fixation des prix qui sont régis par un cadre global de régulation (voir *supra*). Vient après l'Italie, où les délais d'accès sont de 333 jours en médiane. En France et en Espagne, les délais sont plus longs (respectivement en médiane de 529 et 635 jours), le remboursement étant effectif après la phase de négociation et de fixation du prix. De fortes disparités au sein de l'échantillon sont observées dans tous les pays, sauf en Allemagne du fait de la spécificité de sa procédure.

Néanmoins, cet indicateur ne rend pas compte de l'accès effectif au patient des traitements de manière anticipée *via* les dispositifs d'accès dérogatoire. Il est donc important d'élargir la conception de disponibilité du médicament à la première date à laquelle les patients ont eu accès à ces traitements, qu'elle relève du cadre commun ou du cadre dérogatoire, quel que soit son financement.

Les délais entre l'AMM et le premier accès sont ainsi considérablement réduits en France et en Espagne[294], pays qui comptent le plus de produits avec accès dérogatoire. Le délai d'accès médian devient négatif en Espagne et en France, c'est-à-dire antérieur à l'AMM, respectivement - 62 et - 15 jours. La prise en compte des dispositifs dérogatoires a peu ou pas d'impact sur les délais d'accès en Angleterre (peu de produits concernés) et en Allemagne (pas d'accès dérogatoire sur l'échantillon) où le système d'accès direct peut être apparenté à un système d'accès dérogatoire généralisé.

294 À noter, deux spécificités des accès dérogatoires en Espagne : accès nominatifs et non populationnels (non disponibles), et délais à partir de la demande d'accès dérogatoire à l'initiative des prescripteurs hospitaliers.

Figure 166 : Délais de prise en charge en jours (droit commun, avec et sans accès dérogatoire), par pays, sur l'échantillon

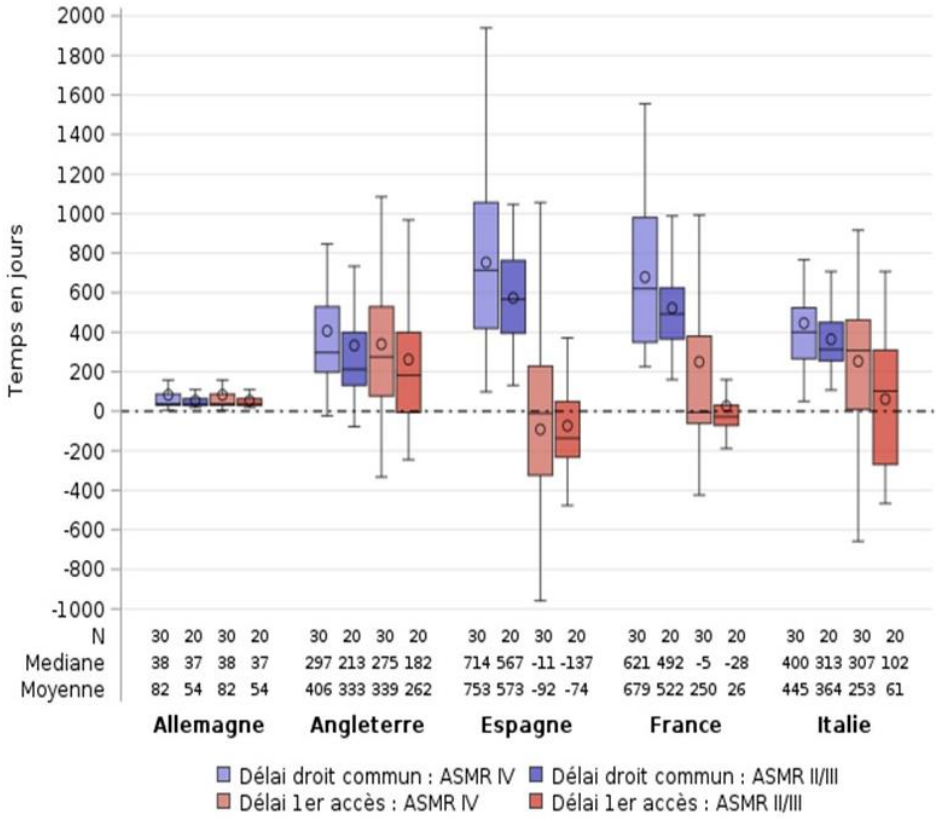



*Champ : 50 médicaments avec ou sans accès dérogatoire populationnel (ou nominatif seulement pour l'Espagne) ; chiffres actualisés à juin 2024*
*Source : Cnam d'après enquête AEMPS, AIFA, GKV, données ANSM, HAS, NICE, MHRA, NHS*

### *Des délais relativement plus courts pour les produits avec une amélioration du service médical rendu (ASMR) importante ou modérée*

L'analyse par niveau d'ASMR confirme les résultats globaux, avec des délais d'accès médians réduits avec la prise en compte de l'accès dérogatoire par rapport au délai d'accès de droit commun. Elle met en évidence des délais d'accès inférieurs (avec ou sans accès dérogatoire) pour les produits avec une ASMR II (importante) ou III (modérée) par rapport aux délais d'accès des produits avec une ASMR IV (mineure) dans tous les pays (Figure 167). En France et en Espagne, les délais d'accès sont les plus courts pour les produits avec une ASMR II ou III, ceux-ci étant quasi exclusivement disponibles *via* l'accès dérogatoire (médiane de 28 jours avant la date d'AMM en France). En Angleterre et en Italie, les produits avec une ASMR II ou III sont disponibles environ 100 jours avant ceux avec une ASMR IV. En Allemagne, du fait de l'accès direct post-AMM, les produits avec une ASMR II, III ou IV sont disponibles presque simultanément, avec un délai d'accès médian de 37 ou 38 jours.

Figure 167 : Délais de prise en charge en jours (droit commun, avec et sans accès précoce), par pays et niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR)



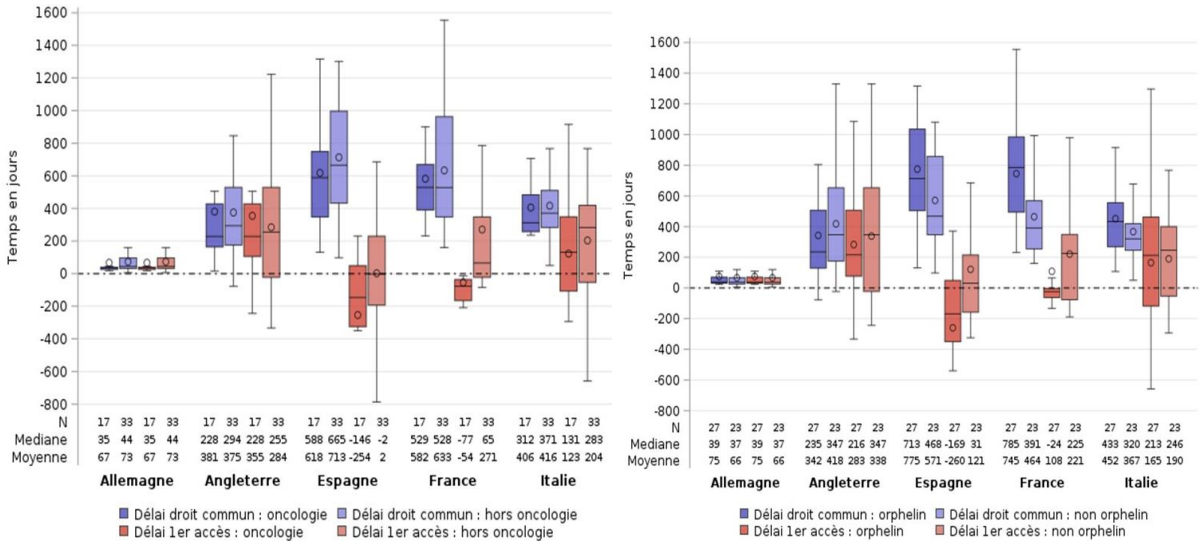

*Champ : 50 médicaments avec ou sans accès dérogatoire populationnel (ou nominatif seulement pour l'Espagne) ; chiffres actualisés à juin 2024*
*Source : Cnam d'après enquête AEMPS, AIFA, GKV, données HAS, NICE, MHRA, NHS*

### *Délais réduits aussi pour les médicaments orphelins et l'oncologie*

Les délais d'accès pour les médicaments orphelins et ceux ayant une indication oncologique sont également réduits grâce aux dispositifs d'accès dérogatoire. L'Espagne et la France voient leurs délais d'accès médians réduits de plus de 600 jours pour l'oncologie et de plus de 800 jours pour les médicaments orphelins, quasiment tous ces médicaments étant accessibles avant l'AMM en France. En Italie, les délais d'accès médians pour ces médicaments sont réduits d'environ six mois. L'Angleterre ne disposant de presque aucun médicament orphelin ou oncologique en accès dérogatoire, ses temps de délais d'accès en sont très peu ou pas modifiés. En Espagne, en France et en Italie, les délais d'accès de droit commun sont plus élevés pour les médicaments orphelins que non-orphelins (écarts de près de 250, 400 et 100 jours respectivement). Cette tendance s'inverse lorsque l'on considère les accès dérogatoires : les médicaments orphelins sont disponibles avant les autres en médiane de respectivement 200, 250 et 30 jours.

Les délais d'accès de droit commun des médicaments oncologiques sont similaires pour tous les pays aux médicaments non oncologiques. La prise en compte des accès dérogatoires réduit également pour tous les pays les délais d'accès aux médicaments oncologiques comparativement aux médicaments non oncologiques. Ainsi, en France, le délai moyen des médicaments oncologiques apportant un progrès thérapeutique est en médiane de 77 jours avant l'AMM contre 35 jours après l'AMM en Allemagne.

Figure 168 : Délais de prise en charge en jours (droit commun, avec et sans accès précoce), par pays, sur les échantillons de produits oncologiques contre non oncologiques ou orphelins contre non-orphelins

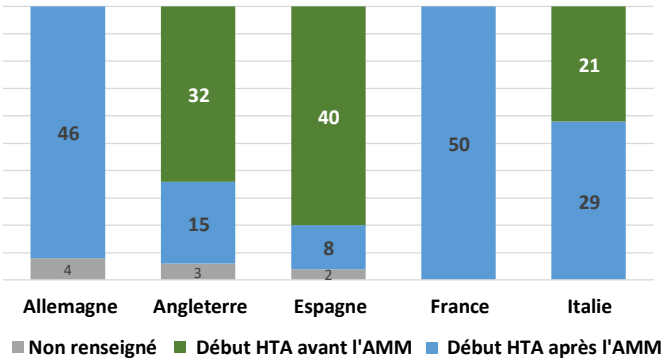



*Champ : médicaments oncologiques ou orphelins avec ou sans accès dérogatoire populationnel (ou nominatif seulement pour l'Espagne) ; chiffres actualisés à juin 2024*
*Source : Cnam d'après enquête AEMPS, AIFA, GKV, données ANSM, HAS, NICE, MHRA, NHS*

### *Des délais d'évaluation clinique les plus rapides en France*

À l'exception de l'Allemagne, la phase d'évaluation clinique (HTA - *Health Technology Assessment*) et/ou médico-économique précède l'accès au marché remboursable dans le cadre du droit commun en Angleterre (accès direct dû à l'absence de négociation de prix par produit), en France et en Espagne (négociation des prix postérieure à l'évaluation). Le début de l'évaluation est anticipé avant l'AMM en Angleterre et en Espagne pour une majorité des produits, et pour un peu moins de la moitié en Italie (Figure 169).

Figure 169 : Nombre de médicaments avec un début d'évaluation antérieur ou postérieur à la date d'autorisation de mise sur le marché (AMM)



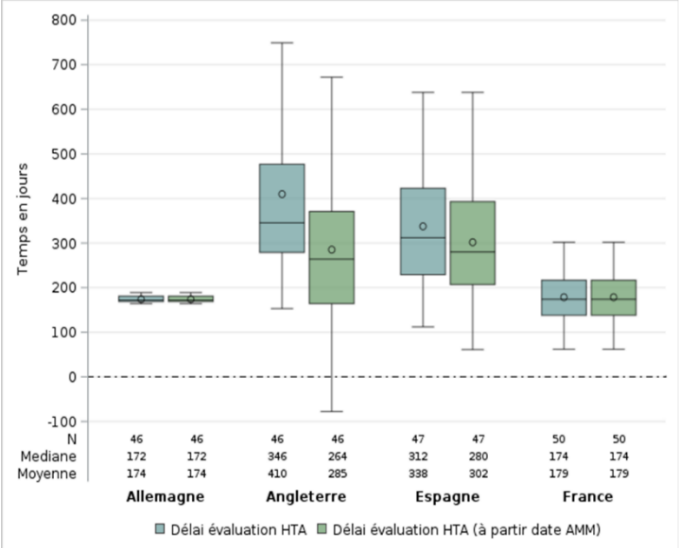

*Champ : 50 médicaments sauf Angleterre (47, 3 produits non évalués par le NICE) ; chiffres actualisés à juin 2024*
*Source : Cnam d'après enquête AEMPS, AIFA, GKV, données HAS, NICE, MHRA, NHS*

Les délais d'évaluation sont les plus courts en France (y compris l'évaluation médico-économique pour 25 produits concernés) et en Allemagne où la phase d'évaluation est réglementée avec des délais médians proches de 170 jours[295] (Figure 170). Suivent l'Espagne (312 jours) et l'Angleterre où les délais comprennent également l'évaluation médico-économique (346 jours). Pour ces pays, l'anticipation du début de la phase d'évaluation

295 En Allemagne, le délai d'évaluation et de négociation est réglementé. À l'issue de ce délai, les prix négociés se substituent aux prix libres, de 12 mois jusqu'en novembre 2022, avec une application des prix négociés rétroactive de 6 mois depuis janvier 2023.

permet de limiter la durée de l'instruction après l'obtention de l'AMM : elle est réduite à 264 jours en Angleterre et à 280 jours en Espagne.

Figure 170 : Délais d'instruction de l'évaluation clinique, en jours, par pays

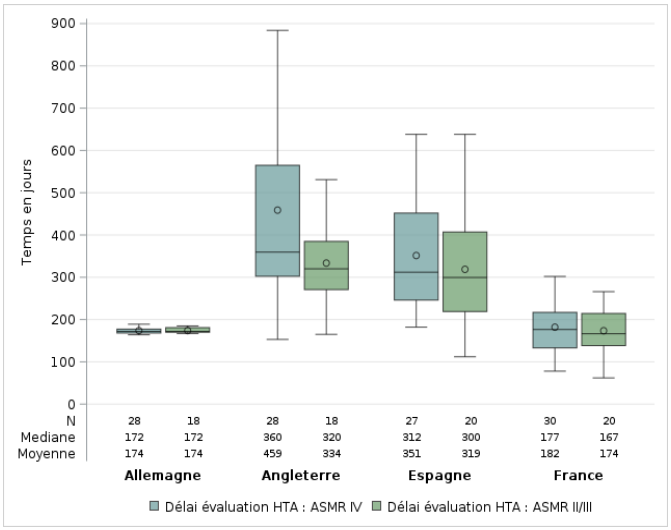



Délai évaluation HTA (*Health Technology Assessment*) : délai entre le début de l'évaluation et la date de clôture de l'évaluation HTA
Délai évaluation HTA (à partir date AMM) : délai entre le début de l'évaluation fixée à la date d'AMM (lorsque l'évaluation est anticipée par rapport à la date d'AMM) et la date de clôture de l'évaluation HTA

*Champ : N=50 médicaments sauf Angleterre N=46 (3 produits non évalués par le NICE et 1 avec information non disponible), non disponible en Italie (décision commune évaluation et remboursement) ; chiffres actualisés à juin 2024*
*Source : Cnam d'après enquête AEMPS, GKV, données HAS, NICE, MHRA, NHS*

Les délais d'évaluation sont en général plus courts pour les médicaments innovants (avec une ASMR II ou III) par rapport aux médicaments avec une ASMR mineure (IV) dans tous les pays (Figure 171). La France enregistre le délai médian le plus court pour les médicaments innovants (167 jours, y compris évaluation médico-économique le cas échéant). En Espagne et en Allemagne, les délais sont comparables, quel que soit le niveau d'ASMR.

Figure 171 : Délais entre le début et la date de clôture de l'évaluation clinique, par pays et niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR), en jours




Délai évaluation HTA (Health Technology Assessment) : délai entre le début de l'évaluation et la date de clôture de l'évaluation HTA

*Champ : N=50 médicaments sauf Angleterre N=46 (3 produits non évalués par le NICE et 1 avec information non disponible), non disponible en Italie (décision commune évaluation et remboursement) ; chiffres actualisés à juin 2024 - Source : Cnam d'après enquête AEMPS, GKV, données HAS, NICE, MHRA, NHS*

### 9.4.3. La dynamique des dépenses des médicaments orphelins

#### Évolution du nombre de produits en lien avec les maladies rares

Un médicament orphelin est un traitement destiné à des maladies rares, affectant moins de 5 personnes sur 10 000, soit moins de 34 000 patients en France[296] pour une même maladie rare. On recense actuellement environ 7 000 maladies rares, et 200 à 300 nouvelles sont découvertes chaque année. D'origine génétique dans 80 % des cas, elles sont souvent graves et invalidantes pour les personnes touchées[297].

En 2022, en France, on comptabilisait 182 médicaments destinés aux traitements des maladies rares ayant ou ayant eu un statut de médicament orphelin, dont seulement 102 possédaient encore le statut orphelin (Tableau 53), c'est-à-dire ayant toujours une AMM avec désignation orpheline, sur la période 2019-2022. Bien qu'un médicament puisse être efficace pour traiter une maladie rare, il ne sera pas nécessairement considéré comme un médicament orphelin. Ainsi, même si un médicament est efficace pour traiter une maladie rare, il ne sera qualifié d'orphelin que s'il répond à des critères spécifiques de rareté et de gravité de la maladie. La désignation d'un médicament comme orphelin (Encadré 29) est soumise à une procédure réglementaire auprès de l'Agence européenne des médicaments (*European Medicines Agency* – EMA). En outre, le statut de médicament orphelin pour un produit évolue dans le temps. L'augmentation de la prévalence générée par une extension d'indication, une méthode de diagnostic, de prévention ou de traitement jugée satisfaisante ou bien encore la fin de l'exclusivité commerciale peuvent mettre fin au statut orphelin du produit. Dans les résultats présentés dans cette étude, l'intérêt s'est porté sur les produits ayant un statut de médicaments orphelins au moment de la délivrance du produit.

Entre 2019 et 2022, le nombre de médicaments orphelins a progressé de 36 %, passant de 75 produits à 102 produits (Tableau 53). Cette croissance a notamment permis l'arrivée de nouveaux traitements dans certaines pathologies comme l'amyotrophie spinale proximale (Zolgensma®, Evrysdi®), la mucoviscidose (Kaftrio®, Kalydeco®) ou bien encore des produits en oncologie.

Tableau 53 : Évolution du nombre de médicaments orphelins entre 2019 et 2022

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|---|---|---|---|
| Médicaments orphelins | 137 | 143 | 163 | 182 |
| *dont médicaments avec le statut orphelin* | *75* | *78* | *89* | *102* |
| *dont médicaments en accès précoce* | *5* | *5* | *8* | *16* |

Note de lecture : le nombre de médicaments en accès précoce est inclus dans le nombre de médicaments avec le statut orphelin.

*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

Trois principaux facteurs contribuent à l'essor des médicaments orphelins :

- Des progrès dans la compréhension des maladies rares : les avancées scientifiques ont permis de mieux cerner les causes et les mécanismes des maladies rares, favorisant le développement de traitements ciblés et personnalisés. Par ailleurs, les associations de patients et les campagnes de sensibilisation ont amélioré la visibilité des maladies rares et la nécessité de les traiter.
- Des incitations réglementaires : l'Union européenne joue un rôle prépondérant dans la promotion du développement de médicaments orphelins. Le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 constitue le fondement juridique de ce dispositif. Ce règlement établit une procédure communautaire de désignation des médicaments orphelins et définit les critères d'éligibilité stricts auxquels ils doivent répondre. Ce règlement offre aux industriels diverses incitations, telles que l'assistance à l'élaboration de protocoles et une exclusivité commerciale de dix ans. Pendant cette période, aucun autre médicament directement concurrent ne peut être mis sur le marché.
- Une implication croissante des industries pharmaceutiques : reconnaissant le potentiel commercial des médicaments orphelins, les industries pharmaceutiques investissent des ressources accrues dans ce domaine, alimentant l'innovation et l'élargissement du pipeline thérapeutique.

296 À partir de la population totale française (source : Insee ; Bilan démographique 2022).

297 Source : ministère en charge de la Sécurité sociale.

## Évolution des dépenses en lien avec les maladies rares

En 2022, les dépenses remboursables de médicaments bénéficiant du statut orphelin en ville et à l'hôpital s'élèvent, hors déduction des remises, à 3,9 milliards d'euros, soit une hausse de 38 % par rapport à l'année 2021 et un taux de croissance annuel moyen (TCAM) de 21,3 % depuis 2019 (Figure 172). La dépense remboursable brute a donc progressé de 1,7 milliard d'euros en 3 ans.

En tenant compte des remises négociées avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), en forte croissance également, les dépenses nettes s'élèvent à 2,2 milliards d'euros en 2022 et progressent sur le même rythme que les dépenses brutes (TCAM 2019-2022 : 20,4%). Ces dépenses ont presque doublé par rapport à l'année 2019 et ont augmenté de 34,5 % par rapport à 2021.

Si on élargit le champ des produits aux médicaments qui traitent des maladies rares, mais qui n'ont pas forcément le statut de médicaments orphelins, le constat reste le même avec une très forte croissance des dépenses supportées par l'Assurance Maladie. L'ensemble des 182 produits représente, en 2022, une dépense remboursable brute de 6,1 milliards d'euros et un taux de croissance annuel moyen de 20,4 % par rapport à 2019, soit une dépense supplémentaire de 2,6 milliards d'euros. Ces dépenses, mais aussi cette croissance, sont supportées exclusivement par l'assurance maladie obligatoire puisque le taux de remboursement moyen observé pour ces produits destinés aux traitements des maladies rares est de 100 % pour la période étudiée (2019 à 2022).

Encadré 29 : Le statut de médicament orphelin

Le règlement européen n° 141/2000 relatif aux médicaments orphelins encadre la procédure de désignation de médicament orphelin. Un médicament peut être désigné orphelin à n'importe quel moment de son développement. L'*European Medicines Agency*, Agence européenne du médicament (EMA), évalue les demandes de désignation de médicament orphelin. Un comité d'experts (COMP) examine les dossiers et donne son avis. La Commission européenne prend la décision finale dans un délai d'un mois.

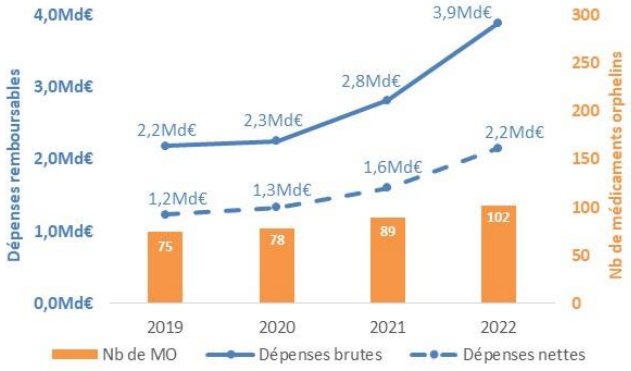
Pour bénéficier de la désignation de médicament orphelin, le produit doit remplir deux conditions :

- il est destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une affection entraînant une menace pour la vie ou une invalidité chronique ne touchant pas plus de 5 personnes sur 10 000 dans l'Union européenne (UE) ; ou il est peu probable que, en l'absence de mesures d'incitation, la vente de ce médicament dans l'UE génère des bénéfices suffisants pour justifier l'investissement nécessaire ;
- il n'existe pas d'autre méthode satisfaisante ou, s'il en existe, le traitement en question procurera un bénéfice notable.

La désignation de médicament orphelin n'est pas une autorisation de commercialisation. Seuls les médicaments désignés comme orphelins qui ont conduit à leur terme des essais cliniques, et pour lesquels les résultats de ces essais attestent d'un rapport bénéfice/risque favorable, peuvent faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Les médicaments désignés comme orphelins relèvent exclusivement du régime de l'AMM communautaire, dite centralisée, délivrée par la Commission européenne. L'obtention d'une AMM européenne ne signifie pas que le médicament est disponible dans l'ensemble des États membres.

Nous avons identifié 182 médicaments ayant ou ayant eu un statut de médicament orphelin. Cette liste a été retravaillée pour s'intéresser uniquement aux médicaments bénéficiant encore du statut orphelin à la date où le produit a été remboursé par l'Assurance Maladie. Ainsi, pour chacun de ces produits, son statut a été vérifié sur le site de l'EMA et d'Orphanet pour obtenir le cas échéant la date de fin du statut orphelin. L'ensemble des résultats dans cette étude porte sur les produits qui ont conservé le statut d'orphelin à la date de remboursement, y compris les produits en accès précoce (hors produits en accès compassionnel).

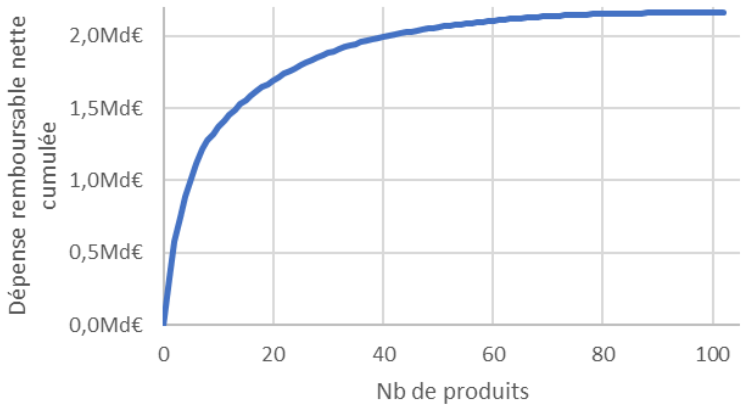
Figure 172 : Évolution du nombre et des dépenses des médicaments orphelins (MO) entre 2019 et 2022, en milliards d'euros




*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Sources : Cnam (SNDS), CEPS pour les remises*

Parmi les médicaments avec le statut orphelin, en 2022, 35 produits concentrent 90 % de la dépense remboursable totale nette de remises, soit 2 milliards d'euros (Figure 173). Ce phénomène de concentration de la dépense s'accentue encore davantage si l'on considère les 10 médicaments les plus onéreux : à eux seuls, ils représentent près de deux tiers des dépenses (1,4 milliard d'euros) liées à l'ensemble des médicaments orphelins remboursés. À l'inverse, près de 50 produits orphelins génèrent des dépenses inférieures à 5 millions d'euros chacun, pour un total cumulé de 90 millions d'euros. Cette disparité met en évidence le caractère hétérogène de la prise en charge des médicaments orphelins, avec un petit nombre de produits concentrant l'essentiel des ressources financières allouées à ce domaine.

Figure 173 : Distribution de la dépense remboursable nette de médicaments orphelins en 2022, en milliards d'euros

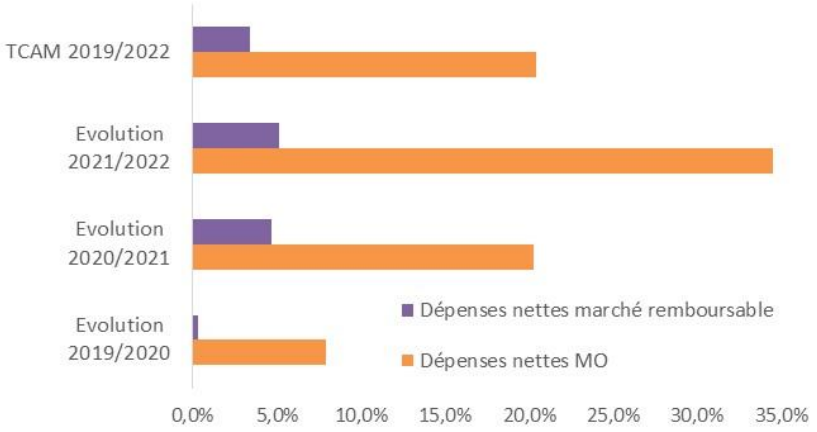



*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Sources : Cnam (SNDS), CEPS pour les remises*

Nettes de remises, les dépenses remboursables de médicaments orphelins représentent 7,4 % des dépenses remboursables totales en 2022 contre 4,7 % en 2019. Sur la période 2019-2022, l'évolution des dépenses de médicaments orphelins est très dynamique avec un taux de croissance annuel moyen de 20,4 % (Figure 174) par rapport à l'ensemble du marché (+ 3,4 %).

Les médicaments orphelins représentent un tiers de la croissance du marché du médicament entre 2019 et 2022. Les dépenses remboursables de médicaments nettes de remises ont progressé de 2,79 milliards d'euros entre 2019 et 2022, dont 920 millions d'euros pour les seuls médicaments orphelins. Les prescriptions de ces produits sont avant tout réalisées par des médecins hospitaliers avec 93 % des montants générés par ces praticiens. Les médecins libéraux ne sont à l'origine que de 7 % des dépenses, dont environ la moitié sont générées par des médecins généralistes.

Figure 174 : Comparaison de l'évolution des dépenses nettes de médicaments orphelins (MO) et de l'ensemble du marché remboursable, entre 2019 et 2022

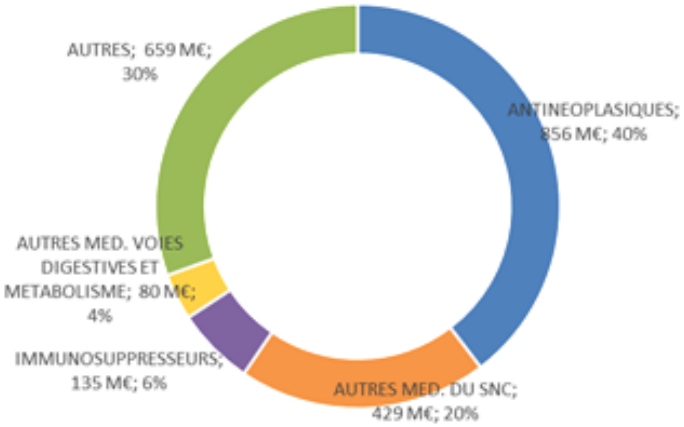



TCAM : taux de croissance annuel moyen

*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Sources : Cnam (SNDS), CEPS pour les remises*

Les dépenses des médicaments destinés au traitement des maladies rares couvrent notamment trois aires thérapeutiques majeures. Les médicaments anticancéreux (Darzalex®, Imbruvica®, Imnovid®…) représentaient en 2022 plus de 40 % du total des dépenses remboursables nettes de remises pour les médicaments orphelins. La Figure 175 ci-après met en évidence la prédominance des médicaments en oncologie/hématologie dans les dépenses. La classe des « Autres médicaments du système nerveux central » (Vyndaqel®, Spinraza®, Onpattro®, Evrysdi®…) arrive en deuxième position avec moins de 450 millions d'euros, soit 17 % des dépenses. Enfin, la classe des « Autres médicaments » regroupe une diversité de traitements et notamment les médicaments contre la mucoviscidose (Kaftrio®, Kalydeco®…) ou bien encore des antiviraux.

Figure 175 : Répartition par aire thérapeutique de la dépense remboursable nette de remises de ces produits en 2022, en millions d'euros et en pourcentage




SNC : système nerveux central

*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Sources : Cnam (SNDS), CEPS pour les remises*

## Caractéristiques des patients bénéficiant des médicaments orphelins

En 2022, 64 098 patients ont bénéficié d'un remboursement pour un médicament orphelin, soit une hausse de 17 % par rapport à 2019.

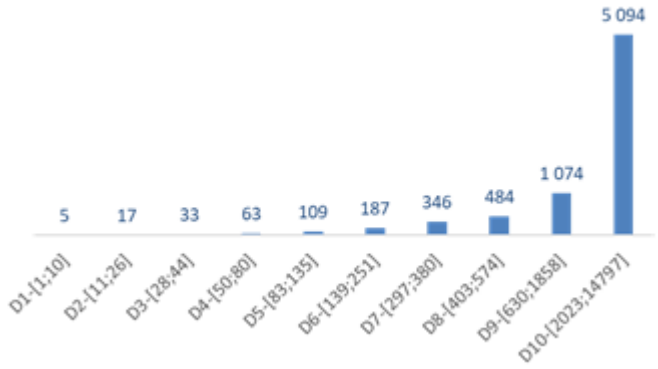
La distribution du nombre de patients par produit montre une forte hétérogénéité. Pour aucun des produits concernés dans cette étude, le seuil de 34 000 patients n'est dépassé[298]. Néanmoins, la population cible définie par la Haute Autorité de santé est dépassée dans certains cas.

Pour la moitié des 102 médicaments bénéficiant du statut orphelin, on dénombre au moins 135 consommants par produit (Figure 176). Les produits du dernier décile, c'est-à-dire le décile qui compte le plus de patients par produit, comptent en moyenne 5 094 bénéficiaires. Parmi ces produits avec en moyenne 5 094 patients, on trouve la plupart des blockbusters comme Darzalex®, Vyndaqel®, Kaftrio® ou bien encore Imnovid®.

Les 10 % de produits orphelins qui comptent le moins de patients, en comptent au plus 10 et traitent en moyenne 5 patients. Ce décile regroupe notamment des produits comme Upstaza® indiqué dans le traitement de première intention des patients âgés de 18 mois et plus présentant un diagnostic clinique, moléculaire et génétiquement confirmé de déficit en décarboxylase d'acide L-aminé aromatique associé à un phénotype sévère, ou bien encore la thérapie génique Luxturna® pour le traitement des adultes et des enfants présentant une perte visuelle due à une dystrophie rétinienne héréditaire résultant de mutations bialléliques confirmées du gène RPE65 et possédant suffisamment de cellules rétiniennes viables.

Parmi les médicaments orphelins, il existe une sous-catégorie appelée médicament ultra-orphelin. Cette catégorie encore plus restreinte vise des pathologies affectant un nombre de patients plus réduit, moins de 1 patient pour 50 000 habitants[299]. À partir de ce seuil de prévalence, le nombre extrapolé de patients concernés au regard de la population française en 2022 s'élève à 1 360. La Figure 176 montre que la plupart des médicaments bénéficiant du statut orphelin correspondent à des médicaments ultra-orphelins.

Figure 176 : Distribution du nombre de patients moyen par médicament orphelin en 2022



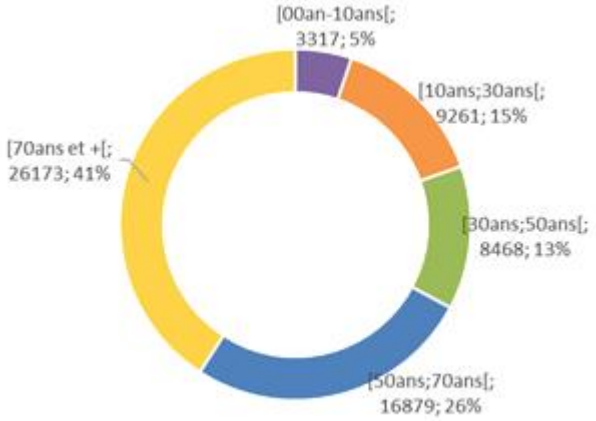

*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

En 2022, l'âge moyen des bénéficiaires des traitements de maladie rare est de 57 ans. Un peu plus de 40 % de ces patients sont âgés de plus de 70 ans (Figure 177). Les patients de moins de 30 ans représentent moins de 20 % du nombre total de ces patients. L'âge moyen est également variable d'une classe thérapeutique à l'autre.

298 Cela correspond au seuil défini par l'Union européenne (5 personnes sur 10 000 x la population française). Le seuil de 5 personnes sur 10 000 permet d'identifier les maladies suffisamment rares pour justifier des mesures incitatives particulières.

299 Excellence NIfC. *NICE Citizens Council Report on Ultra Orphan Drugs*. London 2004.

Figure 177 : Répartition par tranche d'âge des consommants de médicaments orphelins en 2022

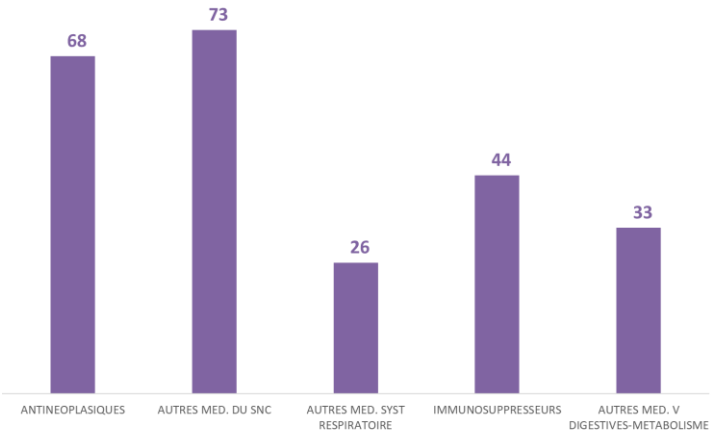



*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

En se concentrant sur les classes les plus importantes en matière de dépenses :

- les patients consommant des anticancéreux sont âgés en moyenne de 68 ans ;
- les médicaments de la classe EPhMRA (*European Pharmaceutical Marketing Research Association,* Association européenne de recherche en marketing pharmaceutique) « Autres médicaments du système nerveux central » où sont classés des blockbusters comme les produits destinés au traitement de l'amyotrophie spinale (SMA) ou bien encore la prise en charge de l'amylose cardiaque et héréditaire à transthyrétine traitent des patients âgés en moyenne de 73 ans ;
- l'âge moyen dans la classe intitulée « Autres médicaments du système respiratoire » qui contient les médicaments dans le traitement de la mucoviscidose s'élève à 26 ans (Figure 178).

Figure 178 : Âge moyen des consommants de médicaments orphelins en 2022 pour quelques classes EPhMRA

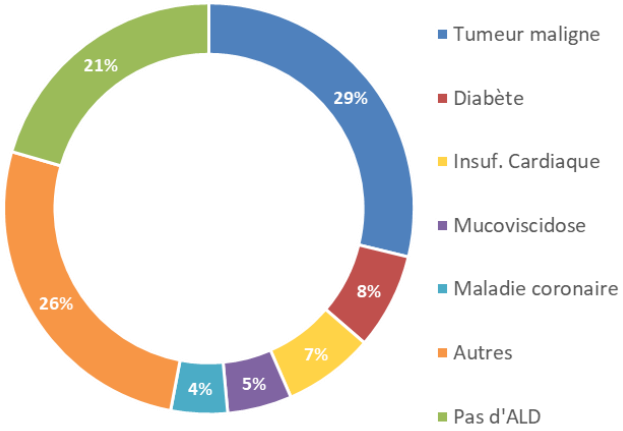



AUTRES MED. DU SNC : autres médicaments du système nerveux central
AUTRES MED. SYST RESPIRATOIRE : autres médicaments du système respiratoire
AUTRES MED. V DIGESTIVES-METABOLISME : autres médicaments des voies digestives-métabolisme
EPhMRA : *European Pharmaceutical Marketing Research Association*, Association européenne de recherche en marketing pharmaceutique

*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

En 2022, près d'un tiers des consommants de ces produits sont en affection de longue durée (ALD) n° 30 cancer, un peu moins de 10 % en ALD n° 8 diabète et 7 % en ALD n° 5 insuffisance cardiaque (Figure 179).

Figure 179 : Répartition du nombre de consommants de médicaments orphelins par type d'affection de longue durée (ALD) en 2022, en pourcentage




*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Source : Cnam (SNDS)*

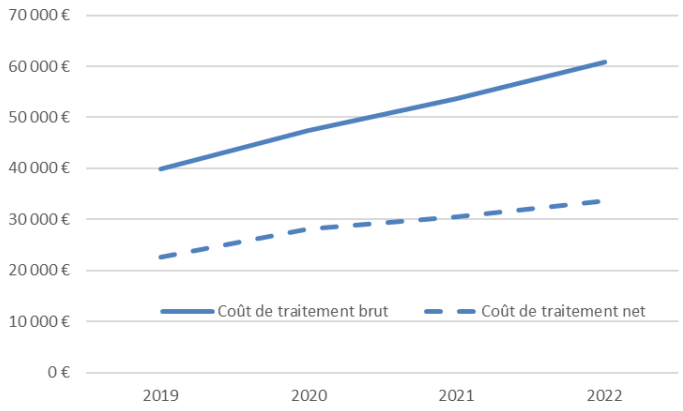
## Des coûts de traitement en forte progression

La croissance du nombre de médicaments orphelins témoigne d'une évolution prometteuse dans la lutte contre les maladies rares. Cependant, des défis importants persistent en matière de soutenabilité des dépenses. Les dépenses liées à ces médicaments ne cessent d'augmenter et représentent, en 2022, 3,9 milliards d'euros, avant l'application des remises, et 2,2 milliards d'euros après leur prise en compte.

L'un des principaux facteurs de cette hausse des dépenses pour l'Assurance Maladie est le coût de traitement par patient. Entre 2019 (39 943 euros) et 2022 (60 773 euros), le coût de traitement moyen brut des traitements pour les maladies rares, y compris les produits en accès précoce, a augmenté de 52 % alors que dans le même temps, le coût de traitement net a augmenté de 49 %, de 22 401 euros à 33 678 euros, sur la même période. Le taux de remise moyen de ces produits est resté relativement stable entre 41 % et 45 % entre 2019 et 2022.

Pour rappel, en 2022, la dépense remboursable de médicaments par patient en France s'élève en moyenne à 513 euros. Par ailleurs, pour les 65 millions de consommants de médicaments en France en 2022, les 5 % de patients pour lesquels la dépense remboursable, hors remises, de médicaments est la plus élevée présentent une dépense d'au moins 1 350 euros.

Figure 180 : Évolution des coûts de traitement brut et net entre 2019 et 2022, en euros




*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Sources : Cnam (SNDS), Comité économique des produits de santé (CEPS) pour les remises*

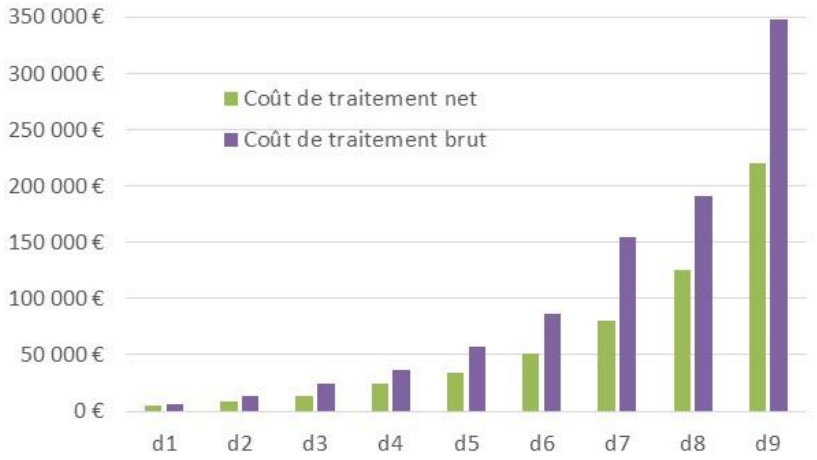
Ce coût de traitement moyen cache des disparités selon les produits (Figure 180). La distribution des coûts de traitement par produit met en lumière l'existence d'une forte hétérogénéité des coûts de traitement des médicaments orphelins. La moitié des produits orphelins présente un coût de traitement d'au moins 57 663 euros en brut et de 34 157 euros en net (Figure 181). Pour les 10 % de médicaments pour lesquels le coût de traitement

est le plus élevé, celui-ci s'élève à au moins 347 000 euros en brut et à 220 000 euros en net. Dans ce décile, on trouve plusieurs aires thérapeutiques comme :

- la classe des « Antinéoplasiques » ;
- la classe des « Autres médicaments du système nerveux central » ;
- les produits de la classe des « Médicaments de la digestion, enzymes digestives incluses ».

Pour les 10 % de produits pour lesquels le coût de traitement est le plus faible, celui-ci s'élève à 6 641 euros en brut et 5 165 euros en net.

Figure 181 : Distribution des coûts de traitement par patient des médicaments orphelins en 2022, en euros



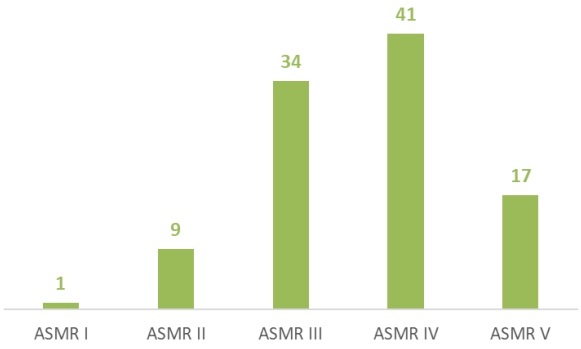

*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Sources : Cnam (SNDS), Comité économique des produits de santé (CEPS) pour les remises*

L'avenant signé le 6 avril 2022 entre le Leem (les Entreprises du médicament) et le CEPS (Comité économique des produits de santé) vise à faciliter l'accès aux médicaments orphelins en France. Cet avenant permet l'utilisation de toutes les règles de l'accord-cadre, à l'exception de l'utilisation de médicaments comparateurs qui ne sont ni brevetés ni autorisés sur le marché. Pour les produits avec une ASMR I à IV, le comparateur retenu pour fixer le prix du médicament orphelin sera un princeps non génériqué pour les médicaments chimiques et un médicament biologique de référence non biosimilarisé pour les médicaments biologiques. Le statut de médicament orphelin garantit à ces produits un prix facial ne pouvant être inférieur au prix le plus faible observé dans les pays du corridor européen (Allemagne, Royaume-Uni, Italie et Espagne). En l'absence d'accord conventionnel sur la base des règles précitées, et si le coût annualisé revendiqué par patient dépasse le seuil de 50 000 euros, le Comité ou l'entreprise peuvent proposer la solution suivante : en contrepartie d'un prix facial cohérent avec les prix pratiqués au niveau international, l'entreprise s'engage à fournir le médicament à tous les patients éligibles au traitement sans aucune restriction pour un montant total de chiffre d'affaires plafonné à un montant négocié conventionnellement. De plus, cet avenant simplifie la révision des conditions de prix en cas de changement du nombre de patients traités, et autorise l'audition d'experts médicaux par le CEPS pendant l'instruction des dossiers. Cela devrait accélérer la mise à disposition de nouveaux traitements. La période étudiée dans cette étude ne permet pas de mesurer l'impact de cet avenant sur les prix et les dépenses des médicaments orphelins.

Les niveaux d'amélioration du service médical rendu (ASMR) élevés attribués par la Haute Autorité de santé (HAS) à ces produits leur permettent de bénéficier de prix élevés dans le cadre des négociations avec le CEPS. Une molécule peut avoir plusieurs niveaux d'ASMR selon les indications.

Pour cette étude, nous avons retenu sa meilleure évaluation. Un peu plus de 40 % des médicaments ont bénéficié d'une ASMR I à III à savoir une amélioration majeure à modérée (exemples : Orphacol®, Strensiq®, Soliris®), 41 % d'une ASMR IV (mineure, exemples : Takhzyro®, Zejula®) et 19 % d'une ASMR V (exemples : Cerdelga®, Minjuvi®) c'est-à-dire sans amélioration du service médical rendu (Figure 182). En matière de dépenses nettes de remises, 77 % sont générées par des molécules d'ASMR I à III, 18 % par les ASMR IV et 5 % par les ASMR V.

Figure 182 : Répartition du nombre de médicaments orphelins selon le meilleur niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) du produit, en 2022




ASMR I : majeure ; ASMR II : importante ; ASMR III : modérée ; ASMR IV : mineure ; ASMR V : inexistante

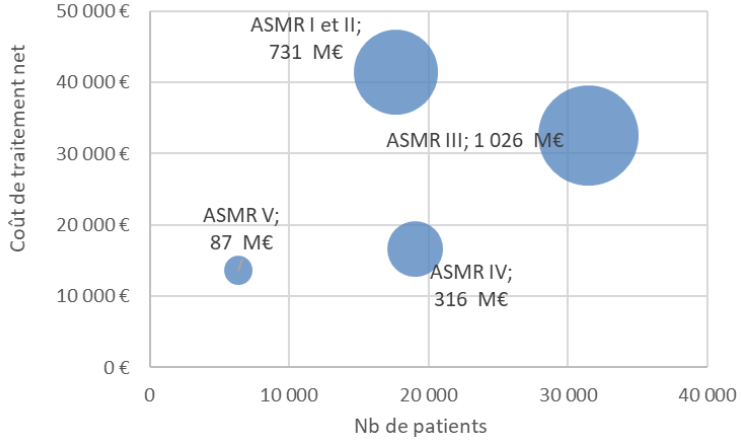
*Sources : Cnam, HAS*

À noter également qu'il n'existe pas de corrélation entre le coût de traitement et le nombre de consommants par produit. Le coût de traitement résulte de plusieurs facteurs définis par l'accord-cadre et notamment le niveau d'ASMR comme le rappelle l'avenant signé entre le CEPS et le Leem sur les médicaments orphelins signé le 6 avril 2022.

En 2022, les produits évalués ASMR III (modérée) ont généré le plus de dépenses remboursables nettes de remises (1,03 milliard d'euros). Cette prédominance s'explique par le nombre élevé de patients traités (31 465) et le coût important des traitements (29 000 euros).
En seconde position se classent les produits d'ASMR I (majeure) et II (importante), avec 731 millions d'euros de dépenses remboursables nettes. Bien que le nombre de patients concernés soit moindre (17 666) et le nombre de produits plus réduit (10 médicaments contre 34 pour les ASMR III), les coûts de traitement élevés expliquent leur place dans le classement. Enfin, les produits orphelins ayant reçu au mieux une ASMR IV (mineure) ou V (inexistante) représentaient plus de la moitié des produits étudiés en 2022, mais ne concentraient que 19 % des dépenses. Ces produits présentaient des coûts de traitement annuel moyen de 14 228 euros et 8 345 euros respectivement en 2022 (Figure 183).

La décomposition de la croissance des dépenses, en retenant comme indicateurs la croissance du nombre de patients d'une part et du coût de traitement d'autre part, montre que ce coût par patient explique à lui seul 85 % de la croissance totale des dépenses remboursables nettes sur la période 2019 à 2022.

Figure 183 : Coût de traitement annuel moyen net des médicaments orphelins selon le niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR), le nombre de patients et les dépenses remboursables nettes de remises en 2022




*Champ : tous régimes - France entière - données en date de liquidation*
*Sources : Cnam (SNDS), Comité économique des produits de santé (CEPS) pour les remises*

L'essor des médicaments orphelins destinés aux maladies rares représente une avancée majeure pour la santé publique et le paysage pharmaceutique. En effet, ces traitements innovants offrent un nouvel espoir aux patients qui, auparavant, étaient souvent condamnés à vivre sans traitement efficace. L'accès à ces médicaments améliore considérablement leur qualité de vie et leur espérance de vie.

Malgré les progrès notables réalisés dans le développement de médicaments orphelins, des défis économiques majeurs persistent. Le coût élevé de la recherche et du développement, couplé aux prix souvent élevés des traitements, nécessite la mise en place de stratégies innovantes de tarification et de financement. Ces stratégies doivent permettre aux patients d'accéder aux traitements dont ils ont besoin tout en préservant la viabilité financière des systèmes de santé.

Les dépenses liées à ces produits sont aujourd'hui concentrées sur certaines aires thérapeutiques. La recherche et développement doit continuer à se développer et s'étendre à de nouvelles classes thérapeutiques où il existe des besoins médicaux encore non couverts.

## 9.5. Évaluation de l'impact des remises sur les prix des médicaments pour les marges de distribution en 2021 et 2022

Dans le cadre des négociations entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les fabricants de médicaments, un dispositif de remises sur les prix a été établi. Ce dispositif permet aux laboratoires de bénéficier d'un prix public plus élevé que le prix réel payé par l'Assurance Maladie.

Les industriels sollicitent de plus en plus ce système de remises afin d'obtenir un prix public (ou prix facial) élevé qui servira ensuite de référence dans les autres pays de commercialisation du produit. Depuis 2017, le montant des seules remises produits a ainsi été multiplié par 4 pour atteindre 5,7 milliards d'euros en 2022. D'après de premières estimations du CEPS, ce montant pourrait s'élever à environ 7,2 milliards d'euros en 2023. Cette différence, entre le prix affiché publiquement et le prix effectivement payé par l'Assurance Maladie, entraîne une dépense supplémentaire pour l'Assurance Maladie en lien avec les marges de distribution versées aux pharmaciens et aux grossistes. En effet, ces marges sont calculées sur la base du prix public des médicaments.

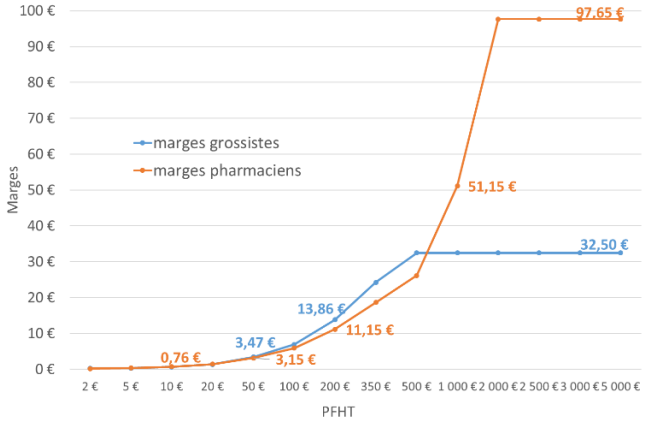
### 9.5.1. Des marges de distribution en ville, fonction du prix public des médicaments

Le prix public hors taxes (PPHT) d'une spécialité remboursable est obtenu en ajoutant au prix fabricant hors taxes la marge des grossistes et la marge des pharmaciens dès lors que le produit est inscrit sur la liste des spécialités remboursables et délivrées en officine de ville.

Les marges grossistes et pharmaciens sont calculées en fonction du prix hors taxes de chaque médicament. Elles sont plafonnées au-delà d'un certain niveau du prix. Les marges grossistes sont plafonnées à 32,50 euros dès lors que le prix fabricant hors taxes (PFHT) est supérieur ou égal à 468,97 euros. La marge des pharmaciens est plafonnée à 97,65 euros en cas de PFHT supérieur ou égal à 1 930 euros (Figure 184).

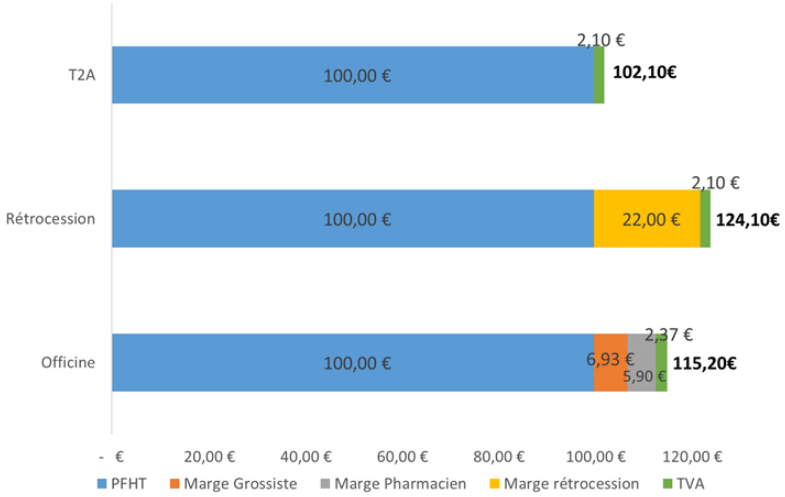
À l'hôpital, la rémunération de la distribution diffère. Pour les médicaments délivrés à l'hôpital en rétrocession, il existe une marge forfaitaire de 22 euros depuis le 1er janvier 2010. Pour les produits de la liste en sus délivrés dans le cadre d'une hospitalisation, il n'existe pas de marges liées à la distribution (Figure 185).

Figure 184 : Marges grossistes et pharmaciens en fonction du prix fabricant hors taxes (PFHT)




*Source : Cnam*

Figure 185 : Décomposition du prix toutes taxes comprises (TTC) d'une spécialité remboursable



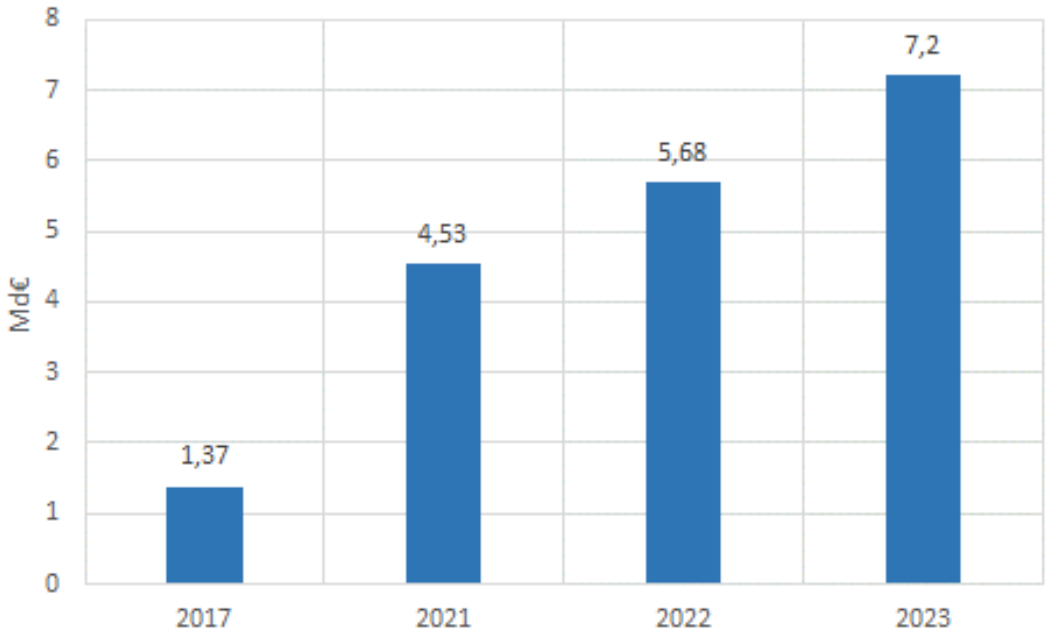

T2A : tarification à l'activité, PFHT : prix fabricant hors taxes ; TVA : taxe sur la valeur ajoutée

*Source : Cnam*

### 9.5.2. Une hausse exceptionnelle des remises depuis 2017 qui décorrèle le prix public du prix réel du médicament

Même si les montants ne sont pas encore définitifs et doivent être confirmés, les remises devraient atteindre pour l'année 2023 7,2 milliards d'euros, en hausse de 27 % par rapport à 2022 et de 32 % par an depuis 2017. En 2022, les dépenses remboursables des produits qui ont engendré une remise s'élevaient à 17,2 milliards d'euros, dont 16,6 milliards d'euros remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Environ 250 produits ont été à l'origine du versement d'une remise en 2022 dont 180 étaient délivrés en officine pour une dépense remboursée de 11 milliards d'euros. Ces médicaments entraînent donc une dépense supplémentaire pour l'Assurance Maladie en lien avec l'écart entre leur prix public et le prix réel négocié entre l'industriel et le CEPS.

Figure 186 : Évolution des montants des remises produits entre 2017 et 2023, en milliards d'euros




Remarque : les données 2023 correspondent à des estimations.

*Source : Comité économique des produits de santé (CEPS)*

### 9.5.3. Plus de 150 millions d'euros de dépenses supplémentaires pour l'Assurance Maladie sur les marges de distribution

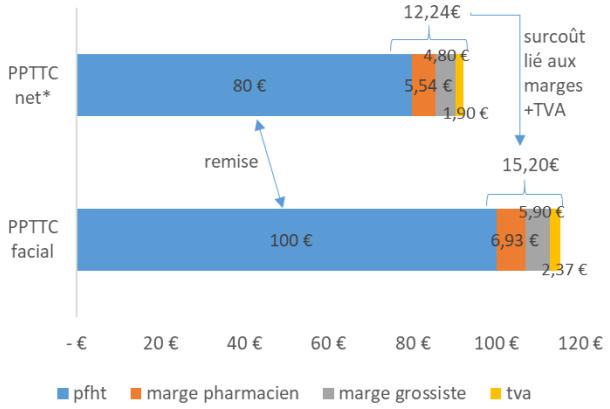
L'évaluation[300] du surcoût du prix facial sur les dépenses de l'Assurance Maladie porte uniquement sur les produits qui ont généré une remise produit versée auprès du CEPS en 2021 et 2022. Ces données sont fournies par le CEPS et ont été retraitées afin de déterminer le taux de remise moyen produit par produit en 2021 et en 2022 pour obtenir ainsi le prix net par produit.

La Figure 187 ci-après prend l'exemple d'un produit dont le prix fabricant hors taxes « facial », c'est-à-dire public, est de 100 euros soit un prix public TTC de 115,20 euros. Le laboratoire exploitant a négocié une clause produit avec le CEPS, et la mise en place d'une remise à la première boîte dont le taux s'élève à 20 %. Après déduction de cette remise, le prix fabricant net hors taxes s'élève à 80 euros et à 92,24 euros pour le prix public toutes taxes comprises (PPTTC). Il apparaît alors que le montant des marges est supérieur à celui calculé sur le prix net c'est-à-dire après déduction de la remise due par les industriels. Dans cet exemple, la dépense supplémentaire de marges pour l'Assurance Maladie s'élève à 2,96 euros par boîte.

300 Pour calculer au mieux l'impact du prix facial par rapport au prix net sur les marges de distribution, la date de délivrance a été prise en compte afin de tenir compte des modifications intervenues dans le calcul des marges ces dernières années. Les dernières modifications dans le calcul des marges sont intervenues en février 2021.

Figure 187 : Exemple pour un produit valorisé avec un prix fabricant hors taxes (PFHT) de 100 euros et un taux de remise de 20 %

| PFHT facial | PPTTC facial | Taux de remise | PFHT net | PPTTC net | Nb de boîtes vendues | Dépenses supplémentaires par boîte | Taux de remboursement moyen observé du produit | Surcoût total | Surcoût pour l'AM obligatoire |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 100,00 € | 115,20 € | 20% | 80,00 € | 92,24 € | 3 000 000 | 2,96 € | 90% | 8,9M€ | 8,0M€ |




PPTTC : prix public toutes taxes comprises ; AM : Assurance Maladie ; TVA : taxe sur la valeur ajoutée

*Source : Cnam*

Les dépenses supplémentaires pour l'Assurance Maladie sur la distribution de médicaments en lien avec les remises s'élèvent en 2022 à 152 millions d'euros (Tableau 54). Ce surcoût est généré à hauteur de 57 % par une dépense supplémentaire sur les marges de pharmaciens, soit 87 millions d'euros et 65 millions d'euros pour les marges grossistes. Après application du taux de remboursement, cet impact s'élèverait à 140 millions d'euros pour l'assurance maladie obligatoire. En effet, les produits concernés par le versement d'une remise présentent un taux de remboursement moyen observé élevé (en moyenne 94 %).

Cette dépense supplémentaire connaît une forte hausse, de 35 %, par rapport à l'année 2021 et devrait continuer de croître du fait de la dynamique soutenue des remises.

En 2022, plus de trois quarts de ce surcoût pour l'Assurance Maladie porte sur des produits dont le niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR), attribué par la Haute Autorité de santé (HAS), est mineur (ASMR IV) ou sans progrès thérapeutique (ASMR V).

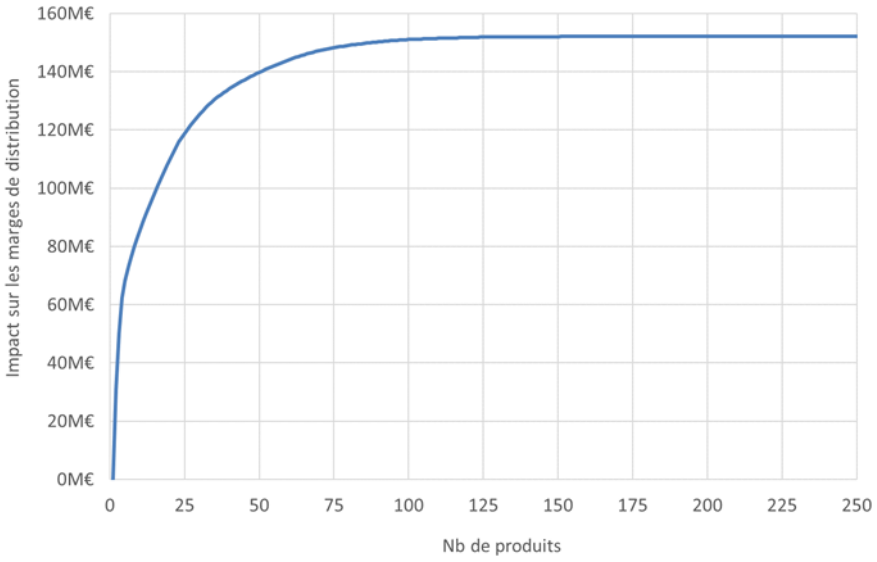
Tableau 54 : Dépenses supplémentaires de distribution des médicaments du fait des remises sur le prix en 2021 et 2022

| | Dépenses supplémentaires (ensemble des financeurs) | | | Dépenses supplémentaires pour l'Assurance Maladie | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2021 | 2022 | Evolution 2021/2022 | 2021 | 2022 | Evolution 2021/2022 |
| Impact lié aux marges pharmaciens | 62M€ | 87M€ | 40% | 58M€ | 81M€ | 40% |
| Impact lié aux marges grossistes | 51M€ | 65M€ | 28% | 47M€ | 59M€ | 27% |
| **Impact total** | 113M€ | 152M€ | 35% | 104M€ | 140M€ | 34% |

*Sources : Medic'AM, Comité économique des produits de santé (CEPS), traitements Cnam*

Cette dépense supplémentaire pour l'Assurance Maladie se concentre sur quelques produits. Ainsi, 25 produits génèrent à eux seuls un surcoût de 120 millions d'euros en montant remboursable et les 50 premiers produits représentent 140 millions d'euros de dépenses supplémentaires (Figure 188), ce qui représente environ 1 % des dépenses remboursées en ville pour ces produits. Les trois premiers produits en matière de dépenses supplémentaires génèrent à eux seuls un surcoût de 40 millions d'euros. Il s'agit de produits dont le taux de remise moyen est élevé et qui sont à l'origine de dépenses importantes pour l'Assurance Maladie puisqu'ils figurent dans les dix produits qui génèrent le plus de dépenses annuelles.

Figure 188 : Concentration des dépenses supplémentaires de distribution des médicaments du fait des remises sur le prix, en millions d'euros, en 2022




*Sources : Medic'AM, CEPS, traitements Cnam*

**Proposition 21 : Déployer un plan d'action pluriannuel de pertinence de la dépense de transport de patients, extrêmement dynamique (+ 9 %), mais source d'inégalités de santé (difficultés d'accès pour certaines populations et dans certains territoires)**

- Amplifier le recours au transport partagé.
- Généraliser les plateformes de commande de transports de patients dans les établissements.
- Déployer largement les outils permettant une fiabilisation de la facturation (géolocalisation, service de prescription électronique – SPE –, service électronique de facturation intégré – SEFI).
- Mettre en place un accompagnement ciblé et gradué des prescripteurs libéraux.
- Sensibiliser les établissements de santé à leurs prescriptions *via* le dispositif d'accompagnement « visite annuelle des établissements de santé » (VAES).
- Promouvoir et faciliter l'utilisation et l'autodéclaration du transport personnel (*via* le service Mes Remboursements Simplifiés)
- Généraliser le dispositif TSAM (plateforme de commande de transports pour les assurés) pour les trajets (bateau, avion…) soumis à demande d'accord préalable (DAP).

**Proposition 22 : Demander aux industriels le remboursement du surcoût de marge de distribution payé par l'Assurance Maladie du fait de l'existence de certains prix faciaux différents des prix nets, sauf en cas d'engagement pour une convergence rapide (« dans un horizon maximum de 12 mois ») du prix public vers le prix négocié**

- Cette disposition pourrait être inscrite dans l'accord-cadre régissant les négociations entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les Entreprises du médicament (Leem).

# 10. La santé numérique : des potentiels à réaliser

Dans le rapport Charges et produits pour 2024, l'Assurance Maladie appelait à *« renforcer l'évaluation pour promouvoir les usages »* des innovations numériques. Le constat d'un écart entre le dynamisme des innovations et leur intégration concrète dans les pratiques se confirme cette année.

D'une part, si la crise sanitaire a accéléré les usages de la télésanté, ceux-ci n'ont que partiellement convaincu au-delà de la nécessité contingente. En effet, le nombre de téléconsultations facturées a diminué de 32 % entre 2020 et 2023 et ne représente actuellement que 2 % de l'ensemble des actes des médecins. De la même manière, bien que leur nombre ait doublé en 3 ans, 302 070 télé-expertises ont été réalisées en 2023. Enfin, la généralisation de la télésurveillance médicale et le lancement de la prise en charge anticipée numérique n'ont pas encore eu l'effet escompté sur le nombre de solutions prises en charge ni sur le nombre de patients inclus.

D'autre part, les applicatifs d'intelligence artificielle (IA) en santé se sont multipliés de manière exponentielle ces derniers mois : outils d'aide au diagnostic, à la décision médicale et à la prescription, jumeaux numériques[301], outils thérapeutiques de réalité virtuelle… La capacité des systèmes d'IA à traiter, analyser et interpréter un très grand nombre d'informations est déterminante pour améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge des patients ainsi que les conditions de travail des professionnels de santé. Dans un contexte de cycle d'innovation très court, une analyse des freins actuels au développement des usages numériques en santé mérite d'être entreprise en amont de la structuration d'une nouvelle offre de soins permise par l'IA.

La prise en charge par la solidarité nationale justifie des modalités d'accès au marché exigeantes. À de rares exceptions, les outils numériques en santé entrent dans la catégorie des dispositifs médicaux au sens de la directive européenne 2017/745[302]. En France, cela a pour avantage de les rattacher à des voies de prise en charge connues : la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) et la liste des activités de télésurveillance médicale pour les dispositifs à usage individuel, la nomenclature des actes pour les dispositifs à usage collectif. La solvabilisation par l'assurance maladie obligatoire rend naturellement le parcours de remboursement complexe : marquage CE (conformité européenne), règlement général sur la protection des données (RGPD), certificat d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique de l'Agence du numérique en santé (ANS), avis positif de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS), négociation tarifaire au Comité économique des produits de santé (CEPS). Toutes ces étapes visent à garantir un haut niveau de sécurité et de performance des produits remboursés. En tant que payeur final, l'Assurance Maladie partage la nécessité de faire évoluer les méthodes d'évaluation en tenant compte de la spécificité de ces outils mais ne souhaite en aucun cas diminuer le niveau de preuves attendues par rapport aux autres produits de santé. Ces exigences seront encore plus contraignantes pour les systèmes d'IA. Classés comme étant à haut risque par le règlement européen sur l'intelligence artificielle[303], ils seront concernés par des normes spécifiques, en particulier en matière de gestion de la qualité, de traçabilité, d'évaluation de la conformité, de qualité des jeux de données utilisées, de transparence et information, de contrôle humain, de coopération avec les autorités, de robustesse, d'exactitude et de cybersécurité.

Alors que le remboursement est le modèle économique dominant, la démonstration de preuves cliniques et organisationnelles n'est pas suffisamment anticipée par les entreprises. La stratégie clinique à des fins de preuves scientifiques est souvent absente de la conception et du développement des innovations numériques en santé. Il n'est pas rare que des erreurs méthodologiques invalident les essais cliniques devant la Haute Autorité de santé (HAS). L'approche centrée sur l'outil prive également les porteurs de projet d'une vision des impacts organisationnels et médico-économiques de leur solution. Les conditions de réussite de leur intégration dans la pratique des professionnels de santé ou le parcours de soins du patient sont assez peu anticipées. Ces impacts métiers sont pourtant analysés par la HAS pour fonder ses avis.

301 Un jumeau numérique est une réplique virtuelle d'un organe ou d'un processus physique ou physiologique. Cette copie numérique utilise des données en temps réel provenant de capteurs et d'autres sources pour simuler, analyser et optimiser le fonctionnement de son homologue physique. Les jumeaux numériques facilitent la prise de décision grâce à des simulations précises et des prévisions basées sur les données.

302 Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE : https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02017R0745-20200424

303 *Regulation of the European Parliament and of the Council laying down harmonised rules on artificial intelligence (Artificial Intelligence Act) and amending certain Union legislative acts*, adopté le 23 mars 2024 par le Parlement européen: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021PC0206

Dans le champ de la santé numérique, les enjeux strictement technologiques sont surévalués par rapport aux enjeux métiers. L'interopérabilité, la cybersécurité, l'éthique ou le RGPD ne constituent pas leur propre finalité mais un moyen au service d'usages vertueux, sécurisés, ergonomiques et utiles. Pour accéder aux remboursements, il est important de penser la conformité dès le départ (*Compliance as Design*) tout en cherchant à répondre à un besoin médical ou métier (Operational Excellence as Design).

Dans ce contexte, les attentes des pouvoirs publics vis-à-vis du secteur mériteraient d'être clarifiées. En effet, la politique d'investissements publics est ambitieuse (stratégie d'accélération « Santé numérique » : 718 millions d'euros, plan « Dispositifs médicaux innovants » : 400 millions d'euros) mais repose le plus souvent sur des appels à projets, entérinant le modèle de la subvention. Cette modalité de financement mériterait d'être complétée par de la commande publique qui aurait pour avantage de :

- soutenir les entreprises par la garantie d'un chiffre d'affaires ;
- orienter le marché vers les priorités et les besoins du système de santé identifiés par les pouvoirs publics.

Enfin, l'acculturation des professionnels de santé et des patients aux innovations numériques doit s'accélérer. L'Assurance Maladie soutient que la démonstration de preuves est le préalable indispensable à tout travail de conviction après des destinataires de l'innovation. Indispensable mais pas suffisant. Aujourd'hui, le numérique est encore trop souvent perçu comme un irritant dans la pratique des professionnels de santé et le parcours de soins des patients. L'accompagnement à la prise en main et aux usages doit être désormais pleinement investi pour transformer le potentiel en réalité concrète et utile.

Sans céder au technosolutionnisme, les innovations numériques font définitivement partie de la réponse aux multiples défis du système de santé. Les potentiels importants invitent à se projeter positivement vers l'avenir dans un esprit de coconstruction et de confiance avec l'ensemble des parties prenantes. Animée de cette volonté, l'Assurance Maladie revient cette année sur la téléconsultation, les thérapies digitales et les systèmes d'IA. Bien que se situant à des niveaux de maturité différents, chacun de ces outils illustre les risques et opportunités, les difficultés et avancées du numérique en santé.

## 10.1 Parachever le cadre de régulation de la téléconsultation : une approche médicalisée

L'objectif initial du déploiement des téléconsultations était de faciliter l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, notamment dans les zones de faible densité médicale, et d'améliorer la qualité de vie des patients. Les actes de téléconsultation sont remboursables par l'Assurance Maladie depuis septembre 2018, sous certaines conditions, à savoir : le respect du parcours de soins coordonnés (orientation initiale par le médecin traitant), le respect de la territorialité (le médecin téléconsultant doit se situer à proximité du patient) et l'alternance de téléconsultations avec des consultations physiques. Ces règles connaissent toutefois des exceptions (situations d'urgence, patients sans médecin traitant par exemple) et avaient été assouplies de manière temporaire pendant la pandémie de Covid-19.

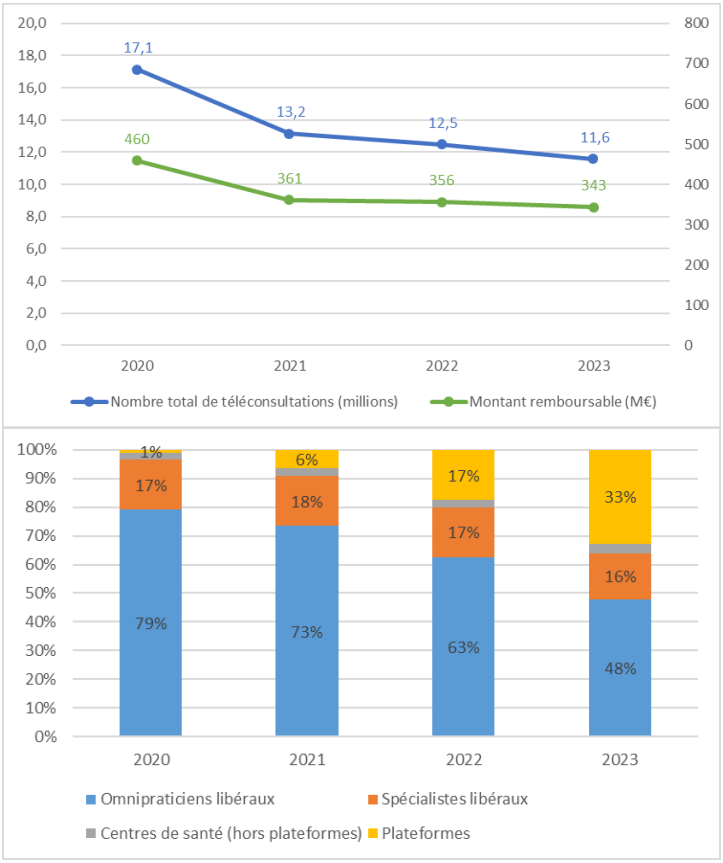
### 10.1.1. Évolution et structure des volumes de téléconsultations depuis 2020

#### Une décroissance et une stabilisation du volume de téléconsultations après 2020, avec une forte progression des plateformes de téléconsultation

Initialement peu pratiquée, c'est à l'occasion de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 que la téléconsultation a connu un véritable essor et s'est généralisée sur le territoire. Après 17,1 millions de téléconsultations facturées en 2020 (toutes spécialités confondues), les volumes de téléconsultations ont progressivement diminué : 13,2 millions en 2021, 12,5 millions en 2022 et 11,6 millions en 2023 (Figure 189 A), soit une baisse de 32 % du nombre de téléconsultations facturées entre 2020 et 2023. Si le volume des téléconsultations en libéral diminue de manière importante, il faut cependant noter l'augmentation de la part de téléconsultations réalisées au sein des « plateformes de téléconsultation[304] », qui ont émergé ces dernières années et qui représentent plus d'un tiers des téléconsultations en 2023 (Figure 189 B). En parallèle, la part de téléconsultations réalisées par les médecins généralistes libéraux (incluant les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier – MEP) représente 48 % des téléconsultations réalisées en 2023 (5,5 millions) contre 79 % en 2020 (13,6 millions). La part de téléconsultations réalisées par les spécialistes libéraux est restée stable (17% en 2020 et 16 % en 2023). Les deux spécialités les plus concernées par les téléconsultations sont la médecine générale (75 % des téléconsultations en libéral et 90 % des téléconsultations en plateforme en 2023) et la psychiatrie (12 % des téléconsultations en libéral et 4 % des téléconsultations en plateforme en 2023).

304 Les plateformes de téléconsultation sont identifiées comme les centres de santé dont les téléconsultations représentent plus de 90 % de l'activité (on ne repère que les téléconsultations facturées par des médecins salariés sur le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux – Finess – du centre de santé).

Figure 189 : A – Évolution du volume (en millions) et du montant remboursable de téléconsultations (en millions d'euros) des médecins libéraux et en centres de santé depuis 2020 (en haut) ; B – Structure des téléconsultations des médecins libéraux et en centres de santé depuis 2020 (en bas)




*Champ : téléconsultations réalisées par des médecins libéraux ou médecins salariés des centres de santé, en date de remboursement - patients tous régime - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

### 10.1.2. Modalités de recours à la téléconsultation de médecine générale en 2022

#### Les modalités de recours à la téléconsultation

En 2022, 4,8 millions de patients âgés d'au moins 18 ans ont eu recours à la téléconsultation de médecine générale (MEP inclus), soit 8,9 % de la population générale adulte[305] et 10,5 % des patients ayant eu recours à un médecin généraliste (MG).

Sur l'ensemble des 9 millions de téléconsultations réalisées pour ces patients, près de 4 téléconsultations sur 5 (78 %) étaient réalisées par des MG libéraux et environ 1 sur 5 par des plateformes de téléconsultation (19 %) ; environ 3 % étaient réalisées en centres de santé. Plus de la moitié des téléconsultations (53 %) étaient réalisées par le médecin traitant du patient.

Parmi les patients ayant téléconsulté en 2022 :

- une grande majorité (63 %) n'a eu qu'une seule téléconsultation dans l'année ;
- 20 % des patients ont eu recours à une plateforme au moins une fois dans l'année ;
- 13 % n'ont pas consulté physiquement (consultation ou visite) de MG dans l'année (Tableau 55).

305 La population générale correspond à l'ensemble des patients adultes (âgés d'au moins 18 ans au 31 décembre 2021) ayant eu au moins un remboursement de soin de ville (soit 54,6 millions de patients en 2022).

## Des différences de recours aux soins, en plateforme de téléconsultation…

Par rapport aux patients ayant téléconsulté uniquement hors plateforme, les patients ayant téléconsulté en plateforme avaient un recours un peu plus fréquent aux téléconsultations (58 % n'ont eu qu'une seule téléconsultation contre 65 % des téléconsultants hors plateforme ; 2,1 téléconsultations en moyenne dans l'année contre 1,8 téléconsultation hors plateforme) et étaient moins nombreux à avoir recours aux consultations physiques (21 % n'ont pas physiquement consulté de MG dans l'année contre 11 % parmi les téléconsultants hors plateforme) (Tableau 55). Par ailleurs, ils étaient moins nombreux à avoir un médecin traitant (18 % n'avaient pas de médecin traitant contre 7 % parmi les téléconsultants hors plateforme) et parmi les patients ayant un médecin traitant, ils étaient moins nombreux à y avoir recours (64 % contre 86 % pour les téléconsultants hors plateforme). Au global, on observait un recours au MG plus fréquent chez les patients ayant téléconsulté uniquement hors plateforme (6,5 contacts en moyenne dans l'année, en présentiel ou à distance) par rapport aux patients ayant téléconsulté au moins une fois en plateforme (5,3 contacts en moyenne).

Tableau 55 : Caractéristiques du recours à la téléconsultation (TC) et au médecin généraliste (MG) chez les patients ayant téléconsulté, selon leur recours ou non aux plateformes de téléconsultation, en 2022

| | **Patients ayant téléconsulté un MG** | **Au moins une téléconsultation en plateforme** | |
|---|---|---|---|
| | | **Non** | **Oui** |
| | n = 4 837 035 | n = 3 871 944 | n = 965 091 |
| **Nombre de TC dans l'année** | | | |
| 1 | 63,4 % | 64,9 % | 57,6 % |
| 2 | 18,7 % | 18,5 % | 19,3 % |
| 3 | 7,8 % | 7,5 % | 9,0 % |
| 4 ou plus | 10,1 % | 9,1 % | 14,2 % |
| Nombre moyen de TC | 190,0 % | 180,0 % | 210,0 % |
| **Recours au MG** | | | |
| Nombre moyen de contacts[(a)] avec un MG | 630,0 % | 650,0 % | 530,0 % |
| Au moins une consultation physique[(b)] avec un MG (%) | 87,0 % | 89,0 % | 79,0 % |
| Parmi eux, nombre moyen de consultations physiques[(b)] | 500,0 % | 530,0 % | 400,0 % |
| **Recours au médecin traitant (MT)** | | | |
| Part de patients avec un MT | 90,8 % | 93,0 % | 82,1 % |
| Parmi eux, au moins un contact avec le MT (%) | 82,3 % | 86,3 % | 64,2 % |

(a) Contact : consultation, visite ou téléconsultation
(b) Consultation physique : consultation ou visite

*Champ : patients adultes tous régimes - France entière - 2022*
*Source : Cnam (SNDS)*

## … et par rapport aux patients ayant vu un médecin généraliste en présentiel uniquement

Par ailleurs, en comparaison aux patients ayant eu recours à un MG en présentiel uniquement, le nombre de contacts avec le MG était plus élevé chez les téléconsultants (6,3 contacts en moyenne dans l'année contre 4,5 pour les patients n'ayant pas téléconsulté). La part de patients avec un médecin traitant était proche chez les patients téléconsultants et ceux n'ayant pas téléconsulté (respectivement 91 % et 92 %). En revanche, parmi les patients ayant un médecin traitant, les patients téléconsultants étaient un peu moins nombreux à avoir eu recours à leur médecin traitant au moins une fois dans l'année (82 % des téléconsultants contre 87 % des patients n'ayant pas téléconsulté).

Parallèlement aux différences de recours au MG, on observe également des différences concernant les caractéristiques des patients, entre les téléconsultants et les non téléconsultants, et, parmi les téléconsultants, entre les patients ayant eu recours aux plateformes de téléconsultation ou non.

### 10.1.3. Facteurs associés au recours à la téléconsultation de médecine générale en 2022

#### Caractéristiques des patients ayant téléconsulté en 2022

En comparaison à l'ensemble des patients ayant eu recours au MG, les patients ayant téléconsulté étaient en moyenne plus jeunes (44 ans contre 51 ans) et plus souvent des femmes (62 % contre 55 %) (Tableau 56). On retrouvait des proportions similaires de bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire dans les deux populations (environ 10 %) et de patients sans médecin traitant (9 % et 8 %), une proportion moindre de patients présentant au moins une pathologie (environ 29 % contre 32 %) sachant que les structures d'âge des populations étaient très différentes. Parmi les patients ayant téléconsulté, les patients ayant téléconsulté un MG en plateforme étaient encore plus jeunes (35 ans en moyenne), un peu plus souvent bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (13 %), mais étaient moins nombreux à avoir des pathologies (16 %) ou à avoir un médecin traitant (18 % sans médecin traitant), comme mentionné plus haut.

Tableau 56 : Caractéristiques des patients selon leur recours au médecin généraliste (MG), à la téléconsultation (TC) et aux plateformes de téléconsultation, en 2022

| | **Patients ayant eu recours au MG** | **Au moins une téléconsultation** | | **Au moins une téléconsultation en plateforme** | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Non** | **Oui** | **Non** | Oui |
| | n = 45 922 151 | n = 41 085 116 | n = 4 837 035 | n = 3 871 944 | n = 965 091 |
| Âge moyen | 51,2 ans | 52,0 ans | 43,8 ans | 45,9 ans | 35,2 ans |
| Femme (%) | 54,6 | 53,8 | 61,8 | 61,7 | 62,1 |
| Bénéficiaire de la CSS[(a)] (%) | 10,2 | 10,2 | 10,4 | 9,6 | 13,2 |
| Au moins une pathologie[(b)] (%) | 31,9 | 32,4 | 28,6 | 31,7 | 16,3 |
| ALD[(c)] (%) | 27,5 | 27,7 | 24,4 | 27,5 | 11,5 |
| A un médecin traitant (%) | 91,8 | 91,9 | 90,8 | 93,0 | 82,1 |

(a) CSS : Complémentaire santé solidaire
(b) Au moins une pathologie identifiée en 2021 (cartographie G10)
(c) ALD : affection de longue durée

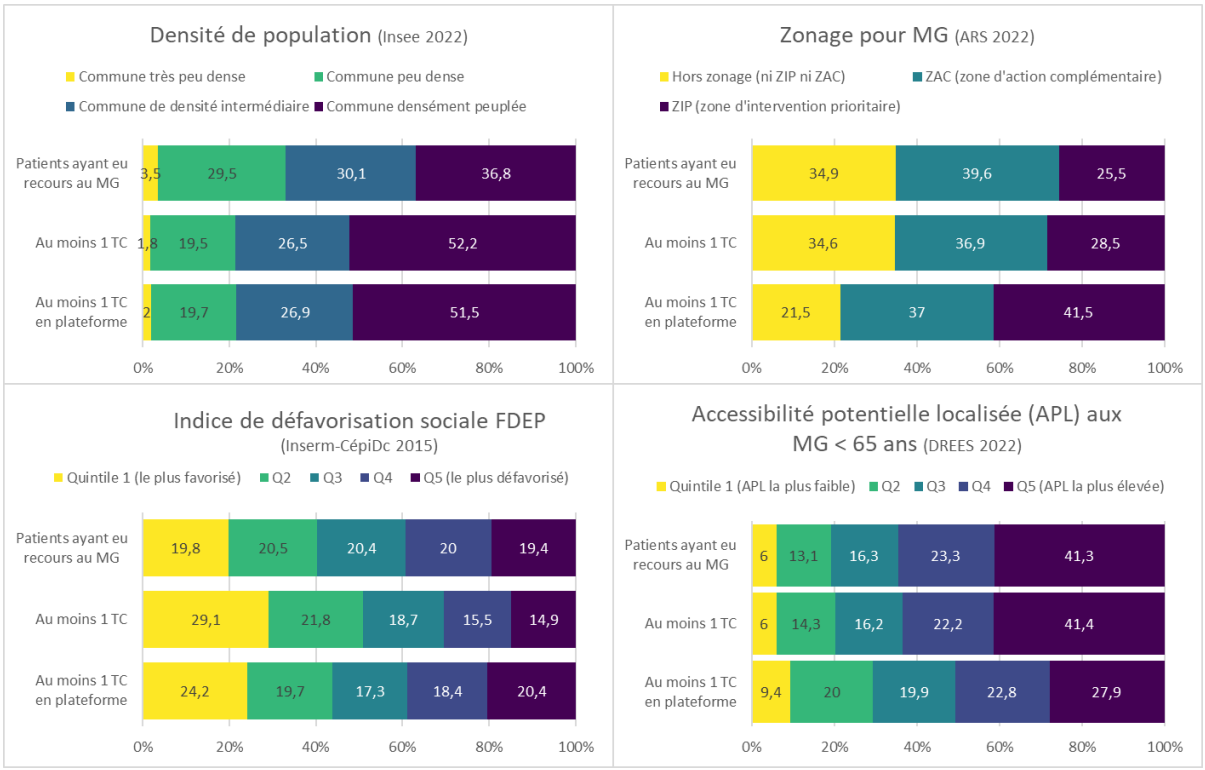
*Champ : patients adultes tous régimes - France entière - 2022*
*Source : Cnam (SNDS)*

Par ailleurs, les patients ayant téléconsulté résidaient plus souvent dans les communes densément peuplées (52 % contre 37 % parmi l'ensemble des patients ayant eu recours au MG) ainsi que dans les communes les plus favorisées (29 % contre 20 % vivent dans les communes dont l'indice de défavorisation sociale – FDep – est dans le premier quintile de communes – c'est-à-dire les communes les plus favorisées) (Figure 190).

En comparaison à l'ensemble des patients téléconsultants, les patients ayant téléconsulté en plateforme résidaient davantage dans des communes avec une faible accessibilité aux MG (29 % dans les communes dont l'accessibilité potentielle localisée – APL – est dans le 1er ou 2e quintile de communes – c'est-à-dire des communes avec une faible accessibilité aux MG – contre 20 % pour l'ensemble des téléconsultants). Parallèlement, ils étaient beaucoup plus nombreux à résider dans des communes en zones d'intervention prioritaire (ZIP) (41,5 % contre 28,5 %).

Les résultats concernant les indicateurs territoriaux étaient confirmés par les analyses « toutes choses égales par ailleurs » (tenant compte de l'âge, du sexe, de la présence d'au moins une pathologie, du fait de bénéficier de la Complémentaire santé solidaire et d'avoir un médecin traitant).

Figure 190 : Répartition des patients ayant eu recours au médecin généraliste (MG), ayant téléconsulté un MG et ayant téléconsulté un MG en plateforme, selon les indicateurs territoriaux, en 2022




TC : téléconsultation ; ARS : agence régionale de santé

*Champ : patients adultes tous régimes - France entière (hors Mayotte pour APL MG, France métropolitaine pour FDep) - 2022*
*Source : Cnam (SNDS), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) 2022, ARS 2022, Inserm-CépiDc (Institut national de la santé et de la recherche médicale) 2015, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 2022*

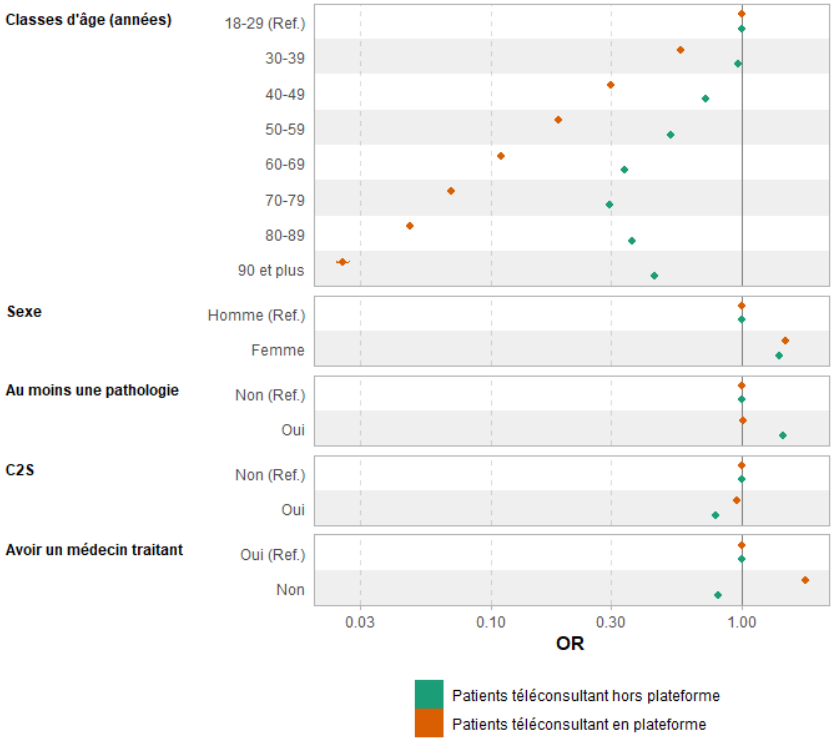
## Facteurs associés au recours à la téléconsultation

Afin d'identifier les facteurs associés à la téléconsultation, un modèle statistique (régression logistique) a été utilisé, permettant d'identifier l'effet de chaque caractéristique des patients sur le recours à la téléconsultation une fois prises en compte les autres variables introduites dans le modèle (analyse « toutes choses égales par ailleurs »). Cette analyse a été menée parmi les patients ayant eu recours au médecin généraliste (MG) en 2022, en distinguant trois groupes exclusifs de patients : (1) les patients ayant eu recours au MG hors téléconsultation (donc uniquement en présentiel – consultations ou visites) et qui constituent le groupe de référence ; (2) les patients ayant eu recours à la téléconsultation uniquement hors plateforme ; et (3) les patients ayant eu recours à une plateforme de téléconsultation.

Les résultats sont présentés à la Figure 191. Parmi les patients ayant vu leur MG au moins une fois dans l'année, plus les patients étaient âgés, plus la probabilité de recourir à la téléconsultation, par rapport à la consultation présentielle, était faible, et plus faible pour les téléconsultations en plateforme que pour les téléconsultations hors plateforme. Pour les téléconsultations hors plateforme, les patients de 70-79 ans avaient le recours le plus faible, alors qu'on notait une augmentation du recours après 80 ans. Le fait d'être une femme était également associé au recours à la téléconsultation, quel que soit le type de téléconsultation. Le fait d'avoir une pathologie chronique était associé à une augmentation du recours à la téléconsultation hors plateforme, mais pas à la téléconsultation en plateforme. La Complémentaire santé solidaire était associée à un recours plus faible à la téléconsultation, mais moins faible en plateforme par rapport au recours hors plateforme. À noter cependant que ce résultat masquait des associations différentes selon l'âge : la Complémentaire santé solidaire était associée à un recours plus faible chez les patients de moins de 60 ans, mais plus élevée après 60 ans. Enfin, ne pas avoir de médecin traitant était associé à une probabilité plus faible de recourir à la téléconsultation hors plateforme, mais à une probabilité plus grande de recourir à la téléconsultation en plateforme.

Les téléconsultations en plateforme représentaient plus de 40 % de l'ensemble des téléconsultations réalisées pour les patients sans médecin traitant (contre 17 % pour ceux ayant un médecin traitant).

Figure 191 : Caractéristiques associées au recours à la téléconsultation de médecine générale, hors plateforme ou en plateforme, chez les patients ayant eu un recours au médecin généraliste en 2022




C2S : Complémentaire santé solidaire

Note de lecture : l'odds-ratio (OR) mesure l'association entre le fait de présenter une caractéristique et le recours à la téléconsultation hors plateforme/en plateforme, par rapport aux patients ayant eu un recours au médecin généraliste sans téléconsultation, indépendamment des autres facteurs introduits dans le modèle statistique (âge, sexe, avoir au moins une pathologie identifiée en 2021, bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire, avoir un médecin traitant). Une valeur d'OR < 1 traduit un moindre recours à la téléconsultation pour les patients présentant la caractéristique par rapport à la catégorie de référence de la caractéristique (âge < 30, homme, pas de pathologie, pas de Complémentaire santé solidaire, avoir un médecin traitant). À l'inverse, une valeur > 1 traduit un recours supérieur.

*Champ : patients adultes tous régimes - France entière - 2022*

*Source : Cnam (SNDS)*

Au total, la téléconsultation, quel que soit son mode, est privilégiée par les patients les plus jeunes, par les femmes et par les patients les plus favorisés. Le fait d'avoir une pathologie chronique est un facteur de recours à la téléconsultation hors plateforme tandis que le fait de ne pas avoir de médecin traitant et le fait de résider dans des zones de faible accessibilité au médecin généraliste sont des facteurs de recours aux plateformes de téléconsultation.

### 10.1.4. Prescription d'antibiotique en téléconsultation de médecine générale

L'utilisation inappropriée des antibiotiques est responsable de l'augmentation des résistances bactériennes aux antibiotiques, autrement appelée antibiorésistance, qui représente une menace de santé publique avec un nombre croissant de situations d'impasse thérapeutique. Si la prescription d'antibiotique est indiquée lors de certaines pathologies infectieuses courantes en soins primaires, les recommandations de bonne pratique du Collège de la médecine générale (CMG) et du Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP)[306] mentionnent la place limitée des téléconsultations pour leur prise en charge et rappellent la nécessité, dans la majorité des situations cliniques de l'adulte et de l'enfant, d'un examen physique pour confirmer l'indication d'antibiotique et identifier les complications et les signes de gravité. Elles mentionnent cependant que la téléconsultation peut être contributive dans certaines situations en amont, pour préparer une consultation au cabinet (prescription d'un prélèvement bactériologique), ou bien après une consultation physique dans certaines situations lors de la réévaluation de

306 Recommandations de bonnes pratiques. *La prescription d'antibiotiques en téléconsultation à l'occasion des infections aigües en soins primaires*. Collège de la médecine générale, Conseil national professionnel de pédiatrie. Novembre 2022.

l'efficacité de l'antibiothérapie, ou pour évaluer la nécessité d'un examen physique en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes.

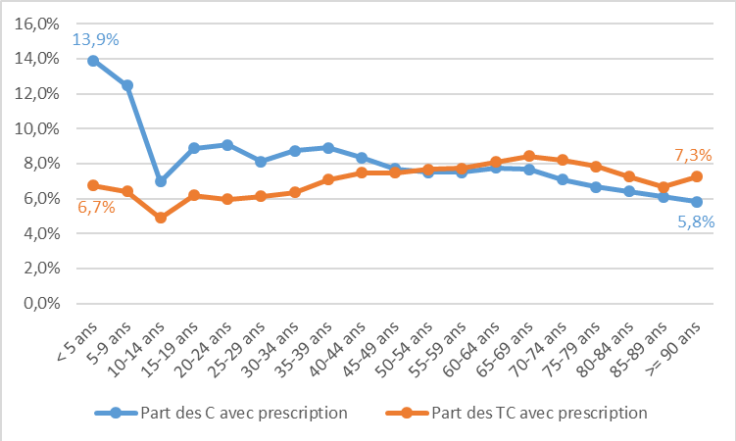
### Globalement moins de prescriptions d'antibiotique en téléconsultation comparativement aux consultations, mais une part de téléconsultations avec prescription d'antibiotique qui demeure élevée

L'étude, parmi les médecins généralistes libéraux ayant facturé au moins une téléconsultation[307], de la prescription d'antibiotique (classe ATC J01) en téléconsultation par rapport aux consultations classiques au cours du premier trimestre 2022[308] indique que : 8,2 % de l'ensemble des consultations et téléconsultations ont donné lieu à une prescription d'antibiotique. Comme attendu, la prescription d'antibiotique était un peu moins fréquente à la suite d'une téléconsultation (7 %) que d'une consultation (8,3 %). Cependant, la prescription en téléconsultation peut paraître élevée comparativement aux consultations du fait des situations *a priori* peu fréquentes où la téléconsultation peut permettre la mise en place d'une antibiothérapie.

### Des différences selon l'âge des patients

La prescription d'antibiotique était moins fréquente en téléconsultation qu'en consultation pour les patients les plus jeunes, et en particulier pour les moins de 10 ans avec 2 fois moins de prescriptions en téléconsultation (Figure 192). À l'inverse, pour les patients âgés de plus de 60 ans, la prescription d'antibiotique était un peu plus fréquente en téléconsultation par rapport aux consultations. La prescription d'antibiotique diminuait en consultation à partir de 40 ans, alors qu'elle augmentait en téléconsultation entre 30 et 70 ans.

Figure 192 : Part d'actes (consultations – C – ou téléconsultations – TC) avec prescription d'antibiotique, selon l'âge des patients, chez les médecins généralistes libéraux ayant facturé au moins une téléconsultation, au premier trimestre 2022




*Champ : médecins généralistes libéraux (hors médecins à expertise particulière – MEP) actifs au 31 décembre 2022 et ayant facturé au moins une téléconsultation et au moins 150 actes cliniques (consultations et téléconsultations) au premier trimestre 2022 - patients tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

307 Parmi l'ensemble des médecins généralistes libéraux (hors MEP) actifs au 31 décembre 2022 et ayant facturé au moins 150 actes cliniques (consultations et téléconsultations) au premier trimestre 2022, 24 782 (53 %) ont facturé au moins une téléconsultation.

308 Seules les prescriptions ayant donné lieu à une délivrance sont identifiées. Il s'agit de repérer les délivrances d'antibiotiques qui ont été prescrits lors des consultations et téléconsultations du premier trimestre 2022 (actes réalisés du 1er janvier 2022 au 31 mars 2022 et remboursés jusqu'au 30 juin 2022 ; antibiotiques remboursés du 1er janvier au 31 décembre 2022, en lien avec les actes réalisés au premier trimestre 2022). Pour des raisons de temps de traitement des données, l'analyse a été restreinte à un trimestre. Une analyse de sensibilité a été réalisée sur le dernier trimestre 2022.

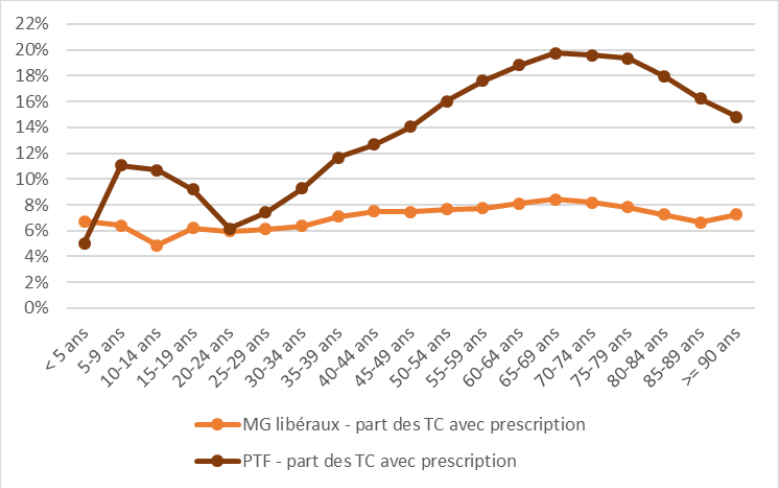
## Plus de prescriptions d'antibiotique à la suite d'une téléconsultation en plateforme de téléconsultation par rapport à une téléconsultation chez un médecin généraliste libéral

La prescription d'antibiotique a également été étudiée parmi les téléconsultations avec un médecin généraliste en plateforme de téléconsultation[309]. Parmi elles, 9,6 % ont donné lieu à une prescription d'antibiotique (contre 7 % à la suite d'une téléconsultation avec un médecin généraliste libéral, comme mentionné précédemment).

Le résultat observé pour les téléconsultations en plateforme masque cependant de grandes disparités selon les plateformes de téléconsultation. Ainsi, sur les 5 plateformes identifiées au premier trimestre 2022, les parts de téléconsultation avec prescription variaient de 2 % à 18 %.

Les résultats par âge étaient très différents entre les plateformes de téléconsultation et les médecins généralistes libéraux : on observait une part de téléconsultations avec prescription d'antibiotique systématiquement plus élevée en plateforme, quelle que soit la classe d'âge, hormis pour les patients de moins de 5 ans (Figure 193). Cette différence était plus marquée à partir de 50 ans.

Figure 193 : Part de téléconsultations (TC) avec prescription d'antibiotique, selon l'âge des patients, chez les médecins généralistes (MG) libéraux ayant facturé au moins une téléconsultation et les plateformes (PTF), premier trimestre 2022




*Champ : médecins généralistes libéraux (hors médecins à expertise particulière – MEP) actifs au 31 décembre 2022 et plateformes (activité des MG, MEP inclus) ayant facturé au moins une téléconsultation et au moins 150 actes cliniques (consultations et téléconsultations) au premier trimestre 2022 - patients tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

## Des différences dans les antibiotiques prescrits en consultation et en téléconsultation, en plateforme de téléconsultation et chez les médecins généralistes libéraux

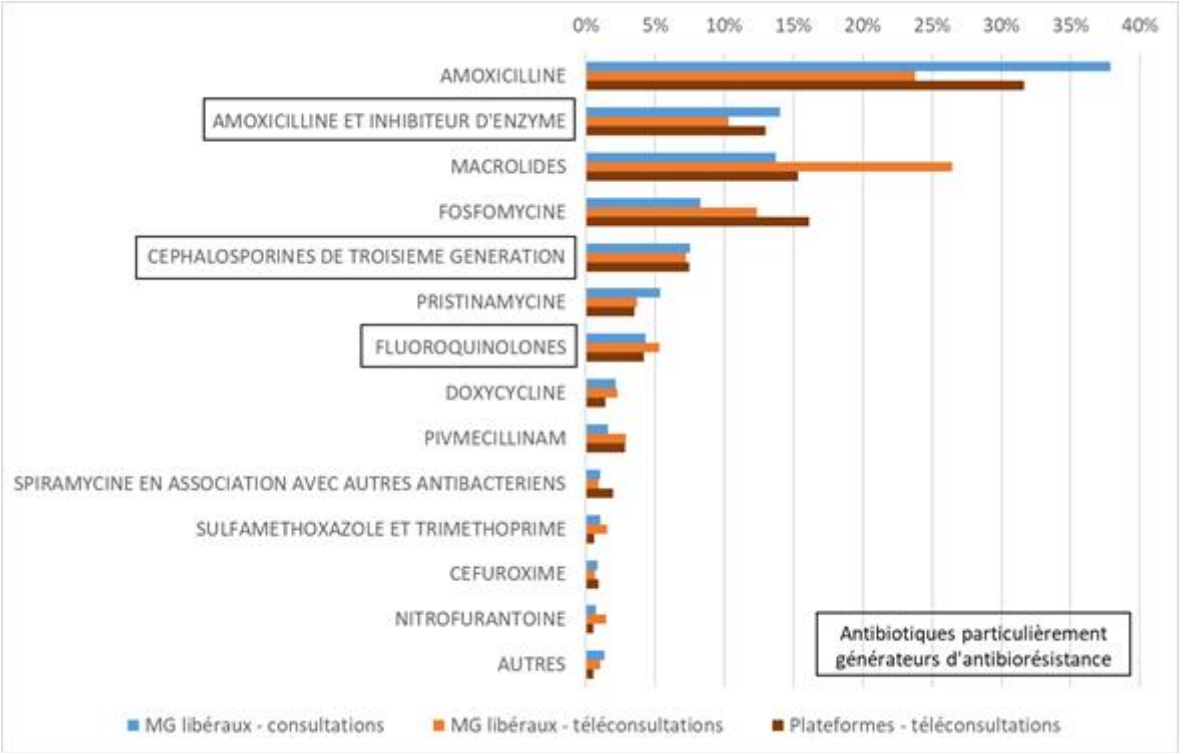
Chez les médecins généralistes libéraux, les antibiotiques prescrits en téléconsultation différaient de ceux prescrits en consultation (Figure 194). Ainsi, alors que l'amoxicilline représentait le premier antibiotique prescrit en consultation avec 38 % des prescriptions, les macrolides (essentiellement l'azithromycine) étaient en tête des prescriptions en téléconsultation avec 26 % des prescriptions (contre 14 % des prescriptions en consultation), suivis par l'amoxicilline avec 24 % des prescriptions. La fosfomycine représentait 12 % des prescriptions en téléconsultation contre 8 % en consultation : il s'agit du traitement de la cystite aiguë simple qui est l'une des seules situations cliniques courantes justifiant la prescription d'antibiotique en téléconsultation sans examen physique, sur le seul interrogatoire du patient.

Les antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance étaient moins prescrits en téléconsultation, mais représentaient quand même plus de 1 antibiotique prescrit sur 5 (22 % des prescriptions en téléconsultation et 26 % en consultation).

309 Les plateformes de téléconsultation sont identifiées comme les centres de santé dont les téléconsultations représentent plus de 90 % de l'activité (on ne repère que les téléconsultations facturées par des médecins salariés sur le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux – Finess – du centre de santé).

La structure des antibiotiques prescrits sur les plateformes de téléconsultation ressemblait davantage à celle des prescriptions en consultation chez les médecins généralistes libéraux, avec l'amoxicilline en tête des prescriptions. Les antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance représentaient 24 % des prescriptions. La fosfomycine représentait aussi une part importante des prescriptions en plateforme de téléconsultation (16 % des prescriptions, deuxième classe la plus prescrite).

Figure 194 : Structures des antibiotiques prescrits par les médecins généralistes (MG) libéraux ayant facturé au moins une téléconsultation et les plateformes de téléconsultation, premier trimestre 2022




*Champ : médecins généralistes libéraux (hors médecins à expertise particulière – MEP) actifs au 31 décembre 2022 et plateformes (activité des MG, MEP inclus) ayant facturé au moins une téléconsultation (TC) et au moins 150 actes cliniques (consultations – C – et téléconsultations – TC) au premier trimestre 2022 - patients tous régimes - France entière*
*Source : Cnam (SNDS)*

## Consultations précédant la téléconsultation avec prescription d'antibiotique

Afin de préciser dans quelle mesure la téléconsultation avec prescription d'antibiotique s'inscrit dans une séquence de soins préexistante, les consultations physiques en amont de la téléconsultation ont été recherchées. Parmi les téléconsultations avec prescription d'antibiotique réalisées par les médecins généralistes libéraux, on retrouvait une consultation physique dans la semaine précédente pour 18 % d'entre elles et 28 % dans les 2 semaines . Ces consultations étaient réalisées par le même médecin dans un peu plus de la moitié des cas (environ 52 %). Concernant les téléconsultations avec prescription d'antibiotique réalisées en plateforme, 11 % d'entre elles étaient précédées par une consultation physique dans les 7 jours et 18 % dans les 2 semaines.

La principale limite de cette analyse réside dans l'absence de données sur les motifs de recours aux soins, constituant un frein majeur pour juger de la pertinence des prescriptions. Cependant, bien que la prescription d'antibiotique en téléconsultation reste globalement plus faible qu'en consultation chez les médecins généralistes libéraux, les écarts sont relativement faibles et peuvent interroger sur les bonnes pratiques de prescription en téléconsultation. De même, les variations des taux de prescription observés entre les différentes plateformes identifiées interrogent sur les pratiques de prescription.

### 10.1.5. Le nouveau statut des sociétés de téléconsultation : normalisation de la place de ces acteurs dans l'offre de soins

#### En l'absence de structuration juridique propre, les plateformes de téléconsultation se sont constituées en centres de santé

Sur les 2 571 centres de santé (CDS) conventionnés en 2023 et ayant facturé 4,2 millions de téléconsultations, seuls 532 réalisent des actes de téléconsultation et parmi eux, seuls 11 centres de santé facturent 88 % des téléconsultations réalisées par les CDS. Par rapport à l'ensemble de leur activité clinique, la part des téléconsultations de ces 11 centres de santé est de 99 %. Cette part n'est que de 5 % pour les autres centres de santé ayant facturé au moins une téléconsultation.

Prenant acte d'une forme de dévoiement du modèle des CDS par ces acteurs, l'Assurance Maladie a souhaité créer un statut *ad hoc* afin d'encadrer leur activité. Les propositions faites dans le rapport Charges et produits pour 2024 ont ainsi toutes été mises en œuvre et sont rappelées ci-dessous.

#### Le nouveau statut des sociétés de téléconsultation permet d'assurer la qualité de cette pratique médicale à distance

La prise en charge par l'Assurance Maladie des actes de téléconsultation réalisés par les médecins qu'une société de téléconsultation salarie est désormais conditionnée à l'obtention d'un agrément délivré par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

Tableau 57 : Conditions pour l'agrément des sociétés de téléconsultation

| Le statut des sociétés de téléconsultation est codifié aux articles D. 4081-1 à D. 4081-8 du code de la santé publique[310] | |
|---|---|
| Exigences déontologiques et bonnes pratiques professionnelles | • Référentiel de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de santé (HAS), applicable aux sociétés de téléconsultation[311]<br>• Recommandations de la HAS relatives aux lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin[312] |
| Exigences techniques | • Référentiel de l'Agence du numérique en santé (ANS) d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique opposable aux systèmes d'informations des sociétés de téléconsultation[313] |
| Règles conventionnelles | • Respect du parcours de soins<br>• Seuil de 20 % d'activité maximale à distance contrôlé au niveau du médecin salarié<br>• Respect du principe de territorialité contrôlé dans le cadre du référentiel de l'ANS : la plateforme doit prioritairement mettre le patient en relation avec un médecin du territoire |
| Règles tarifaires | • Tarifs conventionnels opposables, sans dépassement possible<br>• Facturation systématique des majorations nuit, urgence, week-end et jours fériés interdite |

310 Décret n° 2024-164 du 29 février 2024 relatif aux sociétés de téléconsultation : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049219351

311 Publication datée du 22 décembre 2023 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3470126/fr/teleconsultation-referentiel-de-bonnes-pratiques-professionnelles-applicable-aux-societes-de-teleconsultation

312 Publication datée du 6 mars 2024 : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3445779/fr/lieux-et-conditions-d-environnement-pour-la-realisation-d-une-teleconsultation-ou-d-un-telesoin-recommandations

313 Arrêté du 9 février 2024 approuvant le référentiel d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique des systèmes d'informations de téléconsultation et définissant la procédure de délivrance du certificat de conformité des systèmes d'information des sociétés de téléconsultation en application du 3° de l'article L. 4081-2 du code de la santé publique : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049122111

| | |
|---|---|
| Facturation | • Respect du cahier des charges Sesam-Vitale<br>  ○ Avenant 33 « Centre de santé » : véhicule le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) exécutant<br>  ○ Avenant 18 « Télémédecine » : transmet une feuille de soins électronique en mode Sesam sans Vitale<br>• Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) attribué au siège social de la société de téléconsultation<br>• Interdiction de facturer des actes de téléconsultation à partir du Finess « CDS »<br>• Vérification des droits des assurés et fiabilisation de la facture avec le téléservice ADRi (acquisition des droits intégrée) |
| Autres règles | • Interdiction de prescrire des arrêts de travail d'une durée supérieure à trois jours<br>• Interdiction de renouveler des arrêts de travail<br>• Interdiction de facturer des frais obligatoires d'accès à la téléconsultation<br>• Interdiction de démarches consuméristes (publicité) |

*Source : Cnam*

## 10.2. Les thérapies digitales : éléments de comparaison internationale

Les thérapies digitales couramment désignées en anglais sous l'acronyme DTx (*Digital Therapeutics*) sont reconnues en France comme des dispositifs médicaux numériques (DMN) à effet thérapeutique, intégrant des pratiques innovantes centrées sur le patient à partir du traitement de ses données de santé[314].

Depuis avril 2023, la France a mis en place une prise en charge anticipée numérique (PECAN) afin de permettre à des dispositifs présumés innovants d'être remboursés de manière dérogatoire sur une période probatoire d'un an au cours de laquelle ils doivent confirmer leur efficacité[315]. Cette prise en charge est encadrée par l'arrêté du 22 avril 2024[316], qui fixe la valeur de la compensation tarifaire pour un DMN à visée thérapeutique dans le cadre d'une PECAN. Cette publication récente explique qu'à ce jour, aucune thérapie digitale n'est prise en charge au titre de la PECAN.

Tableau 58 : Tarifs de la prise en charge anticipée numérique (PECAN) pour les dispositifs médicaux numériques (DMN)

| **Tarifs de la PECAN** | |
|---|---|
| **DMN de télésurveillance** | **DMN à effet thérapeutique** |
| • 800 euros par patient et par an<br>  ○ Montant du forfait organisationnel de la liste des activités de télésurveillance médicale (LATM) | • Montant maximal de 780 euros TTC par patient et par an<br>  ○ Dont un forfait de 435 euros TTC facturable en une fois pour l'utilisation des 3 premiers mois<br>  ○ Puis un forfait mensuel de 38,30 euros sur la périodicité restante |

*Source : Cnam*

Seuls deux autres pays européens, l'Allemagne et la Belgique, proposent un parcours d'évaluation des thérapies digitales (DTx) dont la finalité est la prise en charge définitive de ces dispositifs. Afin de mieux appréhender l'environnement réglementaire en pleine évolution des DTx, le modèle de prise en charge anticipée français gagne

314 D'après la définition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : https://ansm.sante.fr/documents/reference/reglementation-relative-aux-dispositifs-medicaux-dm-et-aux-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro-dmdiv/logiciels-et-applications-mobiles-en-sante

315 Page gouvernementale officielle G-nius, au 30/05/2025 : https://gnius.esante.gouv.fr/fr/financements/fiches-remboursement/prise-en-charge-anticipee-numerique-pecan

316 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049467872

ainsi à être mis en perspective avec le modèle allemand dont il s'inspire ainsi qu'avec le modèle belge dont la structure réglementaire est différente.

L'Assurance Maladie a pleinement saisi l'importance de soutenir le développement des DTx, à la fois comme enjeu d'innovation médicale et de prise en charge non médicamenteuse, c'est pour cela qu'une comparaison internationale de l'évaluation de ces dispositifs à partir de la littérature grise disponible sur le sujet et d'entretiens avec ses homologues allemands et belges a été entreprise. Les paragraphes qui suivent décrivent les étapes des parcours réglementaires, à savoir l'évaluation clinique, l'accès au marché et l'accès au remboursement. L'analyse a été limitée aux États-Unis et aux pays européens (pour principaux, Allemagne et Belgique) en raison de l'existence des réglementations récentes relatives aux DTx dans les pays considérés.

### 10.2.1. Des résultats prometteurs mais encore peu d'études robustes

Outre les difficultés liées à la mise en œuvre technologique et la protection des données, le défi des DTx à l'échelle internationale est d'arriver à proposer une solution équivalente en termes de résultats à l'usage traditionnel d'une thérapie médicamenteuse. Il existe deux principaux types de DTx[317] :

- les DTx dits « *standalone* » qui peuvent être utilisées de manière autonome et qui fonctionnent indépendamment de tout autre produit médical tel qu'un produit pharmaceutique ;
- les DTx compagnons et/ou combinées, spécifiques au traitement d'une maladie et/ou à un médicament ou un autre dispositif médical.

L'utilisation combinée est la plus développée notamment parce qu'elle semble médicalement la plus efficace[318] et qu'elle permet par le biais de partenariats avec les industries pharmaceutiques de faciliter à la fois l'intégration dans le processus réglementaire et l'adoption dans la pratique médicale des solutions proposées[319].

Une étude des essais cliniques enregistrés de 2020 à 2022 aux États-Unis montre que les principaux domaines couverts par les DTx concernent la santé mentale (psychiatrie et neurologie), l'oncologie et l'endocrinologie[320]. Plusieurs DTx se sont également positionnées sur les maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive)[321].

En France, le marché des DTx est diversifié et les solutions se développent principalement dans les aires thérapeutiques où il existe un fort besoin de suivi personnalisé, d'amélioration de l'observance des traitements et de gestion des maladies chroniques (Figure 195).

317 Mantovani A, Leopaldi C, Nighswander CM, Di Bidino R. Access and reimbursement pathways for digital health solutions and in vitro diagnostic devices: Current scenario and challenges. Front Med Technol. 2023 Feb 20;5:1101476. doi: 10.3389/fmedt.2023.1101476. PMID: 36891483; PMCID: PMC9986593.

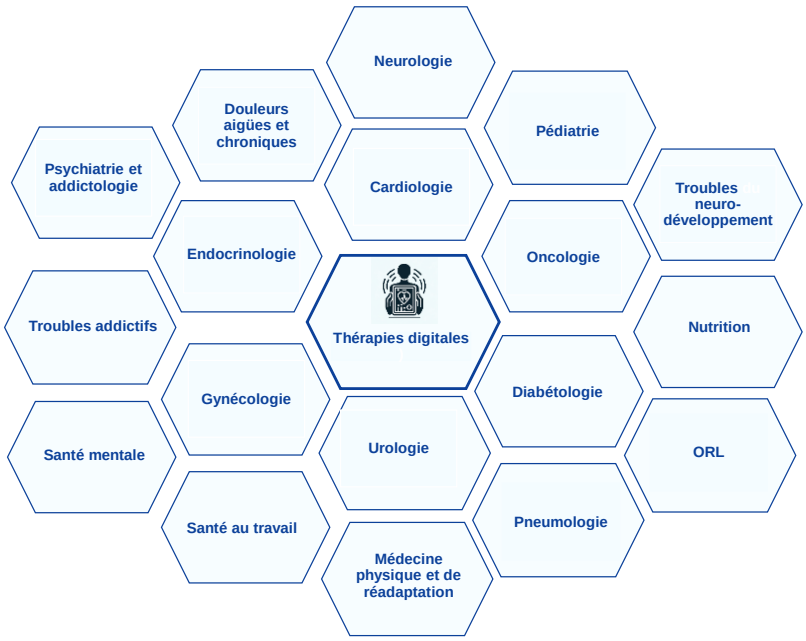
318 Weisel KK, Fuhrmann LM, Berking M, Baumeister H, Cuijpers P, Ebert DD. Standalone smartphone apps for mental health-a systematic review and meta-analysis. NPJ Digit Med. 2019 Dec 2;2:118. doi: 10.1038/s41746-019-0188-8. PMID: 31815193; PMCID: PMC6889400.

319 Ribba B, Peck R, Hutchinson L, Bousnina I, Motti D. Digital Therapeutics as a New Therapeutic Modality: A Review from the Perspective of Clinical Pharmacology. Clin Pharmacol Ther. 2023 Sep;114(3):578-590. doi: 10.1002/cpt.2989. Epub 2023 Jul 10. PMID: 37392464.

320 Masanneck L, Stern AD. Tracing Digital Therapeutics Research Across Medical Specialties: Evidence from ClinicalTrails.gov. Clin Pharmacol Ther. 2024 Apr 2. doi: 10.1002/cpt.3260. Epub ahead of print. PMID: 38563641.

321 Patel NA, Butte AJ. Characteristics and challenges of the clinical pipeline of digital therapeutics. NPJ Digit Med. 2020 Dec 11;3(1):159. doi: 10.1038/s41746-020-00370-8. PMID: 33311567; PMCID: PMC7733514.

Figure 195 : Aires thérapeutiques visées par les thérapies digitales (DTx) actuellement présentes en France




*Source : Cnam*

L'effet positif des DTx se mesure en particulier dans les pathologies de santé mentale par le biais d'approches cognitivo-comportementales : une méta-analyse de 2019[322] a confirmé l'efficacité des interventions digitales pour l'anxiété et les troubles de la dépression, et des effets significatifs ont également été constatés sur les troubles du sommeil[323] et de l'addiction (tabagisme, alcoolisme)[324]. Une méta-analyse de 2024[325] a analysé les résultats de 15 études DTx menées de janvier 2017 à octobre 2022. Elle corrobore l'efficacité des DTx sur les troubles de l'anxiété et de la dépression et les conduites addictives en particulier lorsqu'elles proposent des programmes comportementaux bien structurés. L'étude montre également que les DTx peuvent être considérées comme des approches efficaces ciblant l'hypertension, l'indice de masse corporelle (IMC) et la douleur.

Ces études soulignent néanmoins, d'une part, qu'aucune recherche spécifique n'a été consacrée à l'examen des résultats thérapeutiques globaux à moyen terme ; d'autre part, que le nombre limité d'études sur les DTx dans une catégorie spécifique et la diversité des modèles des applications ne rendent pas toujours la comparaison cohérente et à même de donner un aperçu global des résultats positifs de celles-ci.

Les fabricants de DTx proposent également des évaluations de leurs produits dont les résultats n'apportent pas les preuves escomptées pour leur validité clinique[326].

Les résultats mitigés des différentes études cliniques menées sur l'efficacité des DTx mettent en évidence la complexité d'évaluation de tels dispositifs, contrairement aux produits pharmaceutiques traditionnels, basés en partie sur l'intelligence artificielle dont l'efficacité s'évalue, par exemple, au fil de l'expérience individuelle d'un patient[327].

322 Linardon J, Cuijpers P, Carlbring P, Messer M, Fuller-Tyszkiewicz M. The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials. World Psychiatry. 2019 Oct;18(3):325-336. doi: 10.1002/wps.20673. PMID: 31496095; PMCID: PMC6732686.

323 Espie CA, Henry AL. Disseminating cognitive behavioural therapy (CBT) for insomnia at scale: capitalising on the potential of digital CBT to deliver clinical guideline care. J Sleep Res. 2023 Dec;32(6):e14025. doi : 10.1111/jsr.14025. Epub 2023 Aug 29. PMID: 37642008.

324 Perski O, Jackson SE, Garnett C, West R, Brown J. Trends in and factors associated with the adoption of digital aids for smoking cessation and alcohol reduction: A population survey in England. Drug Alcohol Depend. 2019 Dec 1;205:107653. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.107653. Epub 2019 Oct 21. PMID: 31675544; PMCID: PMC6905148.

325 Seo YC, Yong SY, Choi WW, Kim SH. Meta-Analysis of Studies on the Effects of Digital Therapeutics. J Pers Med. 2024 Jan 30;14(2):157. doi : 10.3390/jpm14020157. PMID : 38392592; PMCID : PMC10890481.

326 Rochereau A, Dorphin C, Martelli N. Les thérapies digitales : quels freins pour leur prise en charge ? [Digital therapeutics: Which barriers for market access?]. Ann Pharm Fr. 2022 Jul;80(4):519-530. French. doi: 10.1016/j.pharma.2021.11.003. Epub 2021 Dec 9. PMID: 34896383.

327 Norgeot B, Quer G, Beaulieu-Jones BK, Torkamani A, Dias R, Gianfrancesco M, Arnaout R, Kohane IS, Saria S, Topol E, Obermeyer Z, Yu B, Butte AJ. Minimum information about clinical artificial intelligence modeling: the MI-CLAIM checklist. Nat Med. 2020 Sep;26(9):1320-1324. doi: 10.1038/s41591-020-1041-y. PMID: 32908275; PMCID: PMC7538196.

### 10.2.2. Un accès au marché complexe aux États-Unis comme dans l'Union européenne

Actuellement, les voies d'évaluation réglementaires à l'échelle internationale ne semblent pas aboutir à une mise sur le marché des DTx réussie : étant donné que les DTx sont chargées de fournir des soins médicaux sans l'intervention d'un professionnel de santé, les exigences réglementaires sont strictes et les parcours de validation clinique sont souvent longs et coûteux. Les paragraphes qui suivent entendent présenter les scénarios d'accès au marché des DTx en tant que dispositifs médicaux qui ouvrent la voie à une prise en charge par les assureurs privés de santé (États-Unis) ou les systèmes publics de santé nationaux (Union européenne).

Aux États-Unis, les thérapies numériques sont réglementées par la *Food and Drug Administration* (FDA, Administration des denrées et médicaments), de la même manière que les dispositifs médicaux, à travers une nouvelle catégorie de « Logiciels considérés comme dispositifs médicaux » (*Software as Medical Device* - SaMD)[328]. Seules les thérapies numériques approuvées par la FDA peuvent être prescrites aux patients et remboursées par les assurances de santé privées, elles acquièrent alors le statut de thérapies digitales délivrées sous ordonnance (*Prescription Digital Therapeutic* - PDT)[329].

Afin de fluidifier le parcours d'intégration des DTx comme dispositifs médicaux (PDT), la FDA a mis en place un programme pilote de précertification (*the Software Precertification Pilot Program*)[330] permettant d'explorer sur une période de cinq ans (2017-2022) une autre modalité d'évaluation : au lieu d'évaluer le produit, les autorités réglementaires vont évaluer la capacité du fabricant à adapter son produit à partir des données de vie réelle et ainsi d'améliorer le traitement du patient. Ce projet pilote a pris fin en septembre 2022 et la FDA a conclu dans son rapport d'expérience[331] de la nécessité de créer une nouvelle autorité compétente pour évaluer ces dispositifs. La FDA préconise une structure d'évaluation à la fois plus flexible (en intégrant des critères qui correspondent à la technologie des DTx, notamment avec l'intégration d'un référentiel d'évaluation propre à l'intelligence artificielle), et plus renforcée en termes de sécurité et d'efficacité clinique des dispositifs. Dans l'attente de la création potentielle d'une autorité d'évaluation compétente des DTx, la FDA a mis en place une instance dont la mission est de fournir des recommandations dans l'examen réglementaire des DTx, le *Digital Health Center of excellence,* Centre d'excellence en santé numérique[332].

Le programme pilote de précertification a également mis en évidence un écueil majeur concernant l'accès au marché et les prises en charge par les assureurs privés de santé : le cadre des évaluations cliniques de la FDA s'est parfois révélé en décalage avec les évaluations cliniques et économiques des assureurs privés[333]. En effet, les assurances de santé privées déterminent les conditions de prise en charge d'une application en évaluant elles-mêmes l'efficacité clinique, la sécurité et le coût-efficacité des DTx avant de décider de les inclure dans leur offre. C'est le cas de Pear Therapeutics, entreprise pionnière dans les DTx, spécialisée dans le traitement de conduites addictives, qui a annoncé sa faillite en 2022 : les assureurs privés n'ont pas souhaité renouveler sa prise en charge dans la mesure où les évaluations menées n'ont pas apporté de preuves cliniques avérées par rapport à un manuel sur la thérapie cognitivo-comportementale ni de preuves économiques justifiant son utilisation plutôt que celle d'une application de santé sans ordonnance (non PDT), moins coûteuse[334].

Un projet de loi a été soumis en 2023 au Congrès[335] pour la prise en charge des applications mobiles thérapeutiques par les programmes de santé publique *Medicare* et *Medicaid*, il est encore à l'étude.

328 La procédure réglementaire de la FDA ne prévoit que trois voies pour l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché d'un dispositif médical (autre que les dispositifs de classe I ou d'autres dispositifs exemptés) : la notification préalable à la mise sur le marché (section 510(k)), l'approbation préalable à la mise sur le marché (section 515) et la classification De Novo (section 513(f)(2)). Site officiel de la FDA, au 05/06/2024 : : https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence/guidances-digital-health-content

329 Watson A, Chapman R, Shafai G, Maricich YA. FDA regulations and prescription digital therapeutics: Evolving with the technologies they regulate. Front Digit Health. 2023 Apr 17;5:1086219. doi: 10.3389/fdgth.2023.1086219. PMID : 37139487; PMCID : PMC10150093.

330 Site officiel de la FDA, au 05/06/2024 : https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence/digital-health-software-precertification-pre-cert-pilot-program

331 Rapport disponible, site officiel de la FDA, au 05/06/2024 : https://www.fda.gov/media/161815/download?attachment

332 Site officiel de la FDA, au 05/06/2024 : https://www.fda.gov/medical-devices/digital-health-center-excellence

333 Kumar A, Ross JS, Patel NA, Rathi V, Redberg RF, Dhruva SS. Studies Of Prescription Digital Therapeutics Often Lack Rigor And Inclusivity. Health Aff (Millwood). 2023 Nov;42(11):1559-1567. doi: 10.1377/hlthaff.2023.00384. PMID: 37931187.

334 À ce sujet, plusieurs articles de presse dont l'article du magazine *Managed Healthcare Executive* au 03/06/2024 : https://www.managedhealthcareexecutive.com/view/what-does-pear-therapeutics-bankruptcy-mean-for-pdts-

335 Site du Congrès des États-Unis, au 04/05/2024 : https://www.congress.gov/bill/118th-congress/senate-bill/723

Dans les pays de l'Union européenne, les thérapies digitales relèvent en premier lieu de la réglementation européenne relative aux dispositifs médicaux[336] : les DTx doivent en effet remplir plusieurs conditions (cybersécurité, sécurité sanitaire, parcours d'évaluations cliniques…) afin d'obtenir un marquage de conformité européenne (CE). L'autorisation de mise sur le marché n'étant pas harmonisée parmi les organismes nationaux, cette certification européenne permet par la suite aux fabricants de DTx d'intégrer les procédures réglementaires nationales d'évaluation dont la finalité est le remboursement des solutions numériques par les systèmes de santé.

L'application obligatoire du règlement européen classe les DTx en deux catégories :

- les DTx qui se positionnent d'emblée comme des dispositifs médicaux et qui s'engagent dans le parcours de la régulation européenne ;
- les DTx qui se positionnent sous l'angle du bien-être et/ou de la prévention avec une approche médicale permettant de fournir des preuves de leur performance et de leur sécurité tout en facilitant leur mise sur le marché en affichant un bénéfice pour la santé.

Si la sécurité du dispositif est garantie par la certification CE, ce n'est pas le cas de l'efficacité clinique. Le chemin d'accès au remboursement varie ainsi d'un pays à l'autre et limite la diffusion d'un même outil à travers plusieurs pays européens.

### 10.2.3. Des cadres de remboursement en pleine évolution : étude de cas européens, l'Allemagne et la Belgique

Les thérapies digitales sont présentes dans le paysage médical de plusieurs pays européens mais très peu proposent un cadre réglementaire abouti et une prise en charge de celles-ci. Ils peuvent néanmoins se répartir selon trois niveaux d'avancement :

- Les pays de niveau 1 (Pays-Bas, Danemark) ont pour base le marquage CE et une législation nationale relative aux DTx mais ils ne prennent pas en charge les thérapies digitales bien qu'il existe des guides de critères de qualité.
- Les pays de niveau 2 (Royaume-Uni[337], Espagne, Norvège) font également reposer leur cadre d'évaluation des DTx sur un marquage CE et des législations nationales. Il n'existe pas de remboursement à l'échelle nationale dans ce groupe de pays mais les organismes publics de santé au niveau régional et/ou local peuvent proposer des prises en charge (Royaume-Uni, Espagne). Par exemple, au Royaume-Uni, les organismes de santé régionaux (*Integrated Care Systems* – ICSs –, systèmes de soins intégrés) peuvent effectuer des remboursements de DTx incluses dans la bibliothèque nationale du *National Health System* (NHS, le Service national de santé) si elles remplissent les critères nécessaires du cadre de sécurité numérique, le *Digital Technology Assessment Criteria* (DTAC)[338].
- Enfin, les pays de niveau 3 correspondent aux pays qui, sur la base du marquage CE et d'un cadre réglementaire national, proposent un cadre de droit commun national pour la prise en charge de ces applications. Il s'agit de l'Allemagne depuis 2019, de la Belgique depuis 2021 et de la France depuis 2023.

La comparaison avec le cadre réglementaire français se nourrit de l'expérience de ces pays de niveau 3, à savoir l'Allemagne et la Belgique, dont le processus de prise en charge de ces dispositifs est le plus abouti. Elle a pour objectif de mettre en évidence les critères de sélection et d'intégration de ces dispositifs.

En France, toutes les classes de dispositifs médicaux sont éligibles à la PECAN. L'Agence du numérique en santé (ANS), la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) développent les lignes directrices de l'évaluation des DTx prenant en compte les éléments de bénéfice/risque et de sécurité numérique. Si le nouveau produit de santé numérique apporte une amélioration

336 Site officiel, Règlement (UE) 2017/745, au 04/05/2024 : https://eurlex.europa.eu/legalcontent/FR/TXT/PDF/%3Furi%3DCELEX:32023R0607%26from%3DEN&ved=2ahUKEwin3vXa6L-GAxVaUqQEHZwpDmwQFnoECBMQAQ&usg=AOvVaw3s_bNA1bVLndlx-6tE_b8D

337 Le Royaume-Uni est intégré à la comparaison internationale concernant les pays de l'Union européenne dans la mesure où il utilise des critères d'évaluation similaires au marquage CE via le *United Kingdom Conformity Assessed*/UKCA marking (marquage d'évaluation de la conformité du Royaume-Uni).

338 Site officiel, NICE, au 03/05/2025 : https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/evidence-standards-framework-for-digital-health-technologies

par rapport à la stratégie actuelle, la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) de la HAS donne un avis favorable. La deuxième étape est la négociation du prix. Actuellement, les acteurs impliqués dans ces négociations sont l'entreprise qui développe une DTx et le Comité économique des produits de santé (CEPS)[339].

### L'Allemagne

L'Allemagne a défini une stratégie d'intégration des DTx dans son système de santé dès 2019. Le pays a adopté avec la loi sur les soins de santé numériques (*Digitale Versorgung-Gesetz* – DVG) un cadre réglementaire propre à intégrer les DMN de classe II. Seules les applications numériques sur prescription qui respectent pleinement ces réglementations, les DiGA (*Digitale Gesundheitsanwendungen (Verordnung)* – DiGA(V)), sont incluses dans le répertoire de l'Institut fédéral allemand des médicaments et des dispositifs médicaux (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* – BfArM) et font partie du catalogue des prestations de l'assurance maladie publique (*Gezetsliche Krankenversicherung [GKV-Spitzenverband],* Fédération nationale des caisses d'assurance maladie – GKV).

Afin de permettre un accès rapide des DTx aux patients, l'agence compétente de régulation, le BfArM, a mis au point un processus pour accélérer le remboursement : le *DiGA Fast-Track*. La procédure consiste à inscrire d'emblée les DiGA dans le catalogue de la GKV pendant une période de remboursement dérogatoire (un an renouvelable) au cours de laquelle leur efficacité doit être prouvée. Pendant cette période, les fournisseurs de ces applications fixent leur propre prix. Depuis octobre 2022, des montants maximaux sont fixés pour ces prix[340]. Ils sont spécifiques à un groupe de DiGA ayant la même indication médicale et les mêmes fonctionnalités. Un groupe n'existe que si au moins deux DiGA y sont classées afin de pouvoir créer une valeur de référence. Le montant maximal correspond au prix journalier de l'application par trimestre, c'est-à-dire, son prix total divisé par une durée de référence d'utilisation de 90 jours[341], en fonction de la valeur de référence de son groupe. Il existe actuellement sept groupes de référence dont les montants maximaux sont mis à jour tous les six mois par la GKV. À la fin de cette période dérogatoire, un prix est alors convenu entre les caisses d'assurance maladie et les fournisseurs. À partir de 2026, 20 % du prix des DiGA dépendra d'indicateurs de résultats définis par règlement du BfArM[342].

Le bilan du système, dressé par la GKV en 2023, est mitigé. En effet, les fabricants se voient accorder dans la période dérogatoire des prix qui sont en moyenne deux fois plus élevés : les montants de remboursement, convenus ou fixés par l'instance arbitrale entre la GKV et les fabricants, sont en moyenne inférieurs de 52 % aux prix respectifs fixés en premier lieu par les fabricants. Le rapport de 2023 montre également que si le remboursement est un élément crucial pour les promouvoir, force est de constater que les applications de santé sur prescription n'ont pas vraiment réussi à conquérir une part suffisamment conséquente du marché allemand, car la plupart ne répondent pas à la preuve de bénéfice requise à l'échéance de l'année probatoire. Le taux de réussite est faible, avec seulement 10 applications sur 55 définitivement remboursées dans le catalogue des prestations de la GKV. De plus, pour une DiGA sur deux, le bénéfice n'a été reconnu que pour une partie de son champ d'application et non pour la totalité de ses fonctionnalités indiquées initialement.

En outre, le rapport pointe l'augmentation constante des prix fixés par les fabricants lors de la période dérogatoire (le prix moyen est passé de 407 euros pour la première année de référence à 593 euros pour l'année de référence actuelle) ce qui soulève 2 problématiques selon la GKV : d'une part, la limitation des dépenses de santé pour les caisses d'assurance maladie avec notamment une disproportion par rapport au remboursement d'autres prestations pendant cette période probatoire ; d'autre part, des risques d'insolvabilité et de faillite des fabricants lorsque les DiGA passent dans le cadre du droit commun avec des remboursements moins élevés.

Compte tenu de ce constat, la GKV demande que les conditions d'encadrement des DiGA soient alignées sur celles des applications de soins numériques de télésurveillance (*Digitalen Pflegeanwendungen* – DiPA) avec un plafond

339 https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/le-remboursement-des-therapies-numeriques-par-l-assurance-maladie-dans-le-cadre

340 GKV-SV (2023). *Höchstbeträge und Schwellenwerte. Veröffentlichung der gruppenspezifischen Höchstbeträge und des Schwellenwertes. Verfügbar unter*: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/kv_diga/hoechstbetraege_und_schwellenwerte/hb_sw.jsp

341 En Allemagne, la rémunération des soins s'organise par trimestre, c'est pourquoi la durée de référence est de 90 jours.

342 Rapport GKV-SV (2023). Höchstbeträge und Schwellenwerte. Veröffentlichung der gruppenspezifischen Höchstbeträge und des Schwellenwertes. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/kv_diga/hoechstbetraege_und_schwellenwerte/hb_sw.jsp

de remboursement de 150 euros par trimestre et une preuve d'efficacité clinique dès l'inscription dans le parcours de prise en charge[343].

La majorité des DiGA ne parviennent pas à démontrer un effet positif sur les soins et le remboursement ne semble donc pas être le seul facteur de réussite des DiGA. Par ailleurs, l'introduction et l'acceptation des applications dans la pratique médicale restent des obstacles que l'Allemagne a également voulu dépasser avec une loi de 2024[344] en réduisant le délai d'envoi du code d'activation aux patients par les caisses d'assurance maladie (il passe de 15 jours à 48 heures) ou encore la suppression du délai de rétractation de 14 jours pour les patients ayant souscrit à un traitement numérique.

### La Belgique

La Belgique, quant à elle, a abandonné récemment un processus d'intégration des DTx[345] : une refonte du parcours d'intégration a été coconstruite entre les différentes institutions compétentes et les fabricants de DTx afin de mettre en place un cadre réglementaire plus adapté et plus attractif pour les solutions numériques. Les outils numériques doivent être conformes au marquage CE et doivent permettre obligatoirement un partage des données entre le patient et le professionnel de santé. Ce processus d'intégration s'adresse donc exclusivement aux dispositifs de télésurveillance ; les DTx *standalone* ou combinées dont l'évaluation clinique est jugée plus complexe et moins fiable sont écartées de cette procédure pour l'instant.

La nouvelle procédure d'évaluation propose un cadre d'intégration flexible aux DTx éligibles. Elle consiste en un processus *softlaw* afin d'explorer des critères d'évaluation sur les fonctionnalités et les capacités des solutions numériques à répondre au besoin médical auquel il s'associe. Autrement dit, la nouvelle procédure repose sur une évaluation au cas par cas élaborée par le comité de l'institution compétente en la matière, la mHealthBelgium.

Les applications candidates sont orientées entre deux voies d'intégration qui conditionnent leur prise en charge :

- une demande d'intégration définitive ;
- une demande d'intégration provisoire.

La période de prise en charge temporaire pour les outils numériques peut s'étendre jusqu'à trois ans et s'accompagne d'un plan d'action en matière de preuves cliniques. À l'issue des 18 premiers mois de cette prise en charge temporaire, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI, l'assurance maladie belge) se laisse toutefois l'opportunité d'arrêter le financement si les évaluations ne sont pas concluantes.

La tarification se fait sur un modèle de forfait (*bundled payment*) en fonction de la valeur d'efficacité et du temps médical consacré et c'est au prescripteur de choisir quelle application convient. Les applications sont facturées au patient et dépendent souvent d'une prescription en milieu hospitalier qui passe directement par les organismes assureurs. Il n'y a pas de négociation directe avec le fabricant : le comité de la mHealthBelgium compétent se positionne à partir de la proposition du fabricant.

D'un point de vue général, la comparaison internationale a montré que les DTx font l'objet d'une attention particulière en tant que nouvelles modalités de traitement susceptibles de remplacer ou de compléter les pratiques médicales traditionnelles. Cependant, elles en sont encore au stade initial de leur déploiement et les preuves de leur efficacité et de leur sécurité restent insuffisantes au regard des processus d'évaluation réglementaires à l'échelle internationale. Certains pays essaient néanmoins d'encourager ces innovations en adoptant des voies réglementaires plus flexibles et plus à même de prendre en charge les fonctionnalités technologiques propres à ces dispositifs. Les prises en charge temporaires proposées actuellement par les systèmes de santé en Allemagne, en Belgique et en France offrent une solution pour soutenir cette innovation. Elles ont pour objectif de permettre à ces dispositifs de collecter les données nécessaires à leur fonctionnement afin de réunir les preuves de leur efficacité dans un processus d'évaluation clinique et socioéconomique.

Par ailleurs, le remboursement de ces solutions numériques ne semble pas suffire à leur pérennité, et des mesures institutionnelles capables d'encourager l'adoption par les professionnels de santé et par les patients des DTx ayant fait leurs preuves apparaissent également nécessaires.

343 Communiqué du Bundestag du 11 avril 2024, au 06/06/2024 : https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-985830

344 Loi sur l'accélération de la santé numérique / *Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens* (Digital-Gesetz — DigiG), au 25/05/2024 : https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/101/VO.html

345 Site officiel de mHealthBelgium, au 05/06/2024 : https://mhealthbelgium.be/fr/pyramide-de-validation

## 10.3. Les outils d'intelligence artificielle : une transformation profonde des pratiques, de la prise en charge et du système de santé

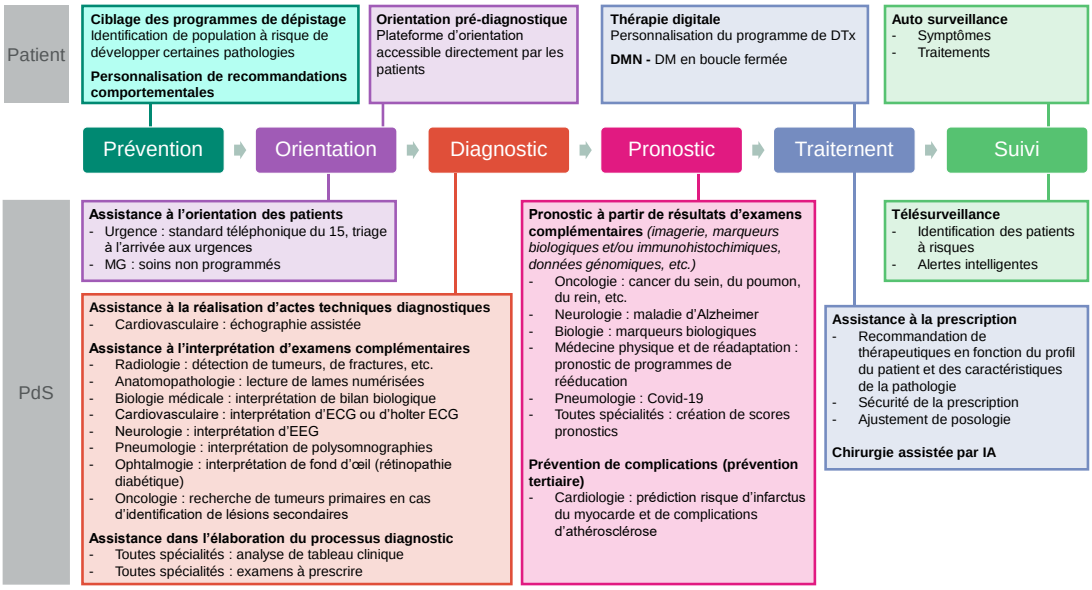
### 10.3.1. Définition et articulation des outils d'intelligence artificielle avec le parcours « patients »

#### Définition et impact potentiel

L'intelligence artificielle (IA) est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme : *« une branche de l'informatique, des statistiques et de l'ingénierie qui utilise des algorithmes ou des modèles pour effectuer des tâches et présenter des comportements tels que l'apprentissage, la prise de décision et les prédictions*[346] *»*.

Une très grande variété de systèmes utilisant l'intelligence artificielle sont en cours de développement dans le secteur de la santé. L'impact potentiel des systèmes à base d'IA sur le parcours des patients est majeur et totalisant (Figure 196). Ainsi, une attention particulière doit être portée à ces innovations dont l'utilisation pourrait redéfinir la pratique et la place des professionnels de santé dans le parcours et la relation de soins.

Figure 196 : Cartographie des usages des systèmes d'intelligence artificielle (IA) dans le parcours de soins du patient




PdS : professionnels de santé ; MG : médecin généraliste ; ECG : électrocardiogramme ; EEG : électroencéphalogramme ; DTx : thérapies digitales ; DMN : dispositif médical numérique

*Source : Cnam*

Le déploiement de l'IA dans le système de santé offre des opportunités significatives mais présente également des risques notables. Les outils d'IA sont appelés à jouer un rôle significatif dans la réorientation du système de santé vers davantage de prévention : accélération des dépistages, fiabilisation du diagnostic, personnalisation de la prise en charge. L'IA peut également optimiser l'efficacité opérationnelle en améliorant la gestion des ressources hospitalières et réduire les coûts en automatisant des tâches répétitives. Enfin, le déploiement de l'IA offre des opportunités pour la recherche médicale, avec des innovations potentielles dans le traitement des maladies rares et complexes.

Toutefois, des risques existent. Stratégiques tout d'abord, concernant la capacité de la France à conserver sa souveraineté sur les données de santé et à s'assurer contre le risque cyber. L'IA en santé représente un enjeu fort pour la compétitivité industrielle française, déjà fortement impactée par les coûts de conformité (règlement général sur la protection des données – RGPD –, *EU AI Act*, loi européenne sur l'intelligence artificielle), notamment au regard des avancées majeures des États-Unis et de la Chine sur ce sujet. Le risque de fuite

346 Regulatory considerations on artificial intelligence for health. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

massive de données de santé vers ces pays est réel (extraterritorialité des législations). Les algorithmes entraînés sur des bases étrangères pourraient comporter des biais et être moins performants sur la population française. Risques techniques ensuite, car les solutions d'IA devront être interopérables et intégrer ces développements dès leur conception pour favoriser leurs usages. Risques éthiques enfin, les solutions d'IA ne pouvant avoir pour effet de priver les professionnels de santé de discernement ni de déshumaniser la relation de soin.

L'édification d'une régulation adaptée qui ne freine pas l'innovation et d'une formation adéquate des professionnels de santé est impérative pour maximiser les bénéfices tout en minimisant les risques.

### L'Assurance Maladie se positionne pour un développement maîtrisé de l'intelligence artificielle en santé

Le déploiement de l'IA en santé est inéluctable. C'est dans ce contexte de risques et d'opportunités que l'Assurance Maladie souhaite se positionner comme un acteur central de son développement et déploiement pour :

- conserver des capacités d'action de long terme et d'autodétermination de la politique de santé dans un contexte stratégique où la maîtrise de l'IA est un enjeu de souveraineté ;
- faire de la médecine de prévention, de précision et de prédiction une réalité concrète au service des patients et de l'efficience du système de santé ;
- accompagner les professionnels de santé et les patients afin de leur permettre d'accéder à ces innovations prometteuses ;
- assurer la conformité de ces solutions aux exigences d'une médecine reposant sur des preuves scientifiques, un haut niveau de sécurité et d'éthique.

La maturité technologique de ces systèmes est inégale et comme le soulignent le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) et le Comité national pilote d'éthique du numérique (CNPEN) dans leur avis commun « Diagnostic Médical et Intelligence Artificielle : Enjeux éthiques », il existe un décalage important entre les promesses affichées, l'état réel de la science et le niveau de connaissance des professionnels de santé et du grand public[347]. Comme esquissé dans son rapport Charges et produits pour 2024, l'action de l'Assurance Maladie se concentrera dans un premier temps sur les systèmes d'IA à destination des professionnels, qui présentent le niveau de maturité le plus avancé et impactant sur l'amélioration des dépistages et diagnostics.

## 10.3.2. Les systèmes d'intelligence artificielle à destination des professionnels de santé

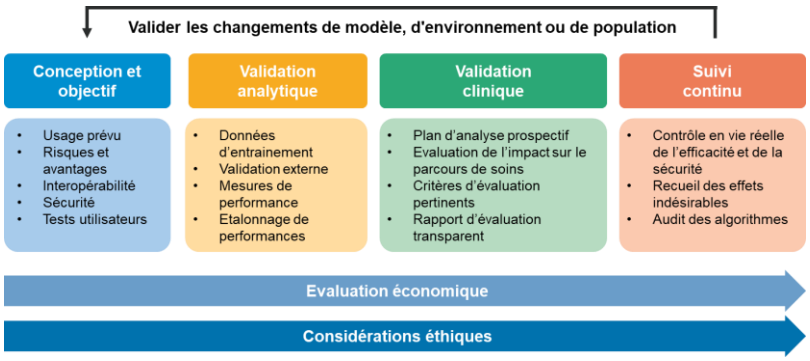
Les systèmes d'IA à destination des professionnels de santé s'inscrivent dans l'ensemble formé par les dispositifs médicaux numériques (DMN) à usage professionnel. Comme précisé par la HAS[348], et à la différence des dispositifs médicaux à destination des patients, les DMN à usage professionnel n'entrent dans aucun processus national d'évaluation structuré et peuvent être utilisés librement par les professionnels dans le cadre d'actes médicaux sans qu'une évaluation indépendante n'ait été apportée. Or, une évaluation institutionnelle de ces DMN compléterait l'évaluation des industriels et mettrait en lumière les apports médicaux de ces outils, favorisant ainsi leur déploiement et utilisation. Enfin, cela permettrait d'envisager des voies spécifiques de financement pour les systèmes ayant démontré leur utilité et leur performance, en réfléchissant à une évolution du modèle tarifaire actuel sur les actes, qui ne sauraient constituer la seule voie de financement de ces outils. Ces étapes sont des prérequis pour satisfaire aux exigences d'une éventuelle prise en charge au titre de la solidarité nationale.

Ce processus d'évaluation des systèmes d'IA est très bien détaillé dans les travaux menés par le groupe de travail *Clinical Evaluation of AI for Health* (Évaluation clinique de l'IA pour la santé) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Union internationale des télécommunications (UIT) (Figure 197).

347 *Diagnostic Médical et Intelligence Artificielle : Enjeux Éthiques*. Avis commun du CCNE et du CNPEN, Avis 141 du CCNE, Avis 4 du CNPEN. Novembre 2022.

348 *Intégration des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel dans la pratique, État des lieux et perspectives d'aide au choix*, HAS. Novembre 2022.

Figure 197 : Aperçu du processus d'évaluation des modèles d'intelligence artificielle (IA) dans le domaine de la santé développé par le groupe de travail sur l'évaluation clinique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (version traduite)




*Source : Regulatory considerations on artificial intelligence for health. Geneva: World Health Organization; 2023.*
*Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO*

## Un fort besoin d'évaluation clinique et de preuves scientifiques

Le processus d'évaluation des systèmes d'IA est particulièrement exigeant. Actuellement, la majorité des publications scientifiques relatives aux systèmes d'IA relèvent de la « validation analytique », mais leurs résultats d'efficacité sont marqués par les jeux de données d'entraînement des modèles, et influencent donc le contexte d'utilisation optimale. Ainsi, il est crucial de mettre en place des études prospectives visant à évaluer les systèmes d'IA selon des critères de jugement cliniques et des contextes d'utilisation pertinents.

Enfin, des dispositifs visant à accompagner les acteurs souhaitant conduire ce genre d'étude existent. Par exemple, l'appel à projets, porté par Bbifrance, « Évaluation du bénéfice médico-économique des dispositifs médicaux numériques et des dispositifs médicaux d'équipement » a pour ambition de financer des évaluations cliniques postmarquage CE et s'inscrit pleinement dans la démarche d'accompagnement de France 2030.

## Des modalités d'évaluation à adapter selon une matrice de risques

Pour prendre en compte les spécificités des systèmes d'IA et leur grande variété d'application, il sera très probablement nécessaire d'adapter les modalités d'évaluation. Ainsi, il semble nécessaire d'initier une réflexion quant à la conception d'une matrice de risques visant à permettre de prioriser les besoins en évaluation de ces systèmes. Cette réflexion pourrait être étendue à l'ensemble des DMN à usage professionnel et s'inspirer des travaux de l'*International Medical Device Regulators Forum*, Forum international des autorités de réglementation des dispositifs médicaux, datant de 2014 et plus récemment de l'*EU AI Act* proposant une stratification du risque en fonction du niveau de risque et de criticité de la situation clinique adressée par la solution et le niveau d'information fournie par celle-ci.

Les principaux enjeux autour de la définition des modalités d'évaluation résident principalement dans la nature des études menées par les fournisseurs de solutions (caractère prospectif ou rétrospectif, utilisation de critères de jugement pertinents cliniquement, etc.), l'identité de l'évaluateur (la HAS met en évidence deux principales pistes : une évaluation réalisée par la HAS, ou une évaluation portée par les Collèges nationaux professionnels avec un potentiel appui méthodologique de la HAS[349]), et la temporalité de l'évaluation clinique.

349 *Intégration des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel dans la pratique. État des lieux et perspectives d'aide au choix*, HAS. Novembre 2022.

### Proposition 23 : Lancer des Assises de la téléconsultation en concertation avec l'ensemble des acteurs

- Renforcer la qualité et la pertinence des prescriptions réalisées en téléconsultation (saisine Haute Autorité de santé – HAS – de recommandations relative à la bonne prescription médicamenteuse/antibiotique en téléconsultation sur plateforme).
- Réfléchir à une redéfinition de la place des plateformes de téléconsultation en complémentarité de l'offre de soins existante (prise en charge des soins non programmés – SNP – après régulation et de patients en zones sous-denses).

### Proposition 24 : Expérimenter la mise à disposition des médecins généralistes d'un outil d'intelligence artificielle d'assistance à l'interprétation d'électrocardiogramme (ECG)

- Cette expérimentation sera lancée dans le cadre plus large d'un programme visant à faciliter l'adoption de l'intelligence artificielle par les professionnels de santé dans leur exercice quotidien (programme sous l'égide de la Haute Autorité de santé – HAS – sur les dispositifs médicaux numériques – DMN).

# 11. Les mesures d’efficience, pertinence, contrôle et lutte contre la fraude pour 2025

## 11.1. Les leviers pour agir que compte mobiliser et renforcer l'Assurance Maladie

### 11.1.1. Les sciences comportementales au service des politiques publiques de gestion du risque

L'Assurance Maladie dispose d'une palette de leviers de gestion du risque très étendue et diversifiée. Ces leviers sont destinés à faire évoluer les pratiques des professionnels de santé et les comportements des patients afin d'améliorer la pertinence des soins et l'efficience du système de soins.

Les sciences comportementales donnent des clés pour améliorer l'efficacité des différents leviers de gestion du risque par exemple en guidant les choix des acteurs par défaut, en présentant les informations selon des normes sociales qui permettent aux individus de se comparer facilement à des pairs, en proposant des préengagements publics qui vont obliger les acteurs ou encore en rendant les incitations les plus immédiates et visibles possibles. Elles nous suggèrent également que combiner différents leviers en complémentarité peut se révéler être l'approche la plus optimale. Aussi, l'Assurance Maladie souhaite renforcer ses moyens d'action pour accroître l'efficacité de ses actions en s'inspirant davantage des enseignements des sciences comportementales.

Confortée par le nouveau cadre conventionnel, elle ambitionne donc de développer et d'optimiser particulièrement les outils et dispositifs d'aide à la prescription, les retours d'informations aux professionnels de santé, les échanges et les comparaisons entre pairs, ou encore les dispositifs d'incitations financières. Il s'agit là d'un des engagements majeurs de l'Assurance Maladie dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027 qu'elle mettra en œuvre en ouvrant une nouvelle séquence du programme de rénovation de la gestion du risque initié en 2021.

Encadré 30 : Mieux prescrire grâce aux outils de l'économie comportementale : quelques leçons issues de la recherche[350]

L'économie comportementale repose sur un vaste corpus de travaux et d'essais randomisés contrôlés ayant permis d'identifier des interventions favorisant l'adhésion aux recommandations de bonne pratique auprès des professionnels de santé. Ces travaux contiennent de nombreux enseignements sur les interventions probantes dont la France peut s'inspirer.

**L'apport des sciences comportementales**

Les sciences comportementales ont démontré l'existence de biais cognitifs permettant de comprendre pourquoi, dans de nombreux contextes, les individus n'agissent pas de façon rationnelle et font des erreurs de décision prévisibles. On peut certes s'attendre à ce que les médecins agissent de façon plus rationnelle que les patients : ils sont hautement qualifiés, informés, expérimentés, et dépassionnés au moment de la prise de décision médicale. Pourtant, certains principes d'économie comportementale s'avèrent pertinents sur leurs jugements, et peuvent conduire à des choix non optimaux, tels que l'excès de confiance, la surabondance de choix, l'aversion à la perte, l'inertie ou le biais de statu quo, ou les limites de la volonté. Les *nudges* sont des interventions qui modifient l'environnement dans lequel les individus prennent leur décision afin de les encourager à modifier leurs comportements. Elles visent à aligner ces comportements avec les intérêts des individus ou ceux de la société tout en laissant la liberté de choix. L'adhésion aux recommandations de bonnes pratiques médicales se prête donc particulièrement à ce type de mesures, afin de favoriser leur mise en œuvre en pratique, sans contraindre la liberté nécessaire à la pratique médicale.

**Les principes et leviers mobilisés qui ont montré leur efficacité dans le domaine de la santé**

Jusqu'à présent, les interventions les plus probantes sont celles qui guident les choix par défaut. Par exemple, dans une étude américaine où le médicament générique était proposé par défaut dans le logiciel de prescription avec une case de refus intitulée « non substituable », le taux de prescription de génériques a augmenté de 23,1 points de pourcentage (Patel, Day, et al., 2016). Les choix par défaut peuvent également encourager le juste parcours de soins en aidant les cliniciens à orienter leurs patients. En automatisant le processus d'orientation vers la réadaptation cardiaque après une admission pour infarctus du myocarde, le taux d'orientation des patients a fortement augmenté jusqu'à 80 % (Adusumalli et al., 2021). Dans un autre ordre d'idées, les prescriptions groupées, qui consistent pour un médecin à émettre une ordonnance pour l'ensemble de sa patientèle éligible, et qui est transmise aux patients par courrier sans nécessiter de consultation, par exemple pour des tests de dépistage, en sont un autre exemple ayant permis d'accroître fortement le dépistage de l'hépatite C (Mehta et al., 2021).

D'autres interventions avec de résultats positifs sont celles qui changent la manière dont les informations sont présentées aux médecins, souvent en utilisant des normes sociales. À titre d'exemple, dans une étude ciblant les consultations pour infections respiratoires aiguës avec des diagnostics pour lesquels la prescription d'antibiotique n'est pas appropriée (par exemple, pharyngite aiguë), la comparaison aux pairs les plus performants, et la demande d'une justification manuscrite

350 Contribution de Catherine Pollak, Harkness Fellow 2022/23 (The Commonwealth Fund, New York University Grossman School of Medicine, Center for Health Initiatives and Behavioral Initiatives University of Pennsylvania), Drees (catherine.pollak@sante.gouv.fr)

pour expliquer les raisons de la prescription dans le dossier médical du patient, ont permis de réduire significativement les taux de prescription d'antibiotique. Les préengagements publics montrent également des résultats prometteurs : une intervention encourageant les praticiens à afficher leur engagement à réduire la prescription inappropriée d'antibiotique dans leur salle d'attente a significativement réduit les taux de prescription inappropriée (Meeker et al., 2014). De plus, les notions d'immédiateté, de comptabilité mentale, de retour d'information sur la performance et les cibles graduées sont particulièrement utiles à prendre en compte lors de la conception d'incitations financières. Rendre les incitations plus saillantes peut exercer une forte influence sur l'efficacité des paiements à la performance et la qualité (Emanuel et al., 2016).

Enfin, plusieurs études suggèrent que l'approche la plus optimale pourrait consister à combiner les interventions auprès des médecins et des patients. Par exemple, en testant des incitations financières pour atteindre des objectifs de cholestérol LDL pour les médecins seuls, les patients seuls, et les médecins et les patients combinés, seul le troisième groupe a significativement réduit les niveaux de LDL-C (Asch et al., 2015).

**Quelques facteurs clés de succès**

Le succès ou l'échec d'interventions très similaires peut dépendre de subtiles différences selon leur mise en œuvre et le contexte. Par exemple, la comparaison entre pairs a réduit la prescription inappropriée d'antibiotique lorsque les retours d'information fournis étaient simples (par rapport à abondants), fréquents (par rapport à trimestriels), et en comparant les médecins aux plus performants (par rapport à la moyenne) (Fox et al., 2020). En pratique, l'itération est presque toujours nécessaire pour obtenir de bons résultats, conduisant les chercheurs à préférer commencer par de petits essais adaptatifs et pragmatiques, avant des essais plus conséquents et intégrés. Il est également important de se fixer des attentes raisonnables : les méta-analyses montrent qu'en moyenne, l'effet des *nudges* est significatif mais d'ampleur modérée. Des interventions à effets modérés méritent néanmoins souvent d'être généralisées, car elles sont souvent peu coûteuses et peuvent conduire à un fort retour sur investissement. Par ailleurs, impliquer les professionnels de santé est un facteur essentiel de réussite. Dans un contexte de surcharge de travail, il importe de tenir compte du coût d'opportunité d'un changement de pratique. Les cliniciens doivent être convaincus que les changements visés font partie de leur travail, que les nouveaux processus le simplifient, garantissent leur autonomie, et ont un impact concret pour leurs patients. Enfin, il convient d'être attentif aux conséquences non intentionnelles, certaines interventions pouvant s'avérer nuisibles. Il a récemment été montré que, dans certains contextes, la comparaison entre pairs diminuait la satisfaction au travail et donnait aux cliniciens l'impression de ne pas être soutenus par leur administration.

### 11.1.2. Les leviers conventionnels constituent un levier puissant et structurant pour accroître la pertinence et l'efficience des soins

Un des objectifs explicites de la convention médicale signée le 4 juin 2024 est de renforcer et valoriser la pertinence et la qualité des soins. Pour ce faire, elle prévoit un dispositif conventionnel complet et innovant permettant d'engager les parties prenantes dans des objectifs partagés d'efficience des soins :

- 15 programmes d'actions partagés reposant sur des engagements réciproques afin d'atteindre des objectifs communs de pertinence des soins ;
- 4 dispositifs d'intéressement permettant, avec les médecins conventionnés, un partage financier des économies pour l'Assurance Maladie permises par des prescriptions plus pertinentes et plus sobres ;
- un dispositif conventionnel permettant à la fois d'informer les médecins généralistes sur leur prescription de médicaments par rapport à la pratique nationale, de sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments et de rémunérer les pratiques individuelles de prescription les plus sobres ;
- une mobilisation du développement professionnel continu pour disposer de formations adaptées à chacun des programmes d'actions partagés et également financer les groupes d'analyse de pratique ;
- un suivi paritaire de l'ensemble des engagements et des résultats sur le champ de la pertinence et de la qualité des soins avec la mise en place d'un observatoire national de la pertinence.

Encadré 31 : Les 15 programmes d'actions partagés et les 4 dispositifs d'intéressement de la convention médicale 2024

**Les 15 programmes d'actions partagés**

Ces 15 programmes de pertinence s'appuient sur des référentiels scientifiques de la Haute Autorité de santé (HAS) chaque fois qu'ils existent, avec l'appui des collèges et sociétés savantes, et sur des diagnostics et constats partagés entre les partenaires conventionnels ayant conduit à l'élaboration du présent texte conventionnel et sont accompagnés d'engagements réciproques et d'objectifs chiffrés.
Au sein de ces programmes d'actions partagés sont identifiés les engagements de chacune des parties et les leviers qui devront permettre de sécuriser la juste prescription, la mobilisation de nouveaux mécanismes vertueux d'incitation financière pour conforter des prescriptions de qualité, la valorisation des comportements de sobriété dans la prescription de médicaments et la nécessité de lutter collectivement contre les pratiques frauduleuses, minoritaires, pour protéger la médecine libérale des dérives potentielles du système (financiarisation, centres de santé déviants…).

1. Pertinence des prescriptions des arrêts de travail

➔ *Ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail de 2 % par an en agissant auprès des 3 parties prenantes (employeurs, assurés, prescripteurs)*

2. Lutte contre l'antibiorésistance
   ➔ *Diminuer la prescription d'antibiotiques de 10 % dès 2025 et de 25 % à horizon 2027 et pour rejoindre la moyenne européenne*
3. Réduction de la polymédication
   ➔ *Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus*
4. Conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques remboursables (ITR)
   ➔ *Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement recommandées par la HAS pour viser 80 % de prescriptions conformes (non remboursables ou ITR)*
5. Développement des biosimilaires
   ➔ *Atteindre 80 % de pénétration des biosimilaires*
6. Sécurisation du recours aux analgésiques de palier 2
   ➔ *Diminuer leur volume prescrit et délivré de 10 %*
7. Pertinence de la prescription et de la dispensation des dispositifs médicaux dits « du quotidien »
   ➔ *Diminuer leur dépense de 5 % et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes glycémiques par an pour la totalité des patients*
8. Pertinence de la prescription et de l'utilisation des traitements pour apnée du sommeil
   ➔ *Augmenter des initiations d'orthèses d'avancée mandibulaire (OAM) jusqu'à près de 30 % à terme*
9. Pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
   ➔ *Diminuer de 20 % les prescriptions d'IPP*
10. Diminution des actes d'imagerie redondants ou non pertinents
    ➔ *Diminuer de 8 % les actes d'imagerie redondants et inutiles*
11. Qualité des prescriptions des actes infirmiers
    ➔ *Réduire de 25 % les rejets et indus*
12. Pertinence de la prescription des transports sanitaires et transports partagés
    ➔ *Atteindre jusqu'à 30 % de transports partagés*
13. Diminution des examens biologiques inutiles
    ➔ *Diminuer d'au moins 80 % le nombre d'actes dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires*
14. Juste recours à l'ordonnance bizone
    ➔ *Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizone pour les patients en affection de longue durée (ALD)*
15. Dépistage précoce des maladies cardiovasculaires et des cancers
    ➔ *Atteindre le taux de dépistage cible de la population éligible pour chacune de ces pathologies : cancer du sein : 70 %, cancer colorectal : 65 %, cancer du col de l'utérus : 80 %, diabète : 94 %, maladie rénale chronique (MRC) : 70 %*

**Les 4 dispositifs d'intéressement**

- Intéressement à la prescription de médicaments biosimilaires
- Intéressement à la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
- Intéressement à l'initiation des orthèses d'avancée mandibulaire
- Valorisation de l'accompagnement des patients souffrant d'insuffisance cardiaque

### 11.1.3. La volonté d'amélioration des prescriptions passe par un meilleur outillage des prescripteurs

Traditionnellement, l'Assurance Maladie dispose d'un panel de leviers gradués pour accompagner les médecins dans la pertinence de leurs prescriptions qui vont de campagnes de communication, d'actions d'information (courriers et courriers électroniques), de formation – plus récemment en mettant à disposition des supports pédagogiques numériques (Mooc, webinaires, podcasts, plateformes vidéo) – à des contacts plus personnalisés (visites des délégués de l'Assurance Maladie aux professionnels de santé, échanges confraternels par des praticiens pouvant porter sur des cas patients, accompagnement attentionné des professionnels de santé nouvellement installés).

Afin d'accroître l'efficacité de ses actions, l'Assurance Maladie se propose de compléter ce socle de moyens d'action par des approches davantage inspirées des sciences comportementales visant à faciliter les prises de décision des prescripteurs en guidant leurs choix et en leur présentant les informations de leur pratique de façon plus dynamique et ergonomique qui leur permet de se comparer facilement à des pairs. C'est tout l'enjeu des projets que lance l'Assurance Maladie, en particulier ceux visant à promouvoir l'usage des outils numériques, à

respecter les indications thérapeutiques remboursables ou à améliorer les retours d'informations au médecin ou encore à faciliter les échanges de pratiques entre pairs.

### La pertinence et l'efficience portées également par les outils numériques (LAP, LAD[351], SADM)

Il existe deux types d'outils numériques visant à renforcer la pertinence et l'efficience des prescriptions :

- les logiciels d'aide à la prescription (LAP) : *« logiciels dont au moins une des fonctions permet d'élaborer et d'éditer les prescriptions médicales »* ;
- les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) : *« outils informatiques capables de traiter l'ensemble des caractéristiques d'un patient donné afin de générer les diagnostics probables de son état clinique (aide au diagnostic) ou les traitements qui lui seraient adaptés (aide à la thérapeutique) »*.

Si le cadre de régulation, de financement et de promotion des LAP est bien connu, celui des SADM reste à construire au regard de l'hétérogénéité d'objets que recouvre cette catégorie.

La fonctionnalité principale des LAP est de sécuriser la prescription en limitant le risque iatrogénique. En plus du marquage CE (conformité européenne) imposé par la réglementation européenne sur les dispositifs médicaux, la Haute Autorité de santé (HAS) certifie les LAP, assurant ainsi l'intégration d'une base de médicaments agréée. Actuellement, deux certifications coexistent : la certification dite « V1 » depuis 2008 et la certification dite « V2 » depuis 2021.

Les SADM reposent aussi sur des bases de médicaments, renforcées par l'ajout de recommandations issues de consensus scientifiques. Leur utilisation permet d'adapter la stratégie médicamenteuse au profil patient. Les SADM sont souvent élaborés par des pairs, mais des solutions commerciales se développent peu à peu. La diversité des SADM rend complexe leur déploiement, par manque d'évaluation standardisée, de cadre de financement pérenne et d'interopérabilité avec les logiciels métiers (dont les LAP) et l'ordonnance numérique. Les SADM proposent des recommandations dans plusieurs spécialités comme en médecine générale avec des outils tels que KitMédical ou Ordotype, en infectiologie ou en dermatologie avec Antibioclic ou Dermatoclic…

Une étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes utilisant un LAP a permis de montrer que tous les médecins interrogés reconnaissent l'utilité des LAP pour sécuriser les prescriptions, pour l'aide à la rédaction des ordonnances et l'accès à l'historique médicamenteux des patients. Ils ont en revanche mis en avant un défaut d'ergonomie des LAP et l'absence de recommandations sur la prescription des dispositifs médicaux.

Afin de renforcer l'efficience et la pertinence des prescriptions, la certification « V2 » intègre des algorithmes d'aide à la décision : les SAM (systèmes d'aide à la décision indexée par médicaments). Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a proposé six SAM rappelant quelques règles ciblées de bonne prescription à la HAS qui les a validés[352] : inhibiteurs de la pompe à protons chez l'enfant de moins d'un an ; Ozempic® ; Tramadol® par voie orale ; contraceptifs œstroprogestatifs ; Valproate® chez les patientes ; Fentanyl®.

### L'accompagnement à la prescription permettant d'assurer la conformité des prescriptions médicales aux indications thérapeutiques remboursables (ITR)

Pour pouvoir être disponible sur le marché, un médicament doit obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) auprès des autorités sanitaires européennes ou françaises (*European Medicines Agency*, Agence européenne du médicament – EMA – ou Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM). Cette AMM correspond aux indications pour lesquelles le laboratoire a mené des études lui permettant d'attester d'une balance bénéfice/risque favorable.

En vue de son admission au remboursement, le médicament est évalué par la HAS qui se positionne sur l'intérêt thérapeutique du produit au regard des alternatives thérapeutiques et sa place dans la stratégie thérapeutique. Lorsque la HAS rend un avis favorable pour une indication (service médical rendu suffisant), on parle alors d'indication thérapeutique remboursable (ITR). Il peut y avoir une différence entre l'AMM d'un produit et ses ITR dès lors que l'évaluation menée par la HAS restreint les indications du produit compte tenu des résultats des études menées et des alternatives. Dans tous les cas, c'est le champ couvert par l'ITR d'un produit qui donne accès au remboursement et non le champ couvert par l'AMM. Certains médicaments sont prescrits en dehors de leurs ITR. Pour certains d'entre eux, des études – réalisées à partir des données du système national des données

356 LAD : logiciel d'aide à la dispensation

352 https://www.has-sante.fr/jcms/c_2664184/fr/systemes-d-aide-a-la-decision-indexee-par-medicaments-sam

de santé (SNDS) – ont identifié jusqu'à un tiers de patients traités en dehors des ITR (par exemple : Entresto® – sacubitril/valsartan).

Face à ce constat, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 a institué un nouveau dispositif d'accompagnement à la prescription sur le respect de l'ITR directement accessible par le prescripteur. L'objectif de ce dispositif est d'accompagner les prescripteurs lors de la prescription de certains médicaments présentant un risque de mésusage (hors ITR) en les aidant à s'assurer du respect de l'ITR grâce à des contrôles *a priori* sur quelques critères constitutifs et fondamentaux de l'ITR, directement et rapidement vérifiables ou faciles à renseigner par le prescripteur en suivant les logigrammes développés par l'Assurance Maladie.

Cet accompagnement *a priori* du respect de l'ITR prendra la forme d'un nouveau téléservice simple et rapide directement accessible par le prescripteur permettant des vérifications sur trois ou quatre critères principaux uniquement. Il sera déployé lors du second semestre 2024.

Le formulaire dématérialisé dans le téléservice disponible sur amelipro (pour les prescripteurs de ville dans un premier temps) permettra immédiatement au prescripteur de déterminer si sa prescription est conforme à l'ITR ou non et lui permettra, ainsi, d'imprimer un justificatif qui sera à présenter par le patient au pharmacien en plus de l'ordonnance en vue de la prise en charge du médicament. Dans le cas où le téléservice donnerait un résultat « hors ITR », le prescripteur pourra maintenir sa prescription mais il devra, alors, informer son patient qu'elle ne sera pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

Les premiers médicaments concernés par ce dispositif sont la classe de médicaments antidiabétiques analogues du GLP-1 (AGLP-1 : Ozempic®, Trulicity®, Victoza®), puis les benzodiazépines (anxiolytiques et hypnotiques).

Des réflexions sont menées en concertation avec les différents acteurs pour augmenter le panel des produits qui feront l'objet d'un accompagnement à la prescription ainsi que pour étendre ce dispositif à d'autres prestations.

### Les enjeux du déploiement de l'ordonnance numérique

L'Assurance Maladie poursuit le déploiement de l'ordonnance numérique dont, à fin mai 2024, la généralisation sur les produits de santé est en cours. Dix logiciels prescripteurs et six logiciels d'officine sont en cours de déploiement national. Plus de 22 millions d'ordonnances ont été créées, un total de 19 600 médecins et près de 2 500 officines sont entrés dans le dispositif. Les travaux se poursuivent pour étendre l'ordonnance numérique aux autres professionnels (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, paramédicaux…) puis aux établissements (pour les prescriptions exécutées en ville).

L'ordonnance numérique constitue un outil important pour la sécurisation des prescriptions tant pour éviter des erreurs de dispensation que pour lutter contre les fausses ordonnances et/ou les trafics de médicaments. C'est un outil qui permet de lutter contre les fraudes grâce à la sécurisation et à la fiabilisation du processus de délivrance.

La présence du QR code sur l'ordonnance papier remise par le patient (ou sur l'ordonnance à disposition du patient dans son profil Mon espace santé) permet au pharmacien (et à terme aux autres professionnels prescrits) de consulter la base des ordonnances numériques et de vérifier la cohérence entre la prescription enregistrée par le médecin dans la base et les informations figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Cela lui évite le risque d'être confronté à des falsifications d'ordonnances par les patients.

L'intérêt du dispositif est notamment souligné par la Cour des comptes : *« La dématérialisation des ordonnances médicales peut permettre de prévenir le règlement par l'Assurance Maladie d'actes, de biens et de prestations qui n'ont pas été prescrits ou qui l'ont été dans de moindres quantités que celles facturées. »*[353].

Par ailleurs, le déploiement de l'ordonnance numérique constitue un levier important pour améliorer la qualité des prescriptions et réduire les risques de iatrogénie grâce à l'utilisation des LAP (logiciels d'aide à la prescription). Il peut être aussi un facteur d'efficience dans la mesure où le patient retrouve ses ordonnances numériques dans Mon espace santé, ce qui peut par ailleurs permettre une réduction des consultations redondantes effectuées uniquement à la suite de la perte d'une ordonnance par les patients.

Enfin, l'alimentation à terme du système national d'informations interrégimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) avec les données des ordonnances numériques permettra d'identifier de manière détaillée des profils de

[353] Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, octobre 2021. Sécurité sociale 2023 – mai 2023.

prescriptions, de prescripteurs et de patients. Ces informations pourront contribuer à la mise en place d'actions de gestion du risque.

### La mise à disposition d'un retour d'informations au médecin lui permettant un meilleur suivi de la réalisation des examens de prévention de ses patients

La nouvelle convention médicale a instauré une « majoration prévention » au forfait médecin traitant, qui vient se substituer à la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Cette majoration repose sur 15 indicateurs de santé publique calculés à la maille du patient, comme le reste du forfait médecin traitant, et non plus au niveau de la patientèle. Concrètement, pour chaque indicateur, le statut d'un patient peut être validé ou non, selon si ce dernier est à jour de son dépistage, de son vaccin, ou de son suivi, même si le médecin n'est pas prescripteur ou effecteur du vaccin, du dépistage, ou de l'examen de suivi. Une « photographie » sera donc prise au 31 décembre de l'année pour rémunérer le médecin en fonction du statut de chaque patient « médecin traitant », pour les indicateurs auxquels ce dernier serait éligible.

En parallèle de la rémunération du médecin à partir de cette « photo », et pour lui permettre un meilleur suivi de ses patients en « temps réel », il est prévu de lui restituer de façon infra-annuelle ces mêmes informations régulièrement mises à jour. Le format privilégié est celui d'un tableau de bord général sur l'ensemble de sa patientèle, pour tous les indicateurs, mis à disposition du médecin depuis l'outil amelipro. D'autres formats de restitution au médecin sont également envisagés, notamment au sein de la « fiche patient » de l'assuré, ou encore sous forme de listes de patients éligibles à tel ou tel indicateur mais dont le statut ne serait pas à jour (non vacciné, non dépisté, etc.). Ces informations doivent permettre au médecin de suivre sa patientèle vis-à-vis de ces différents indicateurs au fur et à mesure de l'année, de façon prospective. Cela doit également lui permettre ou lui faciliter la conduite d'actions ciblées sur certains patients et/ou certains indicateurs afin par exemple d'améliorer la couverture vaccinale ou le taux de dépistage au sein de sa patientèle.

Par ailleurs, la restitution d'informations complémentaires est également envisagée pour contextualiser ce statut (par exemple : date du dernier dépistage réalisé, type de vaccin administré, etc.), de façon à favoriser plus encore le déclenchement d'une action appropriée du médecin auprès de son patient, qu'il s'agisse de la prescription d'un produit ou d'un examen, de la réalisation d'un acte, ou même d'un simple échange sur le sujet avec son patient de manière adaptée, c'est-à-dire à la lumière des informations restituées.

Bien entendu, une attention particulière sera portée à la restitution d'une information claire, fiable et utile pour la pratique du médecin. De même, le format de restitution devra être particulièrement ergonomique pour s'intégrer le plus simplement possible à son activité quotidienne. Si la mise à disposition de ces informations se fera d'abord sur amelipro, elles ont vocation à être intégrées dans les logiciels métiers des médecins, ce qui nécessitera un travail avec les éditeurs.

### Les groupes de pairs

Afin d'optimiser la pratique professionnelle en termes d'efficience et de pertinence des soins, l'Assurance Maladie s'engage, dans le cadre de la convention médicale, à favoriser sur le territoire un dispositif d'échange de pratiques entre pairs favorisant une démarche réflexive. En s'appuyant sur l'expérience des Groupes Qualité existants, les groupes d'amélioration des pratiques (GAP) permettront de généraliser l'amélioration de la pertinence des prescriptions et des parcours de soins.

Le fonctionnement des GAP dans chaque région sera défini par un cahier des charges commun national, répondant aux critères de qualité préconisés par la HAS. Afin de promouvoir une démarche de qualité et d'harmonisation des pratiques sur un territoire, tous les médecins généralistes d'un territoire seront conviés à intégrer un GAP (composé de 10 à 15 professionnels). Pour chacun des thèmes traités, une information médicale validée sera mise à la disposition des médecins. Elle exposera la problématique du thème et comportera des références bibliographiques.

Le principe étant qu'accompagnés par un animateur pair formé, les médecins mènent une démarche réflexive pour identifier les déterminants de leur pratique, en se référant aux données actualisées de la science. L'objectif est d'améliorer la qualité de prise en charge du patient tout en veillant à l'optimisation des dépenses de santé. Les thématiques nationales, régionales et territoriales sont définies annuellement avec des critères précis (devant concerner la pratique quotidienne des médecins, être propres à générer une amélioration des pratiques, être évaluables, correspondre à des données actualisées de la science, améliorer la coordination des soins) en veillant à intégrer les priorités nationales de qualité/pertinence définies dans le texte conventionnel.

Un pilotage national coordonne la mise en œuvre et le suivi du programme sur l'ensemble du territoire (Cnam, commission paritaire nationale – CPN – des médecins, Agence nationale du développement professionnel continu – ANDPC –, HAS, agences régionales de santé – ARS) et évaluera l'impact individuel et collectif de cette démarche sur l'amélioration de la qualité/pertinence des soins, l'organisation des soins ou l'émergence de dynamiques territoriales et l'impact sur des indicateurs de santé publique. L'Assurance Maladie s'engage à fournir à chaque GAP une mesure d'impact avec l'élaboration d'un profil d'activité des médecins sur les indicateurs retenus pour les thématiques nationales, régionales ou locales. La participation aux GAP validera les obligations de formation des médecins par l'ANDPC. L'ANDPC est, par ailleurs, garante de la méthodologie des GAP.

Encadré 32 : Les Groupes Qualité existants

Créés en 2001 en Bretagne, les Groupes Qualité (GQ) sont des dispositifs d'échange de pratiques entre médecins généralistes d'un même territoire, basés sur un engagement collectif permettant aux médecins d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger et développer une démarche réflexive sur leur pratique.

Ces GQ existent dans 5 régions françaises (Bretagne, Normandie, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Pays de la Loire) et depuis 2011, les associations régionales qui organisent le fonctionnement des GQ se sont regroupées en Fédération française des Groupes Qualité® (FFGQ) avec plus de 1 500 médecins généralistes répartis dans 150 GQ (400 médecins répartis sur 39 groupes ont adhéré à la démarche en Bretagne).

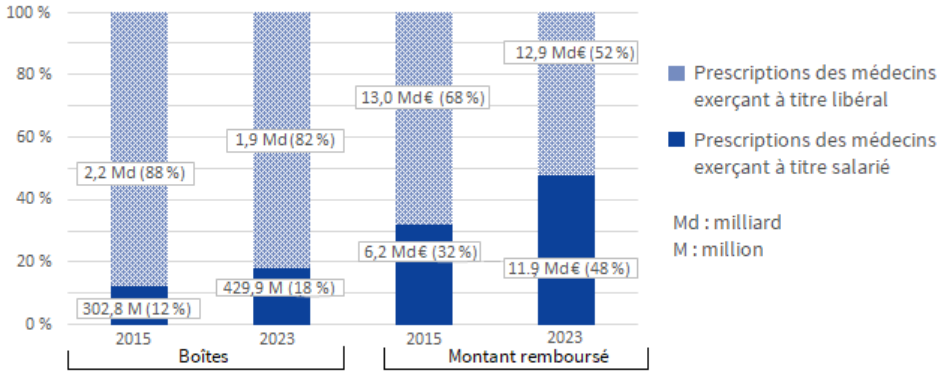
Le financement des GQ est assuré par les agences régionales de santé (ARS) *via* le Fonds d'intervention régional (FIR), l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) met à disposition du personnel et l'Assurance Maladie, en lien avec les ARS, apporte un accompagnement méthodologique dans le fonctionnement du projet. La Direction de la coordination régionale de gestion du risque (DCGDR) assure la production des éléments statistiques au travers de profils de prescription nécessaires à la démarche réflexive des groupes sur leurs pratiques.

Le suivi des données en Bretagne et en Normandie (de 2016 à 2022) permet d'observer que les médecins participant aux GQ ont globalement vu leurs indicateurs de prescription s'améliorer par rapport aux autres prescripteurs, avec des économies à la clé (par exemple, en Normandie, les économies se sont élevées à près de 4 millions d'euros en 2021).

## La visite annuelle des établissements de santé (VAES)

La visite annuelle des établissements de santé (ou VAES) correspond à l'instauration d'un rendez-vous annuel entre l'Assurance Maladie et l'établissement de santé dans sa globalité, à l'initiative de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et du service médical. Cette visite, impulsée par les travaux de Rénov'GDR, est l'occasion d'échanger avec l'établissement de santé dans ses composantes médico-administratives sur les priorités de gestion du risque portées par l'Assurance Maladie et d'identifier des problématiques propres à l'établissement. L'enjeu de cet accompagnement est d'associer les établissements dans les actions de maîtrise médicalisée et de pertinence des soins notamment dans le cadre des prescriptions hospitalières exécutées en ville très dynamique, et notamment pour les produits de santé et transports par exemple, en coordination avec les actions réalisées en ville auprès des professionnels libéraux.

Figure 198 : Prescriptions exécutées en ville : évolution de la répartition du nombre de boîtes et du montant remboursés selon le type de prescripteur en 2015 et en 2023




Note de lecture : sur le graphique, le nombre de boîtes et le montant remboursé sont indiqués par année selon le type de prescripteur. Les prescriptions des médecins exerçant à titre salarié émanent majoritairement de l'hôpital public, ainsi que des centres de santé. Les praticiens exerçant au sein d'une clinique sont inclus dans les prescripteurs exerçant à titre libéral.

*Champ : médicaments délivrés par les pharmacies de ville et remboursés par l'ensemble des régimes d'assurance maladie, hors rétrocession hospitalière – France entière - Source : Cnam (SNDS)*

Un dialogue stratégique peut ainsi s'établir autour de ces priorités pour identifier le positionnement de l'établissement de santé par rapport à celles-ci et dans quelle mesure il peut déterminer les actions nécessaires pour agir. La VAES présente ainsi un objectif double :

- présenter une offre de service globale et une posture rénovée de l'Assurance Maladie avec l'ensemble des thèmes investis dans le cadre de la gestion du risque en établissement de santé et éviter l'éparpillement des actions ;
- coconstruire une feuille de route avec l'établissement de santé dans une logique de proximité et d'accompagnement.

Les actions inscrites à cette feuille de route pourront être des actions d'accompagnement proposées par l'Assurance Maladie, des actions mises en œuvre à l'occasion d'un ciblage dans le cadre d'un programme annuel de gestion du risque ou des actions construites et mises en œuvre par l'établissement lui-même, seul avec ses propres ressources (par exemple, incitation financière à l'amélioration de la qualité – Ifaq –, qualité du codage…).

### 11.1.4. La mise en œuvre de dispositifs d'incitation diversifiés

Les dispositifs d'incitation sont un levier puissant pour faire évoluer les comportements des agents économiques. Déjà largement utilisés, l'Assurance Maladie envisage d'y recourir davantage à l'avenir conformément à ses engagements dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027. Ils sont de différentes natures ; il peut s'agir de dispositifs d'incitations « positives » permettant une rémunération en contrepartie de l'atteinte d'objectifs (de prévention ou de qualité, de sobriété…) ou de dispositifs d'incitations « négatives » en cas de comportement non souhaitable existent également. Ces dispositifs peuvent être collectifs ou individuels.

L'efficacité de ces dispositifs dépend de l'intensité du signal financier, de son immédiateté par rapport à son fait générateur et des retours d'information associés sur la performance.

Encadré 33 : Les dispositifs d'incitation mis en place par l'Assurance Maladie

**La rémunération sur indicateur de prévention ou de qualité**

Pour les médecins, la convention médicale prévoit une rémunération sur une quinzaine d'indicateurs de prévention ciblés sur les patients en fonction de leur âge, sexe, de la présence d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD), et/ou de leur recours aux soins. Par cette rémunération, l'Assurance Maladie compte ainsi améliorer les indicateurs de santé publique (voir *supra* le Tableau de bord de santé publique) et améliorer l'état de santé de la population. Pour les établissements, l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) est une dotation finançant les établissements de santé tarifés à l'activité (T2A) et visant à inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le dispositif repose sur une série d'indicateurs de qualité couvrant plusieurs dimensions des soins, telles que la sécurité des patients, l'efficacité des traitements, la gestion des infections nosocomiales, et la satisfaction des patients. Pour les entreprises, il existe également des dispositifs d'incitation à la prévention selon la taille. Les entreprises de moins de 50 salariés ou les travailleurs indépendants peuvent bénéficier d'incitations à la prévention des risques professionnels sous forme de participation financière pour l'acquisition de certains dispositifs ou matériels sélectionnés, car ils permettent de diminuer l'exposition à certains risques de leur personnel. Les entreprises de plus grande taille (jusqu'à 200 salariés) peuvent de leur côté bénéficier de contrats de prévention négociés avec la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). Plus récemment, le Fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle doté de 200 millions d'euros par an permet de financer des aides directes pour les entreprises destinées à participer à des dépenses de prévention.

**Les dispositifs d'intéressement dits « win-win »**

Pour les médecins, la convention médicale de 2024 prévoit quatre dispositifs d'intéressement individuels permettant un partage financier avec les médecins conventionnés des économies pour l'Assurance Maladie permises par des prescriptions plus pertinentes et plus sobres. Pour les transporteurs sanitaires, les avenants 10 et 11 à la convention des transporteurs sanitaires prévoient un reversement *a posteriori* d'une part des économies réalisées grâce au transport partagé. Pour les assurés, ce type de dispositifs permet, par exemple, l'incitation à utiliser leur véhicule personnel ou les transports en commun en accordant une revalorisation des indemnités allouées au patient. Pour les établissements de santé, le dispositif Caqes (contrat d'amélioration de la qualité et l'efficience des soins), contrat tripartite signé entre les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) et l'Assurance Maladie, portant sur 15 indicateurs (nationaux et régionaux) donne lieu à un intéressement en fonction notamment des économies générées sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les indicateurs nationaux.

**Les dispositifs alliant incitations « positives » et « négatives »**

Les entreprises sont incitées à la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) *via* le système assurantiel mis en place par la branche des risques professionnels qui, pour les entreprises de plus de 149 salariés, proportionne directement le taux de cotisation AT/MP à la sinistralité de l'établissement. En dessous de 20 salariés, ce taux est commun à toutes les entreprises d'un même secteur d'activité en fonction de la sinistralité du secteur. Entre les deux, les deux modalités de tarification sont mixées.

**Les dispositifs d'incitation collectifs**

Les protocoles d'accord sont des dispositifs conventionnels incitatifs visant à mieux maîtriser les dépenses d'une profession en s'appuyant prioritairement sur le levier de la pertinence des actes pouvant donner lieu à des baisses de tarif en cas de non atteinte des objectifs d'évolution fixés. Les protocoles d'accord concernent jusqu'à présent les professions des radiologues et des biologistes mais pourraient être étendus à d'autres professions. Dans le même ordre, des dispositions conventionnelles peuvent prévoir des revalorisations conditionnelles à l'atteinte d'objectifs par les parties conventionnelles comme l'avenant 11 de la convention des transporteurs sanitaires applicable au 1er janvier 2025 prévoyant une revalorisation conditionnée aux mesures d'efficience des transports en véhicule sanitaire léger (VSL) et ambulance, dont le transport partagé.

**Les dispositifs d'incitation individuels**

Il s'agit par exemple des dispositions de l'avenant 10 à la convention des transporteurs sanitaires qui prévoient de pénaliser les entreprises qui ne s'impliqueraient pas dans le dispositif des transports partagés et réaliseraient moins de 5 % de transport partagé. Pour les assurés, toujours concernant la problématique des transports partagés, l'article 69 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024, qui vise à favoriser le développement du recours aux transports partagés, prévoit que lorsqu'un patient refuse un transport partagé, le bénéfice du tiers payant est suspendu pour le trajet concerné et une minoration du remboursement des frais de transport est appliquée.

## 11.2. Mesures d'efficience, pertinence, contrôle et lutte contre la fraude pour 2025

Dans un contexte financier particulièrement contraint, les mesures d'efficience, pertinence, contrôle et lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie devraient générer un impact global de 1,56 milliard d'euros en 2025. L'atteinte de cet objectif ambitieux sera rendue possible notamment par la mise en œuvre de la convention médicale particulièrement structurante pour la gestion du risque avec l'engagement des partenaires conventionnels sur 15 programmes d'actions partagés portant sur la qualité et la pertinence des soins, des feuilles de route de gestion du risque initiées ces dernières années sur les arrêts de travail, le bon usage du médicament, les transports des malades et la poursuite et l'intensification des programmes de lutte contre la fraude.

Tableau 59 : Récapitulatif de l'impact annuel des actions de l'Assurance Maladie sur 2025, en millions d'euros

| Thèmes | Impact sur 2025 (en M€) |
|---|---|
| **>> PARCOURS PATHOLOGIE ET POPULATIONNEL** | **80** |
| **>> PERTINENCE ET EFFICIENCE DES SOINS** | **1 060** |
| Actes | 150 |
| Médicaments | 425 |
| Dispositifs médicaux inscrits à la LPP (a) | 70 |
| Transport | 110 |
| Biologie | 100 |
| Prestations en espèces | 205 |
| **>> CONTRÔLES ET LUTTE CONTRE LES FRAUDES** | **420** |
| Actes | 190 |
| Médicaments | 35 |
| Dispositifs médicaux inscrits à la LPP (a) | 40 |
| Transport | 50 |
| Prestations en espèces | 75 |
| Autres | 30 |
| **TOTAL GÉNÉRAL** | **1 560** |



(a) LPP : liste des produits et prestations
*Source : Cnam*

### 11.2.1. Parcours par pathologie et populationnel

En 2025, l'Assurance Maladie poursuivra ses actions visant à améliorer les parcours de soins des patients, en particulier ceux en lien avec les maladies cardiovasculaires et associées (voir la partie 6. *supra*, « Approche par pathologie ») dont les impacts attendus en matière de santé publique et de gains financiers se révéleront principalement sur le moyen terme. En complément, l'Assurance Maladie prévoit de déployer en 2025 une stratégie d'intervention afin de réduire les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) en se fixant une cible de réduction de 30 % de celles-ci sur 4 ans, ce qui permettrait de diminuer leur coût de 60 millions d'euros par an sur les 4 prochaines années (sur un coût global estimé à 800 millions d'euros).

Les actions de l'Assurance Maladie visant à promouvoir les parcours de soins devraient générer un impact global de 80 millions d'euros.

#### La coordination ville-hôpital, indispensable pour la continuité des soins, doit être pluriprofessionnelle

Quatorze ans après la loi HPST (portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), la coordination ville-hôpital peine encore à se mettre en place. Des dispositifs, tels que les programmes de retour à domicile (Prado) ou encore la formalisation par la HAS de la lettre de liaison, ont œuvré efficacement dans le sens de l'organisation d'un parcours « patients » avec le regret que cette dernière n'est destinée qu'aux seuls médecins. Les autres acteurs de l'équipe de soins primaires (infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes…) qui interviennent immédiatement en sortie d'hospitalisation devraient également être associés afin de sécuriser le parcours de soins des patients (mise à disposition des médicaments, des dispositifs, organisation des visites à domicile). Ainsi ont été identifiées des pistes d'amélioration, à savoir la désignation par les patients des professionnels de santé dans le livret d'accueil de l'hôpital ; le renseignement dans les logiciels des établissements de l'ensemble de l'équipe de soins primaires qui prendra en charge le patient à domicile ; l'envoi par messagerie sécurisée des ordonnances en amont de la sortie du patient à chaque professionnel désigné, mais aussi les informations émanant des professionnels de ville utiles à la bonne prise en charge hospitalière ; l'introduction d'un indicateur dans le contrat d'amélioration de la qualité et l'efficience des soins (Caqes) concernant le respect de l'application de l'article 1111-2 du code de la santé publique pour en faire un levier d'action de la coordination.

#### Diminuer des hospitalisations évitables par une meilleure coordination des soins

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) sont des hospitalisations nécessaires au moment de l'admission à l'hôpital, mais qui auraient pu être évitées avec une prise en charge appropriée par des soins de premier recours en ville.

Dans la littérature anglo-saxonne, on se réfère aux « *hospitalisations sensibles au recours aux soins de premier recours* » (*ambulatory-care sensitive conditions*). Autrement dit, des soins primaires opportuns (en temps, en qualité et en quantité) permettraient d'éviter la survenue de certaines affections ou d'en contrôler l'évolution. Les principales affections correspondent soit à des épisodes aigus (pneumonie bactérienne par exemple), soit à la décompensation ou à l'exacerbation de maladies chroniques (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, asthme ou diabète).

La liste d'affections utilisée en France, et la plus courante, est celle de l'AHRQ[354] qui se limite à six affections : asthme (âge ≥ 18 ans), bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (Âge ≥ 18 ans), insuffisance cardiaque (Âge ≥ 40 ans), complications du diabète à court terme (Âge ≥ 40 ans), angine de poitrine sans infarctus du myocarde (IDM) (entrée par les urgences) (Âge ≥ 40 ans), déshydratation (Âge ≥ 65 ans).

En France, ce concept « d'hospitalisation potentiellement évitable » a été adopté en 2014[355] et matérialisé sous forme d'un indicateur, directement mesurable à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et mis à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Celui-ci prend la forme d'un taux de recours mesurant la consommation de soins hospitaliers potentiellement évitables des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population adulte domiciliée dans cette zone pour 1 000 habitants. Il identifie ainsi les territoires pour lesquels la coordination ville-hôpital pourrait être améliorée par des travaux avec les professionnels concernés.

354 *Agency for Healthcare Research and Quality*, Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé.

355 Avec la publication par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) d'un manuel permettant de calculer l'index HPE : https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-_guide_hpe_2018_03_20.pdf

1,6 % des séjours hospitaliers, soit plus de 263 000 séjours, pourraient être évités, plus de la moitié d'entre eux concernent l'insuffisance cardiaque, et plus de 80 % des patients âgés

En 2022, le taux d'hospitalisations potentiellement évitables (HPE) observé en France pour les 6 affections de la liste AHRQ est de 5 habitants sur 10 000 habitants de 18 ans et plus, ce qui représente 1,6 % des séjours hospitaliers de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) hors séances, soit plus de 263 000 séjours. Depuis qu'il est calculé, le taux est en croissance légère jusqu'en 2019, puis en 2020 une baisse significative semble s'opérer, probablement liée à l'épisode de Covid-19.

Les HPE sont majoritairement liées à l'insuffisance cardiaque (55 %) puis à la BPCO (20 %). Les séjours liés à la déshydratation représentent une part importante des HPE (autour de 10 %) alors que leur prévention paraît possible. Les complications du diabète à court terme ne représentent qu'une faible part, mais c'est la seule affection en augmentation continue. La plupart des séjours liés aux HPE décroissent depuis 2020, potentiellement en lien avec la crise sanitaire, mais ceux liés à l'angine de poitrine sans infarctus du myocarde (IDM) le font de façon spectaculaire. Le phénomène reste à documenter.

La répartition par âge montre que 82 % des séjours liés aux HPE concernent des patients de 65 ans et plus (61 % des séjours concernent les 75 ans et plus).

La répartition selon les régions en 2018 et 2022 montre un écart de plus de 40 % des taux d'HPE entre les extrêmes métropolitains (Normandie et Occitanie), la différence est encore plus marquée selon les bassins de vie[356]. L'homogénéité de la décroissance est observée dans toutes les régions, excepté dans les départements d'outre-mer (DOM).

L'organisation du système de soins et les caractéristiques socioéconomiques et épidémiologiques sont les principaux facteurs explicatifs des HPE

Trois grands types de facteurs peuvent *a priori* déterminer la fréquence des HPE[357]. Il s'agit des caractéristiques du système de soins (l'offre et l'organisation de l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge des patients en amont de l'hospitalisation, et l'articulation de cette prise en charge avec l'offre hospitalière), de la population (notamment sur le plan socioéconomique,) et enfin épidémiologiques.

Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)[358] montre, en effet, qu'en 2017 :

- 75 % des patients concernés par des séjours HPE ont une affection de longue durée (ALD).
- Le risque d'HPE est également fortement accru parmi les personnes qui ont consulté à de nombreuses reprises (plus de neuf fois par an).
- La probabilité d'être hospitalisé de manière évitable dépend de la catégorie socioprofessionnelle. Par rapport aux employés, les ouvriers ont un risque plus élevé de 43 % d'être hospitalisés de manière évitable. Les agriculteurs exploitants ont également un risque plus élevé de 38 % que les employés.
- Les HPE touchent fréquemment les mêmes patients : 26 % des personnes concernées en 2017 avaient déjà connu un événement de ce type au cours des 5 années précédentes et 14 % ont connu plusieurs HPE cette même année.
- 80 % des HPE sont prises en charge par des établissements publics.
- Le risque d'HPE augmente fortement pour les personnes n'ayant pas consulté leur médecin traitant au cours de l'année passée : ils ont un risque cinq fois et demie plus élevé de connaître une HPE que les personnes ayant consulté une ou deux fois leur médecin traitant.

La valorisation des HPE à 800 millions d'euros incite l'Assurance Maladie à proposer une stratégie d'intervention visant à les réduire

Compte tenu de l'enjeu financier et de santé publique des HPE, l'Assurance Maladie propose une stratégie d'intervention visant à les réduire en se fixant une cible de baisse de 30 % sur 4 ans, ce qui permettrait de diminuer le coût des HPE de 60 millions d'euros par an sur les 4 prochaines années. L'indicateur HPE mis à

356 Carte des taux HPE par bassin de vie – Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) Guide méthodologique de calcul de l'indicateur HPE et présentation des principaux résultats – DGOS Atih – 2016 – p. 25.

357 Source : Les HPE – Guide méthodologique de calcul de l'indicateur HPE et présentation des principaux résultats – DGOS Atih – 2016.

358 Source : Drees – Avril 2023 – *Études et résultats.*

disposition par l'Atih (indicateur disponible actuellement pour tous les bassins de vie de métropole et DOM) permettra de suivre et d'évaluer ce plan d'action.

En valorisant les séjours identifiés[359, 360], le montant associé aux hospitalisations évitables s'élèverait à plus de 800 millions d'euros.

Tableau 60 : Hospitalisations potentiellement évitables (HPE) des établissements de santé publics et privés, en 2018, 2019 et 2022, en nombre de séjours et valorisation totale

| | 2018 | | 2019 | | 2022 | | Evolution 19/22 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre de séjours HPE (CNAM) | Montant GHS | Nombre de séjours HPE (CNAM) | Montant GHS | Nombre de séjours HPE (CNAM) | Montant GHS | Nombre de séjours HPE (CNAM) | Montant GHS |
| Asthme | 16 757 | 24 902 328,87 | 16 821 | 24 666 423,60 | 14 782 | 19 465 848,37 | -12,1% | -21,1% |
| BPCO | 68 359 | 210 003 845,27 | 66 816 | 204 474 630,47 | 50 820 | 152 137 166,67 | -23,9% | -25,6% |
| Angine de poitrine sans IDM | 18 305 | 35 348 761,01 | 18 562 | 34 626 888,12 | 14 101 | 26 579 931,22 | -24,0% | -23,2% |
| Complications du diabète à court terme | 6 842 | 22 792 805,45 | 7 214 | 24 200 425,77 | 7 679 | 27 134 337,13 | 6,4% | 12,1% |
| Insuffisance cardiaque | 163 211 | 522 404 018,85 | 165 775 | 535 800 735,40 | 145 965 | 493 979 072,20 | -11,9% | -7,8% |
| Déshydratation | 34 939 | 94 874 726,91 | 33 645 | 91 648 173,99 | 31 076 | 86 240 230,85 | -7,6% | -5,9% |
| Total HPE | 308 413 | 910 326 486,36 | 308 833 | 915 417 277,36 | 264 423 | 805 536 586,44 | **-14,4%** | **-12,0%** |

GHS : groupe homogène de séjours ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; IDM : infarctus du myocarde

*Source : Cnam (PMSI)*

S'il existe bien des territoires plus concernés que d'autres et des affections plus causales (insuffisance cardiaque), il est proposé d'avoir une approche couvrant tout le territoire et exhaustive sur les six affections ciblées par l'indicateur HPE-Atih (dans un premier temps). Un ciblage par bassin de vie et affection pourra également être mis en place dans un second temps.

Trois leviers complémentaires seront mobilisés :

- Interventions auprès des praticiens libéraux des territoires concernés

La moitié des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ayant des objectifs d'amélioration des parcours des personnes âgées et/ou de la coordination ville-hôpital, l'Assurance Maladie privilégiera ses interventions auprès des CPTS et maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en proposant, d'une part, des campagnes de sensibilisation sur la base de diagnostics territoriaux (fiches didactiques, chiffres et cartographie à l'appui) et, d'autre part, une aide à la détection des patients à risque. Des outils d'aide à la formalisation de parcours coordonnés ville-hôpital (lettre de liaison, fiche de liaison des patients à risque sortant d'hospitalisation, identification des professionnels de santé en ville, dont le pharmacien en sortie d'hospitalisation), une promotion de la télésurveillance, des formations dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) ou l'échange de pratiques entre pairs (groupes d'amélioration des pratiques – GAP) pourront être mobilisés.

- Interventions auprès des établissements sanitaires et médicosociaux des territoires

Dans le cadre des actions de gestion du risque auprès des établissements de santé (visite annuelle des établissements de santé – VAES –, contrat d'amélioration de la qualité et l'efficience des soins – Caqes), une campagne sera déployée en coordination avec les agences régionales de santé (ARS) avec pour objectifs la sensibilisation des établissements à l'indicateur mis à disposition par l'Atih (diagnostics territoriaux) et la promotion de l'évaluation des patients fragiles en sortie d'hospitalisation (à partir d'algorithmes développés notamment dans les expérimentations « article 51 » comme PRESAGE) en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). De plus, l'intégration de l'objectif de réduction des HPE dans les dispositifs parcours « insuffisance cardiaque » et parcours « personnes âgées » sera un levier d'action supplémentaire. La promotion et la diffusion de procédures et protocoles communs, de l'usage de Mon espace santé et du dossier médical partagé (DMP) comme support de coordination, le soutien des filières et parcours communs à travers les

359 Tarifs GHS (groupe homogène de séjours) 2021 pour les hospitalisations de janvier et février 2022, Tarifs GHS 2022 pour les hospitalisations à partir de mars 2022.

Remarques : Les montants GHS ne tiennent pas compte des minorations/majorations liées aux bornes basses et hautes. Les coefficients Ségur, prudentiel, de reprise et géographique n'ont pas été intégrés aux calculs. La valorisation des suppléments (réanimation, soins intensifs et surveillance continue) n'a pas été prise en compte. Les séjours avec suppléments représentent 16,5 % du total des séjours HPE (soit, 43 554 séjours).

360 Ce potentiel est estimé à partir de la liste HPRQR qui est limitée à six affections – d'autres affections pourraient être éligibles et responsables d'autres HPE non quantifiées ici (pneumopathies bactériennes – pyélonéphrites – hypertension artérielle, etc.). Par ailleurs le calcul de valorisation des GHS n'inclut pas les honoraires des praticiens d'établissements privés ni les suppléments des GHS.

conventions CPTS-hôpital, la mise à disposition d'expertise à distance seront autant de leviers majeurs pour le développement de ce lien ville-hôpital.

- Détection des patients à risque et opérations d'« aller vers » par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)

Les CPAM pourraient participer à la détection des personnes à risque. En effet, à partir d'une requête basée sur quelques critères compte tenu des facteurs de risque (> 65 ans – ALD – n'ayant pas consulté depuis plus de 12 mois un omnipraticien – ou ayant consulté plus de 6 fois), l'Assurance Maladie pourrait sensibiliser les médecins traitants et les patients de la nécessité d'un suivi adapté.

### 11.2.2. Pertinence et juste facturation des actes

Les actions que mènera l'Assurance Maladie en matière de pertinence et de juste facturation des actes devraient générer un impact d'au moins 150 millions d'euros en 2025.

#### Sécuriser et améliorer la pertinence de réalisation des actes de chirurgie dans les établissements de santé

À l'instar des travaux menés sur le cancer de l'ovaire et du sein dans un précédent rapport Charges et produits, la Cnam, en lien avec le professeur Guy Vallancien et le service médical de Bourgogne-Franche-Comté, a mené une étude de la morbi-mortalité de 96 072 prostatectomies radicales réalisées sur 5 ans entre 2016 et 2020.

Cette étude conclut à l'existence d'une quadrature entre un très faible volume d'activités chirurgicales, une technique ancienne (laparotomie), une durée moyenne de séjour importante et des taux de complication, de passage en réanimation et de décès élevés. Ainsi, le risque de complications (immédiates et dans les 30 jours après la sortie d'hospitalisation) pour les patients est augmenté d'une manière statistiquement significative de 94 % pour les établissements de très faible volume (moins de 11 prostatectomies par an) par rapport à ceux pris en charge dans les établissements à fort volume (plus de 51 prostatectomies par an). Le risque de passage en réanimation y est augmenté de 567 % et le risque de décès de 308 %.

En conséquence, afin d'améliorer la sécurité et la qualité des actes de chirurgie dans les établissements de santé, l'Assurance Maladie se propose, dans le cadre de la visite annuelle des établissements de santé (VAES) d'enrichir l'accompagnement des établissements sur la chirurgie d'une action ciblée sur la prostatectomie radicale dans un premier temps, en accompagnant les établissements atypiques (80 sites en France). Cette action ciblée prendra en compte les seuils réglementaires cancérologiques existants de l'Institut national du cancer (INCa), les affinera pour l'urologie avec les professionnels, avec une proposition de seuils infraspécialités (par pathologies), à l'instar de ceux existants pour la chirurgie digestive, viscérale et gynécologique. La finalité est d'en faire un marqueur de qualité des soins en chirurgie cancérologique urologique réplicable sur les autres spécialités chirurgicales.

Cette action sur la qualité des soins pourrait se compléter ultérieurement par un accompagnement sur la pertinence de réalisation des actes de chirurgie dans les établissements de santé en s'appuyant sur l'atlas de variation des pratiques médicales[361] qui compare le taux de réalisation de 11 actes chirurgicaux[362]. Cet atlas, dont la première version de 2016 a montré les disparités départementales dans les taux de recours relatifs à dix interventions chirurgicales, a été élaboré et édité par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Face à l'ampleur des variations observées en matière de recours aux soins, il permet d'apporter des éléments factuels pour comprendre leurs causes et leurs effets afin de pouvoir améliorer la qualité et l'efficacité du système. La deuxième édition de l'atlas parue en 2023 aborde les variations de recours – au niveau national et départemental – pour 11 interventions chirurgicales majeures. L'ajout, dans cette édition, d'indicateurs de processus de soins – taux de chirurgie ambulatoire, recours à la réhabilitation améliorée après chirurgie (Raac) et taux de réadmission à l'hôpital – contribue en outre à offrir une information plus approfondie sur les pratiques médicales aux professionnels de santé et aux pouvoirs publics.

361 https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/009-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-onze-interventions-chirurgicales.pdf

362 Prothèse de hanche après fracture, prothèse du genou, chirurgie du syndrome du canal carpien, chirurgie de la cataracte, amygdalectomie, pose de stent coronaire sans infarctus du myocarde, chirurgie bariatrique, cholécystectomie, césarienne, hystérectomie, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate.

Le choix du vecteur optimal ainsi que la construction des actions doivent se faire conjointement avec le ministère chargé de la Sécurité sociale. Cette action portant à la fois sur la qualité des soins (prostatectomie) et sur la pertinence pourrait venir enrichir le volet chirurgie de la VAES après une première année de déploiement d'un accompagnement pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Cette thématique pourrait également intégrer le programme Caqes dans son volet « mise sous objectif » comme levier pour agir sur les surrecours identifiés comme des atypies, avec la mise en place de dialogues de pertinence pour les établissements de santé ciblés ou participer au volet qualité/pertinence du nouveau modèle de financement des établissements.

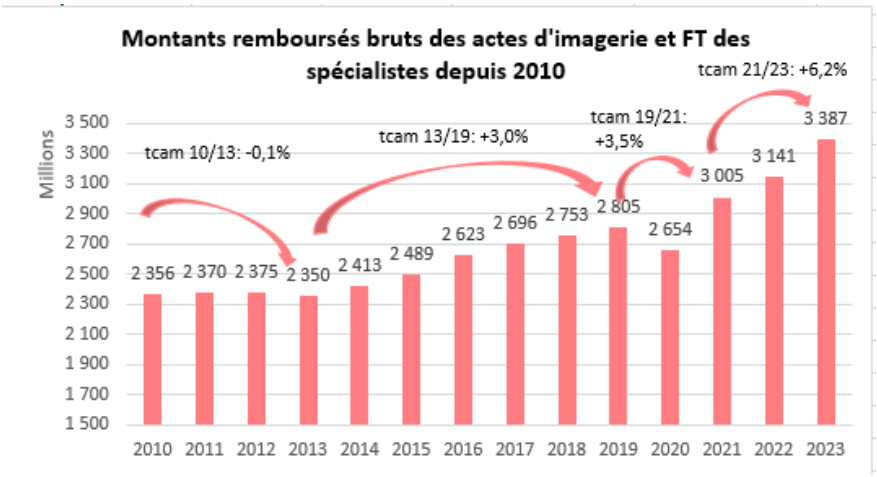
### Pertinence des actes d'imagerie

Pour l'année 2023, les remboursements d'Assurance Maladie du régime général France métropolitaine pour les activités CCAM (classification commune des actes médicaux) d'imagerie médicale (hors échographie) en secteur libéral se sont élevés à 3,4 milliards d'euros, dont 1,4 milliard d'euros de forfaits techniques. Les actes d'imagerie représentent 43 % des dépenses des activités CCAM hors activités dentaires.

Pour le premier trimestre 2024, la croissance des dépenses en imagerie médicale contribue pour 53 % à la croissance de l'ensemble des dépenses d'actes CCAM hors activités dentaires.

Depuis 2021, la dynamique des montants remboursés des actes d'imagerie s'est accélérée. Ainsi, alors qu'entre 2013 et 2019, les actes d'imagerie présentaient une croissance annuelle moyenne de 3 %, elle s'élève à 6,2 % entre 2021 et 2023. Cette croissance est principalement portée par les volumes d'actes d'imagerie.

Figure 199 : Montants remboursés des actes d'imagerie et forfaits techniques (FT) depuis 2010, en millions d'euros




*Source : Cnam*

Compte tenu de ces enjeux, l'Assurance Maladie et les partenaires conventionnels ont acté dans la convention médicale de 2024 des engagements réciproques en faveur d'une pertinence accrue des demandes d'imagerie dont l'ambition est de diminuer les actes d'imagerie redondants, voire inutiles, et d'améliorer la pertinence des demandes.

L'Assurance Maladie s'est à cet effet engagée à mettre en œuvre des campagnes d'information régulières pour les prescripteurs, coconstruites avec les représentants des radiologues, à accompagner le rôle renforcé du médecin radiologue dans son expertise en lui permettant de modifier la demande initiale d'imagerie et à outiller les professionnels avec, par exemple, la mise à disposition de lettres d'adressage types, l'examen de solution dématérialisée de demande d'imagerie ou la saisine de la HAS sur des recommandations alternatives tenant compte de l'offre de soins (délai d'attente pour IRM – imagerie par résonance magnétique –, etc.).

Pour leur part, les médecins se sont engagés collectivement à prescrire aux meilleurs standards de pertinence en respectant les recommandations de bonne pratique sur les demandes d'imagerie médicale et en s'assurant que les demandes d'imagerie médicale contiennent toutes les informations cliniques nécessaires au médecin radiologue pour la bonne réalisation de l'examen. Ils réserveront l'échographie et l'écho doppler au lit du malade (ZZQM004 et ZZQM001) aux échographies et écho dopplers réalisées chez les patients hébergés en établissement de santé, conformément à la définition de l'Atih.

Par ailleurs, le respect maximal du principe de sobriété des prescriptions sera un enjeu majeur en remettant aux patients l'imagerie réalisée ainsi qu'un compte rendu d'examens permettant son utilisation par le médecin requérant et en s'assurant au préalable de l'absence d'examens redondants (*via* en particulier Mon espace santé ou le DMP).

Afin d'atteindre ces objectifs, mais également de contenir les montants remboursés en lien avec les actes d'imagerie, un nouveau protocole d'accord pour les années 2025 à 2027 pourrait être négocié avec la profession, avec comme objectif de réaliser des économies de l'ordre de 100 millions d'euros par an et revenir ainsi sur une tendance historique d'évolution de cette dépense dans la lignée des protocoles signés avec la profession depuis 2007.

### Pertinence et juste facturation des actes dentaires

Les montants remboursés relatifs aux actes dentaires se sont élevés en 2023 à 4,8 milliards d'euros (pour des honoraires totaux de 13,9 milliards d'euros) et affichent une progression rapide : 20 % depuis 2019 (23,7 % pour les honoraires totaux).

Les remboursements de soins conservateurs s'élèvent à 1,8 milliard d'euros en progression de 16 % depuis 2019, les soins prothétiques à 1,3 milliard d'euros en progression de 29 % depuis 2019, l'orthodontie à 566 millions d'euros en progression de 15 % depuis 2019, les soins chirurgicaux à 415 millions d'euros en progression de 42 % depuis 2019.

Si l'activité globale des chirurgiens-dentistes s'avère dynamique, elle l'est particulièrement pour un certain nombre d'actes qui affichent un taux de recours et un dynamisme non justifiés. C'est le cas notamment pour certains soins chirurgicaux comme l'évacuation d'abcès parodontal en progression de 19 % depuis 2019, ou la pose d'un plan de libération occlusale en progression de 54 %.

Tableau 61 : Montants remboursés, honoraires totaux et nombre d'actes des chirurgiens-dentistes, en 2023

| | Consultations-visites-EBD[a] | Orthodontie | PDS[b] | Prothèses | Radios | Soins chirurgicaux | Soins conservateurs | **Total général** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Montants remboursés (en millions d'euros) | 306 | 567 | 4 | 1 352 | 310 | 416 | 1 828 | **4 782** |
| *Évolution de 2019 à 2023* | *1,8 %* | *15,4 %* | *13,1 %* | *29,3 %* | *13,2 %* | *42,4 %* | *16,2 %* | ***20,2 %*** |
| Honoraires totaux (en millions d'euros) | 411 | 2 073 | 5 | 7 779 | 450 | 518 | 2 643 | **13 879** |
| *Évolution de 2019 à 2023* | *3,6 %* | *22,1 %* | *19,1 %* | *26,9 %* | *15,8 %* | *36,6 %* | *18,9 %* | ***23,7 %*** |
| Nombre d'actes (en millions d'actes) | 17 | 5 | 0 | 21 | 25 | 8 | 69 | **145** |
| *Évolution de 2019 à 2023* | *2,9 %* | *13,7 %* | *0,5 %* | *44,0 %* | *7,9 %* | *11,8 %* | *8,9 %* | ***12,3 %*** |

(a) EBD : examen bucco-dentaire ; (b) PDS : permanence des soins

*Source : Cnam (SNDS)*

Aussi, sur la base de ces constats, l'Assurance Maladie et ses partenaires conventionnels pourraient engager des réflexions en vue d'améliorer la pertinence et la juste facturation des actes dentaires.

### Pertinence des soins infirmiers

Les actes infirmiers représentent une assiette annuelle de dépenses de plus de 9 milliards d'euros en 2022, 64 % des honoraires étant consacrés aux actes eux-mêmes, 18 % aux déplacements et 15 % aux majorations.

Les prescriptions de soins infirmiers nécessitent de la part des prescripteurs une grande précision quant aux actes demandés (notamment pour les injections et pansements, l'administration et la surveillance d'une thérapeutique, la surveillance et l'observation, les actes de surveillance du diabète, les perfusions…).

Au regard de l'enjeu des travaux à mener avec les infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel), l'Assurance Maladie a engagé un cycle de travail sur quatre grandes thématiques, dont certaines conclusions auront vocation à se traduire de manière conventionnelle :

- La première concerne la stabilisation avec les infirmiers d'un référentiel fiable et partagé sur les règles de cotations et de cumuls (clarification des zones d'ombre de la nomenclature infirmière et développement d'un outil d'aide à la cotation) ainsi que la clarification et l'harmonisation des processus liés à la facturation au niveau national. Il est également prévu d'outiller les prescripteurs afin de réduire le nombre d'ordonnances ne respectant pas les conventions d'écriture (prescriptions types à disposition des médecins et développement d'un outil d'aide à la prescription) afin de limiter les indus envers les Idel. Par ailleurs, une généralisation de l'accompagnement des nouveaux installés est prévue sur la base du nouveau cadre stabilisé avec les Idel sur les règles de cotations et de nomenclature.
- La deuxième thématique portera sur la prise en charge des patients lourds et sera l'occasion de faire un bilan financier et opérationnel du déploiement du bilan de soins infirmiers (BSI). Une attention particulière sera portée à la typologie des patients lourds et de leurs charges en soins et à la comparaison avec les prises en charge comparables (Idel, service de soins infirmiers à domicile – SSIAD –, etc.).
- Le troisième axe examinera les perspectives du métier d'infirmier ouvertes par les réformes gouvernementales et parlementaires, notamment le déploiement du bilan de prévention et la mise en place de « l'infirmier référent ». L'entrée dans le droit commun des dispositions législatives adoptées pour améliorer l'organisation des soins (traduction des travaux en cours sur la refonte du métier d'IDE – infirmier diplômé d'État ou infirmière diplômée d'État –, accès direct pour le traitement des plaies, certificats de décès, compétences des infirmiers et infirmières en pratique avancée – IPA…), la stabilisation d'un cadre national sur la prise en charge des soins non programmés (bilan de la mesure Braun) et le bilan du cadre existant relatif à l'installation démographique feront également l'objet de travaux complémentaires.
- Enfin, la quatrième thématique portera sur le sujet de la pertinence et de la sobriété concernant notamment le petit matériel et les pansements mis à disposition des patients. Des propositions sur la réutilisation des dispositifs médicaux non utilisés, l'évolution des conditionnements des sets de dispositifs médicaux à usage unique (set de plaies chroniques, set de détersion, etc.) ou encore le circuit d'approvisionnement par les Idel de certains produits de santé seront discutés avec la profession. Un travail est à mener sur un rôle renforcé des Idel face aux prescriptions problématiques (comme les médicaments potentiellement inappropriés), lorsque l'Idel est le mieux positionné pour évaluer certains besoins spécifiques et/ou évolutifs du patient (par exemple, concernant les pansements) ainsi que sur les modalités et la durée de renouvellement de certains produits de la liste des produits et prestations (LPP) (matériel de maintien à domicile).

Par ailleurs, les engagements collectifs des médecins sont également de respecter les qualités techniques des prescriptions en validant systématiquement les bilans de soins infirmiers de leurs patients et en recourant à la rubrique dédiée aux soins infirmiers dans l'ordonnance numérique.

### 11.2.3. Prescription et délivrance des médicaments

Les objectifs de maîtrise des dépenses que l'Assurance Maladie s'est fixés pour 2025 s'élèvent à 425 millions d'euros.

#### La montée en charge des médicaments biosimilaires bénéficiera des possibilités de substitution des pharmaciens, du renforcement du dispositif incitatif des médecins libéraux et de l'élargissement du répertoire afin d'atteindre le taux de pénétration cible de 80 % en 2025

Au 1er mai 2024, on dénombre 67 noms de marques de médicaments biosimilaires commercialisés pour 13 classes thérapeutiques différentes. Les remboursements par l'Assurance Maladie de ces classes thérapeutiques représentent pour les délivrances en ville 1,9 milliard d'euros, dont 780 millions d'euros pour les médicaments biosimilaires (32 %).

Des niveaux élevés (supérieurs à 80 %) de pénétration des médicaments génériques et des médicaments biosimilaires constituent un enjeu majeur pour la soutenabilité du système de santé et sa capacité à financer un égal accès à l'innovation thérapeutique. Les objectifs sont l'amélioration de l'efficience du système de santé, la juste dépense des produits de santé et la contribution dans une certaine mesure à la lutte contre les ruptures d'approvisionnement.

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés pour y parvenir, ce qui devrait permettre de dégager une économie de 90 millions d'euros en 2025.

Il s'agit d'abord des engagements réciproques de l'Assurance Maladie, des médecins libéraux et des pharmaciens dans leur convention respective, complétés de dispositifs incitatifs dédiés. La convention médicale prévoit, en effet, un dispositif d'intéressement valorisant l'augmentation du nombre de patients auxquels sont prescrits des biosimilaires conformément aux recommandations de bonne pratique. Ses principes sont identiques à ceux de l'avenant 9 de la précédente convention médicale en renforçant son caractère incitatif (le partage d'économies entre le médecin et l'Assurance Maladie passe de 30 %-70 % à 50 %-50 %). Ce dispositif concerne à ce jour six molécules (voir ci-dessous le Tableau 62) et devra cibler les molécules non substituables par les pharmaciens.

Le recours aux biosimilaires est également encouragé à travers la substitution par le pharmacien. La faculté de substitution concerne à ce jour deux molécules, celle-ci devrait être étendue à la suite de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2024 qui permet d'inscrire de nouveaux biosimilaires sur la liste des groupes biosimilaires substituables à l'issue d'une commercialisation de deux ans. La substitution en ophtalmologie (Lucentis® et Eylea®), en rhumatologie, en gastro-entérologie et en dermatologie est particulièrement attendue. L'avenant 1 de la convention avec les pharmaciens appelle à une large substitution, à une égalisation de marges réglementées entre les médicaments biologiques et les biosimilaires, et incite les pharmaciens à substituer dès à présent *via* la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) exceptionnelle suivante : 100 euros pour la substitution d'un hybride et d'un biosimilaire en 2024.

Enfin, il existe également un dispositif d'incitation pour les établissements concernant trois molécules et consistant en un intéressement à hauteur de 20 % des économies réalisées dans les établissements prescrivant des biosimilaires.

Par ailleurs, l'ouverture par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) depuis le 17 avril 2024 de la possibilité d'initier, en ville, certaines biothérapies administrées par voie sous-cutanée, dans le traitement de maladies inflammatoires chroniques en rhumatologie, gastro-entérologie, dermatologie, pneumologie, allergologie, otorhinolaryngologie et ophtalmologie, parmi lesquelles figurent des molécules avec biosimilaires, devrait favoriser une meilleure pénétration de ceux-ci en ville notamment en lien avec le dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription de biosimilaires.

Deux molécules à fort impact économique (ranibizumab – Lucentis® – et éculizumab – Soliris®) ont été biosimilarisées en 2023 et deux nouvelles molécules sont d'ores et déjà biosimilarisées en 2024 (tocilizumab – Roactemra® – et natalizumab – Tysabri®). D'autres chutes de brevets de produits à fort potentiel sont attendues pour 2024 et 2025.

L'ouverture prochaine des négociations de l'accord-cadre Leem (les Entreprises du médicament)/CEPS (Comité économique des produits de santé) sera l'occasion de réfléchir à la politique tarifaire propre aux médicaments bioréférents et biosimilaires.

Tableau 62 : Tableau de bord sur la pénétration des médicaments biosimilaires (en volume) par dénomination commune internationale (DCI) et selon le lieu de délivrance, en 2022

| Substance active | Délivrance en ville (prescripteurs libéraux + PHMEV) | | Délivrance intrahospitalière (liste en sus) | | Date de commercialisation du premier biosimilaire | Conditions de prescription* | Dispositifs incitatifs (situation au 1er juin 2024) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Part des biosimilaires dans le groupe biologique similaire (en volume) en 2023 [1] | Montant remboursé (en millions d'euros) en 2023 [2] | Part des biosimilaires dans le groupe biologique similaire (en volume) en 2023 [1] | Montant remboursé (en millions d'euros) en 2023 [2] | | | |
| **Adalimumab**** | 51,7 % | 496 M€ | | | octobre 2018 | Restreinte [8] | Intéressement ES [6]<br>Intéressement PS lib. [7] |
| **Bevacizumab** | | | 99,1 % | 133 M€ | juin 2020 | RH - Restreinte [8] | |
| **Éculizumab***** | | | 0,2 % | 124 M€ | octobre 2023 | RH - Restreinte [8] | |
| **Énoxaparine** | 16,7 % | 103 M€ | | | septembre 2018 | | Intéressement PS lib. [7] |
| **Époétine** | 86,3 % | 106 M€ | | | juillet 2008 | PIH annuelle ou PI par un médecin exerçant dans un service de dialyse à domicile | |
| **Étanercept**** | 54,3 % | 147 M€ | | | octobre 2016 | Restreinte [8] | Intéressement ES [6]<br>Intéressement PS lib. [7] |
| **Filgrastim** | 92,7 % | 95 M€ | | | mars 2009 | PIH trimestrielle | Substitution par les pharmaciens |

| Substance active | Délivrance en ville (prescripteurs libéraux + PHMEV) | | Délivrance intrahospitalière (liste en sus) | | Date de commercialisation du premier biosimilaire | Conditions de prescription* | Dispositifs incitatifs (situation au 1er juin 2024) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Part des biosimilaires dans le groupe biologique similaire (en volume) en 2023 [1] | Montant remboursé (en millions d'euros) en 2023 [2] | Part des biosimilaires dans le groupe biologique similaire (en volume) en 2023 [1] | Montant remboursé (en millions d'euros) en 2023 [2] | | | |
| **Follitropine alfa** | 72,9 % | 59 M€ | | | mai 2015 | Restreinte [8] | Intéressement PS lib. [7] |
| **Infliximab** | | | 87,3 % | 100 M€ | février 2015 | RH | |
| **Insuline asparte** | 3,0 % | 81 M€ | | | mars 2021 | | Intéressement PS lib. [7] |
| **Insuline glargine** | 45,1 % | 115 M€ | | | janvier 2016 | | Intéressement ES [6]<br>Rosp médecin traitant• |
| **Natalizumab****** | | | 0 % [3] | 28 M€ | avril 2024 | RH - Restreinte [8] | |
| **Pegfilgrastim** | 84,8% | 151 M€ | | | novembre 2018 | PIH trimestrielle | Substitution par les pharmaciens |
| **Ranibizumab** | 1,0 % | 370 M€ | | | mars 2023 | Restreinte [8] | Intéressement PS lib. [7] |
| **Rituximab****** | | | 96,9 % | 60 M€ | septembre 2017 | PH.<br>1re administration en milieu hospitalier.<br>Restreinte [8] | |
| **Somatropine** | 48,1 % | 89 M€ | | | mai 2007 | PIH annuelle.<br>Restreinte [8] | |
| **Tériparatide** | 49,4 % | 27 M€ | | | août 2019 | | |
| **Tocilizumab**** | 0 % [4] | 73 M€ | 0 % [4] | 30 M€ | février 2024 | Restreinte [8] | Intéressement PS lib. [7] à venir |
| **Trastuzumab****** | | | 97,8 % | 28 M€ | août 2018 | PH.<br>1re administration en milieu hospitalier.<br>Restreinte [8] | |
| **Total** | **31,89 % [5]** | **1 912 M€** | **90,16 % [5]** | **503 M€** | | | - |

PHMEV : prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville
*RH : réserve hospitalière, PI : prescription initiale, PH : prescription hospitalière, PIH : prescription initiale hospitalière
**Suppression de l'obligation de la prescription initiale hospitalière pour certaines biothérapies administrées par voie sous-cutanée et utilisées dans le traitement de maladies inflammatoires chroniques - ANSM - 17 avril 2024
***Premier biosimilaire commercialisé en octobre 2023
****Exclusion des formes non biosimiliarisées (Herceptin® 600 mg, solution injectable en flacon, Mabthera® 1 400 mg, solution pour injection sous-cutanée et Tysabri® 150 mg solution injectable en seringue préremplie)
[1] Calculé en nombre de boîtes remboursées pour les délivrances en ville (France entière) et en nombre d'unités consommées pour les délivrances intrahospitalières (liste en sus – Médecine, chirurgie, obstétrique [MCO] – France entière) – données Medic'AM et Atih (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) – traitement Cnam
[2] Calculé en montant remboursé pour les délivrances en ville et en coût total des unités consommées pour les délivrances intrahospitalières – données Medic'AM et Atih – traitement Cnam
[3] Premier biosimilaire commercialisé en avril 2024
[4] Premier biosimilaire commercialisé en février 2024
[5] Hors natalizumab et tocilizumab
[6] Intéressement de 20 % auprès des établissements de santé (ES) pour leur PHMEV
[7] Dispositif d'intéressement à la prescription des médicaments biosimilaires pour les professionnels de santé (PS) libéraux
[8] Prescription réservée à certains spécialistes

*Sources : Cnam (Medic'AM) et Atih – traitement Cnam*

## Développement des médicaments hybrides

En avril 2024, l'ANSM a publié un registre des groupes hybrides qui intègre certains produits inhalés permettant leur substitution en officine ; l'Assurance Maladie est engagée pour améliorer la pénétration de ces produits moins coûteux avec :

- des travaux conventionnels avec les pharmaciens visant à renforcer la substitution de ces produits dans le cadre réglementaire : l'avenant 1 de la convention avec les pharmaciens appelle à une large substitution et incite les pharmaciens à substituer dès à présent *via* la Rosp exceptionnelle suivante : 100 euros pour la substitution d'un hybride et d'un biosimilaire en 2024 ;
- des travaux avec les services du ministère sur les modalités tarifaires entourant ces produits : égalités de marge, propositions tarifaires dans le cadre des travaux du CEPS ;
- une information à destination de l'ensemble des professionnels de santé concernés est prévue courant 2024.

L'Assurance Maladie promeut par ailleurs l'élargissement de ce répertoire permettant d'augmenter les marges d'efficience permises par la mise sur le marché des médicaments hybrides (élargissement des formes inhalées non inclus dans le registre notamment).

Un rendement estimé à 10 millions d'euros est attendu.

### Bon usage des antibiotiques

L'essor de l'antibiorésistance, largement corrélé au mauvais usage et à la surconsommation d'antibiotiques, représente un enjeu majeur de santé publique.

En conséquence, les partenaires conventionnels de la nouvelle convention médicale se sont emparés de cette problématique et se sont fixé l'ambition de diminuer de 25 % le volume d'antibiotiques prescrits en 2027 et de 10 % dès 2025, afin de tendre vers les standards européens.

Pour ce faire, l'Assurance Maladie continuera d'informer l'ensemble des professionnels des référentiels de bonne pratique et des avis de l'ANSM, mènera des campagnes ciblées sur le bon usage de la pristinamycine, sur certains antibiotiques chez les enfants et des campagnes d'information annuelle sur les pathologies auprès des prescripteurs avec, pour l'année 2024, un focus sur les infections urinaires. Elle mettra également à disposition des prescripteurs un outil d'aide à la décision thérapeutique sur le champ des antibiotiques (de type Antibioclic). Elle encouragera les pharmaciens à recourir aux tests rapides (test rapide d'orientation diagnostique – Trod – pour l'angine, et bandelettes urinaires pour les cystites).

Au-delà de l'usage de ces outils mis à disposition, les médecins libéraux pourront utiliser si besoin l'ordonnance de non-prescription quand la prescription d'antibiotique n'est pas utile, et que ce dispositif peut faciliter l'accompagnement du patient (*nudge*). En complément des actions d'accompagnement destinées aux médecins libéraux, les établissements de santé seront également accompagnés dans la prévention des infections et de l'antibiorésistance qui fait l'objet d'une thématique abordée dans le cadre de la nouvelle visite annuelle des établissements de santé (VAES, voir *supra*).

L'objectif d'économie associé à ces campagnes est de 25 millions d'euros sur 2025.

### Bon usage des antidiabétiques

L'Assurance Maladie a mené en janvier 2024 une campagne d'information auprès des médecins généralistes, endocrinologues et médecins des centres de soins pour alerter sur les tensions d'approvisionnement en médicaments de la classe des analogues du GLP-1 (glucagon-like peptide-1), et de l'importance du respect des indications inscrites au remboursement. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie a mis à disposition une infographie rappelant la place des AGLP-1 dans la stratégie thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2.

Fin 2024-début 2025, l'Assurance Maladie conduira une nouvelle campagne relative au respect des indications remboursables des analogues du GLP-1 portant la promotion auprès des prescripteurs du nouvel outil d'accompagnement à la prescription (voir plus haut la section 11.1.2) qui va concerner dans un premier temps les analogues du GLP-1.

L'objectif d'économie associé à la campagne est d'environ 10 millions d'euros en année pleine.

### Pertinence des prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à protons

En 2020, d'après la Haute Autorité de santé (HAS), 16 millions de patients avaient reçu un inhibiteur de la pompe à protons (IPP), soit environ un quart de la population. Plus de 50 % des usages ne seraient pas justifiés (fiche Bon usage du médicament, HAS). Ces traitements sont souvent prescrits de manière trop systématique ou pour des durées trop longues. Au-delà de représenter des dépenses supplémentaires pour l'Assurance Maladie, cette utilisation peut entraîner des effets indésirables pour les patients, dont les patients pédiatriques. La pertinence des prescriptions d'IPP fait l'objet d'un programme d'actions partagés de la convention médicale fixant l'ambition de diminuer de 20 % chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la HAS.

Pour parvenir à cet objectif, l'Assurance Maladie renforcera sa communication auprès des parents de jeunes enfants ainsi qu'auprès des professionnels de santé sur les risques iatrogéniques de cette consommation médicamenteuse en population pédiatrique au regard des avis de la HAS. La convention médicale prévoit également la mise en place d'une incitation financière de partage de gains avec le médecin conventionné,

permettant de valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient dans le changement de pratique, voire de déprescription, et poursuivra la sensibilisation des établissements de santé sur la pertinence de prescription de ces médicaments dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité et l'efficience des soins (Caqes) avec un impact attendu de 3 millions d'euros.

Les impacts attendus de la diminution des prescriptions d'IPP sont estimés à 70 millions d'euros sur 3 ans (2025-2027), dont 35 millions d'euros en 2025, si le taux de déprescription atteint 40 %.

#### L'Assurance Maladie poursuit ses actions visant à limiter la consommation de benzodiazépines

L'Assurance Maladie mènera des actions ciblées en particulier pour rappeler les indications thérapeutiques remboursables des benzodiazépines, les durées maximales de traitement prévues dans les autorisations de mise sur le marché (AMM) et les règles de déprescription à suivre. Le nouvel outil d'accompagnement à la prescription (voir plus haut la section 11.1.2) qui rappelle le caractère non pérenne de la prescription des benzodiazépines devrait également concourir à réduire la consommation de benzodiazépines.

En complément des actions d'accompagnement destinées aux médecins libéraux, les établissements seront également accompagnés dans la lutte contre la polymédication chez la personne âgée dans le cadre de la nouvelle visite annuelle des établissements de santé (VAES, voir *supra*), d'une part, et d'une future campagne en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), d'autre part.

L'objectif d'économie associé à ces actions est estimé à 30 millions d'euros.

#### Intégrer l'impact de la hausse des remises sur les marges de distribution

L'instauration de remises dans le cadre de la négociation du prix des médicaments correspond notamment à une demande des industriels afin de fixer des prix publics élevés servant ensuite de référence dans d'autres pays. Cette différence, entre le prix affiché publiquement et le prix effectivement payé par l'Assurance Maladie, entraîne une dépense supplémentaire pour l'Assurance Maladie en lien avec les marges de distribution versées aux pharmaciens et aux grossistes. En effet, ces marges sont calculées sur la base du prix public des médicaments (voir plus haut le chapitre 9.5 Évaluation de l'impact des remises sur les prix des médicaments pour les marges de distribution en 2021 et 2022).

Face à la hausse du système de remises, il semble nécessaire d'intégrer ce constat dans l'équilibre économique de la négociation entre les Entreprises du médicament (Leem) et le Comité économique des produits de santé (CEPS) pour assurer une cohérence avec les modalités de rémunération des acteurs de la distribution. Une disposition pourrait être inscrite dans l'accord-cadre régissant les négociations entre le CEPS et le Leem.

### 11.2.4. Efficience et pertinence dans la prescription des dispositifs médicaux

L'Assurance Maladie constate une croissance importante des dépenses de dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations (LPP). Avec un montant remboursé en ville qui dépasse les 9,2 milliards d'euros en 2023, les dépenses de la LPP sont en croissance moyenne de 4 % par an depuis 2016. L'Assurance Maladie souhaite engager les parties prenantes dans une meilleure efficience de la prescription des produits de la LPP et tout particulièrement dans la lutte contre le gaspillage observé de certains dispositifs médicaux en cohérence avec les objectifs nécessaires de sobriété.

Aussi, l'Assurance Maladie va mettre en œuvre des actions ciblées sur les postes de dépenses les plus dynamiques dont les impacts attendus sont estimés à près de 70 millions d'euros en 2025.

#### Pertinence des prescriptions des compléments nutritionnels oraux

Les dépenses de l'Assurance Maladie de remboursements de compléments nutritionnels oraux (CNO) représentent 400 millions d'euros par an. Dans le cadre de la convention médicale pour 2024, les partenaires conventionnels ont acté de garantir une juste prescription des CNO quand le besoin est avéré et de lutter contre le gaspillage en se fixant comme objectif une diminution de 5 % des volumes remboursés de CNO d'ici 2027 par rapport au volume remboursé en 2023.

Les partenaires conventionnels rappellent l'importance de dépister la dénutrition, notamment chez la personne âgée. Conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), la prise en charge débute graduellement, sauf dénutrition sévère d'emblée, par la dispensation de conseils nutritionnels notamment en lien avec le Programme national nutrition santé (PNNS) et l'enrichissement de l'alimentation. La mise en place d'une complémentation nutritionnelle orale doit être envisagée en cas d'échec aux mesures diététiques et d'enrichissement, ou d'emblée en cas de dénutrition sévère.

Conformément aux engagements réciproques définis pour répondre aux enjeux globaux de pertinence et d'efficience en matière de dispositifs d'autosurveillance, les acteurs se sont engagés à faire respecter les recommandations scientifiques, à savoir que la prescription doit être réalisée en 2 temps : d'abord une primoprescription puis, dans les 15 jours, une réévaluation systématique de l'observance. Lors des consultations suivantes, la réévaluation doit être réalisée systématiquement et doit s'arrêter en cas de récupération d'un poids de forme et la reprise d'une alimentation suffisamment riche pour garantir un poids de forme.

En 2024, des délégués de l'Assurance Maladie rappelleront ces recommandations aux prescripteurs.

L'économie attendue d'un meilleur recours aux CNO est estimée à 20 millions d'euros, dont 10 millions d'euros en 2025.

### Dispositifs d'autosurveillance de la glycémie

L'autosurveillance de la glycémie fait partie intégrante de la prise en charge des patients diabétiques. Les objectifs de contrôle de la glycémie doivent être définis individuellement par le médecin en lien avec son patient. L'autosurveillance n'est ni systématique ni identique pour tous les patients diabétiques. Conformément aux recommandations de la HAS, l'arrêté du 25 février 2011 définit ainsi le plafond de prise en charge des bandelettes glycémiques nécessaires à l'autosurveillance pour les patients diabétiques de type 2 non insulino-requérants à 200 unités par an. En 2022, plus de 300 000 patients étaient concernés par un dépassement de ce seuil.

Dans la dernière convention médicale, les partenaires se sont engagés mutuellement à un usage raisonné de ces dispositifs. L'Assurance Maladie mènera des campagnes à l'attention des prescripteurs et des assurés et mettra en place un « compteur » sur amelipro, le téléservice d'aide à la détection d'atypies de consommation (ADAC), permettant de suivre la consommation par patient du nombre de bandelettes, à l'attention des pharmaciens et des médecins à partir du début de l'année 2025.

Encadré 34 : Le téléservice d'aide à la détection d'atypies de consommation (ADAC)

Un téléservice d'aide à la détection d'atypies de consommation (ADAC) dans les pharmacies va être déployé pour présenter aux pharmacies d'officine *via* amelipro une information sur la quantité de boîtes de certains médicaments et dispositifs médicaux pris en charge par l'Assurance Maladie pour un patient déterminé et sur une profondeur d'historique donnée. Ce téléservice a d'ores et déjà été testé dans 52 pharmacies.

Ce téléservice concernera dans un premier temps les bandelettes glycémiques, certains lecteurs de glycémie et des médicaments sensibles et onéreux.

L'outil permet ainsi d'informer le dispensateur d'une facturation au-delà du seuil réglementaire de prise en charge *via* un retour d'information.

### Prescription des pansements postchirurgie

Sur les 9,2 milliards d'euros de dépenses de dispositifs médicaux remboursés en 2023, presque 10 % correspondent à des pansements. Les remboursements de pansements sont en constante augmentation avec une dépense qui dépasse les 860 millions d'euros en 2023.

Cette augmentation des dépenses en ville (+ 4,7 % par rapport à 2022) est soutenue par plusieurs facteurs comme le vieillissement de la population, la hausse de la prévalence de certaines pathologies, dont les pathologies chroniques (diabète) et le virage ambulatoire (retours à domicile plus précoces). Parallèlement, le mésusage (en particulier des pansements absorbants), la méconnaissance des produits, la difficulté de l'évaluation du stade des plaies et la mauvaise observation des protocoles ou le faible recours à ces protocoles engendrent des prescriptions non justifiées.

Dans le cadre de la convention médicale 2024, les partenaires conventionnels se sont saisis de cette problématique et se sont donné pour objectif de diminuer les volumes remboursés de pansements techniques prescrits en postopératoire de 5 % dès 2025.

Pour ce faire, l'Assurance Maladie intégrera cet enjeu à l'accompagnement annuel des établissements de santé, proposera des modèles types de prescription pouvant être adaptés/complétés par les infirmiers et initiera des travaux conventionnels avec les infirmiers et les pharmaciens sur leurs rôles respectifs en matière d'adaptation des prescriptions des pansements, notamment hospitalières.

Cette action participe également à l'effort de réduction du gaspillage des pansements en lien avec la Proposition 1 de ce rapport qui vise à limiter la première délivrance de pansements et produits nécessaires au traitement des plaies à sept jours de traitement.

L'objectif d'économie associé à ces campagnes est d'environ 20 millions d'euros.

### Auto-inscriptions erronées des dispositifs médicaux dans les lignes génériques

L'Assurance Maladie constate depuis plusieurs années des auto-inscriptions sur des lignes génériques de produits de la LPP qui ne sont pas conformes aux spécificités des lignes génériques. Afin d'augmenter la visibilité sur ces produits, l'Assurance Maladie va déployer en concertation avec son réseau et notamment les directeurs régionaux coordonnateurs de la gestion du risque, une méthodologie de remontée de ces signalements. Ces remontées permettront, en lien avec les services du ministère, de procéder à la radiation des produits signalés.

Une économie de 20 millions d'euros est attendue sur ce poste de dépenses.

### Pertinence des traitements pour apnée du sommeil

Souvent moins connues, les orthèses d'avancée mandibulaire (OAM) restent encore peu utilisées dans le traitement de l'apnée du sommeil. Les recommandations scientifiques, appuyées par les comparaisons internationales, démontrent qu'une part plus importante de patients pourraient bénéficier des OAM plutôt que de la pression positive continue (PPC) permettant une aussi bonne, voire meilleure, prise en charge tout en diminuant les dépenses de l'Assurance Maladie.

Conscients de l'enjeu financier (plus de 950 millions d'euros remboursés en 2023 au titre des traitements PPC/OAM) que représentent les traitements pour apnée du sommeil, les partenaires conventionnels ont acté dans le cadre de la convention médicale la nécessité d'augmenter significativement la part des patients traités avec des OAM pour l'apnée du sommeil jusqu'à près de 30 % à terme.

En complément des actions déjà engagées (voir le rapport Charges et produits pour 2024), l'Assurance Maladie souhaite s'investir dans le contrôle des prestataires de service et distributeurs de matériels et construire un dispositif financier incitatif collectif à l'initiation des OAM. L'objectif est d'augmenter la part des patients traités par ces dispositifs médicaux visant à valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient (dispositif consistant en un partage des économies réalisées entre prescripteurs d'OAM et l'Assurance Maladie – 20 %-80 %).

Dans le cadre de ce partenariat, les médecins, au regard des enjeux de sobriété, devront réévaluer le bien-fondé des renouvellements de PPC, notamment face à un patient non observant, et en privilégiant les initiations d'OAM chaque fois que cela se justifie.

Enfin, la mise en œuvre effective par l'Assurance Maladie de la demande d'accord préalable PPC/OAM dématérialisée, *via* un téléservice mis à disposition sur amelipro, fondée sur un algorithme de décision actualisé avec la Fédération française de pneumologie – Conseil national professionnel de pneumologie, permet de consolider ces engagements.

À terme, le potentiel d'économie pour l'Assurance Maladie est estimé à 42 millions d'euros sur 3 ans (4,8 millions en 2025, 13,6 millions 2026, 24 millions en 2027).

### Perfusions à domicile

La mise en place d'un indicateur Caqes relatif aux dépenses de perfusion à domicile prescrite par les établissements de santé a pour but d'inciter les établissements à prescrire pour chaque patient le type de perfusion le plus efficient et donc le traitement le moins onéreux pour l'Assurance Maladie lorsque deux modes

de perfusion sont équivalents pour le patient. À efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins cher, c'est-à-dire la perfusion par gravité. La réalisation d'économies entre l'année N-1 et N sur les prescriptions, exécutées en ville, de perfusion par des diffuseurs ou des systèmes actifs sur un établissement donné permettra à l'établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % des économies générées (dépenses évitées) par l'assurance maladie obligatoire.

En 2022, 350 établissements ont fait l'objet d'un indicateur PERFADOM dans le cadre des Caqes générant ainsi des économies pour le second semestre de près de 5 millions d'euros. Compte tenu des montants engagés, il est attendu une continuité de cette action sur la période 2024-2025 pouvant générer sur une année entière au minimum 8 millions d'euros d'économies pour l'Assurance Maladie.

Pour 2025, une économie de 8 millions d'euros est donc attendue sur cet objectif Caqes.

### 11.2.5. Prescription des analyses de biologie

La dynamique importante observée en 2024 concernant les actes de biologie médicale impose la mise en place de mesures afin de limiter les dépenses de la biologie médicale conformément aux engagements de l'Assurance Maladie et des quatre syndicats représentatifs des directeurs de laboratoire dans le cadre du protocole signé le 27 juillet 2023 pour les années 2024-2026. Plusieurs actes de biologie qui sont encore largement utilisés ont été reconnus comme ayant un intérêt limité dans le parcours de soins. Il s'agit :

- Du dosage de la vitamine D qui n'est préconisé par la HAS que dans six situations cliniques précises. En dehors de ces situations, il n'y a pas d'utilité prouvée à doser la vitamine D. Ces dosages de vitamine D sont en progression dynamique depuis 2019 : plus de 6,8 millions de dosages de vitamine D, soit 42 millions d'euros dans des laboratoires privés contre 3,9 millions d'euros en 2015, dont 60 % des prescripteurs sont des médecins généralistes. Chez les patients âgés de 16 à 65 ans, seuls 9 % des dosages de vitamine D correspondent, *in fine*, à une indication recommandée par la HAS.
- L'obsolescence de la vitesse de sédimentation (VS) même s'il n'y a pas de recommandation HAS pour le moment pour en limiter les indications de prescription. La VS, dans la littérature scientifique, est à restreindre à certaines situations rares telles que l'exclusion d'une maladie de Horton et la définition du stade d'une maladie de Hodgkin. Depuis 10 ans, le nombre de tests de VS diminue tendanciellement, mais se situe à un niveau qui reste élevé avec 16,8 millions d'actes en 2022. L'Assurance Maladie a de nouveau saisi la HAS sur ce sujet.
- Les triples dosages et les doubles dosages des hormones thyroïdiennes ne sont justifiés que dans de très rares cas. Une nouvelle approche avec des dosages en cascade est recommandée par la HAS (2023). En 2021, près de 30 millions de triples dosages ont été réalisés chez des adultes.

Afin d'atteindre ces objectifs, la nouvelle convention médicale a pour objectif de réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant d'au moins 80 % le nombre de ces actes. Ainsi, les médecins libéraux se sont engagés à prescrire aux meilleurs standards de pertinence, à respecter le principe de sobriété des prescriptions et à respecter les qualités techniques des prescriptions en systématisant les « ordonnances conditionnelles » et les « ordonnances en cascade » pour toutes les indications qui s'y prêtent (thyréostimuline +/- –TSH – T4L, numération formule sanguine +/- – NFS –, ferritinémie…).

L'Assurance Maladie, pour sa part, permettra aux biologistes d'adapter les prescriptions et étudiera la possibilité pour le biologiste de facturer à prix libre aux patients des actes réalisés dans des indications non remboursables. En outre, l'Assurance Maladie poursuivra ses campagnes d'accompagnement des prescripteurs. Les actes ciblés par les campagnes sont le dosage de la vitamine D, les dosages thyroïdiens, le groupe sanguin, le PSA (*prostatic specific antigen*, antigène spécifique de prostate), l'examen cytobactériologique des urines (ECBU). En complément, un déremboursement de la vitesse de sédimentation est également actuellement à l'étude après avis de la Haute Autorité de santé.

L'objectif d'économie associé à ces actions mais également au respect du protocole 2024-2026 s'élève à 100 millions d'euros.

### 11.2.6. Bon usage de l'ordonnancier bizone afin de participer à la soutenabilité économique du dispositif des affections de longue durée

Depuis 1987, l'exonération du ticket modérateur au titre de l'affection de longue durée (ALD) exonérante ne s'applique qu'aux seuls soins liés à la pathologie éligible à l'ALD. À cet effet, les prescripteurs utilisent un ordonnancier dit « bizone » permettant de différencier les prescriptions relatives à la pathologie couverte par l'ALD du bénéficiaire (prescrites en « partie haute » de l'ordonnance) et les autres soins.

Une évaluation de l'enjeu financier du non-respect de l'ordonnancier bizone a été menée, complétée par l'analyse de l'opportunité et de la faisabilité d'actions pouvant être mises en œuvre pour améliorer ce respect. Cette analyse repose sur les référentiels HAS qui, pour chaque ALD, listent les actes et prestations nécessaires à la prise en charge de l'affection. Une expertise médicale complémentaire a ensuite été nécessaire afin de compléter les recommandations HAS et d'estimer le montant des dépenses de médicaments, de biologie, de LPP et d'actes pris en charge à tort par l'Assurance Maladie au titre de l'exonération du ticket modérateur.

Il en ressort que les dépenses de ticket modérateur remboursées à tort par l'Assurance Maladie s'élèvent à près à 150 millions d'euros.

Pour chaque prestation et au regard de l'ALD du bénéficiaire, les montants de dépenses et de tickets modérateurs remboursés au titre de l'affection de longue durée ont été classés dans deux catégories :

- « Liste noire » : on peut affirmer avec un haut niveau de probabilité que la prestation remboursée n'est pas en rapport avec l'ALD du bénéficiaire ;
- « Liste verte » : la prestation remboursée est possiblement ou certainement en rapport avec l'ALD du bénéficiaire ou n'est pas en rapport avec cette ALD de façon certaine mais relève avec une forte probabilité d'une autre ALD non déclarée ou relève d'une autre prise en charge à 100 %.

Tableau 63 : Dépenses en médicaments, liste des produits et prestations (LPP) et biologie pour les patients en mono ALD 30, en 2022

| Cohorte des 12 millions de bénéficiaires en mono ALD[a] en 2022 | Montant remboursé par l'Assurance Maladie (ALD[a] et hors ALD[a]) | Montant remboursé par l'Assurance Maladie au titre de l'ALD[a] liste. | Montants catégorisés en « liste sans rapport » (Prise en charge à tort du ticket modérateur) | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Montant remboursé | Ticket modérateur |
| **Médicaments** | 10,32 Md € | 8,77 Md € (85,01 %) | 197,2 M€ (2,25 %) | **86,8 M€** |
| **LPP** | 3,42 Md € | 2,65 Md € (77,4 %) | 66,9 M€ (2,52 %) | **26,7 M€** |
| **Biologie** | 1,04 Md € | 818,4 M€ (78,7 %) | 82,9 M€ (7,99 %) | **33,1 M€** |

(a) ALD : affection de longue durée

*Source : Cnam (SNDS)*

Au total, ce serait 146,6 millions d'euros de ticket modérateur pris en charge à tort par l'Assurance Maladie en 2022 pour les médicaments, la LPP et la biologie. L'étude réalisée ne permet toutefois pas d'identifier si une attribution erronée à l'ALD relève d'une erreur de prescription, d'une erreur de facturation, ou d'une omission de déclaration d'une ALD (pour certaines prestations).

Pour les médicaments, l'étude montre que trois ALD (diabète, affections psychiatriques et maladies coronaires) concentrent 55 % des tickets modérateurs identifiables qui seraient indûment pris en charge par l'Assurance Maladie et 35,87 % concernent la classe ATC (anatomique, thérapeutique et chimique) de niveau 3 « Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes ».

Pour la LPP, près de 41,6 % (11,1 millions d'euros) du ticket modérateur pris en charge à tort concernerait les prestations de pression positive continue (suivie par les orthèses sur mesure pour un montant de ticket modérateur de 4,7 millions d'euros, et les bandes élastiques de contention pour 3,7 millions d'euros) et 31,6 % (8,5 millions d'euros) concerneraient les affections psychiatriques, suivies par les tumeurs malignes (3,8 millions d'euros) et la maladie coronaire (3,5 millions d'euros).

Pour la biologie, plus de 33 millions d'euros de ticket modérateur sont facturés à tort à l'Assurance Maladie, avec près de 17 millions d'euros concentrés sur quelques actes dont certains font l'objet de campagnes de gestion du risque : PSA (5 millions d'euros), dosage des hormones thyroïdiennes (3,3 millions d'euros), vitamine D (2 millions d'euros), ECBU (2 millions d'euros), sérologie hépatite B (1,3 million d'euros), bilan lipidique (1,2 million d'euros) et gaz du sang (0,7 million d'euros). Les ALD dont le montant total du ticket modérateur pris en charge à tort est le plus élevé sont naturellement celles où le nombre de bénéficiaires est élevé.

Afin de compléter cette analyse, la part d'actes en rapport avec l'affection de longue durée (ALD) a été mesurée également pour les actes médicaux et paramédicaux sans pour autant déterminer si ces actes sont effectivement en lien avec l'affection du patient. En moyenne, pour les patients bénéficiaires d'une ALD 30, 33 % de l'ensemble des actes de radiologie réalisés par un radiologue (5,2 millions d'actes), 47 % des actes cliniques et techniques des médecins spécialistes (81,2 millions d'actes), 71 % des consultations des médecins généralistes (63,6 millions d'actes), 30 % des actes d'orthoptie (371 500 actes), 52 % des actes des masseurs-kinésithérapeutes et 85 % des actes infirmiers sont pris en charge au titre d'une ALD 30. Par ailleurs, 64,4 % des actes d'orthophonie sont pris en charge au titre d'une ALD 30, plus marquée pour les ALD diabète (8) et maladies coronaires (13) avec respectivement 75 % et 82 % pris en charge à 100 % (montants assurance maladie obligatoire – AMO – de 9,3 millions et 5,3 millions d'euros). L'analyse des cotations des actes montre que la grande majorité correspond à de la rééducation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques, facturée dans le cadre de probables complications de type accident vasculaire cérébral (AVC).

Des actions visant à renforcer le juste recours à l'ordonnance bizone devraient générer des économies de l'ordre de 50 millions d'euros en 2025.

L'Assurance Maladie va engager un plan d'action pour renforcer le juste recours à l'ordonnance bizone pour les patients en ALD, conformément aux engagements inscrits dans la nouvelle convention médicale, avec pour ambition de dégager une économie de l'ordre de 50 millions d'euros dès 2025.

Des actions d'accompagnement des prescripteurs portant sur le rappel des règles du respect du bizone pourraient être mises en œuvre. Ces actions cibleraient les postes de soins où les écarts identifiés avec les recommandations HAS sont les plus importants, notamment les traitements du syndrome obstructif des voies aériennes, les médicaments urologiques, la PPC et les orthèses sur mesure pour les dispositifs médicaux. Une incitation à déclarer toutes les ALD d'un patient sera également portée afin de permettre un meilleur suivi des prestations sans rapport avec les affections déclarées. L'augmentation des déclarations permettra également d'améliorer le suivi épidémiologique des maladies chroniques et l'identification des parcours de soins spécifiques.

### 11.2.7. Prescriptions et facturations des dépenses de transport

Les constats effectués *supra* dans le chapitre 9.3 « Analyses sectorielles » amènent l'Assurance Maladie à élaborer une feuille de route pluriannuelle de maîtrise des dépenses de transport de patients. Cette feuille de route a vocation à agir sur les différents acteurs (prescripteurs ville et établissement, effecteurs du transport, patients…) et veillera à activer différents leviers d'actions graduées et ciblées (information, communication, dispositifs conventionnels, législatifs et réglementaires, accompagnement, contrôles…) afin d'infléchir cette dynamique des dépenses, tout en maintenant une prise en charge de qualité et un maillage suffisant pour les assurés qui ont besoin d'un transport sanitaire.

Les impacts financiers attendus de la mise en œuvre de cette feuille de route sont estimés à environ 110 millions d'euros dès 2025 et porteront principalement, pour rappel, sur :

- la promotion du transport partagé (TP) afin d'en faire la pratique de référence ;
- le renforcement de l'efficacité des dispositifs concourant à la bonne adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient en particulier par le déploiement de plateformes de commande de transport ;
- l'incitation à l'utilisation des moyens de transport les moins onéreux tels que le véhicule personnel et les transports collectifs ;
- l'amélioration de la qualité de la facturation et le renforcement de la lutte contre les abus et les fraudes.

### 11.2.8. Prescriptions des prestations en espèces

Le rapport de l'année passée consacrait un premier fil rouge aux prestations en espèces permettant, d'une part, de dresser les principaux constats statistiques sur les évolutions des indemnités journalières et leurs déterminants et, d'autre part, de présenter la feuille de route pluriannuelle de gestion du risque en matière d'arrêt de travail à destination des prescripteurs, des assurés et des employeurs. Il s'agit, cette année, d'abord de rendre compte de la mise en œuvre en 2023 de la feuille de route qui a montré son efficacité, puis d'exposer comment l'Assurance Maladie, en lien avec ses partenaires conventionnels, compte prolonger et enrichir cette feuille de route.

#### Le déploiement de la feuille de route en 2023 a permis une décélération du rythme d'évolution des indemnités journalières

Les indemnités journalières des risques maladie et accidents du travail/maladies professionnelles (AT/MP), en date de soins, ont évolué en 2023 de + 6,1 % en valeur et de + 1,6 % en volume, marquant une décélération significative tandis que l'effet prix s'est au contraire accru de 4,4 % (contre 3,1 % en 2022) notamment en lien avec les revalorisations du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic). Cette décélération peut s'expliquer notamment par la mise en œuvre de la feuille de route pluriannuelle de gestion du risque en matière d'arrêt de travail dont les premières estimations d'impacts conduisent à un rendement de l'ordre de plus de 220 millions d'euros, soit un taux d'atteinte de 110 %.

#### Les médecins ont bénéficié d'un accompagnement gradué allant de la formation à de l'encadrement de prescriptions dont l'impact est estimé à environ 150 millions d'euros

De nombreuses actions ont été conduites vers les médecins, principalement généralistes mais aussi spécialistes, pour les accompagner dans leurs prescriptions :

- À titre d'illustration, plus de 3 000 nouveaux professionnels se sont inscrits et ont suivi le Mooc de l'Assurance Maladie consacré aux arrêts de travail : « Prévenir, prescrire, accompagner la reprise[363] », dont une partie du contenu a par ailleurs été progressivement insérée sur le site ameli.fr dans la rubrique consacrée aux médecins[364].
- Une expérimentation a par ailleurs été conduite dans plusieurs régions (Normandie, Hauts-de-France, Île-de-France) pour proposer un parcours personnalisé aux médecins généralistes libéraux nouvellement installés dans certains départements : durant les premiers mois d'exercice, il leur est proposé des rencontres régulières avec les équipes de l'Assurance Maladie afin d'évoquer de façon progressive la réglementation propre aux arrêts de travail, de réaliser de premiers échanges avec un médecin-conseil sur des cas patients complexes, ou encore d'évoquer les éventuelles erreurs repérées par les équipes facturation des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) dans leurs premières prescriptions d'arrêts de travail (pratique de contrôle pédagogique sur un échantillon de prescriptions). Les médecins ainsi accompagnés ont exprimé un haut niveau de satisfaction. Cette expérimentation sera étendue à d'autres territoires en 2024.
- L'Assurance Maladie a également proposé en 2023 plusieurs campagnes d'information et d'accompagnement vers l'ensemble des médecins généralistes sur la thématique des arrêts de travail, avec un focus sur le lien entre arrêt de travail et santé mentale, dans le cadre de travaux communs avec le Collège de la médecine générale. Ainsi, 16 000 médecins généralistes ont reçu la visite de délégués de l'Assurance Maladie en 2023 pour un échange sur le thème des arrêts de travail, dont plus de 3 000 dont les pratiques concernant le lien entre arrêt de travail et santé mentale semblaient atypiques.
- Plus de 3 500 médecins généralistes ont par ailleurs pu échanger avec des médecins-conseils pour évoquer spécifiquement des situations complexes de patients en arrêt de travail. Enfin, 416 médecins aux pratiques atypiques ont été mis sous objectif (procédure de MSO), et 201 ont fait l'objet d'une procédure de mise sous accord préalable (MSAP).

363 https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/arrets-de-travail-prevenir-prescrire-accompagner-la-reprise/

364 https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/arret-de-travail/prescription-ou-renouvellement-d-un-arret-de-travail

## Des contrôles des assurés plus fréquents et plus ciblés pour un rendement d'au moins 38 millions d'euros

L'Assurance Maladie a poursuivi son programme d'accompagnement des assurés sociaux en arrêt de travail, notamment par les contrôles quotidiens du service médical (signalements automatiques de situations atypiques justifiant une prise de contact avec l'assuré ou le médecin à l'origine de la prescription de l'arrêt de travail).

Les arrêts de travail faisant suite à un AT/MP ont fait l'objet d'une attention particulière. En effet, la problématique de la durée des arrêts de travail liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle est particulièrement prégnante et explique l'augmentation constante des montants versés, d'autant que la réglementation sur les indemnités journalières AT/MP ne fixe pas de limite de durée à l'instar du risque maladie (trois ans). Dans ce contexte, plusieurs campagnes successives ont été menées par les Directions du service médical de l'Assurance Maladie (2016, 2018, 2023) de façon à vérifier la justification des arrêts les plus longs. Globalement, dans les situations identifiées comme problématique, il a été mis fin au versement des indemnités journalières, dans environ la moitié des cas. En 2023, un contrôle spécifique des situations d'accidents de travail ayant engendré des arrêts de plus de cinq ans a été mené et a permis de consolider un certain nombre d'arrêts.

Eu égard aux résultats de cette campagne, tant en termes de situations ciblées que d'économies réalisées, le contrôle renforcé des AT longue durée va être pérennisé et étendu, en passant à un contrôle de tous les arrêts de travail de plus de trois ans sur la base de requêtes semestrielles.

## Les entreprises ont bénéficié d'actions de prévention et d'accompagnement attentionné pour celles ayant un fort absentéisme qui ont permis de dégager des économies à hauteur de 35 millions d'euros

L'Assurance Maladie a rencontré 336 entreprises de plus de 150 salariés en atypie pour fort absentéisme par rapport aux entreprises de même secteur d'activité. Cet accompagnement attentionné des employeurs, mené conjointement avec les services de prévention des risques professionnels, est fortement apprécié, et conduit dans la majorité des cas à la mise en place de plans d'action et de prévention par les entreprises.

L'Assurance Maladie a enfin poursuivi la promotion de son offre « TMS Pros[365] » pour aider les entreprises à réduire l'impact des troubles musculosquelettiques et du mal de dos : près de 1 100 plans d'action ont été mis en place au sein des entreprises accompagnées en 2023.

## Portée par la nouvelle convention médicale, la feuille de route sera approfondie en 2025

L'Assurance Maladie poursuivra ses actions en 2024 et 2025, approfondira certains axes de sa feuille de route (entretiens d'alerte vers les prescripteurs, accompagnement des entreprises concernées par un fort absentéisme, régulation des durées d'arrêts de travail prescrits en téléconsultation…), et enrichira ses leviers d'action en s'appuyant sur les engagements réciproques des partenaires signataires de la nouvelle convention médicale dont l'ambition forte est de ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés de 2 % par an correspondant à 205 millions d'euros d'économies en 2025.

Aussi, l'Assurance Maladie s'est notamment engagée à :

- renforcer l'information mise à disposition de chaque médecin conventionné dans son exercice quotidien ;
- accompagner les prescripteurs d'arrêts de travail en développant des actions d'information, d'accompagnement et de contrôle à l'endroit des employeurs et des assurés et en proposant un accompagnement personnalisé et pédagogique à chaque médecin nouvellement installé sur un territoire ;
- optimiser les outils permettant de renforcer la qualité et la pertinence de la prescription des arrêts de travail pour faciliter l'exercice quotidien et les situations complexes d'arrêts de travail (nouveau service attentionné « SOS IJ », voir *infra*) ;
- poursuivre les travaux sur des référentiels de durée ;
- favoriser l'accompagnement du retour à l'emploi comme facteur de rétablissement et de prévention de la désinsertion professionnelle.

365 https://www.ameli.fr/morbihan/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/demarche-tms-pros

Encadré 35 : Un nouveau service attentionné de type « SOS IJ » pour simplifier la gestion par les médecins des situations complexes de leurs patients en arrêt de travail

Au titre des engagements collectifs conventionnels, l'Assurance Maladie s'est engagée à mettre en place un service attentionné simplement accessible et activable permettant aux médecins en difficulté face à ces situations pour leurs patients, de saisir ses services pour une aide à leur résolution.

Ce besoin a récemment été confirmé par une enquête qualitative ayant invité plusieurs groupes de médecins représentatifs de la profession (lieu et modalité d'exercice, patientèle, niveau de prescriptions…) à s'exprimer sur le sujet. Les médecins interrogés ont indiqué avoir une mauvaise connaissance de l'ensemble des dispositifs possiblement activables pour les aider à résoudre les situations complexes de patients en arrêt de travail, et notamment alerté sur leur difficulté à connaître les bons interlocuteurs et leurs coordonnées pour les saisir.

Ces situations complexes peuvent être catégorisées ainsi :

Situations relatives à la santé de l'assuré : le motif de complexité est d'ordre médical. Le médecin fait par exemple face à un patient polypathologique, ce qui complexifie le maintien/retour à l'emploi, nécessite des avis de spécialistes dont les files d'attente sont souvent longues pour pouvoir y accéder, ou encore nécessite un échange avec un médecin-conseil de l'Assurance Maladie.

Situations relatives à la fragilité de l'assuré : le motif de complexité est d'ordre administratif, relatif aux droits sociaux du patient, ou encore à ses ressources économiques. L'environnement médico-économique peut en effet complexifier le suivi du parcours du patient, et sa réponse à l'accompagnement thérapeutique proposé par le médecin. Dans de nombreux cas, le médecin se retrouve en situation de gestion administrative pour le compte du patient (par exemple, les démarches liées à la reconnaissance d'un handicap en lien avec son motif de consultation).

Situations relatives au contexte professionnel du patient : le motif de complexité vient de la difficulté pour le médecin d'accéder à des interlocuteurs permettant de prendre en charge ces situations. Les médecins évoquent des difficultés à joindre la médecine du travail, et indiquent se retrouver souvent en situation de porte-à-faux vis-à-vis de patients en conflit avec leur employeur.

En conséquence, dans le cadre conventionnel, l'Assurance Maladie s'est engagée à **proposer aux médecins d'ici le début d'année 2025 un service attentionné pour leur permettre de la saisir plus simplement et rapidement, afin de gérer ces situations complexes.** Ce service devrait prendre la forme d'un canal unique de contact où les médecins pourront alerter l'Assurance Maladie pour qu'elle les recontacte, ou prenne la main pour coordonner les contacts avec les différents interlocuteurs à activer pour gérer la situation de ces assurés.

Pour leur part, les médecins conventionnés se sont engagés collectivement à :

- prescrire aux meilleurs standards de pertinence pour leur patientèle, en respectant les référentiels de durée lorsqu'ils existent ;
- recourir systématiquement à l'arrêt de travail dématérialisé, sauf cas exceptionnels, et à recourir le cas échéant aux Cerfa papier sécurisés qui seront distribués par l'Assurance Maladie pour éviter la prolifération de « faux arrêts » de travail usurpant les identités des médecins ;
- enfin, respecter le principe de sobriété des prescriptions en recourant à l'ensemble des outils proposés par l'Assurance Maladie permettant une juste prescription.

### 11.2.9. Contrôles et lutte contre la fraude

La lutte contre la fraude est une mission essentielle de l'Assurance Maladie, au cœur de notre responsabilité de gestionnaire de fonds publics afin de garantir que chaque euro alloué à l'Assurance Maladie soit utilisé, de manière efficace et efficiente, pour les soins des assurés. Combattre toute forme de fraude et les sanctionner est donc une priorité au même titre que l'accès aux droits et aux soins et la prévention. Les actions de lutte contre la fraude interviennent en bout de chaîne de la gestion de risque mais de façon imbriquée, complémentaire et graduée avec les actions d'accompagnement, de maîtrise médicalisée et de contrôle, afin que les organismes locaux disposent de l'ensemble des moyens d'action possible pour agir sur le comportement des acteurs de la santé.

En 2023, la nouvelle stratégie de lutte contre les fraudes, lancée fin 2022, a immédiatement prouvé son efficacité, dès sa première année. Les actions menées ont permis de détecter et de stopper un montant record de fraudes de plus de 330 millions d'euros (hors plaintes pénales), soit + 60 % par rapport à 2022. Cette performance est

le reflet de l'intensification des contrôles sur les enjeux prioritaires identifiés, notamment sur les centres de santé, les dépenses d'audioprothèses, les faux arrêts de travail ou les fausses prescriptions de médicament. Les quatre grands axes de la stratégie de lutte antifraude de l'Assurance Maladie (évaluer, prévenir, détecter et contrôler, sanctionner) sont ainsi déclinés sur l'ensemble de nos postes de dépenses et s'appuient sur une communication grand public plus accentuée depuis près de deux ans.

L'année 2023 a été également marquée par la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie contentieuse visant à sanctionner plus rapidement et plus efficacement les fraudeurs pour amplifier les suites données aux contrôles. En engageant simultanément plusieurs actions contentieuses dans un certain nombre de dossiers, l'objectif est triple : faire cesser les pratiques frauduleuses au plus vite, mettre en œuvre les procédures permettant de recouvrer le préjudice subi et prévenir les fraudes en dissuadant toute récidive. En 2023, plus de 10 500 suites contentieuses ont été engagées, soit plus de 20 % par rapport à 2022. Si les procédures pénales (4 000 procédures engagées) et les sanctions administratives (3 400 pénalités financières prononcées) sont les plus importantes en volume, l'activation par les caisses d'assurance maladie de la possibilité de déconventionner les professionnels de santé les plus déviants a fortement marqué les derniers mois. Ainsi, de janvier 2023 à juin 2024, une trentaine de centres de santé ayant des activités ophtalmologiques et/ou dentaires ont été déconventionnés par l'Assurance Maladie, entraînant l'arrêt immédiat de la prise en charge des dépenses effectuées par ces acteurs.

Pour 2025, les impacts des actions de contrôle et de lutte contre la fraude devraient atteindre 420 millions d'euros et se répartiront entre toutes les professions ainsi.

Tableau 64 : Impacts des actions de contrôle et de lutte contre la fraude (LCF) sur 2025, en millions d'euros

| | Impacts sur 2025 (en M€) |
|---|---|
| Contrôles ciblés sur les actes médicaux et paramédicaux | 10 |
| Contrôles des professionnels de santé libéraux | 75 |
| Contrôles des établissements et services médicosociaux (ESMS) | 40 |
| Contrôles sur les chirurgies plastique et bariatrique | 20 |
| Contrôles LCF des centres de santé | 30 |
| Contrôle des établissements de santé (dont tarification à l'activité – T2A) | 15 |
| Contrôles des pharmaciens | 35 |
| Contrôles des audioprothésistes | 30 |
| Contrôles des autres fournisseurs | 15 |
| Contrôles des transporteurs | 50 |
| Contrôle-contentieux prestations sous conditions de ressources | 10 |
| Contrôle-contentieux PUMa (protection universelle maladie) | 20 |
| Contrôle rentes AT/MP et pensions d'invalidité | 25 |
| Contrôles des indemnités journalières sur assurés et employeurs | 50 |
| **Total Contrôles & LCF** | **420** |

*Source : Cnam (SNDS)*

## Prévenir la fraude par le renforcement des télétransmissions sécurisées et la responsabilisation de chaque acteur de la santé

La présentation de la carte Vitale est le moyen d'identification électronique de l'assuré pour l'ensemble des régimes de la branche maladie de la Sécurité sociale[366]. Elle permet de sécuriser le versement des prestations,

366 Article L.161-31 du code de la sécurité sociale : « *Chaque bénéficiaire (…) dispose d'un moyen d'identification électronique interrégimes. Ce moyen d'identification électronique, matériel ou immatériel, comporte la photographie de son titulaire. Sa mise à disposition est gratuite. L'utilisation de ce moyen d'identification électronique est subordonnée à la validité des droits. En cas de vol, perte, dysfonctionnement ou compromission, ce moyen fait*

en assurant à l'Assurance Maladie que les informations transmises, notamment les droits de l'assuré, sont ouvertes. L'utilisation de la carte Vitale constitue une condition du bénéfice du tiers payant chez un professionnel de santé, sans laquelle le patient doit avancer les frais et demander le remboursement à sa caisse primaire d'assurance maladie[367]. Le code de la sécurité sociale précise aussi que la garantie de paiement dans un délai restreint au professionnel de santé s'applique si le patient présente sa carte Vitale, et que cette dernière ne figure pas sur la liste d'opposition comprenant les cartes Vitale perdues, volées, ou inscrites pour utilisation frauduleuse.

Son usage effectif dans le cadre des parcours de soins constitue un enjeu important, en termes de lutte contre la fraude, d'accès aux droits et d'allégement des contraintes administratives pesant sur les professionnels de santé. Aussi, la carte Vitale étant le principal moyen d'identification des assurés, contribuant à l'effectivité de leurs droits, l'Assurance Maladie offre plusieurs modes de demande de création ou de renouvellement de la carte Vitale.

Encadré 36 : Modalités de demande de création ou de renouvellement de la carte Vitale offertes par l'Assurance Maladie

**La demande de création ou de renouvellement de la carte Vitale peut être réalisée *via* le compte ameli**

En complément de la demande *via* un formulaire papier, la demande de création ou de renouvellement de la carte Vitale peut être réalisée *via* le compte ameli (site internet ou application mobile).

**L'Assurance Maladie accompagne avec ses partenaires les personnes fragiles dans l'obtention de leur carte Vitale**

En outre, des actions spécifiques à destination des publics, notamment vulnérables ou précaires, ont été développées par l'Assurance Maladie, en lien étroit avec ses partenaires. Dans ce cadre, des communications sont adressées à certains publics (femmes enceintes, nouveaux bénéficiaires d'une affection de longue durée – ALD –, jeunes adultes autonomisés, jeunes mères) pour mettre à jour ou demander une carte Vitale.

Pour les personnes en situation de grande précarité, des partenariats ont été établis avec les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO) et les programmes d'hébergement « Un chez soi d'abord », pour leur faciliter l'accès à la carte Vitale.

Lancée fin 2023, la campagne de communication relative au bon usage du système de santé sensibilisait aussi les assurés à l'importance de se présenter à leurs rendez-vous médicaux avec leur carte Vitale. Cette présentation contribue par ailleurs à réduire le temps imparti par les professionnels qu'exigent des démarches administratives, par définition plus longues lorsque la facturation n'est pas réalisée *via* une feuille de soins sécurisée par la carte Vitale.

**Le déploiement progressif de l'application mobile carte Vitale facilitera sa présentation systématique**

Pour répondre à l'évolution des usages numériques, la carte Vitale a été développée aussi en application pour smartphone répondant à des critères de sécurisation élevés. La carte Vitale physique ou son alternative dématérialisée peuvent être utilisées indifféremment.

Faisant l'objet d'un déploiement progressif, 23 départements proposent à juin 2024 l'application carte Vitale, avant une généralisation sur l'ensemble du territoire en 2025. Les données stockées sont limitées aux noms, prénoms, sexe, qualité (ouvrant droit, enfant…) et à l'organisme obligatoire de rattachement ; elles sont sécurisées par une double authentification.

L'application carte Vitale permettra de limiter les oublis de la carte physique, sécurisant ainsi les transmissions automatisées. Elle permet en outre de limiter les transmissions dites manuportées. Cette alternative numérique permet aussi d'accéder à de nouvelles données pour le professionnel de santé : l'identité nationale de santé (INS) et, à terme, les données des organismes complémentaires (mutuelles). Les assurés peuvent déjà télécharger leurs reçus de dépenses de soins jusqu'à sept jours après la consultation. À terme, de nouvelles fonctionnalités sont prévues, comme la délégation de la carte Vitale à un tiers de confiance.

Les actions de lutte contre la fraude montrent que la facturation de soins à l'Assurance Maladie sans carte Vitale est plus fréquemment associée à des pratiques frauduleuses, que ce soit par le professionnel de santé (tels que des actes fictifs) ou par le patient (usurpation d'identité, fausse ordonnance, etc.). L'absence d'automatisation de la transmission des droits de l'assuré peut aussi être source d'erreurs de transmission, générant notamment des indus. Ces flux sont associés à une certaine lourdeur administrative, nécessitant par exemple pour le tiers payant une double transmission, électronique et papier.

En conséquence, l'Assurance Maladie souhaite augmenter de manière significative le recours à la carte Vitale pour faire progresser la sécurité du paiement des prestations et a engagé des travaux avec les professions les plus concernées :

*l'objet d'une opposition dont les professionnels, les établissements de santé et toute personne ou organisme intervenant dans la prise en charge des soins délivrés au titulaire sont informés (…)* ».

367 Article L.161-36-4 du code de la sécurité sociale : « *Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes : 1° Présenter au professionnel de santé le moyen d'identification électronique mentionné à l'article L.161-31. (…)* ».

- Un travail a été engagé avec les infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel), dans le cadre du chantier global initié au printemps 2024, pour comprendre et limiter le recours à la facturation sans carte Vitale, en raison de la surreprésentation des flux dégradés dans la facturation des infirmiers. Ces échanges doivent permettre de comprendre les causes de ce recours massif aux flux dégradés et engager des actions collectives et individuelles auprès de la profession pour faire progresser la facturation sur la base de la carte Vitale.
- L'Assurance Maladie examine avec les représentants de la profession des audioprothésistes le scénario de suppression de la possibilité conventionnelle de télétransmission sans carte Vitale face à des pratiques frauduleuses dont le nombre a fortement progressé.
- L'avenant à la convention des pharmaciens qui a été conclu le 10 juin 2024 introduit plusieurs modifications visant à sécuriser la délivrance, notamment en :
    - Rappelant la nécessité d'accroître l'utilisation de la carte Vitale notamment dans l'exercice du tiers payant et en intégrant la diffusion de l'application carte Vitale qui va fortement limiter les situations de perte ou d'oubli de ce support sécurisé.
    - Identifiant d'ici fin 2024 les situations, notamment pour les produits susceptibles de faire l'objet de trafics ou d'usage, qui devront conditionner l'utilisation de la carte Vitale (physique ou dématérialisée) pour l'exercice du bénéfice du tiers payant. L'Assurance Maladie communiquera sur ces cas d'usage.

### Une mobilisation avec des moyens nouveaux face aux fraudes sur internet et les réseaux sociaux, notamment les fraudes aux arrêts de travail et aux médicaments

En 2025, l'Assurance Maladie aura pleinement déployé ses nouveaux pôles de cyberenquêteurs chargés notamment de traquer les fraudes sur internet et les réseaux sociaux. Aux côtés de l'Unité de coordination et d'investigations des fraudes émergentes à la Cnam, 6 pôles interrégionaux rattachés aux CPAM de Blois, Grenoble, La Rochelle, Lille-Douai, Marseille et Paris et regroupant au total 60 agents spécialisés, enquêteurs judiciaires, seront opérationnels pour s'attaquer aux nouvelles formes de fraudes sociales qui ont recours à internet, aux réseaux sociaux voire au *dark web* (web clandestin).

Ainsi, en matière d'arrêts de travail, 7,9 millions d'euros de préjudices financiers de fraudes ont été détectés et stoppés en 2023 du fait de la présentation de faux arrêts de travail et/ou fausses attestations de salaire, contre 5 millions d'euros en 2022. Cette augmentation s'explique notamment par l'accroissement des ventes de faux avis d'arrêts de travail sur les réseaux sociaux, notamment avec des kits « clés en main ». Alors que l'Assurance Maladie était victime de faux permettant au fraudeur de bénéficier principalement d'arrêts de travail de courte durée, elle fait face dorénavant à des stratégies à visée financière uniquement, en cherchant à obtenir indûment des sommes importantes au titre des indemnités journalières. Les cyberenquêteurs pourront ainsi investiguer sur les réseaux sociaux avec l'objectif de démanteler ces trafics. Ces actions viendront en complément de la panoplie d'actions déployées depuis la fin 2023 et renforcées tout au long de l'année 2024, qui sont aussi bien à visée préventive que répressive : mise en place de contrôles *a priori*, sécurisation des arrêts de travail papier, promotion du déploiement de l'e-arrêt de travail, sanction plus forte des fraudeurs (pénalité financière pouvant atteindre 300 % du préjudice financier supporté par l'Assurance Maladie).

Encadré 37 : Focus : mise en place d'un nouveau formulaire Cerfa d'arrêt de travail

Pour accroître le niveau de sécurité des arrêts de travail, l'Assurance Maladie diffusera à partir de septembre 2024 de nouveaux formulaires Cerfa hautement sécurisés mis à disposition par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et caisses générales de sécurité sociale (en Guadeloupe, Guyane, Martinique et à La Réunion) (CGSS).

À compter de juin 2025, l'usage de ces formulaires sécurisés deviendra obligatoire. À cette date, l'un des deux vecteurs sécurisés pourra être employé pour transmettre l'arrêt de travail :

- à titre principal, l'arrêt de travail dématérialisé, *via* amelipro ou les logiciels agréés et compatibles, offrant des conditions de sécurité et de simplicité maximales aux prescripteurs et à l'Assurance Maladie, ainsi que des délais de prise en charge plus courts pour les assurés ;
- le formulaire papier sécurisé, mis à disposition directement par la CPAM ou la CGSS aux médecins qui en font la demande.

Pendant une période transitoire courant de septembre 2024 à juin 2025, il appartiendra aux éditeurs de logiciel de mettre en cohérence leurs solutions avec le guide d'intégration qui sera publié par la Cnam. Il s'agira notamment de mettre fin aux formulaires d'arrêt de travail pouvant être remplis puis imprimés depuis le logiciel de prescription. À l'issue de la période transitoire, les formulaires non sécurisés seront rejetés par les organismes d'assurance maladie, en faisant préalablement évoluer les textes applicables en conséquence.

Les médecins salariés par une société de téléconsultation agréée seront enregistrés en tant que tels par l'Assurance Maladie pour recourir obligatoirement à la transmission des arrêts de travail *via* amelipro.

Les pôles d'enquêteurs judiciaires seront aussi fortement mobilisés à l'encontre des trafics de médicaments et de fausses ordonnances, qui ont représenté 11,5 millions d'euros de fraudes stoppées par l'Assurance Maladie en 2023, contre 8,5 millions d'euros en 2022. Une partie de ces fraudes est effectuée par le recrutement d'acheteurs sur les réseaux sociaux, dans des trafics parfois en lien avec le crime organisé. Or, ces trafics peuvent avoir des conséquences importantes en termes de santé publique et d'accès aux médicaments, comme cela a été le cas en 2022 avec le détournement massif de l'Ozempic® (sémaglutide) à d'autres fins que médicales par l'usage détourné chez des personnes non diabétiques dans un objectif de perte de poids. La lutte contre les fausses ordonnances passe aussi par une mobilisation conjointe et renouvelée sur ce sujet de l'Assurance Maladie avec les pharmaciens. Ainsi, à l'été 2024, l'outil ASAFO-PHARMA (alerte sécurisée aux fausses ordonnances – Pharmaciens) sera intégré au compte amelipro de chaque officine : l'application permettra au professionnel de signaler de façon sécurisée à sa caisse des suspicions de fausses ordonnances et de consulter les signalements transmis par l'Assurance Maladie relatifs aux fausses ordonnances avérées et repérées ailleurs. Enfin, le recours à des outils d'intelligence artificielle pour détecter en officine les fausses ordonnances sera encouragé par l'Assurance Maladie.

### Lancement de nouvelles actions de contrôle, notamment sur la radiologie et l'orthodontie

En 2025, l'Assurance Maladie continuera sa mobilisation vis-à-vis de l'ensemble des acteurs (assurés, professionnels de santé libéraux, établissements, employeurs) avec, notamment, une surveillance spécifique des professionnels dont les montants de remboursements sont très atypiques. Dans cet objectif, les organismes locaux d'Assurance Maladie pourront s'appuyer sur de nouveaux outils de détection et d'analyse des dépenses, dont le premier module de veille est opérationnel depuis le printemps 2024.

Les actions de contrôle des centres de santé seront aussi poursuivies, en particulier pour ceux récemment ouverts ou ceux qui exercent dans des groupements de centres implantés sur l'ensemble du territoire. Le travail des *task forces* nationales, associant les équipes de la Cnam et du réseau, continue à porter ses fruits pour agir de façon concertée vis-à-vis de tels groupements. Ces actions sont effectuées en lien étroit avec les services d'enquête de police et de gendarmerie (notamment avec l'Office central de lutte contre le travail illégal, qui a une compétence importante en matière de fraude sociale), avec la Micaf (Mission interministérielle de coordination anti-fraude) et avec les agences régionales de santé (ARS). Les centres les plus déviants pourront être déconventionnés, au même titre que tout autre professionnel de santé qui fraude et rompt ainsi le lien de confiance avec l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie engagera également en 2025 de nouvelles actions de contrôle, notamment dans le secteur de la radiologie. En 2023, sur 12 milliards d'euros d'actes CCAM (classification commune des actes médicaux) pour 186 millions d'actes, respectivement 41 % des montants et 42 % des actes relèvent de la radiologie et imagerie médicale. Leur taux de croissance entre 2022 et 2023 est 6,8 % en montant remboursé et de 4,4 % en nombre d'actes. Dans ce secteur, la financiarisation du système de santé conduit au regroupement croissant des professionnels dans des sociétés d'exercice libéral mais aussi au développement des activités de radiologie par certains centres de santé.

Dans une logique d'équité de traitement entre offreurs de soins salariés et libéraux, et après avoir renforcé ses actions de contrôle sur les centres de santé dentaire, l'Assurance Maladie a lancé fin 2023 un plan de contrôle – toujours en cours – de chirurgiens-dentistes libéraux suspects de fraude. Des travaux seront réalisés d'ici début 2025 pour lancer plusieurs actions de surveillance et de contrôle des orthodontistes, avec pour objectif de veiller au respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires pour des actes à tarif non opposable et de repérer certaines pratiques frauduleuses.

## 11.3. Impacts pluriannuels des actions qu'engage l'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie poursuivra et intensifiera ses actions dont les retours sur investissement sont à attendre davantage sur le moyen et le long terme. Il s'agit notamment de celles visant à optimiser et à renforcer les parcours de soins et de prévention des maladies cardiométaboliques, les programmes de vaccination, en particulier contre les infections à papillomavirus humain (HPV), et de dépistage organisé des cancers.

Depuis 2022, l'Assurance Maladie a initié la valorisation financière sur le temps long de certains de ses programmes pluriannuels. Pour mémoire, cette valorisation avait conduit à estimer des impacts financiers à moyen et long terme à plus de 300 millions d'euros pour quatre programmes de prévention (vaccination

antigrippale, dépistage organisé du cancer colorectal, prévention du surpoids et de l'obésité chez les jeunes enfants, sevrage tabagique) et pour des campagnes d'amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins (lutte contre l'antibiorésistance, recours accru aux biosimilaires).

Cette année, la valorisation médico-économique à moyen terme d'une prise en charge précoce de la maladie rénale chronique (MRC) et de l'accélération de la mise en œuvre du plan greffe d'organes et de tissus (2022-2026) est estimée à environ 130 millions d'euros à 5 ans. Cette estimation est fondée sur une diminution annuelle progressive du nombre de personnes dialysées de 1 000 par an (sur 10 000 nouveaux dialysés par an actuellement) dont les dépenses annuelles moyennes sont d'environ 80 000 euros (voir *supra* la partie « Approche par pathologie »). Cette diminution résulterait :

- pour moitié, d'un meilleur dépistage et d'une amélioration du parcours de soins des patients atteints de MRC retardant ainsi leur entrée au stade de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) dont les dépenses annuelles moyennes sont d'environ 17 000 euros ;
- et d'une augmentation progressive du nombre de transplantations (jusqu'à 500 supplémentaires par an) dont les dépenses annuelles moyennes sont d'environ 22 000 euros pour le suivi (après 83 000 euros l'année de la transplantation).

Cette estimation prend en compte les coûts supplémentaires liés à un meilleur dépistage de la MRC pour environ 8 millions d'euros correspondant à l'effection des 3 actes de biologie recommandés par la Haute Autorité de santé (HAS) (la créatininémie, la créatinurie et l'albuminurie) pour un taux de recours de 25 % de la population cible.

Par ailleurs, comme indiqué *supra*, la valorisation des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) est estimée à 800 millions d'euros. Il est attendu de la stratégie d'intervention que mettra en œuvre l'Assurance Maladie à partir de 2025 une réduction de 30 % des HPE sur 4 ans qui se poursuivra au-delà. À moyen terme, les impacts d'une telle stratégie peuvent donc être estimés à au moins 250 millions d'euros.

Au total, il est possible de considérer que la poursuite et l'intensification des programmes de l'Assurance Maladie devraient générer, au-delà des impacts financiers pour 2025, près de 700 millions d'euros supplémentaires par an à terme.

### Proposition 25 : Réduire les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) et améliorer les sorties d'hospitalisation en anticipant et sécurisant le retour à domicile du patient

- Diffuser l'indicateur HPE (hospitalisation potentiellement évitable) mis à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) à l'ensemble des acteurs de santé.
- Accompagner les praticiens libéraux, les établissements de santé et établissements et services médicosociaux (ESMS) des territoires ayant un volume important d'HPE.
- Intervenir auprès des patients identifiés comme étant à risque d'HPE (à domicile ou au moment d'une sortie d'hospitalisation).
- Pour les sorties d'hospitalisation, développer les outils pour améliorer la coordination ville-hôpital, notamment le renseignement dans les logiciels des établissements de l'ensemble de l'équipe de soins primaires prenant en charge le patient à domicile.

### Proposition 26 : Proposer aux médecins un service « SOS IJ » permettant de saisir l'Assurance Maladie sur des situations complexes d'arrêts de travail

### Proposition 27 : Définir un nouveau protocole pluriannuel avec les radiologues libéraux

### Proposition 28 : Améliorer la pénétration des biosimilaires en luttant contre les stratégies conduites par les laboratoires pour contourner la substitution en officine des molécules onéreuses (ophtalmologie)

### Proposition 29 : Renouveler et diffuser largement les outils permettant d'accompagner la décision et la prescription des professionnels de santé

- Poursuivre la mise en place de l'accompagnement à la prescription et l'étendre en l'appliquant à de nouveaux postes de soins, notamment à la biologie et aux transports.
- Étendre les ordonnances sécurisées pour maîtriser la dispensation de certains médicaments spécifiques.
- Promouvoir et faciliter l'usage des outils numériques visant à renforcer la pertinence et l'efficience des prescriptions (logiciels d'aide à la prescription – LAP – et systèmes d'aide à la décision médicale – SADM), notamment dans le champ des 15 programmes d'actions définis dans la convention médicale.

### Proposition 30 : Mieux prévenir et repérer les fraudes en responsabilisant l'ensemble des acteurs

- Augmenter de manière significative le recours à la carte Vitale pour faire progresser la sécurité du paiement des prestations (audioprothèses).
- Diffuser un nouveau formulaire Cerfa d'arrêt de travail papier dont l'utilisation sera obligatoire à compter de juin 2025.
- Déployer nationalement l'outil ASAFO (alerte sécurisée aux fausses ordonnances) auprès des pharmacies et encourager le recours à des outils d'intelligence artificielle pour détecter en officine les fausses ordonnances parallèlement au déploiement intégral de l'ordonnance numérique.

## 12. Index des encadrés, figures et tableaux

## 12.1. Liste des encadrés

Encadré 1 : Éléments clés de la méthode, dernières évolutions de la cartographie et précautions d'interprétation ..... 18

Encadré 2 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses ..... 20

Encadré 3 : Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses ..... 47

Encadré 4 : Champ et méthode de l'exercice d'affectation des dépenses à l'échelle régionale ..... 50

Encadré 5 : L'exercice libéral ..... 60

Encadré 6 : Secteurs d'exercice, contrats Optam-CO et honoraires ..... 65

Encadré 7 : Mise à jour des prescriptions par des médecins libéraux en 2023 ..... 74

Encadré 8 : Projet d'expérimentation pluriprofessionnelle de lutte contre le gaspillage de produits de santé ..... 87

Encadré 9 : Les dix priorités Transition écologique du groupe Ugecam ..... 89

Encadré 10 : Précautions d'interprétation des résultats ..... 109

Encadré 11 : Note méthodologique relative à l'identification des mammographies dans le système national des données de santé (SNDS) ..... 135

Encadré 12 : Déploiement de mammobiles ..... 140

Encadré 13 : Note méthodologique relative à l'analyse du suivi des personnes ayant bénéficié d'une exérèse d'adénome(s) ..... 143

Encadré 14 : Note méthodologique relative à l'analyse du suivi des personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici) ..... 145

Encadré 15 : Sources et méthode, prise en charge de la douleur ..... 154

Encadré 16 : Sources et méthodes, santé des 12-25 ans ..... 172

Encadré 17 : Expérimentation de déploiement des formations SSM en milieu professionnel ..... 174

Encadré 18 : Structuration territoriale de la prise en charge en santé mentale – illustrations avec des actions menées par des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) Rive Gauche et Canal Garonne (Haute-Garonne) ..... 175

Encadré 19 : Les expérimentations Santé protégée et Pegase ..... 205

Encadré 20 : Définition et organisation de la permanence des soins ambulatoires ..... 232

Encadré 21 : Calcul de la participation des médecins généralistes libéraux au dispositif organisé de permanence des soins ambulatoires (PDSA) ..... 239

Encadré 22 : Exemple de partenariat public-privé en Finlande ..... 264

Encadré 23 : Principes de tarification des trajets effectués par des entreprises de transport de patients ..... 271

Encadré 24 : Prise en charge des transports pour les patients atteints de handicap : des angles morts subsistent ..... 272

Encadré 25 : Sélection des entreprises étudiées - Définitions et méthodes ..... 281

Encadré 26 : Les sources de données, accès précoce des médicaments ..... 297

Encadré 27 : Méthodologie de l'étude, délais d'accès aux médicaments ..... 303

Encadré 28 : Les délais d'accès au remboursement évalués par le Comité économique des produits de santé (CEPS) ..... 308

Encadré 29 : Le statut de médicament orphelin ..... 314

Encadré 30 : Mieux prescrire grâce aux outils de l'économie comportementale : quelques leçons issues de la recherche ..... 352

Encadré 31 : Les 15 programmes d'actions partagés et les 4 dispositifs d'intéressement de la convention médicale 2024 ..... 353

Encadré 32 : Les Groupes Qualité existants ..... 358

Encadré 33 : Les dispositifs d'incitation mis en place par l'Assurance Maladie ..... 359

Encadré 34 : Le téléservice d'aide à la détection d'atypies de consommation (ADAC) ..... 372

Encadré 35 : Un nouveau service attentionné de type « SOS IJ » pour simplifier la gestion par les médecins des situations complexes de leurs patients en arrêt de travail ..... 379

Encadré 36 : Modalités de demande de création ou de renouvellement de la carte Vitale offertes par l'Assurance Maladie ..... 381

Encadré 37 : Focus : mise en place d'un nouveau formulaire Cerfa d'arrêt de travail ..... 382

## 12.2. Liste des figures

Figure 1 : Historique du solde de la branche maladie depuis 2018, en milliards d'euros ..... 14

Figure 2 : Évolution des charges financières de la branche maladie entre 2018 et 2023, en millions d'euros ..... 16

Figure 3 : Répartition des recettes – cotisations, impôts et produits affectés – en 2023, en milliards d'euros ..... 16

Figure 4 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 190,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, en 2022 ..... 22

Figure 5 : Nombre de bénéficiaires pris en charge pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (68,7 millions de personnes au total), en 2022 ..... 23

Figure 6 : Répartition de la dépense moyenne individuelle remboursée par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : 4 600 euros en moyenne par bénéficiaire, en 2022 ..... 23

Figure 7 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, en 2022 ..... 24

Figure 8 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, en 2022, en pourcentage ..... 24

Figure 9 : Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) par catégorie de pathologies, entre 2015 et 2022 ..... 28

Figure 10 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque cancer (en euros), en 2022 ..... 29

Figure 11 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de cancer, en 2022, en pourcentage ..... 30

Figure 12 : Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les cancers, entre 2015 et 2022 ..... 32

Figure 13 : Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente de l'année précédente pour les cancers, entre 2016 et 2022 ..... 33

Figure 14 : Évolution de la dépense moyenne individuelle, en euros, pour les cancers pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2022 ..... 34

Figure 15 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées pour chaque type de maladie et traitement cardio-neurovasculaire, en 2022 ..... 35

Figure 16 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement cardio-neurovasculaire, en 2022, en pourcentage ..... 36

Figure 17 : Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les maladies et traitements cardio-neurovasculaires entre 2015 et 2022 ..... 38

Figure 18 : Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente l'année précédente pour les maladies cardio-neurovasculaires, entre 2016 et 2022, en pourcentage ..... 39

Figure 19 : Évolution de la dépense moyenne individuelle des maladies et traitements cardio-neurovasculaires pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2022, en euros ..... 40

Figure 20 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées (en euros) pour chaque maladie et traitement psychiatrique, en 2022 ..... 41

Figure 21 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement psychiatrique, en 2022, en pourcentage ..... 42

Figure 22 : Évolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros) et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentage) pour les maladies et traitements psychiatriques, entre 2015 et 2022 ..... 44

Figure 23 : Évolution de la dépense moyenne individuelle des maladies et traitements psychiatriques pour les trois postes dont les évolutions sur la dernière année sont les plus importantes, entre 2015 et 2022 ..... 45

Figure 24 : Taux des nouveaux cas pris en charge et des décès dans la population prévalente l'année précédente pour les maladies et traitements psychiatriques entre 2016 et 2022 ..... 46

Figure 25 : Écarts entre la dépense affectée moyenne au sein des régions (hors Corse) et celle de la France hexagonale, en 2022, en euros ..... 52

Figure 26 : Écarts entre la dépense affectée moyenne au sein des régions (hors Corse) et celle de la France hexagonale, pour les soins de ville, en 2022, en euros ..... 53

Figure 27 : Association entre les dépenses affectées (en euros) au sein des régions de France hexagonale et une sélection de facteurs explicatifs des dépenses de soins ..... 55

Figure 28 : Dépenses régionales liées à la prise en charge du diabète, tous postes confondus et pour les soins infirmiers, en 2022 ..... 57

Figure 29 : Effectifs des professionnels de santé libéraux dans les professions médicales et les auxiliaires médicaux, en 2022 ..... 58

Figure 30 : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) des effectifs par profession entre 2017 et 2022, et taux d'évolution entre 2021 et 2022 ..... 59

Figure 31 : Cartes des densités départementales de professionnels de santé libéraux en 2022, et évolution des densités départementales entre 2021 et 2022 ..... 61

Figure 32 : Part des femmes et des plus de 60 ans par profession, en 2017 et 2022 ..... 63

Figure 33 : Effectifs de médecins spécialistes selon le secteur de conventionnement et l'adhésion au contrat Optam/Optam-CO, en 2022 ..... 64

Figure 34 : Répartition des secteurs de conventionnement selon les spécialités médicales et évolution entre 2017 et 2022 ..... 65

Figure 35 : Honoraires totaux par grande catégorie de professionnels de santé libéraux en 2022, en milliards d'euros ..... 66

Figure 36 : Honoraires totaux par spécialité médicale, hors généralistes, tous secteurs confondus, en 2022, en millions d'euros ..... 67

Figure 37 : Évolution du taux de dépassement des médecins libéraux, tous secteurs conventionnels confondus, depuis 2010 ..... 68

Figure 38 : Évolution du taux de dépassement des médecins libéraux de secteur 2 et 1 DP, depuis 2010 ..... 68

Figure 39 : Honoraires moyens par tête (en milliers d'euros) issus de l'activité libérale en 2022 parmi les professionnels de santé libéraux actifs à part entière et taux d'évolution (en pourcentage), entre 2021 et 2022 ..... 69

Figure 40 : Taux de recours aux professionnels de santé libéraux des enfants (< 15 ans) et des adultes (≥15 ans), en 2017 et en 2022 ..... 70

Figure 41 : File active annuelle moyenne selon la profession ou la spécialité médicale, en 2022, en nombre de patients ..... 71

Figure 42 : Évolutions annuelles des files actives moyennes de patients par spécialité, de 2017 à 2022, en nombre de patients ..... 71

Figure 43 : Répartition du montant des prescriptions médicales par grand poste, en 2022, en milliards d'euros ..... 72

Figure 44 : Évolutions annuelles et totales des montants des prescriptions médicales de l'ensemble des médecins par grand poste (y compris les dépenses liées au Covid-19), de 2019 à 2022, en millions d'euros ..... 73

Figure 45 : Évolutions annuelles et totales des montants des prescriptions médicales (millions d'euros) de l'ensemble des médecins de 2019 à 2023 par grand poste ..... 74

Figure 46 : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2019 et 2022 et taux d'évolution 2021-2022 des dépenses prescrites remboursables (y compris les dépenses liées au Covid-19) ..... 74

Figure 47 : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2019 et 2022 et taux d'évolution 2021-2022 du montant des prescriptions médicales chez les médecins généralistes et dans les autres spécialités médicales (y compris les dépenses liées au Covid-19) ..... 75

Figure 48 : Montant total des prescriptions médicales des médecins généralistes par grand poste, en 2022, en milliards d'euros ..... 75

Figure 49 : Montant total des prescriptions médicales des chirurgiens[a] par grand poste, en 2022, en millions d'euros ..... 76

Figure 50 : Montant total des prescriptions médicales par poste selon les autres spécialités médicales, en 2022, millions d'euros ..... 76

Figure 51 : Répartition des dépenses prescrites par poste de prescription selon la spécialité du prescripteur, en 2022 ..... 77

Figure 52 : Maladies cardiovasculaires et associées ..... 100

Figure 53 : Expérimentations « article 51 » intégrant de l'activité physique adaptée ..... 102

Figure 54 : Évolutions des effectifs de patients pris en charge selon le stade de la maladie rénale chronique (MRC) et le mode de suppléance, entre 2015 et 2022 ..... 112

Figure 55 : Taux d'évolution annuels des dépenses totales et moyennes et des effectifs de patients pris en charge selon le stade de la maladie rénale chronique (MRC) et le mode de suppléance, entre 2015 et 2022 ..... 115

Figure 56 : Évolution des dépenses moyennes par patient pris en charge par poste, selon le stade de la maladie rénale chronique (MRC) et le mode de suppléance, entre 2015 et 2022, en euros ..... 116

Figure 57 : Schéma du parcours de greffe rénale et de ses freins ..... 127

Figure 58 : Évolution du nombre de kits de dépistage du cancer colorectal commandés selon le canal de remise, et délivrés par les pharmaciens, entre janvier 2022 et décembre 2023 ..... 132

Figure 59 : Évolution du nombre de participants au dépistage organisé du cancer colorectal des deux dernières campagnes, et proportion de participants ayant retiré un kit en pharmacie, entre 2020 et 2023 ..... 133

Figure 60 : Déterminants de la participation au dépistage du cancer colorectal sur la campagne 2022-2023 ..... 134

Figure 61 : Évolution du nombre de mammographies bilatérales et part des mammographies effectuées en dépistage organisé (DO) pour les femmes de 50 à 74 ans, entre 2014 et 2023 ..... 136

Figure 62 : Répartition des radiologues libéraux selon leur part de mammographies effectuées dans le cadre du dépistage organisé (DO) en 2023 ..... 137

Figure 63 : Part des mammographies bilatérales exécutées en dépistage organisé (DO), pour les femmes de 50 à 74 ans, en 2023 ..... 138

Figure 64 : Densité de radiologues libéraux pour 100 000 habitants, en 2022 ..... 139

Figure 65 : Classement des départements selon leur part de mammographies effectuées dans le cadre du dépistage organisé (DO) et leur nombre de mammographies DO pour 100 habitantes, pour les femmes de 50 à 74 ans, en 2023 ..... 139

Figure 66 : Bilan en 2021 du suivi des personnes ayant bénéficié d'une exérèse de polype(s) du côlon-rectum en 2015 ..... 142

Figure 67 : Bilan en 2021 du suivi des personnes en affection de longue durée (ALD) pour une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici) depuis plus de dix ans ..... 144

Figure 68 : Les paliers des médicaments antalgiques ..... 148

Figure 69 : Médicaments antalgiques par palier : chiffres clés ..... 149

Figure 70 : Remboursement moyen d'antalgiques de palier 2 annuel par personne selon l'âge, le sexe et l'affection de longue durée (ALD), entre juillet 2022 et juin 2023 ..... 152

Figure 71 : Prévalence des pathologies par classe d'âge et sexe, en 2022 ..... 159

Figure 72 : Évolution de l'effectif des jeunes atteints de certaines pathologies, entre 2015 et 2022 ..... 160

Figure 73 : Prévalence des maladies psychiatriques (à gauche) et des maladies respiratoires (à droite) chez les 12-25 ans, en 2022 ..... 161

Figure 74 : Taux de recours aux soins de ville par âge et sexe, en 2022 ..... 162

Figure 75 : Effectif par âge et sexe des jeunes (hors maternité) ayant plus de 10 000 euros de dépenses, en 2022 ..... 163

Figure 76 : Montant moyen de la dépense chez les jeunes de 12-25 ans, par sexe et âge, en 2022 ..... 163

Figure 77 : Écart de dépenses entre les femmes et les hommes par poste de dépenses et par âge, en euros, en 2022 ..... 164

Figure 78 : Nombre d'adolescents et de jeunes adultes (12-25 ans) sous psychotropes et remboursements associés, entre 2015 et 2023 ..... 165

Figure 79 : Taux d'évolution annuels du nombre de 12-25 ans sous psychotropes, selon le type de psychotropes, entre 2015 et 2023 ..... 167

Figure 80 : Nombre de 12-25 ans sous antidépresseurs, entre 2015 et 2023 ..... 168

Figure 81 : Nombre de 12-25 ans sous psychostimulants, entre 2015 et 2023 ..... 169

Figure 82 : Ventes de méthylphénidate utilisé dans le traitement du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) en volume (en kilo) pour 1 million d'habitants de moins de 20 ans, en 2023 ..... 169

Figure 83 : Nombre de 12-25 ans sous hypnotiques, entre 2015 et 2023 ..... 171

Figure 84 : Comparaison des caractéristiques générales des assurés, chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage ..... 177

Figure 85 : Comparaison de la prévalence des principales maladies cardiovasculaires et associées chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage ..... 178

Figure 86 : Comparaison des prévalences des différentes maladies cardio-neurovasculaires chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage ..... 178

Figure 87 : Comparaison de la prévalence d'autres grands groupes de maladies chroniques chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage ..... 179

Figure 88 : Comparaison des prévalences des maladies psychiatriques chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage ..... 180

Figure 89 : Comparaison des prévalences des maladies inflammatoires ou rares ou infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les femmes par rapport aux hommes, en 2022, en pourcentage ..... 180

Figure 90 : Causes de décès par pathologie, chez les hommes (graphique du haut) et les femmes (graphique du bas), en 2019 ..... 182

Figure 91 : Évolution du nombre de patientes prises en charge en affection de longue durée (ALD) pour endométriose de 2019 à 2023 ..... 187

Figure 92 : Nombre d'accidents du travail, chez les femmes, les hommes et au total, depuis 2000 ..... 191

Figure 93 : Risques à l'origine de l'accident du travail (AT), en pourcentage, en 2021 ..... 192

Figure 94 : Indices de fréquence (IF) des accidents du travail et des troubles musculosquelettiques (TMS), entre 2013 et 2021 ..... 193

Figure 95 : Évolution du nombre de maladies professionnelles, chez les femmes, les hommes et au total, depuis 2000 ..... 194

Figure 96 : Nombre et causes de maladies professionnelles chez les hommes et les femmes en 2021, hors troubles musculosquelettiques (TMS) ..... 194

Figure 97 : Répartition géographique des centres de santé adhérents à l'accord national et ayant complété la plateforme e-CDS (Atih), en 2023 ..... 210

Figure 98 : Part des patients bénéficiant d'une prise en charge par l'aide médicale de l'État, la Complémentaire santé solidaire (AME/C2S) et l'affection longue durée (ALD) vus par un centre de santé, en 2022 ..... 211

Figure 99 : Répartition géographique des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) adhérentes à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), en 2023 ..... 214

Figure 100 : Évolution du nombre de signatures (en date d'effet) et de fins de contrat ACI MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) de 2015 à 2023 ..... 215

Figure 101 : Évolution des rémunérations conventionnelles versées aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) entre 2018 et 2023 ..... 216

Figure 102 : Distribution de la file active et de patients « médecin traitant » (MT) des médecins généralistes (MG) en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et hors MSP ..... 218

Figure 103 : Part du nombre de patients file active (FA) et « médecin traitant » (MT) des médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière – MEP) exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou hors MSP selon l'âge des patients ..... 218

Figure 104 : Répartition des médecins généralistes (MG) selon le zonage des agences de santé régionales (ARS) au 31 décembre 2023 ..... 220

Figure 105 : Les 30 groupements Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) répartis dans 14 régions ..... 223

Figure 106 : Répartition des actes des orthophonistes par tranche d'âge des patients, en 2022 ..... 226

Figure 107 : Évolution des effectifs et densité d'orthophonistes libéraux, entre 2000 et 2021 ..... 226

Figure 108 : Densité des orthophonistes sur le territoire (pour 100 000 habitants), en 2022 ..... 227

Figure 109 : Différentes voies d'accès à un orthophoniste hors et dans le cadre de la plateforme de prévention et soins en orthophonie (PPSO) ..... 228

Figure 110 : Répartition des demandes de régulation traitées selon le type de bilan, en 2023 ..... 230

Figure 111 : Structure des dépenses d'assurance maladie de permanence des soins ambulatoires (PDSA) remboursées en 2022 ..... 232

Figure 112 : Évolution des dépenses de permanence des soins ambulatoires (PDSA) depuis 2012 : taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2012 et 2021 et évolution 2021-2022 ..... 234

Figure 113 : Évolution du nombre de forfaits d'astreinte versés depuis 2012 : taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2012 et 2022 et évolution 2021-2022 ..... 234

Figure 114 : Évolution du volume d'actes cliniques de permanence des soins ambulatoires (PDSA) et du nombre de forfaits d'astreinte et de régulation versés depuis 2012 ..... 235

Figure 115 : Volume et part de visites dans l'activité clinique de permanence des soins ambulatoires (PDSA) régulée et non régulée, entre 2012 et 2022 ..... 235

Figure 116 : Structure d'activité régulée et non régulée de permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon les créneaux horaires, évolutions 2012-2022 ..... 236

Figure 117 : Taux de recours à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) régulée, par âge, en 2015, 2019 et 2022 ..... 237

Figure 118 : Structure de l'activité clinique non régulée en horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA), en 2021 et 2022 ..... 237

Figure 119 : Part de l'activité de téléconsultation facturée avec des majorations de nuit ou de dimanche/jour férié, en 2022 ..... 238

Figure 120 : Volume et répartition entre nuit (N) et jour férié (F) des consultations et téléconsultations (TC) de permanence des soins ambulatoires (PDSA) non régulée, selon le type d'effecteur, en 2022 ..... 238

Figure 121 : Évolution du taux de participation au dispositif organisé de permanence des soins ambulatoires (PDSA) parmi les médecins généralistes libéraux (médecin à expertise particulière – MEP – inclus) ..... 239

Figure 122 : Taux de participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon la densité populationnelle de la commune d'exercice, en 2022 ..... 240

Figure 123 : Taux de participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon le quintile d'indice de défavorisation de la commune d'exercice, en 2022 ..... 240

Figure 124 : Taux de participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon les quintiles d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste de la commune d'exercice, en 2022 ..... 241

Figure 125 : Activité régulée : part des médecins selon le type d'effection, en 2022 ..... 241

Figure 126 : Part de médecins ayant fait au moins un acte régulé selon le créneau horaire parmi les médecins ayant facturé de l'activité clinique régulée, en 2022 ..... 241

Figure 127 : Distribution de la quantité de consultations et de visites régulées parmi les médecins ayant fait au moins une consultation régulée ou au moins une visite régulée, en 2022 ..... 242

Figure 128 : Fonction de répartition des honoraires individuels de permanence des soins ambulatoires (PDSA) (régulations, astreintes et actes régulés) ..... 242

Figure 129 : Concentration des rémunérations liées à l'activité de permanence des soins ambulatoires (PDSA) (forfaits de régulation et d'astreinte, et activité clinique régulée), en 2022 ..... 243

Figure 130 : Évolution du chiffre d'affaires (CA) et de la rentabilité des laboratoires de biologie médicale, entre 2016 et 2022 ..... 267

Figure 131 : Décomposition du coût de production de biologie, entre 2014 et 2022, exprimé en unité d'œuvre ..... 269

Figure 132 : Les conditions de prise en charge des frais de transport par l'Assurance Maladie ..... 274

Figure 133 : Évolution des dépenses de transport entre 2016 et 2023, en millions d'euros (montant remboursable) ..... 275

Figure 134 : Dépense moyenne (en base de remboursement) par trajet selon le mode de transport, entre 2013 et 2023 ..... 276

Figure 135 : Évolution de la structure des dépenses remboursées par mode de transport sur une base de 100, entre 2016 et 2023 ..... 276

Figure 136 : Évolution de la répartition du nombre de trajets en ambulance selon le nombre de kilomètres facturés, entre 2018 et 2023 ..... 277

Figure 137 : Évolution de la répartition des montants remboursables liés aux trajets en ambulance selon le nombre de kilomètres facturés, entre 2018 et 2023 ..... 277

Figure 138 : Évolution de la répartition du nombre de trajets en véhicule sanitaire léger (VSL) selon le nombre de kilomètres facturés, entre 2018 et 2023 ..... 278

Figure 139 : Évolution de la répartition des montants remboursables liés aux trajets en véhicule sanitaire léger (VSL) selon le nombre de kilomètres facturés, entre 2018 et 2023 ..... 278

Figure 140 : Évolution des déterminants de la dépense pour les véhicules sanitaires légers (VSL) entre 2018 et 2023 ..... 278

Figure 141 : Répartition des dépenses de transport sanitaire par types de pathologies, en 2022, en pourcentage ..... 279

Figure 142 : Montants moyens et médianes de transport par décile de dépenses totales par pathologie, en euros, en 2021 ..... 280

Figure 143 : Évolution du chiffre d'affaires moyen des entreprises de transport urgent et non urgent de patients, selon leur flotte de véhicules et leur taille, en 2017, 2019 et 2021, en milliers d'euros ..... 282

Figure 144 : Évolution de la productivité des entreprises de transport urgent et non urgent de patients, selon leur flotte de véhicules et leur taille, en 2017, 2019 et 2021, en milliers d'euros ..... 284

Figure 145 : Excédent brut d'exploitation en part de chiffre d'affaires des entreprises de transport urgent et non urgent de patients, selon leur flotte de véhicules et leur taille, en 2017, 2019 et 2021 ..... 285

Figure 146 : Dépenses de transport sanitaire et secours d'urgence par pays en part du produit intérieur brut (PIB), en 2021 ..... 288

Figure 147 : Part des financements publics et privés dans les dépenses de transport sanitaire et secours d'urgence par pays, en 2021, en dollars PPA[(a)] par personne, sur une base 100 ..... 288

Figure 148 : Évolution annuelle du taux de transport partagé en véhicule sanitaire léger (VSL), en nombre de trajets facturés, depuis 2015 ..... 292

Figure 149 : Évolution annuelle du nombre et des dépenses des médicaments en accès précoce depuis juillet 2021 ..... 296

Figure 150 : Évolution semestrielle du nombre d'indications et des dépenses remboursables avant remises des médicaments en accès précoce, entre 2021 et 2023 ..... 297

Figure 151 : Évolution des dépenses des médicaments en accès précoce, en rétrocession et sur la liste en sus (LES), depuis juillet 2021, en millions d'euros ..... 298

Figure 152 : La distribution de la dépense remboursable des médicaments en accès précoce, en millions d'euros, en 2023 ..... 298

Figure 153 : Répartition par aire thérapeutique de la dépense remboursable brute de ces produits en 2023 ..... 299

Figure 154 : Évolution du nombre de patients distincts cumulés dans le dispositif d'accès précoce ..... 299

Figure 155 : Distribution du nombre de patients par médicament en accès précoce en 2023 ..... 300

Figure 156 : Évolution des coûts de traitement moyen par patient brut et net des produits en accès précoce depuis le 1er juillet 2021, en euros ..... 300

Figure 157 : Distribution des coûts de traitement par patient de ces médicaments en 2023, en euros ..... 301

Figure 158 : Principales voies d'accès aux médicaments dans les cinq pays étudiés ..... 302

Figure 159 : Répartition des produits selon l'aire thérapeutique ..... 304

Figure 160 : Mode de délivrance des produits de l'échantillon, par pays et en France ..... 305

Figure 161 : Types d'accès dérogatoire, par pays ..... 305

Figure 162 : Mode de financement des produits ayant préalablement bénéficié d'un accès dérogatoire, par pays ..... 306

Figure 163 : Comparaison du champ de l'indication par rapport à celui de l'autorisation de mise sur le marché, par pays ..... 306

Figure 164 : Délai en jours entre l'accès dérogatoire et l'AMM, par pays, sur l'échantillon ..... 306

Figure 165 : Évolution des dépenses remboursables des 50 produits de l'échantillon en France, entre 2019 et 2023, en millions d'euros ..... 307

Figure 166 : Délais de prise en charge en jours (droit commun, avec et sans accès dérogatoire), par pays, sur l'échantillon ..... 309

Figure 167 : Délais de prise en charge en jours (droit commun, avec et sans accès précoce), par pays et niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) ..... 310

Figure 168 : Délais de prise en charge en jours (droit commun, avec et sans accès précoce), par pays, sur les échantillons de produits oncologiques contre non oncologiques ou orphelins contre non-orphelins ..... 311

Figure 169 : Nombre de médicaments avec un début d'évaluation antérieur ou postérieur à la date d'autorisation de mise sur le marché (AMM) ..... 311

Figure 170 : Délais d'instruction de l'évaluation clinique, en jours, par pays ..... 312

Figure 171 : Délais entre le début et la date de clôture de l'évaluation clinique, par pays et niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR), en jours ..... 312

Figure 172 : Évolution du nombre et des dépenses des médicaments orphelins (MO) entre 2019 et 2022, en milliards d'euros ..... 315

Figure 173 : Distribution de la dépense remboursable nette de médicaments orphelins en 2022, en milliards d'euros ..... 315

Figure 174 : Comparaison de l'évolution des dépenses nettes de médicaments orphelins (MO) et de l'ensemble du marché remboursable, entre 2019 et 2022 ..... 316

Figure 175 : Répartition par aire thérapeutique de la dépense remboursable nette de remises de ces produits en 2022, en millions d'euros et en pourcentage ..... 316

Figure 176 : Distribution du nombre de patients moyen par médicament orphelin en 2022 ..... 317

Figure 177 : Répartition par tranche d'âge des consommants de médicaments orphelins en 2022 ..... 318

Figure 178 : Âge moyen des consommants de médicaments orphelins en 2022 pour quelques classes EPhMRA ..... 318

Figure 179 : Répartition du nombre de consommants de médicaments orphelins par type d'affection de longue durée (ALD) en 2022, en pourcentage ..... 319

Figure 180 : Évolution des coûts de traitement brut et net entre 2019 et 2022, en euros ..... 319

Figure 181 : Distribution des coûts de traitement par patient des médicaments orphelins en 2022, en euros ..... 320

Figure 182 : Répartition du nombre de médicaments orphelins selon le meilleur niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) du produit, en 2022 ..... 321

Figure 183 : Coût de traitement annuel moyen net des médicaments orphelins selon le niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR), le nombre de patients et les dépenses remboursables nettes de remises en 2022 ..... 321

Figure 184 : Marges grossistes et pharmaciens en fonction du prix fabricant hors taxes (PFHT) ..... 323

Figure 185 : Décomposition du prix toutes taxes comprises (TTC) d'une spécialité remboursable ..... 323

Figure 186 : Évolution des montants des remises produits entre 2017 et 2023, en milliards d'euros ..... 324

Figure 187 : Exemple pour un produit valorisé avec un prix fabricant hors taxes (PFHT) de 100 euros et un taux de remise de 20 % ..... 325

Figure 188 : Concentration des dépenses supplémentaires de distribution des médicaments du fait des remises sur le prix, en millions d'euros, en 2022 ..... 326

Figure 189 : A – Évolution du volume (en millions) et du montant remboursable de téléconsultations (en millions d'euros) des médecins libéraux et en centres de santé depuis 2020 (en haut) ; B – Structure des téléconsultations des médecins libéraux et en centres de santé depuis 2020 (en bas) ..... 331

Figure 190 : Répartition des patients ayant eu recours au médecin généraliste (MG), ayant téléconsulté un MG et ayant téléconsulté un MG en plateforme, selon les indicateurs territoriaux, en 2022 ..... 334

Figure 191 : Caractéristiques associées au recours à la téléconsultation de médecine générale, hors plateforme ou en plateforme, chez les patients ayant eu un recours au médecin généraliste en 2022 ..... 335

Figure 192 : Part d'actes (consultations – C – ou téléconsultations – TC) avec prescription d'antibiotique, selon l'âge des patients, chez les médecins généralistes libéraux ayant facturé au moins une téléconsultation, au premier trimestre 2022 ..... 336

Figure 193 : Part de téléconsultations (TC) avec prescription d'antibiotique, selon l'âge des patients, chez les médecins généralistes (MG) libéraux ayant facturé au moins une téléconsultation et les plateformes (PTF), premier trimestre 2022 ..... 337

Figure 194 : Structures des antibiotiques prescrits par les médecins généralistes (MG) libéraux ayant facturé au moins une téléconsultation et les plateformes de téléconsultation, premier trimestre 2022 ..... 338

Figure 195 : Aires thérapeutiques visées par les thérapies digitales (DTx) actuellement présentes en France ..... 342

Figure 196 : Cartographie des usages des systèmes d'intelligence artificielle (IA) dans le parcours de soins du patient ..... 347

Figure 197 : Aperçu du processus d'évaluation des modèles d'intelligence artificielle (IA) dans le domaine de la santé développé par le groupe de travail sur l'évaluation clinique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (version traduite) ..... 349

Figure 198 : Prescriptions exécutées en ville : évolution de la répartition du nombre de boîtes et du montant remboursés selon le type de prescripteur en 2015 et en 2023 ..... 358

Figure 199 : Montants remboursés des actes d'imagerie et forfaits techniques (FT) depuis 2010, en millions d'euros ..... 365

## 12.3. Liste des tableaux

Tableau 1 : Charges et produits nets entre 2021 et 2023, en millions d'euros ..... 17

Tableau 2 : Dépenses totales remboursées, effectifs, dépenses moyennes individuelles pour l'ensemble des postes de dépenses, et parts* des nouvelles prises en charge en 2022 et des décédés en 2021 ..... 48

Tableau 3 : Effectifs de patients diabétiques et dépenses remboursées, selon les régions de France hexagonale, en 2022 ..... 50

Tableau 4 : Dépenses totales remboursées aux personnes diabétiques et dépenses spécifiquement liées à la prise en charge du diabète, selon les régions de France hexagonale, en 2022 ..... 51

Tableau 5 : Écarts entre la dépense affectée moyenne au sein des régions et celle de la France hexagonale, en 2022, en euros et en pourcentage ..... 52

Tableau 6 : Écarts entre la dépense affectée moyenne au sein des régions et celle de la France hexagonale, pour les soins de ville, en 2022, en euros ..... 53

Tableau 7 : Caractéristiques individuelles des personnes avec diabète, au sein des régions de France hexagonale, en 2022 ..... 54

Tableau 8 : Rapport interdécile D9/D1 de la densité départementale des professionnels de santé libéraux, en 2022 ..... 60

Tableau 9 : Sélection d'indicateurs nationaux produits pour l'outil de diagnostic territorial de l'insuffisance cardiaque ..... 104

Tableau 10 : Descriptif des patients pris en charge pour une maladie rénale chronique (MRC), en 2022 ..... 111

Tableau 11 : Dépense moyenne globale et par poste selon le stade et le mode de suppléance, en 2022, en euros ..... 113

Tableau 12 : Caractéristiques en 2021 des personnes ayant débuté une suppléance par dialyse pour insuffisance rénale chronique en 2022 selon le type de dialyse, la présence d'un diabète et l'âge ..... 121

Tableau 13 : Absence d'examens biologiques et consultations recommandées par la Haute Autorité de santé (HAS) au stade 4 de la maladie rénale chronique, un an et deux ans avant le début d'une suppléance par dialyse pour insuffisance rénale chronique selon le type de dialyse, l'âge, le statut diabétique et la période recommandée ou considérée, en 2022 ..... 122

Tableau 14 : Définition des niveaux de risque du cancer colorectal guidant la stratégie de dépistage ..... 140

Tableau 15 : Comparaison des modalités de dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen, et chez deux catégories de personnes à risque élevé, celles ayant bénéficié d'une exérèse d'adénome(s) et celles atteintes d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici) ..... 141

Tableau 16 : Comparaison du taux de suivi en 2021 des personnes ayant bénéficié d'une exérèse de polype(s) du côlon-rectum en 2015 selon leurs caractéristiques ..... 143

Tableau 17 : Comparaison du taux de suivi en 2021 des personnes atteintes d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici) évolutive depuis plus de dix ans selon leurs caractéristiques ..... 145

Tableau 18 : Profil des patients selon le palier de l'antalgique, entre juillet 2022 et juin 2023 ..... 150

Tableau 19 : Dépenses totales et moyennes chez les jeunes, en 2022 ..... 162

Tableau 20 : Nombre de 12-25 ans ayant consommé des psychotropes pour 1 000 garçons et 1 000 filles, entre 2019 et 2023 ..... 166

Tableau 21 : Évolution du nombre de centres de santé par type de centre, entre 2020 et 2023 ..... 209

Tableau 22 : Montants des rémunérations versées aux centres de santé (CDS) au titre de l'année 2023 et évolution entre 2022 et 2023 ..... 212

Tableau 23 : Évolution des montants de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) versée aux centres de santé (CDS), de 2017 à 2023 ..... 213

Tableau 24 : Nombre et répartition des professionnels de santé exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) au 31 décembre 2023 ..... 215

Tableau 25 : Détail de la rémunération conventionnelle versée aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) au titre de l'année 2023 ..... 216

Tableau 26 : Évolution de la patientèle « médecin traitant » (MT) en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) de 2021 à 2023 ..... 217

Tableau 27 : Évolution de la part des patients pris en charge par la Complémentaire santé solidaire (C2S), l'aide médicale de l'État (AME) et l'affection longue durée (ALD) et file active moyenne en maisons de santé pluriprofessionnelles, depuis 2021 ..... 217

Tableau 28 : Quantité d'actes par patient « médecin traitant » (MT) en fonction du lieu d'exercice du médecin généraliste ..... 219

Tableau 29 : indicateurs de suivi des pathologies chroniques, comparaison des médecins exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et hors MSP, au 31 décembre 2023 ..... 220

Tableau 30 : Indicateurs de prévention, comparaison des médecins exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et hors MSP, au 31 décembre 2023 ..... 221

Tableau 31 : Indicateurs d'efficience, comparaison des médecins exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et hors MSP, au 31 décembre 2023 ..... 221

Tableau 32 : Les dix indicateurs utilisés durant l'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » (Ipep) ..... 222

Tableau 33 : Nombre d'orthophonistes libéraux, de régulateurs et d'orthophonistes inscrits, selon la solution d'adressage, par région expérimentatrice, en 2023 ..... 229

Tableau 34 : Répartition des demandes de régulation traitées par région, en 2023 ..... 229

Tableau 35 : Répartition du nombre de régulations traitées et des résolutions d'adressage par région depuis la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), en 2023 ..... 230

Tableau 36 : Conditions d'accès direct par profession ..... 231

Tableau 37 : Tarification des forfaits d'astreinte et de régulation et des actes cliniques des médecins dans la permanence des soins ambulatoires (PDSA), en 2022 ..... 233

Tableau 38 : Effectifs de professionnels de santé ayant fait au moins une astreinte et ceux ayant fait au moins une régulation en 2022 ..... 240

Tableau 39 : Liste des conventions et avenants signés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) sur l'année 2023 ..... 245

Tableau 40 : Indicateurs de la majoration prévention mise en œuvre dans la nouvelle convention médicale ..... 256

Tableau 41 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants (libéraux) ..... 257

Tableau 42 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants de l'enfant (libéraux) ..... 258

Tableau 43 : Indicateurs cliniques pour les cardiologues ..... 258

Tableau 44 : Indicateurs cliniques pour les gastro-entérologues ..... 258

Tableau 45 : Indicateurs cliniques pour les endocrinologues ..... 258

Tableau 46 : Indicateurs cliniques pour les médecins traitants adultes (centres de santé) ..... 259

Tableau 47 : Évolution du nombre de personnels dans les laboratoires de biologie hospitaliers, 2019-2022 ..... 269

Tableau 48 : Évolution du nombre de patients transportés entre 2016 et 2023, en millions ..... 277

Tableau 49 : Nombre d'entreprises incluses dans l'analyse, selon leur flotte de véhicules et leur chiffre d'affaires ..... 282

Tableau 50 : Prise en charge sur financement public national selon le motif de transport médicalement requis ..... 287

Tableau 51 : Le recours au transport partagé : indications et prise en charge ..... 290

Tableau 52 : Sources et dates utilisées pour calculer les délais par pays ..... 303

Tableau 53 : Évolution du nombre de médicaments orphelins entre 2019 et 2022 ..... 313

Tableau 54 : Dépenses supplémentaires de distribution des médicaments du fait des remises sur le prix en 2021 et 2022 ..... 325

Tableau 55 : Caractéristiques du recours à la téléconsultation (TC) et au médecin généraliste (MG) chez les patients ayant téléconsulté, selon leur recours ou non aux plateformes de téléconsultation, en 2022 ..... 332

Tableau 56 : Caractéristiques des patients selon leur recours au médecin généraliste (MG), à la téléconsultation (TC) et aux plateformes de téléconsultation, en 2022 ..... 333

Tableau 57 : Conditions pour l'agrément des sociétés de téléconsultation ..... 339

Tableau 58 : Tarifs de la prise en charge anticipée numérique (PECAN) pour les dispositifs médicaux numériques (DMN) ..... 340

Tableau 59 : Récapitulatif de l'impact annuel des actions de l'Assurance Maladie sur 2025, en millions d'euros ..... 360

Tableau 60 : Hospitalisations potentiellement évitables (HPE) des établissements de santé publics et privés, en 2018, 2019 et 2022, en nombre de séjours et valorisation totale ..... 363

Tableau 61 : Montants remboursés, honoraires totaux et nombre d'actes des chirurgiens-dentistes, en 2023 ..... 366

Tableau 62 : Tableau de bord sur la pénétration des médicaments biosimilaires (en volume) par dénomination commune internationale (DCI) et selon le lieu de délivrance, en 2022 ..... 368

Tableau 63 : Dépenses en médicaments, liste des produits et prestations (LPP) et biologie pour les patients en mono ALD 30, en 2022 ..... 375

Tableau 64 : Impacts des actions de contrôle et de lutte contre la fraude (LCF) sur 2025, en millions d'euros ..... 380

# 13. Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2024

## Annexe 1 – Suivi de la mise en œuvre des propositions pour 2024

Le rapport de propositions pour 2024 formulait 30 propositions visant à améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses en 2023 :

- 27 ont été engagées ou sont en cours de déploiement ;
- 3 n'ont pas été mises en œuvre à ce stade.

| N° | Intitulé de la proposition | État d'avancement et commentaires |
|---|---|---|
| **1** | **Organiser le dépistage précoce du diabète de type 2 en France** | Le programme, actuellement en cours de construction avec les autorités sanitaires et le ministère chargé de la Sécurité sociale, comprend trois volets : (1) une communication auprès de la population générale, (2) l'intégration du dépistage du diabète à l'offre « Mon bilan prévention » (45-50 ans), pour laquelle une expérimentation a eu lieu dans les Hauts-de-France, et (3) une campagne des délégués de l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes pour les inciter à accompagner leurs patients vers le dépistage selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). |
| **2** | **Poursuivre la mobilisation collective pour améliorer les taux de dépistage des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus** | Conformément à la stratégie décennale de lutte contre le cancer, l'Assurance Maladie a réalisé la reprise des invitations en janvier 2024. Entre cette date et début juin 2024, 2 millions d'invitations ont été envoyées pour le dépistage organisé du cancer du sein, 4,5 millions pour le cancer colorectal et 3,6 millions pour le cancer du col de l'utérus.<br><br>Plusieurs dispositifs ont par ailleurs été déployés afin de renforcer la participation aux dépistages organisés. Pour améliorer le ciblage et l'envoi des invitations, un système d'information dédié a été mis en œuvre. Pour promouvoir la participation aux dépistages auprès des publics éloignés du système de santé, des actions d'« aller vers » individuel ont été déployées, notamment par le biais d'appels téléphoniques à grande échelle (235 086 appels aboutis à fin mai 2024). Par ailleurs, un dispositif d'informations nominatives a été développé et mis à disposition des médecins traitants pour leur permettre de connaître la liste de leurs patients éligibles et non dépistés pour les dépistages des cancers, afin de renforcer leur rôle d'acteur clé de la promotion des dépistages organisés. |
| **3** | **Ouvrir le remboursement de l'activité physique adaptée (APA) à certaines catégories de patients atteints de maladies chroniques** | La proposition n'a pas été retenue en tant que telle dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2024, qui a néanmoins porté, *via* son article 42, une mesure visant à la prise en charge, sous forme d'expérimentation et en s'appuyant sur le fonds d'intervention régional (FIR) des agences régionales de santé (ARS), de la réalisation de programmes d'activité |

| | | |
|---|---|---|
| | | physique adaptée (APA) pour les patients traités pour un cancer. |
| **4** | **Augmenter l'offre « Mon soutien psy » pour faire face à la sollicitation croissante du dispositif, et plus généralement répondre à la demande continue de patients adressés par leurs médecins** | Conformément aux annonces gouvernementales d'avril 2024, le dispositif « Mon soutien psy » a connu plusieurs évolutions, qui sont entrées en vigueur le 15 juin 2024 : (1) revalorisation des séances de 30 à 50 euros, (2) suppression de l'adressage par un médecin, permettant un accès direct des patients au dispositif et (3) une augmentation du nombre de séances prises en charge, passant de 8 à 12 séances.<br><br>Dans la continuité de la mise en œuvre de ces mesures, une campagne d'information est menée par l'Assurance Maladie auprès des psychologues pour qu'ils soient plus nombreux à rejoindre le dispositif. |
| **5** | **Accentuer l'effort de repérage des troubles psychiques chez les jeunes en doublant et diversifiant les effectifs formés au secours en santé mentale (SSM) et en développant un module de SSM en milieu de travail** | L'Assurance Maladie poursuit sa contribution à l'atteinte de l'objectif de 150 000 secouristes en santé mentale (SSM) à destination des jeunes formés en 2025. Au 1er avril 2024, 114 038 SSM étaient déjà comptabilisés.<br><br>En 2024, la formation a été étendue aux intervenants auprès des mineurs (11-17 ans) ainsi qu'aux professionnels du Service Civique et des professionnels des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), régulièrement en contact de jeunes.<br><br>Enfin, un pilote des premiers secours en santé mentale en milieu professionnel a été lancé en juillet 2023 et fera l'objet d'une étude qualitative en fin d'année 2024 pour poursuivre la construction de la stratégie de déploiement des Premiers secours en santé mentale (PSSM) en milieu professionnel. |
| **6** | **Investir massivement sur la prévention bucco-dentaire des jeunes générations pour faire émerger une « génération sans carie »** | Une nouvelle convention a été conclue avec les chirurgiens-dentistes en juillet 2023, permettant de lancer la mise en œuvre du programme « génération sans carie ». Depuis la signature, les principales mesures du programme sont en cours de déploiement. Ce programme a été repris dans les mesures des Assises de la pédiatrie annoncées par le gouvernement en mai 2024.<br><br>À compter de 2025, le dispositif M'T dents, sera annualisé pour permettre à chaque assuré de 3 à 24 ans de pouvoir bénéficier tous les ans d'un rendez-vous dentaire intégralement pris en charge.<br><br>Les actions de sensibilisation et de dépistage bucco-dentaire en milieu scolaire auprès des enfants de grande section de maternelle seront également renforcées dès le début de l'année 2025. |

| | | |
|---|---|---|
| **7** | **Déployer auprès des médecins un outil spécifique de réduction de la iatrogénie médicamenteuse pour leurs patients polymédiqués** | Afin de lutter efficacement contre la iatrogénie médicamenteuse, plusieurs actions ont été initiées, en lien avec les professionnels de santé de ville.<br><br>Ainsi, les négociations avec les pharmaciens ont permis de redynamiser les bilans de médication lors de la signature d'un avenant en juin 2024. La nouvelle convention médicale a quant à elle créé une consultation de déprescription pour les patients hyperpolymédiqués (10 lignes de traitement minimum), cette consultation pouvant s'appuyer sur le bilan de médication réalisé par le pharmacien et prescrit par le médecin.<br><br>L'Assurance Maladie a également lancé des actions de sensibilisation des médecins. Une campagne des délégués de l'Assurance Maladie a été menée auprès des médecins généralistes en 2024. Sur les 9 857 médecins ciblés, 43 % (4 284) en avaient bénéficié au 31 mai 2024, la campagne devant s'achever fin juillet. |
| **8** | **Poursuivre la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins en étendant les zones régulées où s'applique la règle du « 1 départ pour 1 installation », et le nombre de professions libérales concernées. Appliquer ce cadre de régulation démographique aux professionnels salariés par des libéraux et à ceux qui exercent au sein de centres de santé.** | La nouvelle convention de juillet 2023 a étendu ce principe aux chirurgiens-dentistes, et l'avenant de novembre 2023 aux centres de santé dentaire.<br><br>Une mesure législative est également à l'étude pour l'appliquer aussi aux professionnels de santé salariés de professionnels de santé libéraux. |
| **9** | **Mener une campagne nationale d'information sur le bon usage du système de santé à l'automne 2023, pour sensibiliser les assurés sur les bons réflexes à adopter, notamment lors d'un rendez-vous médical (prévenir en cas d'annulation, venir muni de sa carte Vitale, etc.)** | La campagne sur le bon usage du système de santé a été lancée comme annoncé à l'automne 2023.<br><br>Une enquête qualitative réalisée auprès des assurés et des professionnels de santé a permis d'objectiver les bons résultats de cette campagne, notamment en matière de compréhension, d'incitation et surtout d'agrément (87 % des sondés ont adhéré aux messages portés).<br><br>Une seconde diffusion de la campagne a été réalisée dans les médias début 2024. |
| **10** | **Assurer la bonne régulation des urgences et des soins non programmés en soutenant les modèles de « service d'accès aux soins (SAS) intégré »** | À mi-juin 2024, les SAS sont déployés sur près de 70 départements, couvrant 81 % de la population, soit un déploiement plus que doublé sur les 12 derniers mois. L'Assurance Maladie a soutenu ce modèle en maintenant l'incitation à l'inscription des médecins en SAS dans la convention médicale signée en juin 2024.<br><br>L'Assurance Maladie souhaite ensuite, grâce aux décrets du ministère chargé de la Sécurité sociale et *via* les négociations conventionnelles, accompagner l'arrivée de nouveaux professionnels de santé dans les dispositifs de soins non programmés (dentistes, |

| | | |
|---|---|---|
| | | infirmiers, sages-femmes). Un premier avenant a ainsi été signé avec les chirurgiens-dentistes début juillet 2024. |
| **11** | **Limiter la création de centres de soins non programmés** | La convention médicale signée en juin 2024 a porté des mesures de clarification quant à la juste cotation des majorations pour les soins non programmés.<br><br>Des campagnes de contrôle ont également été menées par les CPAM au cours de l'année 2024, notamment en Seine–Saint-Denis. Cette action se poursuivra sur le reste de l'année 2024. |
| **12** | **Soutenir et amplifier la diffusion des modèles émergents de financement à la qualité et les financements populationnels forfaitaires en ville** | La convention médicale conclue en juin 2024 institue un dispositif volontaire de paiement collectif forfaitaire. Ce paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, s'adresse aux équipes volontaires de professionnels de santé, pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle « médecin traitant » de l'équipe (au moins 4 professionnels de santé conventionnés – 3 médecins généralistes + 1 Idel – et 250 patients « médecin traitant »).<br><br>Un cahier des charges sera défini après avis de la commission paritaire nationale (CPN) des médecins d'ici la fin d'année 2024. |
| **13** | **Améliorer le suivi et la prise en charge des patients à domicile en formant des binômes médecins-infirmiers** | L'amélioration de la prise en charge des patients à domicile constitue l'un des gains attendus de la refonte du métier d'infirmier engagé par le ministère de la Santé et de la prévention, et qui doit donner lieu à une réforme législative et réglementaire. |
| **14** | **Maîtriser la financiarisation du système de santé pour protéger l'indépendance professionnelle et la qualité des soins** | Les propositions ne se sont pas encore traduites par de nouvelles mesures de régulation, mais le sujet de la financiarisation de l'offre de soins a connu un important écho au cours de l'année 2024, faisant l'objet d'une mission d'information lancée au printemps 2024 par la commission des Affaires sociales du Sénat, qui a auditionné la Cnam au cours de ses travaux.<br><br>Par ailleurs, le ministère de la Santé s'est renforcé en recrutant des postes dédiés au suivi de ce phénomène, et en constituant une *task force* interministérielle dont le premier objectif est d'augmenter la connaissance sur la financiarisation en mobilisant les différentes sources de données publiques (Drees, Insee, ministère de la Santé, ministère de l'Économie et des Finances). |
| **15** | **Permettre aux femmes souffrant d'une infection urinaire d'avoir un accès rapide et sécurisé à des antibiotiques, directement en pharmacie, sans ordonnance** | Cette proposition a fait l'objet d'une disposition législative adoptée dans la LFSS pour 2024, qui a ensuite été déclinée dans l'avenant à la convention des pharmaciens conclu le 10 juin 2024, qui définit la rémunération afférente pour les pharmaciens.<br><br>Sa mise en œuvre a débuté mi-juin 2024 après la parution des textes réglementaires. |

| | | |
|---|---|---|
| **16** | **Renforcer le positionnement du pharmacien comme acteur de santé de proximité et expert du médicament, responsable de la pertinence des délivrances, et poursuivre en conséquence l'évolution du modèle économique des officines** | Le rôle du pharmacien a été au centre de la négociation de l'avenant qui a été conclu le 10 juin 2024, avec plusieurs objectifs : soutenir les officines dans les territoires fragiles (aide spécifique visant à pérenniser les officines répondant à des critères précis), mesures visant à amplifier la contribution des pharmaciens à la prévention (Rosp exceptionnelle incitant à la vaccination et à la remise du kit de dépistage du cancer colorectal), et à la pertinence des délivrances (test rapide d'orientation diagnostique – Trod – cystite et angine) |
| **17** | **Assurer un accès rapide et sans rupture aux médicaments en France** | Pour faire face à la pénurie de certains médicaments, la LFSS pour 2024 prévoit que les pharmaciens peuvent délivrer sans ordonnance certains d'entre eux, après réalisation d'un test rapide. Le ministère de la Santé fixera la liste de ces médicaments (par exemple les antibiotiques pour les cystites simples et les angines). Cette mesure a été mise en œuvre par l'avenant à la convention des pharmaciens du 10 juin 2024 (voir *supra*).<br><br>En cas de rupture d'approvisionnement sur des médicaments, la LFSS pour 2024 prévoit également qu'un arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale pourra autoriser la délivrance à l'unité. Les pharmaciens ne pourront plus dans ce cas délivrer une boîte entière mais la quantité adaptée de médicaments au malade. |
| **18** | **Réduire l'impact environnemental des produits de santé, responsables de la moitié des émissions de gaz à effet de serre de notre système de santé, en intégrant à leur tarification l'évaluation de leur « coût carbone »** | D'importants travaux, associant le ministère chargé de la Sécurité sociale ainsi que la Direction générale des Entreprises, ont démarré dès l'automne 2023 pour construire une méthodologie d'évaluation du coût carbone, préalable à une tarification intégrant le coût carbone, dans le cadre de la feuille de route « PESS » (planification écologique du système de santé).<br><br>Le 22 mai 2024, une « journée de la décarbonation de l'industrie pharmaceutique » a été organisée à Bercy, dont l'objectif principal était de présenter à l'écosystème pharmaceutique (industriels, acheteurs, professionnels de santé), le projet de méthode d'évaluation carbone simplifiée élaborée par l'État. |
| **19** | **Apposer un « label d'État » aux meilleures applications santé disponibles sur smartphone, *via* le référencement sur Mon espace santé de services numériques tiers** | La HAS a été saisie et doit transmettre avant la rentrée 2024 les critères d'évaluation de la qualité médicale des applications amenées à être référencées sur Mon espace santé. La HAS a également accepté de participer à la commission de référencement en tant que rapporteur externe pour donner son avis sur les solutions candidates.<br><br>Le principe d'un référencement facilité a été acté avec la délégation du numérique en santé pour les dispositifs médicaux numériques pris en charge par l'Assurance Maladie ainsi que pour les sociétés de téléconsultations ayant obtenu leur agrément (LFSS pour 2023 – voir *infra*) |

| | | |
|---|---|---|
| | | Ces actions entreprises ont toutes pour objet de renforcer la valeur du référencement à Mon espace santé (MES) afin d'en faire un véritable label de qualité et de confiance pour les patients. |
| **20** | **Stabiliser le cadre de régulation de la téléconsultation afin de garantir aux patients une pratique médicale éthique et pertinente** | Depuis l'article 53 de la LFSS pour 2023, les sociétés proposant de la téléconsultation doivent désormais faire l'objet d'un agrément préalable, attribué sur la base de plusieurs critères visant à garantir aux patients une pratique médicale éthique.<br><br>Conformément aux dispositions du décret, l'agrément est pris sur la base de plusieurs critères : respect du référentiel HAS, des règles de prise en charge de l'Assurance Maladie (parcours de soins, seuil de 20 %, territorialité), certificat de l'Agence du numérique en santé (ANS).<br><br>Ce cadre est désormais pleinement applicable aux secteurs, plusieurs sociétés de téléconsultation ayant fait l'objet d'un agrément en 2024. |
| **21** | **Accompagner l'émergence en France d'innovations numériques dans deux secteurs spécifiques : les thérapies digitales en santé mentale et les innovations d'aide au diagnostic mobilisant l'intelligence artificielle (IA)** | Lancée en avril 2023, la prise en charge anticipée numérique (PECAN) est une procédure dérogatoire qui permet aux innovations médicales numériques d'être diffusées plus rapidement aux patients. Les thérapies digitales sont éligibles à cette prise en charge innovante.<br><br>Sur les innovations d'aide au diagnostic mobilisant l'intelligence artificielle, l'Assurance Maladie a proposé dans son rapport de cette année l'adoption d'un cadre d'expérimentation de dispositifs numériques à usage professionnel, permettant d'évaluer pour mieux diffuser ces outils, tels que les aides au diagnostic reposant en tout ou partie sur l'intelligence artificielle |
| **22** | **Déployer un plan d'action pluriannuel de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières gradué entre information, accompagnement et contrôle de chaque acteur (assurés, prescripteurs, employeurs)** | Plusieurs actions ont été menées en 2024 en matière de gestion du risque pour maîtriser les dépenses d'indemnités journalières (IJ) :<br>- campagne de mise sous objectif ou mise sous accord préalable (MSO/MSAP) des prescripteurs atypiques, avec 964 médecins ciblés initialement et aboutissant à 416 MSO et 201 MSAP mises en œuvre ;<br>- mise en œuvre de campagnes par les délégués de l'Assurance Maladie auprès des médecins sur les thèmes de la santé mentale et des prescriptions d'IJ ;<br>- campagne menée par les praticiens-conseils vers les psychiatres aux prescriptions atypiques en matière d'IJ.<br><br>Plus largement, les actions du service médical de l'Assurance Maladie totalisent en 2023 plus de 1,2 million de contrôles sur des arrêts de travail, dont 672 294 font suite à une convocation, une invitation ou un contact du service médical, 259 801 convocations avec examen clinique par un médecin-conseil. |

| | | |
|---|---|---|
| | | 336 entreprises de plus de 150 salariés ont été visitées en 2022-2023 dans le cadre des actions « Absentéisme en entreprise ».<br><br>Enfin, les actions de lutte contre la fraude ont permis de détecter 17,1 millions d'euros de préjudice financier en 2023, notamment la détection de l'usage de faux documents et le contrôle de l'absence de cumul du versement d'une indemnité journalière avec une activité rémunérée non autorisée. |
| **23** | **Développer massivement le transport partagé** | Pour les assurés, l'article 69 de la LFSS pour 2024 vise à favoriser le développement du recours aux transports partagés lorsque l'état du patient le permet en instaurant le tiers payant contre transport partagé.<br><br>S'inspirant du dispositif financier incitatif prévu dans les avenants 10 et 11 à la convention des transporteurs sanitaires privés, des négociations sont en cours avec les taxis et des mesures se rapprochant de celles négociées avec les transporteurs sanitaires sont étudiées.<br><br>Afin d'accompagner ces mesures permettant d'accélérer le déploiement du transport partagé, l'Assurance Maladie déploie diverses actions vis-à-vis des différents publics (campagne de communication et accompagnement). |
| **24** | **Atteindre l'objectif de 80 % de taux de pénétration des médicaments biosimilaires en mettant en place un dispositif de « tiers payant contre biosimilaires »** | Au 1er mai 2024, on dénombrait 67 noms de marques de médicaments biosimilaires commercialisés pour 13 classes thérapeutiques différentes.<br><br>Afin d'augmenter la pénétration des biosimilaires, l'Assurance Maladie a proposé dans son rapport Charges et produits que soit déployé le dispositif de « tiers payant contre biosimilaires » à l'image de ce qui existe pour les médicaments génériques et qui a montré sa pertinence dans l'augmentation du taux de pénétration.<br><br>Par ailleurs, conformément aux modalités offertes par la LFSS pour 2024, l'ouverture par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) depuis le 17 avril 2024 de la possibilité d'initier en ville certaines biothérapies administrées par voie sous-cutanée dans le traitement de maladies inflammatoires chroniques en rhumatologie, gastro-entérologie, dermatologie, pneumologie, allergologie, otorhinolaryngologie et ophtalmologie, parmi lesquelles figurent des molécules avec biosimilaires devrait favoriser une meilleure pénétration des médicaments biosimilaires en ville, notamment en lien avec le dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription de biosimilaires. Une autre mesure facilite la possibilité de faire substituer par les pharmaciens les biomédicaments.<br><br>Deux molécules à fort impact économique |

| | | |
|---|---|---|
| | | (ranibizumab - Lucentis® et éculizumab - Soliris®) ont été biosimilarisées en 2023 et 2 nouvelles molécules sont d'ores et déjà biosimilarisées en 2024 (tocilizumab – Roactemra® et natalizumab – Tysabri®). D'autres chutes de brevet de produits à fort potentiel sont attendues pour 2024 et 2025 et feront l'objet de mesures d'accompagnement de l'Assurance Maladie. |
| **25** | **Assurer un meilleur usage des nouveaux médicaments permettant de perdre du poids** | Afin de mieux encadrer le remboursement de ces médicaments, et notamment lutter contre le détournement à des fins amaigrissantes des personnes non diabétiques, l'Assurance Maladie déploie de nouvelles modalités d'accompagnement à la prescription, dont l'objectif est d'accompagner le prescripteur vers la connaissance des indications remboursables.<br><br>L'Assurance Maladie va accompagner les prescripteurs dans le déploiement de ce nouvel outil d'aide à la prescription. Ce dispositif va concerner dans un premier temps les analogues du GLP-1. Des réflexions sont menées pour augmenter le panel des produits qui feront l'objet d'un accompagnement à la prescription dont notamment les benzodiazépines. |
| **26** | **Pour les nourrissons et enfants souffrant de reflux gastro-œsophagiens, lutter contre la surprescription de certains médicaments (inhibiteurs de la pompe à protons) entraînant des effets secondaires infectieux** | Conformément au plan d'action présenté dans le rapport Charges et produits, l'Assurance Maladie mènera en 2024 une campagne de sensibilisation des prescripteurs sur les consommations médicamenteuses en population pédiatrique.<br><br>Une campagne de sensibilisation se déroulera fin 2024 notamment sur la surconsommation pédiatrique des inhibiteurs de pompe à protons (IPP) auprès des médecins généralistes et des spécialistes (gastro-pédiatres notamment) par l'envoi d'un courrier OSMOSE visant à présenter aux médecins les documents élaborés par la HAS : une fiche pertinence sur le « Reflux gastro-œsophagien (RGO) de l'enfant de moins d'un an : définitions, prise en charge et pertinence des traitements pharmacologiques » et une fiche d'information à destination des parents. En effet, chez l'enfant de moins d'un an, le RGO est un motif fréquent d'inquiétude parentale et de consultation. |
| **27** | **Mettre en œuvre des actions de contrôle des prescriptions et des délivrances d'audioprothèses** | Dans les suites de premières fraudes détectées depuis 2022, un plan national d'investigations et de contrôles approfondi a été déployé par l'Assurance Maladie fin 2023 auprès de l'ensemble des acteurs concernés avec en particulier : vérifications directes auprès des assurés appareillés, examens préalables de la facturation avant règlement, contrôle des centres d'audioprothèses et dépôt de plaintes pénales si besoin.<br><br>L'ensemble des actions de contrôle réalisées sur les facturations et les centres d'audioprothèses a permis |

| | | |
|---|---|---|
| | | de détecter et de stopper 21,3 millions d'euros de fraudes en 2023. Sur le modèle de l'expérimentation réalisée par la caisse de Seine–Saint-Denis, plus de 16 000 factures ciblées ont fait l'objet de contrôles approfondis par les CPAM entre décembre 2023 et février 2024. Des appels téléphoniques ont été réalisés auprès des bénéficiaires pour s'assurer de la réalité et des conditions de délivrance de l'appareillage auditif concerné.<br><br>Au total, ces contrôles ont abouti au rejet de plus de 9 000 factures, dont notamment plus d'un tiers pour absence d'examen ou d'acte préalable par un médecin comme requis, puis, pour plus de 20 % d'une absence de délivrance réelle de l'appareillage et enfin pour 15 % environ, de fausses prescriptions médicales.<br><br>Par ailleurs, plus de 160 sociétés d'audioprothèses sont actuellement en cours de contrôle pour des suspicions de fausses facturations ou facturations fictives.<br><br>À l'issue des différentes actions de contrôle, plus de 300 plaintes pénales ont été déposées dans les cas les plus graves par les caisses primaires d'assurance maladie en 2023. |
| **28** | **Renforcer les contrôles en matière de chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique et bariatrique** | Cette action de contrôle est prévue pour la fin d'année 2024. |
| **29** | **Construire avec les représentants de la biologie médicale un nouvel accord-cadre triennal** | Un nouveau protocole d'accord triennal fixant le cadre d'évolution des tarifs de 2024 à 2026 a été signé en juillet 2023 avec les représentants de la profession.<br><br>Il prévoit un mécanisme de régulation économique des dépenses de biologie médicale. Par ailleurs, un avenant à cet accord a été signé le 20 décembre 2023. Celui-ci prévoit notamment la réduction de la valeur de la lettre clé B et un relèvement ambitieux des objectifs de maîtrise médicalisée de 40 millions d'euros, ainsi que la rémunération des biologistes médicaux pour les rappels de vaccination. |
| **30** | **Relancer le développement de la chirurgie ambulatoire *via* la mobilisation de Visuchir, outil rénové de datavisualisation des pratiques chirurgicales de chaque établissement en France** | Bien qu'en hausse constante depuis 2013, et s'élevant à 63 % en 2022, le taux de chirurgie ambulatoire calculé à partir de l'outil Visuchir aurait pu s'élever à 82 %.<br><br>Présenté aux directeurs d'ARS fin 2023 et utilisé pour fixer les objectifs des ARS dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), l'outil Visuchir continue d'être plébiscité par les acteurs de terrain (75 000 visites en 2023). La nouvelle version de l'outil a été achevée début 2024, avec de nouvelles fonctionnalités, une spécialité « gynécologie intégrée » et un indicateur de qualité (grâce au taux de réhospitalisation). |

# 14. Glossaire

**AAP** : autorisation d'accès précoce

**AASQA :** association agréée de surveillance de la qualité de l'air

**ABM :** Agence de la biomédecine

**ACE** : actes et consultations externes

**ACE :** *Adverse childhood experiences*, expériences adverses durant l'enfance

**ACI** : accord conventionnel interprofessionnel

**ACIP** : accord-cadre interprofessionnel

**ACO :** *Accountable Care Organizations*, Organisations de soins responsables

***Acoss :*** *Agence centrale des organismes de sécurité sociale*

**ACS** : aide au paiement d'une complémentaire santé

**ADAC :** aide à la détection d'atypies de consommation

**ADRi :** acquisition des droits intégrée (téléservice)

**ADS :** autorisation de stationnement

**AEMPS** : *Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*, Agence du médicament espagnole, Espagne

**Afsset :** Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail

**AHRQ :** *Agency for Healthcare Research and Quality*, Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé

**AIFA :** *Agenzia Italiana del Farmaco*, Agence italienne du médicament, Italie

**AINS :** anti-inflammatoires non stéroïdiens

***AISMT :*** association interprofessionnelle de santé et de médecine du travail

**ALD :** affection de longue durée

**AME :** aide médicale de l'État

**AMM :** autorisation de mise sur le marché

**AMO :** assurance maladie obligatoire

**Amos** : Assurance Maladie - offre de soins (base de données de l'Assurance maladie)

**Anap :** Agence nationale de la performance sanitaire et médicosociale

**ANDPC :** Agence nationale du développement professionnel continu

**ANS :** Agence du numérique en santé

**ANSM :** Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

**Aomi :** artériopathie oblitérante des membres inférieurs

**AP** : accès précoce

**AP-HP :** Assistance publique – Hôpitaux de Paris

**APA :** activité physique adaptée

**Apac :** accès précoce/accès compassionnel

**APE :** actif à part entière

**APL** : accessibilité potentielle localisée

**ARA 2 :** angiotensine 2

**ARS :** agence régionale de santé

**ASAFO :** outil d'alerte sécurisée aux fausses ordonnances

**ASAFO-PHARMA :** alerte sécurisée aux fausses ordonnances – Pharmaciens

**ASE :** aide sociale à l'enfance

**ASMR :** amélioration du service médical rendu

**AT/MP :** accidents du travail/maladies professionnelles

**ATC :** (classe) anatomique, thérapeutique et chimique

**Atih :** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

**ATU :** autorisation temporaire d'utilisation

**ATUc** : autorisation temporaire d'utilisation dite « de cohorte »

**AVC :** accident vasculaire cérébral

**BfArM :** *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*, Institut fédéral allemand des médicaments et des dispositifs médicaux, Allemagne

**BPCO :** bronchopneumopathie chronique obstructive

**BPM :** bilan partagé de médication

**BSI :** bilan de soins infirmiers

**BTP :** bâtiment et travaux publics

**Cades :** Caisse d'amortissement de la dette sociale

**Cami** : cancer, art martiaux et information

**CAMSP :** centre d'action médicosociale précoce

**Caqes :** contrat d'amélioration de la qualité et l'efficience des soins

**Carsat :** caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

**CAS :** contrat d'accès aux soins

**CCAM :** classification commune des actes médicaux

**CCNE :** Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

**CCSS** : commission des comptes de la Sécurité sociale

**CDOM69 :** conseil départemental du Rhône de l'ordre des médecins

**CDS :** centre de santé

**CE :** conformité européenne

**CEESP :** commission d'évaluation économique et de santé publique

**CEPS :** Comité économique des produits de santé

**CES :** centre d'examens de santé

**CGDD :** Commissariat général au développement durable

**CGSS** : caisse générale de sécurité sociale (en Guadeloupe, Guyane, Martinique et à La Réunion)

**CHPOT :** coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus

**CH :** centre hospitalier

**CHU :** centre hospitalier universitaire

**CLS :** contrat local de santé

**CMG :** Collège de la médecine générale

**CMP :** centre médicopsychologique

**CMPP :** centre médicopsychopédagogique

**CMS :** *Centers for Medicare & Medicaid Services*, centres de services *Medicare* et *Medicaid*

**CMU :** couverture maladie universelle

**Cnam :** Caisse nationale de l'Assurance Maladie

**CNEDiMTS :** commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé

**CNGOF :** Collège national des gynécologues et obstétriciens français

**CNO :** compléments nutritionnels oraux

**CNP :** Conseil national professionnel

**CNPCV** : Conseil national professionnel cardiovasculaire

**CNPEN :** Comité national pilote d'éthique du numérique

**CNPP :** Conseil national professionnel de pédiatrie

**CNSA :** Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**CNT :** convention nationale thermale

**Codamups-TS :** Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

**COG :** convention d'objectifs et de gestion

**ComPaRe** (cohorte) **:** communauté de patients pour la recherche

**CPAM :** caisse primaire d'assurance maladie

**CPC :** cadre de prescription compassionnel

**CPE :** contrat de performance énergétique

**CPN :** commission paritaire nationale

**CPOM :** contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CPTS :** communauté professionnelle territoriale de santé

**CRCDC :** centre régional de coordination des dépistages des cancers

**CSG :** contribution sociale généralisée

**CSIS :** Conseil stratégique des industries de santé

**CTIS** : comité technique de l'innovation en santé

**DAEI :** Direction des affaires européennes et internationales

**DALY :** *Disability-Adjusted Life Years*, espérance de vie corrigée de l'incapacité

**DAM :** délégué de l'Assurance Maladie

**DAP :** demande d'accord préalable

**DASRI** : déchets de soins à risque infectieux

**DCGDR :** Direction de la coordination régionale de gestion du risque

**DCI :** dénomination commune internationale

**DCIR :** datamart de consommation interrégimes

**DGCS :** Direction générale de la cohésion sociale

**DGE** : Direction générale des Entreprises

**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins

**DGS :** Direction générale de la santé

**DI :** dépistage individuel

**DiGA :** *Digitale Gesundheitsanwendungen (Verordnung*) – DiGA(V), applications numériques sur prescription, Allemagne

**DiPA :** *Digitalen Pflegeanwendungen,* applications de soins numériques de télésurveillance, Allemagne

**DMN** : dispositif médical numérique

**DMP :** dossier médical partagé

**DNS :** délégué du numérique en santé

**DO :** dépistage organisé

**DOCCR** : dépistage organisé du cancer colorectal

**DOCCU :** dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

**DOCS :** dépistage organisé du cancer du sein

**DOM :** départements d'outre-mer

**DP :** dépassement permanent

**DP :** dialyse péritonéale

**DPC :** développement professionnel continu

**Drees :** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**Drom :** départements et régions d'outre-mer

**Drom-Com :** départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer

**DRSM** : direction régionale du service médical

**DTAC :** *Digital Technology Assessment Criteria*, cadre de sécurité numérique, Royaume-Uni

**DTx :** *Digital Therapeutics,* « thérapies digitales »

**DVG :** *Digitale Versorgung-Gesetz*, soins de santé numériques, Allemagne

**EBD :** examen bucco-dentaire

**EBE :** excédent brut d'exploitation

**ECBU :** examen cytobactériologique des urines

**ECG :** électrocardiogramme

**EEG :** électroencéphalogramme

**EFPIA :** *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations,* Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques

**EFR :** exploration fonctionnelle respiratoire

**Ehpad :** établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EI :** entreprises individuelles

**ELSM :** échelon local du service médical

**EMA :** *European Medicines Agency*, Agence européenne du médicament

***EMNO :*** *Espace médical nutrition obésité*

**EnCLASS :** enquête nationale des collèges et des lycées chez les adolescents sur la santé et les substances

***EPhMRA :*** *European Pharmaceutical Marketing Research Association,* Association européenne de recherche en marketing pharmaceutique

**EPOF :** essoufflement, prise de poids, œdèmes des membres inférieurs et fatigue

**EPON :** exercice physique régulier, surveillance régulière du poids corporel, observance optimale au traitement et restriction de l'apport alimentaire en sel

**ERMI :** *Expenditure-Related Morbidity Index*

**ES :** établissements de santé

**Escapad :** enquête sur la santé et les consommations lors de la Journée d'appel et de préparation à la défense

**ESDM :** *Early Start Denver Model*, modèle de Denver, programme d'intervention précoce à destination de très jeunes enfants

**ESPAD :** *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs,* projet d'enquête scolaire européenne sur l'alcool et autres drogues

**DIA-TND :** délégation interministérielle pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, Dys, TDAH, TDI

**ESMS :** établissements et services médicosociaux

**ESSMS :** établissements et services sociaux et médicosociaux

**Etapes :** expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

**ETP :** équivalent temps plein

**EURL :** entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée

**FAM :** foyer d'accueil médicalisé

**FAV :** fistule artérioveineuse

**FAQ :** foire aux questions

**FDA :** *Food and Drug Administration,* administration des denrées et médicaments, États-Unis

**FDep :** indice de défavorisation (ou désavantage) sociale

**FFGQ :** Fédération française des Groupes Qualité®

**Finess :** Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

**FIR :** Fonds d'intervention régional

**FIT :** test immunologique fécal

**FMESPP :** Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

**FMIS :** Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé

**FNO :** Fédération nationale des orthophonistes

**FNPS :** Fichier national des professionnels de santé

**FT :** forfait technique

**GAP :** groupe d'amélioration des pratiques

**GBA :** *Gemeinsamer Bundesausschuss,* Comité fédéral joint, Allemagne

**GHS :** groupe homogène de séjours

**GHT :** groupement hospitalier de territoire

**Gicc :** groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies

**GKV :** *Gezetsliche Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband*), Fédération nationale des caisses d'assurance maladie, Allemagne

**GLP-1 :** glucagon-like peptide-1

**GPSO** : Gestion du parcours de santé dans l'obésité

**GQ :** Groupes Qualité

**GREC :** groupe régional d'expertise sur le climat

**HAD :** hospitalisation à domicile

**HAS :** Haute Autorité de santé

**HbA1c :** hémoglobine glyquée

**HD :** hémodialyse

**HMOD :** *Hypertension-Mediated Organ Damage,* hypertension avec possible atteinte d'organe

**HPE** : hospitalisation potentiellement évitable

**HPST :** (loi) hôpital, patients, santé, territoires

**HPV :** papillomavirus humain

**HSD :** honoraires sans dépassement

**HTA :** *Health Technology Assessment,* phase d'évaluation clinique

**HTA :** hypertension artérielle

**HTNM :** hébergement temporaire non médicalisé

**IA :** intelligence artificielle

**IASP :** *International Association for the Study of Pain*, Association internationale pour l'étude de la douleur

**IC :** insuffisance cardiaque

**ICOPE** (programme) : *Integrated Care for Older People*, soins intégrés pour les personnes âgées

**ICS :** infirmiers conseillers en santé

**ICSs :** *Integrated Care Systems*, systèmes de soins intégrés

**IDE :** infirmier diplômé d'État ou infirmière diplômée d'État

**Idel :** infirmier libéral diplômé d'État ou infirmière libérale diplômée d'État

**IDM :** infarctus du myocarde

**IEC :** inhibiteurs de l'enzyme de conversion

**IF :** indice de fréquence

**Ifaq :** incitation financière à l'amélioration de la qualité

**IFMK :** Institut de formation en masso-kinésothérapie

**Igas :** Inspection générale des affaires sociales

**IJ :** indemnités journalières

**IMC :** indice de masse corporelle

**INAMI :** Institut national d'assurance maladie-invalidité, assurance maladie fédérale belge

**INCa :** Institut national du cancer

**INRS :** Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

**INS :** identité nationale de santé

**Insee :** Institut national de la statistique et des études économiques

**Inserm :** Institut national de la santé et de la recherche médicale

**IPA :** infirmier ou infirmière en pratique avancée

**Ipep :** incitation à une prise en charge partagée

**IPP :** inhibiteur de la pompe à protons

**IQR :** *interquartile range*, écart interquartile

**IRC** : insuffisance rénale chronique

**IRCT :** insuffisance rénale chronique terminale

**Irdes :** Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

**IRM :** imagerie par résonance magnétique

**IRVE :** infrastructure de recharge de véhicules électriques

**IST :** infections sexuellement transmissibles

**ITR :** indication thérapeutique remboursable

**IVG :** interruptions volontaires de grossesse

**IVRI :** infection aiguë des voies respiratoires inférieures

**JO :** *Journal officiel*

**LAD :** logiciel d'aide à la dispensation

**LAP** : logiciel d'aide à la prescription

**LATM :** liste des activités de télésurveillance médicale

**LBO** : *leverage buyout*

**LCF** : lutte contre la fraude

**Leem :** les Entreprises du médicament

**LES :** liste en sus

**LFSS :** loi de financement de la Sécurité sociale

**LOM :** loi d'orientation des mobilités

**LPP :** liste des produits et prestations

**LPPR** : liste des produits et prestations remboursables

**LSE :** *London School of Economics*, École d'économie et de sciences politiques de Londres, Royaume-Uni

**MAS :** maison d'accueil spécialisée

**MCO :** médecine, chirurgie, obstétrique

**MCO :** médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

**MCV :** maladies cardio-neurovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire

**MCVA :** maladies cardiovasculaires et associées

**MDPH :** maison départementale des personnes handicapées

**Medic'AM** : séries de données sur les médicaments délivrés par les pharmacies de ville et remboursés par l'ensemble des régimes d'assurance maladie

**MEP :** médecin à expertise particulière

**MES :** Mon espace santé

**MG :** médecin généraliste

**Micaf** : Mission interministérielle de coordination antifraude

**Mici :** maladie inflammatoire chronique de l'intestin

**MIG :** mission d'intérêt général

**Migac :** missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

**MMH :** maladies métaboliques héréditaires

**MNA :** mineur non accompagné

**MNU :** médicament non utilisé

**MO :** médicament orphelin

**MPI :** médicament potentiellement inapproprié

**MRC :** maladie rénale chronique

**MRHA *:*** *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency*, Agence de réglementation du médicament et des produits de santé, Royaume-Uni

**MRS :** (outil) Mes remboursements simplifiés

**MRTC** : programme « Mission : retrouve ton cap »

**MSAP :** mise sous accord préalable

**MSO :** mise sous objectif

**MSP :** maison de santé pluriprofessionnelle

**MSS :** messagerie de santé sécurisée

**MVZ** : *Medizinische Versorgungszentren*, établissements de proximité, Allemagne

**NFS** : numération formule sanguine

**NGAP :** nomenclature générale des actes professionnels

**NHS :** *National Health Service,* service national de santé du Royaume-Uni

**NHS-BT :** *National Health Service, Blood and Transplantation,* service national de santé, sang et transplantation, Royaume-Uni

**NICE :** *National Institute for Health and Care Excellence*, Institut national pour l'excellence de la santé et des soins, Royaume-Uni

**NORS :** *National Organ Retrieval System*, système national de prélèvement d'organes, Royaume-Uni

**NPD :** (code) ne pas délivrer

**NWAS :** *NHS North West Ambulance Services*, service local de transport de patients britannique, Royaume-Uni

**OAM** : orthèse d'avancée mandibulaire

**OCDE** : Organisation de coopération et de développement économiques

**OFMA** : Observatoire français des médicaments antalgiques

**OMS :** Organisation mondiale de la santé

**Ondam :** objectif national des dépenses d'assurance maladie

**ONPE :** Observatoire national de la protection de l'enfance

**ONU :** Organisation des Nations unies

**ONT :** *Organización Nacional de Trasplantes*, Organisation nationale de transplantation, Espagne

**OPO :** *Organ Procurement Organisation*, Organisation de prélèvement d'organes, Royaume-Uni

**Optam :** option de pratique tarifaire maîtrisée

**Optam-CO :** option de pratique tarifaire maîtrisée en chirurgie et obstétrique

**OR :** odds-ratio

**ORa :** odds-ratio ajusté

**ORL :** otorhinolaryngologiste

**PACT :** *Pediatric Autism Communication Therapy*, thérapie de communication pour l'autisme pédiatrique

**PAF** : polypose adénomateuse familiale

**PCO :** plateforme de coordination et d'orientation

**PCR** : *polymerase chain reaction*, réaction de polymérisation en chaîne

**PDS :** permanence des soins

**PDSA :** permanence des soins ambulatoires

**PDT :** *Prescription Digital Therapeutic*, thérapies digitales délivrées sous ordonnance

**PE :** perturbateur endocrinien

**PECAN** : prise en charge anticipée numérique

**PEF :** *Product Environmental Footprint*, démarche européenne multicritères sur l'empreinte environnementale des produits

**Pegase :** programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance

**PEPS'PE :** Priorisation des effets sanitaires à surveiller dans le cadre du programme de surveillance en lien avec les perturbateurs endocriniens

**PESS** : planification écologique du système de santé

**PFHT :** prix fabricant hors taxes

**PGR :** plan de gestion des risques

**PH :** prescription hospitalière

**PHMEV :** prescription hospitalière de médicaments exécutée en ville

**PI :** prescription initiale

**PIB :** produit intérieur brut

**PIH :** prescription initiale hospitalière

**PJJ :** protection judiciaire de la jeunesse

**PMI :** protection maternelle et infantile

**PMSI :** programme de médicalisation des systèmes d'information

**PNLT :** Programme national de lutte contre le tabac

**PNNS** : Programme national nutrition santé

**PPA :** parité de pouvoir d'achat

**PPC :** pression positive continue

**PPHT :** prix public hors taxes

**PPSO :** plateforme de prévention et soins en orthophonie

**PPTTC :** prix public toutes taxes comprises

**PR :** polyarthrite rhumatoïde

**Prado :** programme d'accompagnement du retour à domicile

**Prado insuffisance cardiaque :** programme d'accompagnement de retour à domicile des patients insuffisants cardiaques

**Prado PA :** programme d'accompagnement de retour *à* domicile destiné aux *personnes âgées* de plus 75 ans

**PRSE :** plan régional santé environnement

**PSA :** *prostatic specific antigen*, antigène spécifique de prostate

**PSSM :** Premiers secours en santé mentale

**PTF :** plateforme

**PUMa :** protection universelle maladie

**QI :** quotient intellectuel

**QLE :** qualité de la lettre de liaison à l'entrée

**Raac :** réhabilitation améliorée après chirurgie

**RCP** : résumé des caractéristiques du produit

**REIN :** réseau épidémiologique et information en néphrologie

**RFSP :** rémunération forfaitaire annuelle de santé publique

**RGO** : reflux gastro-œsophagien

**RGPD :** règlement général sur la protection des données

**RH :** réserve hospitalière

**ROR :** rougeole-oreillons-rubéole (vaccination)

**Rosp :** rémunération sur objectifs de santé publique

**RPPS :** répertoire partagé des professionnels de santé

**RR :** risque relatif

**RR Télédom** : programme de réadaptation respiratoire à domicile et par téléréadaptation

**SADM :** système d'aide à la décision médicale

**SAM :** système d'aide à la décision indexée par médicaments

**SaMD :** *Software as Medical Device*, logiciels considérés comme dispositifs médicaux

**Samsah :** services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés

**Samu :** service d'aide médicale urgente

**SARL :** société à responsabilité limitée

**SARLU :** société à responsabilité limitée unipersonnelle

**SAS :** service d'accès aux soins

**SAS ou SASU :** sociétés par actions simplifiées collectives ou unipersonnelles

**SCC :** syndrome coronarien chronique

**SDC :** structures spécialisées en douleur chronique

**SDV :** soins de ville

**SEFI** : service électronique de facturation intégré

**SEL** : société d'exercice libéral

**SESSAD :** services d'éducation spéciale et de soins à domicile

**SFAR :** Société française d'anesthésie et de réanimation

**SFC :** Société française de cardiologie

**SFETD :** Société française d'étude et traitement de la douleur

**SFNDT :** Société francophone de néphrologie, dialyse et transplantation

**SIAO :** service intégré de l'accueil et de l'orientation

**Simpps :** Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

**Siren :** système d'identification du répertoire des entreprises

**SISA :** société interprofessionnelle de soins ambulatoires

**SLL :** structures libérales légères

**SLM :** section locale mutualiste

***SMA* :** amyotrophie spinale

**SMA :** sécurisation modulée à l'activité

**Smic** : salaire minimum interprofessionnel de croissance

**SMR :** service médical rendu

**SMR** : soins médicaux et de réadaptation

**SNBC :** stratégie nationale bas-carbone

**SNC :** système nerveux central

**SNDS :** système national des données de santé

**Sniiram** : système national d'informations interrégimes de l'Assurance Maladie

**SNP :** soins non programmés

**SNPE :** stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens

**sophia** : service d'accompagnement des malades chroniques

**SPA :** spondylarthrite ankylosante

**SPE** : service de prescription électronique

**SPF :** Santé publique France

**SSIAD :** service de soins infirmiers à domicile

**SSM :** secours en santé mentale

**SSR :** soins de suite et de réadaptation

**T2A :** tarification à l'activité

**TAG :** test antigénique

**TC :** téléconsultation

**TCAM :** taux de croissance annuel moyen

**TDAH :** trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

**TDI :** trouble dissociatif de l'identité

**TEACCH :** *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*, traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés

**TMS** : trouble musculosquelettique

**TND :** troubles du neurodéveloppement

**TP :** transport partagé

**TPMR :** transport de malade à mobilité réduite

**Trod :** test rapide d'orientation diagnostique

**TSA** : trouble du spectre de l'autisme

**TSAM :** dispositif « Trajet santé de l'Assurance Maladie »

**TSH :** thyréostimuline (suivi de la thyroïde)

**TTC :** toutes taxes comprises

**TUPH :** transports urgents préhospitaliers

**TVA :** taxe sur la valeur ajoutée

**UAPED :** Unité d'accueil pédiatrique des enfants en danger du centre hospitalier universitaire de Nantes

**UDM :** unité de dialyse médicalisée

**UE :** Union européenne

**Ugecam** : Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie

**UIT :** Union internationale des télécommunications

**UKCA marking :** *United Kingdom Conformity Assessed*, marquage d'évaluation de la conformité du Royaume-Uni

**Uncam :** Union nationale des caisses d'assurance maladie

**UNOS :** *United Network of Organ Sharing*, réseau uni de partage d'organes, États-Unis

**URPS :** Union régionale des professionnels de santé

**Urssaf :** Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

**UV :** ultraviolet

**VAES** : visite annuelle des établissements de santé

**VIH :** virus de l'immunodéficience humaine

**VS** : vitesse de sédimentation

**VSL :** véhicule sanitaire léger

**W.A.I.T. :** *Waiting to Access Innovative Therapies*, indicateur W.A.I.T

**ZAC** : zone d'action complémentaire

**ZIP** : zone d'intervention prioritaire

Le rapport Charges et produits est disponible sur
**https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-rapport-propositions-pour-2025-charges-produits**
en scannant ce QR code :

**Directeur de publication :** Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)
50 avenue du Professeur André Lemierre, 75986 Paris cedex 20

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun